

ผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาล  
ของนิวมาน ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล



นางสาวมลวิภา เสียงสุวรรณ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN 974-17-6377-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF DISCHARGE PLANNING FOR PEDIATRIC PATIENTS WITH  
ACUTE DIARRHEA USING THE NEUMAN SYSTEMS MODEL  
ON CHILDCARE BEHAVIORS OF CAREGIVERS

Miss Molvipa Siengsuwan

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 974-17-6377-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้  
ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล  
ผู้ดูแล  
โดย นางสาวมลวิภา เสียงสุวรรณ  
สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์  
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

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

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

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

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ)

มลวิภา เสียงสุวรรณ : ผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้  
ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล (THE EFFECT OF  
DISCHARGE PLANNING FOR PEDIATRIC PATIENTS WITH ACUTE DIARRHEA  
USING THE NEUMAN SYSTEMS MODEL ON CHILDCARE BEHAVIORS OF  
CAREGIVERS) อ. ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 141 หน้า. ISBN 974-17-6377-8

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็ก  
โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของ  
ผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจำนวน 40 คน เลือกร  
กลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมตามระยะเวลาของการเข้า  
รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกจัดเป็นกลุ่มควบคุม ส่วน 20 คนหลังเป็นกลุ่ม  
ทดลอง ทำการจับคู่ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองด้วย ระดับการศึกษา และประสบการณ์การ  
ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลอง ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎี  
ทางการพยาบาลของนิวแมน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ วัดพฤติกรรมการ  
ดูแลเด็กของผู้ดูแลในวันที่ 2 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการ  
ดูแลเด็กของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อมูลที่รวบรวมได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และสถิติ  
เชิงสรุปอ้างอิง Paired T-test

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการ  
เตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่าย  
ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยเพิ่มเติมพบว่า ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับการ  
เตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน มีความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลที่ได้รับ  
ทั้งในด้าน การมีส่วนร่วมในการดูแล ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง และด้านประสิทธิผลของการดูแล

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

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

## 4577602136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD : DISCHARGE PLANNING / PEDIATRIC PATIENS WITH ACUTE DIARRHEA /  
THE NEUMAN SYSTEMS MODEL / CHILDCARE BEHAIVERS

MOLVIPA SIENGSUWAN : THE EFFECT OF DISCHARGE PLANNING FOR  
PEDIATRIC PATIENTS WITH ACUTE DIARRHEA USING THE NEUMAN SYSTEMS  
MODEL ON CHILDCARE BEHAVIORS OF CAREGIVERS. THESIS ADVISOR :  
ASST. PROF. WARAPORN CHAIYAWAT. Ph.D.,141PP. ISBN 974-17-6377-8

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of discharge planning for pediatric patients with acute diarrhea using the Neuman systems model on childcare behaviors of caregivers. Subjects were composed of 40 caregivers of pediatric patients with acute diarrhea, assigned to a control group and an experimental group based on sequence of hospitalization. The first 20 caregivers were assigned to the control group, and the last 20 caregivers were in the experimental group. Subjects in these two groups were match paired by education level and caregivers' experience of caring for children with acute diarrhea. The experimental group received discharge planning using the Neuman systems model. The control group received routine discharge planning. Childcare behaviors of caregivers were measured on the second day after discharge by the childcare behaviors interview developed by the researcher. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics, paired T-test

It was found that childcare behaviors of the caregivers of pediatric patients with acute diarrhea using the Neuman systems model was significantly better than that the caregivers of pediatric patients receiving routine discharge planning, at the level of .05. In addition, caregivers of pediatric patients with acute diarrhea received discharge planning using the Neuman systems model were satisfied with the received nursing care in caregivers' participation, continuity of care, and the effectiveness of care dimensions.

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

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

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิด ชี้แนะแนวทาง และให้คำปรึกษาที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยอย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และประทับใจในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณ คณะอาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และชี้แนะแนวทางการเรียนรู้แก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. ศิริเดช สุชีวะ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้ข้อคิด และแนวทางที่เป็นประโยชน์ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุง แก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตลอดจน หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายสุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดาที่เป็นแรงกระตุ้น ส่งเสริม และสนับสนุนในการศึกษา ใฝ่หาความรู้ให้แก่ผู้วิจัย ทั้งยังคอยห่วงใย ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา รวมทั้งขอขอบคุณ พี่ ๆ เพื่อน ๆ และน้อง ๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือในงานวิจัยสำเร็จลุล่วง และให้กำลังใจมาโดยตลอด

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภาพ.....	ญ
<b>บทที่</b>	
<b>1 บทนำ</b>	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
<b>2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง</b>	
การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การรักษา และการพยาบาล.....	13
พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล.....	26
แนวคิดเกี่ยวกับการจำหน่าย.....	36
ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน.....	42
การประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมานในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน.....	52
การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน.....	54
<b>3 วิธีดำเนินการวิจัย</b>	
ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง.....	63
การเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	64
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	66

## สารบัญ (ต่อ)

หน้า

## บทที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	66
การหาความตรงของเครื่องมือ.....	71
การหาความเที่ยงของเครื่องมือ.....	72
วิธีดำเนินการทดลอง.....	73
การกำกับกับการทดลอง.....	83
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	83
<b>4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล .....</b>	<b>85</b>
<b>5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ</b>	
สรุปผลการวิจัย.....	96
อภิปรายผลการวิจัย.....	96
ข้อเสนอแนะ.....	104
<b>รายการอ้างอิง.....</b>	<b>107</b>
<b>ภาคผนวก</b>	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	118
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย.....	119
ภาคผนวก ค ใบยินยอม และข้อมูลสำหรับผู้ดูแล.....	135
ภาคผนวก ง ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลอง ในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.....	139
<b>ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....</b>	<b>141</b>



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่

1	การประเมินภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง.....	17
2	ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามลักษณะของต้นเหตุของความเครียด และปฏิกิริยา ตอบสนองของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้นได้ ตามทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน.....	58
3	คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็ก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล.....	65
4	จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับเด็ก และประสบการณ์การดูแลเด็ก โรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล.....	86
5	คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ระหว่าง กลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ.....	88
6	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็ก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการ พยาบาลของนิวมาน กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ.....	89
7	การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล เด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน และการป้องกัน การเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	90

สถาบันนวัตกรรมการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

หน้า

แผนภูมิที่

1	รูปแบบการเตรียมจำหน่าย.....	38
2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	62
3	ขั้นตอนการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน.....	75
4	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง.....	84



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมา และความสำคัญของปัญหา

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นโรคติดต่อทางอาหาร (food-borne disease) ที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีการปนเปื้อน จุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค (ไพจิตร วราชิต, 2544) จากรายงานของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า อุบัติการณ์ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (บุษบา วิวัฒน์เวคิน, 2542) โดยมีอัตราการป่วยสูงสุด และมีอัตราการตายสูงเป็นอันดับสองในกลุ่มโรคที่ต้องเฝ้าระวัง (สุพร ตริพงษ์ภรณา และสุกัญญา จงถาวรสถิตย์, 2544) สำหรับอัตราการป่วยของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าอัตราการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 1.34 ครั้ง/คน/ปี ส่วนในกลุ่มอายุต่ำกว่า 2 ปี มีอัตราการป่วย 2.23 ครั้ง/คน/ปี (จุฬารัตน์ ถาวรนนท์ และคณะ, 2540)

จากการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก พบว่ามีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วง คือ 1) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่ไม่สะอาด ไม่ได้ล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดก่อนรับประทานอาหาร และหลังขับถ่ายอุจจาระ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การกำจัดขยะ สิ่งปฏิกูล รวมทั้งการกำจัดอุจจาระของเด็กที่ไม่ถูกสุขลักษณะ และ 3) ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ อายุของเด็ก ภาวะขาดสารอาหาร รวมทั้งการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค เช่น โรคหัด เป็นต้น (อิวิวัฒน์ เปล่งสะอาด, 2544; WHO, 1994) แต่เนื่องจากเด็กยังไม่สามารถดูแล ช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องอาศัยการดูแล ช่วยเหลือในทุก ๆ ด้านจากผู้ดูแล (กุลยา ตันติผลาชีวะ, 2542) ดังนั้น ปัจจัยต่าง ๆ ดังที่กล่าวมา ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม รวมทั้งด้านตัวเด็ก จึงขึ้นอยู่กับพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล ดังนั้น ถ้าหากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสม ย่อมทำให้เด็กมีโอกาสเกิดอุจจาระร่วงได้ (สุภา หริกุล, 2542)

การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ทำให้เกิดอันตรายที่สำคัญต่อผู้ป่วยเด็ก คือ การเกิดภาวะขาดน้ำในระยะแรก และภาวะทุพโภชนาการในระยะหลัง (วันดี วราวิทย์, 2537; พิภพ จิรภิญโญ, 2538) หากผู้ดูแลเด็กให้การดูแลเพื่อป้องกัน และแก้ไขได้โดยการให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอตั้งแต่ระยะแรกที่เด็กเริ่มมีอาการถ่ายอุจจาระ ร่วมกับการให้อาหารอย่างต่อเนื่อง และการสังเกตอาการที่ต้องนำเด็กไปสถานพยาบาลได้ถูกต้อง (กรมควบคุมโรค, 2546; WHO, 1993) จะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการดีขึ้น ไม่เกิดภาวะขาดน้ำ และหายเป็นปกติได้ในที่สุด

จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลรักษาของผู้ดูแล เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมในด้านการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม โดยมี

แบบแผนการปฏิบัติในการดูแลเด็กที่แตกต่างกันไปตามกระบวนการคิด ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อที่ได้รับอิทธิพลมาจากขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละบุคคล (สง่า ไชยรักษ์, 2542) ในด้านความรู้นั้น พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาเบื้องต้นที่บ้าน โดยเฉพาะการให้สารน้ำทดแทนเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ รวมทั้งการให้อาหารที่เหมาะสมแก่เด็กในขณะป่วย (เกษร แถวโนนังวิ และวันทนา กลางบุรัมย์, 2544; เพ็ญศรี ไพรัตน์, 2547) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ชูตินันท์กุล และคณะ, (2546) ที่ได้ทำการประเมินผลการดูแล รักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็ก พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้ และการปฏิบัติในการให้อาหารอย่างต่อเนื่องในขณะป่วย และการสังเกตอาการที่ต้องนำเด็กไปสถานพยาบาลอยู่ในระดับที่ค่อนข้างสูง แต่ความรู้ และการปฏิบัติในการให้ของเหลว หรือสารน้ำทดแทนที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำนั้นมีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น

พฤติกรรมในด้านการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแล เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน นอกจากเป็นผลมาจากการขาดความรู้แล้ว ด้านความเชื่อ ทักษะคติที่ไม่ถูกต้องของผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลรักษาเมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วง ก็เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญ และมีผลต่อรูปแบบพฤติกรรมในการดูแลเด็กของผู้ดูแลได้ (อากาศ ชูปัญญา และเกศรา แสนศิริพิสุข, 2541) จากการศึกษาของ วิทัศน์ จันทวิสิทธิ์ศรี และคณะ (2537) พบว่า ผู้ดูแลเด็ก ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง ว่าเป็นอาการปกติที่เกิดขึ้นจากพัฒนาการตามช่วงวัยของเด็ก เช่น การเริ่มคลาน เริ่มเกาะเดิน ซึ่งหายได้เองโดยไม่ต้องให้การรักษา รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับการงดนม หรืออาหารเมื่อเด็กถ่ายอุจจาระร่วง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการรุนแรงมากขึ้นได้

การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กนั้น นอกจากทำให้เป็นอันตรายถึงชีวิตจากภาวะขาดน้ำแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการ และการเจริญเติบโตของเด็กได้ (ไกรสิทธิ์ ตันติศิริรินทร์ 2531; พิภพ จิรวิญญู, 2538) ดังนั้น นอกจากผู้ดูแลจะต้องมีพฤติกรรมในการดูแล รักษาที่เหมาะสมแล้ว ยังต้องมีพฤติกรรมในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำควบคู่ไปด้วย

จากการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้กับเด็กที่ไม่เหมาะสม (สมชัย จิรโรจน์วัฒน์ และรวีสราศรีวัฒนวรชัย, 2544; อรรถต วัฒนนะ, สุรียพงศ์ สีเทา และฐิติภักดิ์ อินทเสน, 2544) โดยเฉพาะในด้านการจัดเตรียมอาหาร และน้ำดื่มที่สะอาดให้แก่เด็ก การล้างมือก่อนเตรียม หรือป้อนอาหาร การล้างมือหลังขับถ่ายอุจจาระ รวมทั้งการกำจัดอุจจาระที่ถูกสุขลักษณะ (เกษร แถวโนนังวิ และวันทนา กลางบุรัมย์, 2544; อมรรัตน์ ชูตินันท์กุล และคณะ, 2546)

จากการศึกษาดังที่กล่าวมา จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมในการดูแลเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านของการดูแล รักษา และ

การป้องกันการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ดังนั้น เมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วงจึงไม่สามารถให้การดูแล รักษาเบื้องต้นที่บ้านได้ จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการรุนแรงมากขึ้น และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยเด็ก ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่ จะมีภาวะขาดน้ำ และเกลือแร่ จากการถ่ายอุจจาระ และอาเจียน ซึ่งถือเป็นภาวะที่ร่างกายของผู้ป่วยเด็กเกิดการเสียสมดุลขึ้น และจำเป็นต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อให้สมดุลเดิมของร่างกายกลับคืนมา แนวทางในการดูแล รักษาผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในระยะเร่งด่วน จึงเป็นการแก้ไขภาวะขาดน้ำ โดยการให้ของเหลว และสารน้ำทดแทน ส่วนการป้องกันภาวะขาดสารอาหารนั้น จะเป็นการให้อาหารแก่ผู้ป่วยเด็กอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค, 2546; WHO, 1994) เมื่อผู้ป่วยเด็กพ้นจากภาวะขาดน้ำ รับประทานอาหารได้ เล่นได้ นอนหลับได้ ถึงแม้จะยังมีการถ่ายอุจจาระอยู่บ้าง ก็สามารถให้กลับไปดูแล รักษาต่อที่บ้านได้ (วันดี วราวิทย์, 2543; WHO, 1994) ดังนั้น เป้าหมายในระยะยาวของการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ ก็คือ การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเด็ก ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ให้มีการฟื้นหายเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และการป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (วันดี วราวิทย์, 2534; รุจา ภูโพนุลย์, 2541; WHO, 1994; Wong et al., 1999; Potts and Mandelco, 2002)

ดังนั้น หากผู้ป่วยเด็กได้รับการจำหน่ายในขณะที่ผู้ดูแลยังมีพฤติกรรมการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม โดยขาดความรู้ ทักษะในการปฏิบัติ รวมทั้งยังมีความเชื่อที่ผิดที่ผิดใจในด้านการดูแลรักษา และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก ทำให้ได้รับการดูแล รักษาที่ไม่เหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการป่วยซ้ำ จากพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้องของผู้ดูแล (วรัตมา สุขวัฒนานันท์, 2540)

แนวทางปฏิบัติการพยาบาลตามปกติที่ปฏิบัติอยู่นั้น พบว่า เมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการดูแลในระยะเร่งด่วน เพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ (วันดี วราวิทย์, 2537; WHO, 1993) การพยาบาลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่สำคัญคือ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ทางปากตั้งแต่แรกรับ ส่วนเป้าหมายในระยะยาวเพื่อการเตรียมผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการจำหน่ายให้ได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องนั้น พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กต่อที่บ้าน ในด้าน การให้ยา สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ การให้อาหาร การดูแลเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อน การสังเกต และประเมินอาการที่ต้องนำเด็กกลับมาโรงพยาบาล รวมถึงการดูแลป้องกันไม่ให้ป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะได้รับในวันที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ระยะเวลาไม่เพียงพอในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ป่วย และผู้ดูแล (กฤษดา แสงวงดี, ธีรพร สติธังกูร และเรวดี ศิรินคร, 2539) การให้

คำแนะนำในช่วงระยะเวลาสั้น ๆ จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเพียงบางส่วน รวมทั้งคำแนะนำบางอย่างไม่สามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในด้านการปฏิบัติได้ด้วยวิธีการสอน หรืออธิบายเพียงอย่างเดียว เช่น การสังเกต และประเมินอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ การเตรียม และให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ การดูแลเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อน เช่น การดูแลเมื่อมีไข้ เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติได้ถูกต้องเมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การที่ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมนั้น ต้องเกิดจากการได้รับการเตรียมจำหน่ายที่ดีจากพยาบาล การเตรียมจำหน่ายนั้น จะเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Gikow, et al., 1985; McKeehan, 1981) มีเป้าหมายสำคัญคือ ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยการนำกระบวนการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว โดยนำเอาทรัพยากรที่มีอยู่มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต โดยพิจารณาความแตกต่างของผู้รับบริการแต่ละคนเป็นหลัก (Clemen-Stone, Eiggsti, and McGuire, 1995) กระบวนการเหล่านี้ สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (Neuman, 1995, 2002) ที่มองว่าแต่ละบุคคลมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติพยาบาลในลักษณะของกระบวนการพยาบาล จึงเน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการในทุกขั้นตอน ในการนำทรัพยากรของผู้รับบริการแต่ละรายที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ เพื่อการดำรงภาวะปกติสุขของบุคคลนั้น (เพ็ญศรี ระเบียบ, 2539)

ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน (Neuman, 1995, 2002) เป็นทฤษฎีที่มีจุดเน้นของการดูแลบุคคลทั้งคน (Wholistic) โดยพิจารณาครอบคลุมตัวแปรทั้ง 5 ด้าน คือ สรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ อย่างเป็นองค์รวม เป้าหมายของการพยาบาล คือการดำรง รักษา และส่งเสริมให้ระบบของบุคคลอยู่ในภาวะสมดุล โดยใช้ทรัพยากรจากสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน ระหว่าง และภายนอกของแต่ละบุคคลที่มีอยู่ ซึ่งสิ่งแวดล้อมนั้น เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลทั้งทางบวก และลบ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องค้นหาแหล่งประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพทางบวกของบุคคลนั้น

ผู้ป่วยเด็ก เป็นระบบบุคคลที่มีโครงสร้างพื้นฐาน (Basic structure) และแนวการต่อต้าน (Line of resistance) ที่เป็นอิสระ แยกจากมารดาตั้งแต่คลอด แต่อย่างไรก็ตาม เด็กก็ยังไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ เนื่องจาก แนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย (Flexible line of defense) และแนวการป้องกันปกติ (Normal line of defense) ยังอ่อนแอเนื่องจากพัฒนาการ และการเจริญเติบโตยังไม่สมบูรณ์เต็มที่ ยังไม่สามารถดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตัวเอง การที่เด็กจะมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงได้ จึงต้องพึ่งพาการดูแลช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็น บิดา มารดา หรือผู้ดูแล (Trepanier, Dunn, and Sprague, 1995) ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ก็คือส่วนของแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย และแนวการป้องกันปกติ ซึ่งเป็น

ส่วนหนึ่งในระบบบุคคลของผู้ป่วยเด็กนั่นเอง การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็ก เป็นการแสดงให้เห็นถึงภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ หรือระบบของผู้ป่วยเด็กที่เสียสมดุลไป และการที่ผู้ป่วยเด็กจะกลับคืนสู่ภาวะสมดุลดั้งเดิม และคงความสมดุลของระบบไว้ได้ จะต้องเสริมสร้างความแข็งแกร่งของแนวการป้องกันต่าง ๆ ให้กลับคืนมา โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้อง เหมาะสมทั้งในด้านการดูแลรักษาต่อเรื่องที่บ้าน และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำนั่นเอง

การเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน เป็นกิจกรรมที่เน้นเป้าหมายในระยะยาว เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเด็ก โดยการเตรียมให้ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่มีส่วนในการทำให้ผู้ป่วยเด็กมีการฟื้นหายเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการป่วยซ้ำ ซึ่งก็คือ สมดุลของระบบผู้ป่วยเด็ก การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เป็นไปตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลของนิวแมน โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล นำมากำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับพยาบาล เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้องทั้งในด้านการดูแล รักษา และการป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงให้แก่ผู้ป่วยเด็ก ก่อนที่ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การนำทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมนมาใช้ในการเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันนั้น เป็นการนำทฤษฎีการพยาบาลมาเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติ ทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และแสดงถึงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2545) อีกทั้งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล รักษา และจัดการกับอาการความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก ยังสอดคล้องกับแนวทางการปฏิรูประบบสุขภาพที่เน้นการสร้างสุขภาพของประชาชน โดยเน้นให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแล และจัดการกับภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วยของตนเองได้ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) การพัฒนารูปแบบการเตรียมเจ้าหน้าที่ จึงเป็นบทบาทหน้าที่ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการพัฒนากลวิธีกราดำเนินงานให้มีคุณภาพ ตามมาตรฐานการพยาบาล โดยเน้นที่ประสิทธิภาพ ความคุ้มค่า และความคุ้มค่า เพื่อยกระดับคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กให้เทียบเคียงกับมาตรฐานสากลได้

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็ก ของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่าย โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ

## แนวเหตุผล และสมมติฐาน

การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน (Neuman, 1995, 2002) เป็นกระบวนการพยาบาลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเด็ก จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากผู้ดูแล ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เน้นการดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นองค์รวม (Wholistic) ครอบคลุมตัวแปรทั้ง 5 ด้าน ของผู้ป่วยเด็ก คือ สรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ เป้าหมายหลักของทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน (Neuman, 1995, 2002) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ระบบของผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะสมดุล ซึ่งก็คือผู้ป่วยเด็กมีการฟื้นหายเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการเจ็บป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้กระบวนการพยาบาลของนิวแมน 3 ขั้นตอนคือ ขั้นที่ 1) วินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) ขั้นที่ 2) เป้าหมายของการพยาบาล (Nursing goals) ขั้นที่ 3) ผลลัพธ์ของการพยาบาล (Nursing outcomes) ซึ่งเกิดขึ้นจากการรับรู้ และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างพยาบาล และผู้ดูแลเด็กในทุกขั้นตอนดังนี้

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนที่พยาบาล และผู้ดูแลร่วมกันค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล การค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล จากการรวบรวมข้อมูลโดยประเมินจากสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ด้านของผู้ป่วยเด็ก (Trepanier, Dunn, and Sprague, 1995) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลของผู้ป่วยเด็ก

การประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบุคคล ทำให้พยาบาล และผู้ดูแลเด็ก สามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็ก ที่เกิดจากการดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้องของผู้ดูแล โดยเป็นการประเมินความรู้ และการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กทั่วไป และการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การให้สารน้ำทดแทน การให้อาหาร รวมทั้งการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงให้กับผู้ป่วยเด็ก การประเมินสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล ทำให้พยาบาล และผู้ดูแลสามารถประเมินปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล และสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว เกี่ยวกับความคาดหวังในผล



ของการรักษาผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งความคาดหวังต่อการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และการประเมินสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล เป็นข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจฐานะของผู้ป่วยเด็ก รวมถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล

การประเมินสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ด้านของผู้ป่วยเด็ก ทำให้ได้ข้อมูลครอบคลุมตัวแปรด้าน สรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ครอบคลุมเป็นองค์รวม (Cross, 1990) ทำให้ทราบถึงปัญหาในด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล รวมทั้งทรัพยากรของผู้ป่วยเด็กที่มีอยู่จริง และสามารถนำไปกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยเด็กได้

การรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กจากสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ด้านนั้น อาจมีการรับรู้ถึงปัญหาที่แตกต่างกันได้ ซึ่งเป็นผลมาจากความรู้ ความเชื่อ ทศนคติที่มีอยู่เดิมของผู้ดูแล หรืออาจเป็นเพราะการรวบรวมข้อมูลยังไม่เพียงพอของพยาบาล ดังนั้น การที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตรวจสอบปัญหา ได้แลกเปลี่ยนความคิด และทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก จึงทำให้มีการรับรู้ และระบุปัญหาที่ตรงกันระหว่างพยาบาล และผู้ดูแล ซึ่ง Phipps และคณะ (1995) กล่าวว่าเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงปัญหา จะเกิดแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหา และพยายามหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น ดังนั้น เมื่อผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก จึงเกิดแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาเหล่านั้น

ขั้นที่ 2 เป้าหมายของการพยาบาล (Nursing goals) การกำหนดเป้าหมายในการพยาบาลจะช่วยบอกทิศทาง และผลของการพยาบาลที่ต้องการให้เกิดขึ้นได้ (สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2544) ดังนั้น การกำหนดเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา และวางแผนปฏิบัติการร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ดูแล จากข้อมูลของผู้ป่วยเด็กที่ครบถ้วน สอดคล้องกับทรัพยากรของผู้ป่วยเด็กที่มีอยู่ ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ทำให้มีแนวทางที่ชัดเจนในการปฏิบัติการต่าง ๆ และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง

ขั้นที่ 3 ผลลัพธ์ของการพยาบาล (Nursing outcomes) เป็นการประเมินผลการปฏิบัติการต่าง ๆ ตามแผนที่ร่วมกันวางไว้กับผู้ดูแล หากพบว่าไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ต้องทำการกำหนดเป้าหมายใหม่ และวางแผนการปฏิบัติการต่อไปจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย ซึ่งการประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการต่าง ๆ เป็นการตรวจสอบความสำเร็จของการปฏิบัติการตามเป้าหมายที่วางไว้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนรูปแบบการปฏิบัติจนกว่าผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้อง ทั้งในด้านการดูแล รักษาต่อเนืองที่บ้าน และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำ

การปฏิบัติการในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันนั้น ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติทุกขั้นตอน จึงเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการปฏิบัติทุกขั้นตอน

ตนเองมีประโยชน์ มีความสำคัญในบทบาทของการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง (Palmer, 1993; Neill, 1996) เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วยเด็กมากขึ้น ลักษณะของกิจกรรมที่เกิดขึ้นเป็นการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแล ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย ตามการรับรู้ และความเข้าใจของผู้ดูแล จากการศึกษาพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแล รักษา และการป้องกันโรคอุจจาระร่วง (สมศักดิ์ นุกุลอุดมพานิชย์ และ วิยะดา ดิลกวัฒนา, 2542) นอกจากนี้ การได้รับความรู้ คำแนะนำ การมีทรัพยากรในการปฏิบัติ และการมีเวลาเพื่อการปฏิบัติ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันและการปฏิบัติเมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงได้เช่นกัน (ทิพาพร สุโขสิต และคณะ, 2539) ดังนั้น กิจกรรมในการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย การสอน การสาธิต การให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะโดยการทดลองปฏิบัติจริง จึงช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) อีกทั้ง การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเริ่มตั้งแต่ แรกรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลมีระยะเวลามากพอในการฝึกทักษะ ความรู้ ความสามารถในการดูแลเด็ก จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้อง เหมาะสม ทั้งในด้านการดูแล รักษา ต่อเนื่องที่บ้าน และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซ้ำ ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ยังไม่มีการศึกษาที่ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมนในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยในกลุ่มใด ๆ รวมทั้งในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แต่ก็มีผู้นำทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมนไปใช้ในการปฏิบัติพยาบาลในด้านอื่น ๆ และพบว่าสามารถทำให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ได้ ดังเช่น วรรณสตรี รัตนรัมย์ (2541) ได้นำทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมนไปใช้ในการเยี่ยมบ้านมารดาที่มีบุตรอายุ 1-3 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบน โดยมีการปฏิบัติเป็นกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทั้ง 3 ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่า การนำทฤษฎีทางการพยาบาลของ นิวแมนมาใช้ในการเยี่ยมบ้าน ทำให้มารดามีความรู้ ทักษะการรับรู้ และการปฏิบัติตัวในการดูแลบุตรดีขึ้น

ดังนั้น การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ซึ่งมีแนวทาง และขอบเขตที่ชัดเจนสำหรับพยาบาล ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อค้นหาปัญหาที่ยุ่งยาก และซับซ้อนของผู้ป่วยเด็ก การมีส่วนร่วมของพยาบาล และผู้ดูแลในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การตกลงปัญหาร่วมกัน ทำให้มีการรับรู้ปัญหาที่ตรงกัน และนำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย วางแผน และเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา สอดคล้องกับทรัพยากรของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลแต่ละราย จึงทำให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ คือ ผู้ดูแลมี

พฤติกรรมกรรมการดูแล รักษาที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านของการดูแล รักษาต่อเนืองที่บ้าน และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำ ให้กับผู้ป่วยเด็กได้

จากแนวเหตุผล และสมมติฐานดังกล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

พฤติกรรมกรรมการดูแลเด็ก ของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยเป็นการเปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน ซึ่งครอบคลุมตั้งแต่การปฏิบัติการพยาบาลตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตั้งแต่แรกเริ่ม ร่วมกับการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตามกระบวนการพยาบาลของนิวมานทั้ง 3 ขั้นตอน คือ วินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ

**ประชากร** ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

### ตัวแปรที่ศึกษา

**ตัวแปรต้น** คือ การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งมี 2 วิธี คือ การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน และการเตรียมจำหน่ายตามปกติ

**ตัวแปรตาม** คือ พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ในด้าน การดูแล รักษา ต่อเนืองที่บ้าน และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำ

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

### การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎี

ทางการพยาบาลของนิวแมน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาล ซึ่งพยาบาลจัดให้กับผู้ป่วยเด็ก อายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย การพยาบาลตามแผนการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ดูแลในด้าน การดูแล รักษาอาการอุจจาระร่วงของผู้ป่วยเด็กให้หายเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และการป้องกันไม่ให้อาการซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลของ Neuman (1995, 2002) ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเด็ก โดยการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก เพื่อระบุต้นเหตุของความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียด ซึ่งเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบของผู้ป่วยเด็กกับสิ่งแวดล้อม ทั้งสิ่งแวดล้อมภายใน ระหว่าง และภายนอกบุคคล ดังนี้

1) สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐาน ได้แก่ น้ำหนักตัว ประวัติการได้รับวัคซีน แนวการต่อต้าน ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ระดับความรุนแรงของการขาดน้ำ และเกลือแร่ ลักษณะ และจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระ แนวการป้องกันปกติ ได้แก่ แบบแผนการเลี้ยงดูเด็กในการจัดเตรียมอาหาร และน้ำดื่ม รวมถึงความสะอาด และสุขอนามัยทั่วไป แบบแผนการดูแลเด็กเมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในด้านการเตรียม และให้สารน้ำทดแทน การให้อาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องนำส่งโรงพยาบาล ความต้องการ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก ในด้าน ความรู้ ความเชื่อของผู้ดูแล รวมถึงความสามารถในการดูแลเด็ก และความต้องการการช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กเมื่อป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

2) สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ความคาดหวังของผู้ดูแล และสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับความคาดหวังในผลของการรักษาผู้ป่วยเด็ก และความคาดหวังต่อการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

3) สิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจและสิทธิ์ที่ใช้ในการรักษา

ในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็กนั้น ผู้ดูแลเป็นผู้ให้ข้อมูลต่าง ๆ และมีส่วนร่วมในการระบุนโยบาย ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบการรับรู้ปัญหาที่ตรงกันระหว่างพยาบาล กับผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล ในด้านการดูแล

รักษาให้ผู้ป่วยเด็กมีการฟื้นฟูเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และการป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม แล้วจึงกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก ที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ขั้นที่ 2 เป้าหมายของการพยาบาล เป็นการนำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กที่ได้ มากำหนดเป้าหมายตามลำดับความสำคัญของปัญหา โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการคิด และตัดสินใจเกี่ยวกับการกำหนดเป้าหมาย วางแผนกิจกรรมการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยเด็ก และกำหนดเกณฑ์การประเมินผลที่สอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ร่วมกับพยาบาล

ขั้นที่ 3 ผลลัพธ์ของการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แบ่งเป็นระยะของการป้องกันทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

การป้องกันระยะที่ 1 เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายจากการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

การป้องกันระยะที่ 2 เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรม การดูแล รักษาผู้ป่วยเด็กในขณะที่ผู้ป่วยเด็กยังมีการแสดงเหลืออยู่ ให้มีการฟื้นฟูเป็นปกติ

การป้องกันระยะที่ 3 เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรม ในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำ

กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย การพยาบาลตามแผนการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ร่วมกับการเตรียมผู้ดูแลเด็ก โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก สาเหตุ อาการ การดูแล รักษาที่บ้านในด้านการให้ยา อาหาร การเตรียม และให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ การสังเกต และดูแลเมื่อมีอาการรุนแรง และการป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำ ในด้านการล้างมือ การเตรียมอาหาร การกำจัดอุจจาระที่ถูกต้อง โดยการสอน สาธิต และให้ผู้ดูแลได้ทดลองฝึกปฏิบัติ การสนับสนุน แนะนำ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรคในการดูแล ผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย ทำการประเมินผลภายหลังการจัดกิจกรรมจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้

**การเตรียมจำหน่ายตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ที่พยาบาลจัดให้แก่ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันตั้งแต่แรก รับ จนกระทั่งจำหน่าย ประกอบด้วย การพยาบาลตามแผนการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

เฉียบพลัน และการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเด็กขณะอยู่ในโรงพยาบาลในด้านการดูแลรักษาความสะอาดของผู้ป่วยเด็ก การดูแลให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ การดูแลเมื่อเด็กเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ขณะอยู่ในโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเด็กในวันจำหน่ายในด้านการให้ยา สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ การดูแลเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อน การสังเกตอาการที่ต้องนำเด็กมาโรงพยาบาล และการป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตามแนวทางการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของหอผู้ป่วย

**ผู้ดูแล** หมายถึง บิดา มารดา หรือ ญาติใกล้ชิด ที่เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และสามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยเด็กได้ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่นับรวมถึงผู้รับจ้างดูแล

**พฤติกรรมการดูแลเด็ก** หมายถึง การปฏิบัติ หรือตั้งใจที่จะปฏิบัติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ที่แสดงออกถึงการดูแล รักษาผู้ป่วยเด็กในด้านการประเมิน และจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การเตรียม และให้สารละลายเกลือแร่ การให้อาหารแก่เด็กในระหว่างมีอาการอุจจาระร่วง การดูแลให้ยาที่ถูกต้อง และการแสดงออกถึงการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเด็กป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในด้าน การเตรียมอาหาร และน้ำดื่ม การล้างมือก่อนเตรียมป้อนอาหารให้เด็ก และหลังถ่ายอุจจาระ รวมทั้งการกำจัดอุจจาระของผู้ป่วยเด็กที่ถูกสุขลักษณะ ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของ WHO (1994) และกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546)

การประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล สามารถประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ บริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันให้ได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีความต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล ให้มีการฟื้นฟูเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รวมถึงการเจ็บป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม
2. เป็นแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้ปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล เพื่อการเตรียมจำหน่ายในผู้ป่วยโรคอื่น ๆ
3. เป็นแนวทางในการนำทฤษฎีทางการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาล เพื่อแสดงความเป็นเอกลักษณ์ของวิชาชีพ และให้เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการและทีมสุขภาพ

## บทที่ 2

### เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า และรวบรวมวรรณกรรมตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การรักษา และการพยาบาล
2. พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็ก
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเตรียมจำหน่าย
4. ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน
5. การประยุกต์ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมนในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
6. การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน

#### 1. การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การรักษา และการพยาบาล

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นโรคติดต่อทางอาหาร (food-born disease) ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดโรค (ไพจิตร วราชิต, 2544) ปัญหาโรคทางเดินอาหาร และผลกระทบที่เกิดขึ้น นอกจากจะมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้เจ็บป่วยแล้ว ยังมีผลต่อเศรษฐกิจ สังคม และการพัฒนาประเทศอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งเป็นสาเหตุของการสูญเสียชีวิต และเป็นอุปสรรคต่อการเจริญเติบโตของเด็กจำนวนมาก เพราะเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคนี้ จะบริโภคได้ลดลง เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของระบบย่อยอาหาร และการดูดซึม ทำให้มีการสูญเสียน้ำ และเกลือแร่มากกว่าปกติ เป็นผลให้เกิดภาวะขาดน้ำ และเกลือแร่ รวมถึงอาจเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เป็นอันตรายร้ายแรง (อิริวัฒน์ เปล่งสอาด, 2544)

World Health Organization (WHO, 1993) ได้ให้คำจำกัดความของโรคอุจจาระร่วงซึ่งมีทั้งความบ่อยของการถ่าย (frequency) ตลอดจนลักษณะของอุจจาระ และปริมาณน้ำในอุจจาระ (characteristic of stool) ว่าเป็นภาวะที่มีการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำมากกว่า 3 ครั้งต่อวัน หรือถ่ายมีมูกหรือเลือดปนอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือเป็นน้ำจำนวนมาก 1 ครั้งขึ้นไป ใน 24 ชั่วโมง โดย

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน อาจมีอาการเป็นหลายชั่วโมง หรือหลายวัน และส่วนใหญ่มักจะหายได้ภายใน 7 วัน

### ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นโรคที่เกิดขึ้นจากการกระจายของเชื้อโรคจากอุจจาระสู่อาหาร เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยของบุคคล ดังนั้น จึงสามารถแบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคได้ดังนี้ (อิริวัฒน์ เปล่งสอาด, 2544)

1. ปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ (Health behavior) ซึ่งได้แก่ การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ การล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร และหลังถ่ายอุจจาระ การรับประทานอาหารที่สุกใหม่ ๆ สะอาด ปราศจากแมลงวันตอม มีฝาปิดมิดชิด
2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การจัดหาน้ำดื่มจากแหล่งน้ำที่สะอาด การกำจัดขยะมูลฝอย และน้ำโสโครก การถ่ายอุจจาระในส้วม รวมทั้งการกำจัดอุจจาระของเด็กที่ถูกสุขลักษณะ
3. ปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร และวิตามิน น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ อายุของเด็ก รวมทั้งการไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันโรคหัด

จากการศึกษาของ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ (2538) เรื่อง การพัฒนาแบบแผนการดูแลที่บ้าน สำหรับเด็กอายุแรกเกิดถึง 4 ปี ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเขตเมือง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 563 คน เก็บข้อมูลโดยการสังเกต สัมภาษณ์ และการประเมินจากตัวเด็ก พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับครอบครัว และสิ่งแวดล้อม การมีส้วมไม่ถูกสุขลักษณะ การกำจัดน้ำเสียไม่ถูกวิธี ส่วนปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมาก่อน ภาวะแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับการเลี้ยงดู ได้แก่ การปล่อยให้เด็กคลานเล่นบนพื้นดิน สอดคล้องกับการศึกษาของ อากาศ ชูปัญญา และเกศรา แสนศิริวิเศษ (2541) ที่ได้ศึกษาตัวกำหนดของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กจำนวน 1,056 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุของเด็ก ทักษะคิด ความเชื่อ ความรู้ ระดับการศึกษา และการกำจัดขยะของผู้ดูแลเด็ก โดยพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงเป็น 2.08 เท่าของเด็กอายุมากกว่า 2 ปี ผู้ดูแลเด็กที่มีทักษะคิดเชิงลบ ความรู้ และระดับการศึกษาต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กที่เลี้ยงดูเป็น 2.98, 1.93, และ 2.22 เท่าของผู้ดูแลเด็กที่มีทักษะคิดเชิงบวก ความรู้ และระดับการศึกษาสูง ส่วนผู้ดูแลเด็กที่มีการกำจัดขยะ



ไม่ถูกสุขลักษณะ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในกลุ่มเด็กที่เลี้ยงดู เป็น 1.63 เท่า ของ ผู้ที่มีการกำจัดขยะถูกสุขลักษณะ ส่วนการศึกษาของ ปรารักษ์ทอง ราชภรณ์จำเริญสุข และเอมอร ราชภรณ์จำเริญสุข (2541) เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคอุจจาระร่วงของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 6 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็ก จำนวน 11,280 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ผลการศึกษาพบว่า เด็กในเขต 6 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วง เนื่องจาก ผู้ดูแลไม่จัดหาน้ำดื่มที่สะอาดให้เด็กบริโภค ส่วนพฤติกรรมล้างมือทุกครั้ง และล้างบางครั้ง ก่อนปรุงอาหาร พบใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 37.9 และ 39.9 ตามลำดับ ส่วนการกำจัดอุจจาระเด็ก ที่ถูกต้องอยู่ในช่วง ร้อยละ 78.6-93.5 ตามลำดับ

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันนั้น เกิดขึ้นได้จากการรับประทานอาหาร และน้ำที่ไม่สะอาด ทำให้มีการปนเปื้อนของเชื้อโรค สำหรับเด็กในวัย 1-3 ปี ซึ่งยังต้องอาศัยการดูแลจาก บิดามารดา หรือผู้ดูแลเด็ก พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของเด็กจึงขึ้นอยู่กับ พฤติกรรมสุขภาพ และการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมให้ผู้ดูแล เด็กเกิดพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

### สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

การเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้น สามารถแบ่งได้เป็นสาเหตุจากการติดเชื้อ (Infectious causes) และไม่ติดเชื้อ (Non-infectious causes) (วันดี วราวิทย์, 2537; อธิวัฒน์ เปล่งสอาด, 2544) สำหรับในเด็กนั้น การติดเชื้อเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดของโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน และพบว่า เชื้อที่เป็นสาเหตุส่วนใหญ่ ได้แก่

1. เชื้อแบคทีเรีย (Bacteria) ในกลุ่ม E. coli พบประมาณร้อยละ 12 ทำให้มี อาการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ มักพบในประเทศกำลังพัฒนา กลุ่ม Shigella sp. พบประมาณร้อยละ 5 ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในเด็กอายุ 6 เดือนถึง 2 ปี โดยจะมีอาการถ่ายเป็นน้ำมาก่อน ต่อมาจะถ่ายมี มูกเลือดปน มักมีไข้สูง ปวดท้อง อาเจียน และอาจมีชักได้ กลุ่ม Salmonella sp. พบได้ร้อยละ 9-12 จะมีถ่ายเหลวเป็นน้ำ บางครั้งอาจมีมูก หรือเลือดปน กลุ่ม Vibrio cholerae ในรายที่มี อาการน้อยจะมีอาการคล้ายอุจจาระร่วงทั่ว ๆ ไป ถ้ารุนแรงจะถ่ายอุจจาระเป็นน้ำสีขาวขุ่นคล้าย น้ำข้าวข้าว ถ่ายอุจจาระมาก และเร็วทำให้เกิดภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง

2. เชื้อไวรัส (Virus) ส่วนใหญ่เป็นเชื้อ Rotavirus พบประมาณ ร้อยละ 10-15

3. ปรสิต (Parasite) ที่พบบ่อยได้แก่ Giardia lamblia พบได้ประมาณร้อยละ 2 อุจจาระจะมีสีเหลืองอ่อน ไม่มีมูกเลือด มีฟอง และกลิ่นเหม็นมาก ส่วนกลุ่ม Entamoeba histolytica พบประมาณร้อยละ 0.3 อุจจาระจะมีมูกเลือด มีอาการปวดเบ่งอุจจาระมีกลิ่นเหม็น หัวกุ้งเน่า นอกจากนี้ยังรวมถึงการติดเชื้อร่วมกับสาเหตุอื่น เช่น โรคหัด ไข้หวัด หูอักเสบ ปอดบวม

สาเหตุของโรคอุจจาระร่วงที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้ออาจพบได้จากสาเหตุเหล่านี้

- 1) การแพ้นมวัว เกิดหลังจากที่มีการกระตุ้นให้แพ้จากโปรตีนบางชนิดในน้ำนม เมื่อเด็กได้รับจึงอาจมีอาการอุจจาระร่วง และอาเจียนได้
- 2) ปริมาณอาหารที่เด็กได้รับมากเกินไป หรือเด็กบางคนที่ยินนมเข้มข้น ซึ่งมีน้ำตาลมากเกินไปทำให้ย่อยไม่หมด ก็เกิดอุจจาระร่วงได้เช่นกัน
- 3) การใช้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน ๆ ซึ่งมียาหลายชนิดที่ออกฤทธิ์ทำลายเชื้อกว้าง และนาน ๆ เข้าก็จะไปทำลาย Normal flora ในลำไส้ และเกิดอุจจาระร่วง
- 4) โรคขาดสารอาหาร มีผลทำให้เด็กไม่สามารถสร้างน้ำย่อยได้เพียงพออาหารจึงย่อย และดูดซึมไม่ได้
- 5) การปนเปื้อนสารเคมี หรือกินพืชที่เป็นพิษ ซึ่งเป็นสาเหตุของอาหารเป็นพิษ และเกิดอาการอุจจาระร่วงได้ เช่น เห็ดต่าง ๆ สารปรอท ตะกั่ว
- 6) ระบบการทำงานของต่อมไร้ท่อผิดปกติ เช่น ต่อมไทรอยด์ทำงานหนัก ต่อมหมวกไตทำงานน้อย เป็นต้น

### ภาวะแทรกซ้อนจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กนั้น ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และอันตรายที่สำคัญต่อร่างกาย 2 ประการ (วันดี วราวิทย์, 2537; พิภพ จิรวิญญู, 2538; WHO, 1993) คือ การเกิดภาวะขาดน้ำ และเกลือแร่ในช่วงแรก และภาวะขาดสารอาหารในช่วงหลัง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเกิดโรคแทรกซ้อน ซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้

ภาวะแทรกซ้อนจากการขาดน้ำในช่วงแรก อาจเกิดจากอาเจียนมาก หรือถ่ายอุจจาระมากก็ได้ นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียน้ำ และเกลือแร่ทางเหงื่อในรายที่มีไข้สูง ทางการหายใจในรายที่มีอาการหอบ ทำให้ร่างกายมีการเสียน้ำ และเกลือแร่เป็นจำนวนมาก อาจเป็นเล็กน้อย หรือรุนแรง จนทำให้เกิดอาการช็อก และเสียชีวิตได้

ความรุนแรงของการขาดน้ำ และเกลือแร่ในเด็กที่มีอาการอุจจาระร่วงนั้น จะประเมินจากอาการ และอาการแสดง เพื่อประโยชน์ในการประเมิน และให้การรักษาแก่ผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วง ผู้เชี่ยวชาญองค์การอนามัยโลก (WHO, 1993) จึงได้แบ่งความรุนแรงของภาวะขาดน้ำไว้ 3 ระดับ ดังนี้

- 1) ไม่มีอาการขาดน้ำเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดน้ำน้อยกว่า 5%
- 2) มีอาการขาดน้ำบ้าง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดน้ำ 5-10%
- 3) มีอาการขาดน้ำรุนแรง เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ขาดน้ำมากกว่า 10%

## การประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะขาดน้ำระดับต่าง ๆ

**ตารางที่ 1** การประเมินภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง

	ไม่มีภาวะขาดน้ำ	ขาดน้ำบ้าง	ขาดน้ำรุนแรง
สังเกตอาการทั่วไป	สบายดี	กระสับกระส่าย งอแง*	ซีม ไม่รู้สึกตัว ตัวอ่อน*
ตา	ปกติ	ตาลึกโหล	ตาลึกโหลมาก
น้ำตา	มี	ไม่มี	ไม่มี
ปากและลิ้น	เปียกชื้น	แห้ง	แห้งมาก
อาการกระหายน้ำ	ดื่มปกติ ไม่หิวน้ำ	กระหายน้ำตลอดเวลา*	ดื่มน้ำได้น้อย หรือไม่ได้*
รอยคืบของผิวหนัง	คืนตัวกลับเร็ว	คืนตัวกลับเร็วกว่า 2 วินาที *	คืนตัวกลับช้ากว่า 2 วินาที *
การประเมิน	ไม่มีภาวะขาดน้ำ	มีภาวะขาดน้ำบ้าง (ประเมินได้จาก ผู้ป่วยมี อาการข้างบน 2 อย่าง หรือมากกว่า ในจำนวน นั้นต้องมีอาการที่มี * 1 อาการ )	มีภาวะขาดน้ำรุนแรง (ประเมินได้จาก ผู้ป่วยมี อาการข้างบน 2 อย่าง หรือมากกว่า ในจำนวน นั้นต้องมีอาการที่มี * 1 อาการ )

ที่มา WHO (1993)

ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอีกประการหนึ่งของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน คือ การขาดสารอาหารในช่วงหลังจากการเจ็บป่วย เนื่องจากในขณะมีอาการอุจจาระร่วงนั้น ผู้ป่วยเด็กมักจะมีอาการอาเจียนทำให้เด็กรับประทานอาหารไม่ได้ หรือรับประทานอาหารแล้วอาหารไม่ย่อย ถ้าใส่ดูดซึมไม่ได้ทำให้ร่างกายชุกชุม ขาดอาหาร และโตช้า เนื่องจากเด็กต้องการพลังงานเป็นจำนวนมากสำหรับใช้ในการเจริญเติบโต เมื่อเกิดอุจจาระร่วงจะมีผลที่ตามมาต่อภาวะโภชนาการของเด็ก สามารถอธิบายได้โดยการเปลี่ยนแปลง 4 ประการ (ไกรสิทธิ์ ตันติศิริพันธ์, 2531; พิภพ จิรภิญโญ, 2538) ดังนี้ คือ

1. การลดการได้รับอาหาร (Decrease of food intake) ในขณะที่เกิดเกิดอุจจาระร่วง จะมีอาการเบื่ออาหาร คسึนได้ อาเจียน ร่วมด้วย เด็กจะไม่ยอมรับประทานอาหาร

ทั้งข้าว และนม อาจเกิดเพราะการสูญเสียน้ำ และเกลือแร่ ภาวะเป็นกรดในเลือด การมีไข้ หรือจากสารพิษ ที่เกิดขึ้นจากการอักเสบของระบบทางเดินอาหาร อาการคลื่นไส้ และอาเจียนก็ทำให้เด็กกินอาหารไม่ได้เช่นกัน นอกจากนี้ ในการปฏิบัติของบิดามารดา หรือผู้ดูแลสุขภาพเด็กบางคนยังมีความเชื่อเกี่ยวกับการงดอาหารแสลง และการบำบัดโรคระยะแรกโดยการจำกัดชนิด และจำนวนของอาหาร ยิ่งเป็นการส่งเสริมให้เด็กได้รับอาหาร และพลังงานลดน้อยลง

2. การสูญเสียอาหาร (Nutrients loss) ในขณะที่มีการติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร จะมีขบวนการเผาผลาญของเกลือแร่ที่ผิดปกติไป การสูญเสียสารอาหารอาจเกิดขึ้นจากการทำลายเยื่อบุลำไส้โดยตรง ทำให้มีการย่อย และการดูดซึมของสารอาหารต่าง ๆ ลดลงโดยพบว่าเชื้อ Rotavirus ทำให้การดูดซึมของสารอาหารลดลงได้มากที่สุด

3. การเปลี่ยนแปลงการเผาผลาญ (Metabolism change) ขณะที่เด็กเกิดอุจจาระร่วง อาจมีไข้ร่วมด้วย ซึ่งผลของการที่ร่างกายมีอุณหภูมิสูงขึ้น 1 องศาเซลเซียส จะทำให้ Basal metabolic rate เพิ่มขึ้นร้อยละ 13 ทำให้เด็กมีการสูญเสียพลังงานเพิ่มขึ้น

4. ความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น (Increase of nutrient requirement) โรคอุจจาระร่วง ทำให้เกิดการสูญเสียสารอาหาร และมีการพร่องของการเจริญเติบโต (Growth deficit) ความต้องการสารอาหารจึงต้องการเพิ่มขึ้น จากการศึกษาของ Whitehead (1977) พบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงร่วมกับมีไข้เป็นเวลานาน 30 วัน จะมีน้ำหนักตัวลดลง 773 กรัม

### การรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่เพียงแต่ทำให้เด็กเสียชีวิตในช่วงแรกเนื่องจากการสูญเสียน้ำ และเกลือแร่ไปทางอุจจาระเท่านั้น เด็กที่รอดตาย มักจะมีภาวะแทรกซ้อน ภาวะขาดสารอาหาร และการเจริญเติบโตช้า ดังนั้น จึงจำเป็นต้องให้การรักษาที่ถูกต้อง และรวดเร็วที่สุด (วันดี วราวิทย์ และคณะ, 2543) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2546) จึงได้ให้คำแนะนำในการดูแล และรักษาผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกไว้ดังนี้คือ

1. การรักษาที่บ้านในเด็กที่ไม่แสดงอาการขาดน้ำ โดยใช้กฎ 3 ข้อ ดังนี้

1.1 โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ โดยเด็กจะสูญเสียน้ำ

จากการถ่ายอุจจาระ และการอาเจียนอย่างมาก ทำให้ปริมาตรของน้ำในเลือดลดลง และการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง หากอาการรุนแรงมาก อวัยวะที่สำคัญ ๆ เช่น สมอง และไตทำงานได้น้อยลง เกิดการเสื่อมหน้าที่ (วันดี วราวิทย์, 2537) ทำให้เสียชีวิตได้ หากได้รับการทดแทนสารน้ำไม่ทัน การป้องกันภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยเด็ก ทำได้โดยให้ของเหลวแก่เด็กมากกว่าปกติ เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ โดยให้เด็กกินเท่าที่ต้องการ หรือทุกครั้งที่ยถ่ายเป็นน้ำ

เช่น การให้สารน้ำทดแทน (ORT) ที่แนะนำให้ใช้ขึ้นอยู่กับสิ่งที่หาได้ในท้องถิ่นนั้น ๆ เช่น สารละลายเกลือแร่ โอ อาร์ เอส น้ำมะพร้าว น้ำข้าวผสมเกลือเล็กน้อย น้ำแกงจืด เป็นต้น

ปริมาณอาหารเหลวที่ให้ในช่วงนี้ ให้กะปริมาณเท่ากับอุจจาระที่ถ่ายออกมาในแต่ละครั้ง โดย ทุกครั้งที่ถ่ายเป็นน้ำมาก ๆ 1 ครั้ง ให้ของเหลวโดยประมาณปริมาตร ดังนี้

เด็กอายุน้อยกว่า 2 ปี ให้ 50 – 100 มิลลิลิตร ( $\frac{1}{4}$  –  $\frac{1}{2}$  ถ้วยหรือแก้ว)

เด็กอายุมากกว่า 2 ปี ให้ 100 – 200 มิลลิลิตร ( $\frac{1}{2}$  - 1 ถ้วยหรือแก้ว)

ในเด็กเล็กให้ใช้ช้อนชาป้อนครั้งละน้อย ๆ บ่อย ๆ ส่วนในเด็กโตใช้จิบจากถ้วยบ่อย ๆ ถ้าหากมีอาการอาเจียน ให้หยุดรอประมาณ 10 – 15 นาที จากนั้นจึงเริ่มป้อนให้เด็กใหม่ไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะหยุดถ่ายอุจจาระ

1.2 ให้เด็กกินนม อาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก ดั้งเดิม

1.3 นำเด็กไปตรวจที่สถานพยาบาลถ้ามีอาการมากขึ้น หรือปฏิเสธนม น้ำ หรืออุจจาระมีเลือดปน

2. การรักษาที่สถานพยาบาลในกรณีที่เด็กแสดงอาการขาดน้ำบ้าง โดยจะมีแนวทางในการดูแล รักษาผู้ป่วยเด็ก ดังนี้

2.1 เน้นการให้สารละลายเกลือแร่ โอ อาร์ เอส ใน 4 ชั่วโมงแรก โดยการให้สารละลายเกลือแร่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กแต่ละราย ดังนี้

เด็กอายุ 1 - 2 ปี หรือน้ำหนัก 10 - < 12 กิโลกรัม ให้ สารละลายเกลือแร่ 700 - 900 มิลลิลิตร ใน 4 ชั่วโมง

เด็กอายุ 2 - 5 ปี หรือน้ำหนัก 12 - 19 กิโลกรัม ให้ สารละลายเกลือแร่ 900 - 1400 มิลลิลิตร ใน 4 ชั่วโมง

2.2 สอนผู้ดูแลเด็กให้ป้อนสารละลายเกลือแร่ที่ถูกต้อง หากเด็กยังกินนมแม่อยู่ให้กินนมแม่ดั้งเดิม ตามที่เด็กต้องการ

2.3 เมื่อครบ 4 ชั่วโมง ให้ประเมินภาวะขาดน้ำ แล้วให้ใช้แผนการให้น้ำตามความเหมาะสม จนกว่าอุจจาระจะหยุด และให้สารละลายเกลือแร่กลับไปกินที่บ้าน

2.4 อธิบายกฎ 3 ข้อให้ผู้ดูแลเข้าใจ และสามารถกลับไปปฏิบัติได้ถูกต้อง

3. การรักษาในกรณีที่เด็กมีอาการแสดงของการขาดน้ำรุนแรง

3.1 ให้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน เพื่อให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยในขณะที่นำส่งโรงพยาบาล ให้ป้อนสารละลายเกลือแร่ โอ อาร์ เอส ไปด้วย

3.2 ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ Ringer's Lactate Solution หรือ Normal Saline จำนวน 100 มิลลิลิตร / กิโลกรัม โดยแบ่งให้ดังนี้

เด็กขวบปีแรก ให้ 30 มิลลิลิตร / กก. ใน 1 ชั่วโมงแรก ต่อด้วย 70 มิลลิลิตร / กก. ใน 5 ชั่วโมงต่อมา

เด็กโตกว่าขวบ ให้ 30 มิลลิลิตร / กก. ใน ½ ชั่วโมงแรก ต่อด้วย 70 มิลลิลิตร / กก. ใน 2 ½ ชั่วโมงต่อมา

3.3 ประเมินอาการทุก 1-2 ชั่วโมง ถ้าชีพจรเบามาก ให้หยดน้ำเกลือเร็วขึ้น กินสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ โอ อาร์ เอส เท่าที่จะกินได้ (ประมาณ 5 มิลลิลิตร / กก. / ชั่วโมง)

3.4 หลังจาก 3-6 ชั่วโมง ประเมินภาวะขาดน้ำ แล้วใช้แผนการให้น้ำต่อไปตามความเหมาะสม

ส่วนการรักษาภายหลัง 4 ชั่วโมง ในเด็กเล็กให้ลดปริมาณอาหารที่เคยรับประทานลงประมาณครึ่งหนึ่ง แล้วเสริมด้วย ORS 100 มิลลิลิตร / กก. / วัน เช่น เคยรับประทานนมมื้อละ 6 ออนซ์ ให้ลดลงเหลือเพียง 3 ออนซ์ แล้วเสริมด้วย ORS อีก 3 ออนซ์ ส่วนในเด็กโต ให้อาหารเหลวพวก แป้ง และข้าว เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก และเสริมด้วย ORS ปริมาณเท่ากับอุจจาระที่ถ่ายออกมาในแต่ละครั้ง การให้ ORS นั้น ผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระมากที่สุดภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการรักษา หลังจากนั้นจะค่อย ๆ ลดลง และถ้าสามารถทดแทนน้ำส่วนที่ขาดได้เพียงพอ ประมาณ 2 ชม. ต่อมาผู้ป่วยเด็กเกือบทุกคนจะถ่ายปัสสาวะ ประมาณ 1 มิลลิลิตร / กก. / ชม. นอกจากนี้มีปัสสาวะออกแล้ว น้ำหนักควรเพิ่มขึ้นเท่าปริมาณที่ขาดไป และอาการแสดงต่าง ๆ ของการขาดน้ำหายไป คือ ความยืดหยุ่นของผิวหนังกลับเป็นปกติ ตาหายลึกโหล กระหม่อมไม่บวม เยื่อบุมีความชุ่มชื้น ร้องไห้มีน้ำตา อัตราการเต้นของหัวใจ ชีพจร และความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ ดังนั้น ภายหลังการรักษาด้วย ORS ผู้ป่วยเด็กจะยังคงถ่ายอุจจาระอยู่บ้าง ยังไม่หยุดถ่ายทีเดียว เพราะ ORS จะส่งเสริมการดูดซึมมากขึ้น แต่ไม่ได้ถึงระดับปกติ ซึ่งเป้าหมายของการรักษาด้วย ORS คือการป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ ดังนั้น ภายหลังกิน ORS แล้ว อาการขาดน้ำไม่เกิดขึ้นหรือหายไป ผู้ป่วยเด็ก สดชื่นขึ้น กินได้ เล่นได้ นอนหลับได้พอสมควร ถึงแม้จะยังถ่ายอุจจาระอยู่บ้างก็บรรลุเป้าหมายแล้ว (วันดี วราวิทย์, 2537)

4. การให้อาหาร (Feeding) การป้องกันภาวะขาดสารอาหาร โดยให้เด็กได้รับอาหารระหว่าง และหลังจากอุจจาระร่วง เพื่อป้องกันมิให้เกิดภาวะขาดอาหาร โดยให้อาหารอ่อนย่อยง่ายในปริมาณน้อย ๆ และบ่อย ๆ เพื่อให้ย่อย และดูดซึมได้ทัน เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ผสมผัก ปลาต้ม เนื้อสัตว์ต้มเปื่อย และเพิ่มแร่ธาตุโปตัสเซียม โดยให้กินกล้วยน้ำว้าสุก หรือน้ำมะพร้าวให้เด็กกินระหว่างอุจจาระร่วง และให้เป็นอาหารพิเศษเพิ่มอีกวันละ 1 มื้อ เป็นเวลา 2 อาทิตย์ ภายหลังหายจากอาการอุจจาระร่วง หรือจนกว่าเด็กจะมีน้ำหนักเป็นปกติ

5. การรักษาอื่น ๆ (Other treatment) ปัจจุบันยังไม่มียาใด ๆ ที่ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในการหยุดอาการอุจจาระร่วง ยาปฏิชีวนะไม่ได้มีประสิทธิภาพต่อต้านจุลชีพที่เป็นสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงได้ทุกชนิด และยังทำให้การเจ็บป่วยยาวนานขึ้น เชื้อโรคดื้อยามากขึ้น นอกจากนี้ยังมีราคาแพง การใช้ยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็นจึงเกิดการสูญเสียไปโดยเปล่าประโยชน์ แต่โรคอุจจาระร่วงบางกรณีจำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ อหิวาตกโรค (Cholera) บิด (Dysentery) เป็นต้น

การรักษาในสถานพยาบาล นอกเหนือจากการให้การรักษายาบาลเบื้องต้น ในด้านการให้สารละลายเกลือแร่ และอาหารที่เหมาะสมแล้ว ต้องมีการทบทวน สาธิตให้ผู้ดูแลปฏิบัติด้วยตนเองให้ถูกต้อง และคอยประเมินผลให้ผู้ดูแลทราบ นอกจากนี้ ต้องสอนผู้ดูแลถึงวิธีดูแลรักษาต่อเนืองที่บ้าน ส่วนการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ จะกระทำในรายที่มีอาการขาดน้ำรุนแรง และการรักษาด้วยสารละลายเกลือแร่ทางปากล้มเหลว สำหรับการรักษาตามแนวใหม่นั้น จะเป็นวิธีการรีบให้อาหารเหลว หรือสารละลายเกลือแร่เร็วที่สุดหลังจากมีการถ่ายอุจจาระ โดยให้บ่อย ๆ และให้มากเพียงพอเพื่อทดแทนการขาดน้ำ และพลังงานของร่างกาย วิธีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำจะเป็นวิธีการสุดท้าย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการขาดน้ำอย่างรุนแรงเท่านั้น และสิ่งสำคัญที่สุดในการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลรักษาเมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วง คือ

1. การให้อาหารระหว่างที่เด็กมีอาการอุจจาระร่วง จะเริ่มให้อาหารได้หลังจากกิน ORS ประมาณ 4 ชั่วโมง โดยถ้าเด็กยังกินนมผสม ให้ผสมดังเดิม กินทีละครั้ง สลับกับ ORS อีกครั้งหนึ่ง ถ้าเด็กอายุ มากกว่า 6 เดือน ให้เพิ่มอาหารเหลวย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม ผสมกับ ผัก หรือปลาต้ม เนื้อสัตว์ต้มเปื่อย ให้อาหารพิเศษเพิ่มอีกวันละ 1 มื้อ เป็นเวลา 2 อาทิตย์

2. สารละลายเกลือแร่ ORS ปัจจุบัน องค์การเภสัชกรรมผลิตขนาด 1 ซอง ละลายน้ำ 240 มิลลิลิตร (1 แก้วน้ำ) ส่วนภาคเอกชน มีการผลิตสูตรต่าง ๆ ปริมาณน้ำที่ใช้ละลายแตกต่างกัน ดังนั้นจึงต้องอ่านฉลากให้ละเอียด หากไม่มีผงเกลือแร่สำเร็จรูป อาจเตรียมได้เองจาก สารละลายน้ำตาล และเกลือ โดยใช้สูตร น้ำ 750 มิลลิลิตร (1 ขวดกลม) น้ำตาลทราย 2 กรัม (2 ช้อนโต๊ะ) เกลือป่น 1.7 กรัม (1/2 ช้อนชา) อาหารเหลวใช้น้ำข้าวใส่เกลือ

3. ใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ให้เด็กกินได้ตลอดเวลา ตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งหาย โดยใช้ผงน้ำตาลเกลือแร่ผสมกับน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว ห้ามผสมในน้ำร้อน และเมื่อผสมแล้วไม่ควรเก็บไว้นานเกิน 24 ชั่วโมง หากมีอาการอาเจียน อาจหยุดให้สารละลายประมาณ 10 – 15 นาที แล้วค่อยให้ใหม่

4. อาการที่ต้องรีบนำเด็กมาสถานพยาบาล คือ ถ่ายเป็นน้ำจำนวนมากตลอดเวลา หรือมากกว่า 1 ครั้งใน 2 ชั่วโมง กระหายน้ำมาก อ่อนเพลีย ตาลึกโหล อาเจียนบ่อย ดื่มน้ำ ORS ไม่ได้ กินอาหาร หรือน้ำดื่มไม่ได้ ใช้สูง หรืออุจจาระมีมูกเลือดปน

## การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

เมื่อผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจะเป็นบุคลากรสำคัญที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก ให้มีการฟื้นหายจากภาวะวิกฤตนี้ เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กมากที่สุด ดังนั้นนอกจากพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงให้ลึกซึ้งแล้ว ยังต้องมีความสามารถพิเศษต่าง ๆ เช่น การสังเกตที่ดี ตลอดจนการเฝ้าระวัง การติดตามผลการพยาบาล เพื่อให้การดูแล รักษาผู้ป่วยเด็กได้ผลดี ปราศจากโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยพยาบาลจะต้องเน้นการประเมิน การแก้ไขภาวะขาดน้ำ การให้อาหารที่เหมาะสม การช่วยเหลือครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในระหว่างที่เด็กมีอาการอุจจาระร่วง ตลอดจนการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค และการป้องกันไม่让孩子ป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม (รุจา ภูไพบูลย์, 2542) ดังนั้น พยาบาลจึงควรมีแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ดังต่อไปนี้ (กมลวัน ดิษยบุตร, 2542; วาณี แม่นยำ, 2542; วิภา ปริญญาคุณภาพ, 2543; Ball and Bindler, 1995; Mayers and Jacobson, 1995; Pillitteri, 1999; Wong et al., 2001)

1. การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักมีภาวะขาดน้ำจากการสูญเสียน้ำ และเกลือแร่จากการถ่ายอุจจาระ และอาเจียน สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือ พยาบาลจะต้องสามารถประเมินระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ และให้การดูแล แก้ไขโดยการให้สารน้ำทดแทนตามระดับของความรุนแรงของการขาดน้ำในผู้ป่วยเด็กแต่ละราย รวมทั้งติดตาม ประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะขาดน้ำว่าดีขึ้น หรือเลวลง เพื่อวางแผนให้การดูแล รักษาที่เหมาะสม ดังนี้คือ

### 1.1 การพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเด็กแสดงอาการของการขาดน้ำบ้าง

(Some Dehydration) พยาบาลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับสารละลายเกลือแร่ (ORS) ภายใน 4 ชั่วโมงแรก คือ ในเด็กอายุ 1-2 ปี หรือมีน้ำหนัก 10 - < 12 กิโลกรัม ให้ 700 - 900 มิลลิลิตร ส่วนเด็ก 2 - 5 ปี หรือมีน้ำหนัก 12 - 19 กิโลกรัม ให้ 900 - 1400 มิลลิลิตร โดยพยาบาลจะต้องเน้นการสอนให้ผู้ดูแลสามารถป้อนสารละลายเกลือแร่ได้ถูกต้อง ตามปริมาณที่ต้องการของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย โดยใส่แก้ว ป้อนกับช้อนให้เด็กครั้งละน้อย ๆ แต่บ่อย ๆ หากมีอาเจียน ให้หยุดป้อนประมาณ 10 - 15 นาที แล้วจึงเริ่มป้อนใหม่ หลังจาก 4 ชั่วโมงแล้ว ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะฟื้นจากภาวะขาดน้ำ ทำการประเมินภาวะขาดน้ำซ้ำ แล้วให้การแก้ไขภาวะขาดน้ำตามเหมาะสม จนกว่าผู้ป่วยเด็กจะหยุดถ่ายอุจจาระ ในการประเมินนั้น หากเด็กรับสารละลายเกลือแร่ได้ เล่นได้ ถ่ายปัสสาวะออกดี นับว่าการแก้ไขภาวะขาดน้ำด้วยสารละลายเกลือแร่ประสบผลสำเร็จ แต่ถ้าหากเด็กรับสารละลายเกลือแร่ไม่ได้ หรือรับได้น้อย อาเจียนบ่อย เริ่มซึมลง ซีพจรเร็ว ความดันโลหิตต่ำลง ปัสสาวะน้อยกว่า 1 มล./ ก.ก./ ชม. ต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษา



1.2 การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะขาดสารน้ำอย่างรุนแรง (Severe dehydration) เมื่อผู้ป่วยเด็กมีภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง อาจเกิดภาวะช็อกได้ สิ่งสำคัญคือการดูแล และแก้ไขให้ผู้ป่วยเด็กได้รับสารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ ดังนั้น พยาบาลจะต้องเตรียมให้ผู้ป่วยเด็กได้รับสารน้ำอย่างรวดเร็ว ปรับอัตราการไหลให้ถูกต้องตามปริมาณที่ผู้ป่วยเด็กต้องการ สังเกต และบันทึกสัญญาณชีพ ปริมาณสารน้ำที่ได้รับ และสูญเสียออกจากร่างกาย (Intake/Output) เมื่อผู้ป่วยเด็กหายจากภาวะช็อกแล้ว จึงเริ่มให้การดูแลตามแนวทางการดูแลเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ และภาวะขาดน้ำบ้าง

นอกจากการดูแลในด้านการให้สารน้ำแล้ว พยาบาลจะต้องสังเกต บันทึก ลักษณะ สี กลิ่น จำนวนครั้งของอุจจาระ การซั่งน้ำหนักเพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักของผู้ป่วยในแต่ละวัน เพื่อเป็นการติดตามอาการ และประเมินผลการรักษาว่าดีขึ้น หรือเลวลงอย่างไร ร่วมกับการติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ให้ได้ในเวลาที่รวดเร็วเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษา

2. การป้องกันภาวะขาดสารอาหาร ในขณะที่ผู้ป่วยเด็กมีอาการอุจจาระร่วงนั้น จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารลดน้อยลงจากการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน รวมทั้งการที่ร่างกายต้องการสารอาหารเพิ่มมากขึ้น จึงอาจมีผลต่อการเจริญเติบโต ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารได้ ดังนั้น พยาบาลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับอาหารที่เหมาะสม โดยภายหลังจากผู้ป่วยเด็กได้รับการแก้ไขภาวะขาดน้ำด้วยสารละลายเกลือแร่แล้ว 4 ชั่วโมง ในเด็กเล็กจึงเริ่มให้นมหรืออาหารเหลว โดยให้ในปริมาณที่ลดลงครึ่งหนึ่งจากที่เคยได้รับปกติ และเพิ่มสารละลายเกลือแร่ให้อีกครั้งหนึ่ง ส่วนในเด็กโตให้อาหารอ่อนที่ย่อยง่าย

สิ่งสำคัญในการป้องกันภาวะขาดสารอาหาร คือต้องเน้นกับผู้ดูแลเด็กในการให้อาหารแก่ผู้ป่วยเด็กอย่างต่อเนื่อง จัดอาหารที่มีโปรตีน และแป้งสูง อาหารที่มีโปรตีนสูงเพื่อชดเชยเกลือแร่ที่เสียไป หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกาก หรือไขมันสูงในระหว่างที่ผู้ป่วยเด็กมีอาการอุจจาระร่วง รวมทั้งแนะนำให้ผู้ดูแลเพิ่มอาหารให้แก่เด็กอีกวันละ 1 มื้อ หลังจากหายป่วยต่ออีก 2 สัปดาห์ หรือจนกว่าน้ำหนักของเด็กจะกลับมาเท่ากับปกติก่อนที่จะป่วย

3. การดูแลเพื่อป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังบริเวณรอบทวารหนัก เมื่อผู้ป่วยเด็กถ่ายอุจจาระเป็นน้ำจำนวนมาก และบ่อยครั้ง ทำให้ผิวหนังบริเวณก้นได้รับการระคายเคือง แดง และเป็นแผลอักเสบซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานให้แก่เด็กได้ ดังนั้น พยาบาลจะต้องดูแลผิวหนังบริเวณนี้เป็นพิเศษ รวมทั้งสอนให้ผู้ดูแลให้รักษาความสะอาดให้เด็กภายหลังการถ่ายอุจจาระ โดยล้างทำความสะอาดด้วยน้ำสบู่อ่อน ๆ เช็ดให้แห้ง อาจใช้ครีม หรือน้ำมันมะกอกทา รอบ ๆ ไม่โรยแป้ง ให้ใส่เสื้อผ้าที่โปร่งสบาย หลีกเลี่ยงการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป จัดท่าให้เด็กนอนตะแคง หรือนอนคว่ำ เพื่อช่วยให้ผิวหนังบริเวณก้นได้สัมผัสอากาศ และไม่อับชื้น

4. การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับความสุขสบาย เมื่อผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะขาดน้ำ จะมีริมฝีปากแห้ง แดง จึงอาจใช้วาสลีน (Vaseline) ทาบริเวณริมฝีปาก เพื่อให้เกิดความชุ่มชื้น นอกจากนี้ เด็กที่มีอาการอุจจาระร่วงมักมีอาการอาเจียน รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวของลำไส้มากขึ้น ทำให้เด็กไม่สุขสบาย ดังนั้น พยาบาลจึงต้องให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการพักผ่อนมาก ๆ ลดการรบกวนผู้ป่วยเด็กโดยไม่จำเป็น รวมทั้งลดความกลัว ความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็ก โดยให้ผู้ดูแลอยู่กับผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ให้นำของเล่น หรือสิ่งของที่เด็กชอบมาให้เด็กด้วย

5. การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจากสาเหตุของการเกิดอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ มาจากการติดเชื้อ ซึ่งอาจทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อโรคไปสู่ผู้อื่นได้ ดังนั้น พยาบาลจะต้องมีการแยกผู้ป่วยไว้มุมใดมุมหนึ่งของหอผู้ป่วย ล้างมือก่อน และหลังสัมผัสผู้ป่วย รวมทั้งเสื้อผ้า ของใช้ที่เป็นอุจจาระ ต้องแยก และมีการทำลายเชื้อที่ถูกต้อง

6. การช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างเหมาะสมภายหลังจำหน่าย เนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จะได้รับการจำหน่ายเมื่อพ้นจากภาวะขาดน้ำ กินได้ เล่นได้ นอนหลับได้ โดยอาจยังมีอาการอุจจาระร่วงเหลืออยู่ พยาบาลจึงต้องมีการวางแผนเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็ก เพื่อเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ให้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ โดยการให้ความรู้ในด้านการดูแล รักษา การสังเกตอาการ และอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ การให้สารน้ำทดแทนทางปาก การให้อาหารที่เหมาะสมในขณะที่เจ็บป่วย และเมื่อหายป่วยแล้ว รวมถึงการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงให้แก่ผู้ป่วยเด็กไม่ให้เกิดซ้ำ โดยการดูแลรักษาความสะอาด การล้างมือ การป้องกันการปนเปื้อนของอาหาร และน้ำดื่ม รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะ และอุจจาระที่ถูกต้องลักษณะ

การปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น นอกจากพยาบาลจะให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาตามสภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบันแล้ว ยังต้องมีการประเมินเพื่อค้นหาสาเหตุ หรือปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กแต่ละราย เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกัน และตัดวงจรการเกิดโรคอุจจาระร่วงในผู้ป่วยเด็กไม่ให้เกิดซ้ำ

### **การควบคุม และป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน**

การป้องกันโรคอุจจาระร่วงจัดเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่ง โดยจุดมุ่งหมายหลัก คือ การตัดปัญหาเรื่องการกระจายของเชื้อโรคจากอุจจาระสู่อาหาร และการส่งเสริมสุขอนามัยของประชาชน ซึ่งจะทำให้ได้โดยอาศัยการแก้ไขในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ (อิริวัฒน์ เปล่งสะอาด, 2544)

1. การรักษาผู้ป่วย (Case management) ที่ถูกต้อง และเหมาะสมทั้งในสถานพยาบาล และที่บ้าน ซึ่งจะต้องประกอบด้วย การประเมินสภาพผู้ป่วยที่ถูกต้อง การแก้ไขภาวะขาดน้ำ ซึ่งนิยมใช้ ORT (Oral rehydration therapy) โดยให้การทดแทนของเหลวที่สูญเสียไปเมื่อเริ่มมี

อาการทันที (Early fluid replacement) ให้อาหารที่เหมาะสม ขณะที่มืออุจจาระร่วง เพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหาร ให้น้ำปฏิตันที่ถูกต้อง ถ้ามีข้อบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องใช้ และการให้คำแนะนำที่ถูกต้อง ในการรักษาที่บ้านเกี่ยวกับ การใช้ ORT จากของเหลวที่เตรียมได้เองภายในบ้าน การให้อาหารที่เหมาะสมอื่น ๆ เมื่อเด็กกลับมาอยากรับประทานอาหาร ซึ่งควรเป็นอาหารที่ให้พลังงานสูง มีโปรตีนสูง งดอาหารที่มีกาก และอาหารเผ็ดร้อน รวมทั้งการให้ความรู้ที่ถูกต้องถึงอาการ และอาการแสดงที่ควรพาผู้ป่วยกลับมาพบแพทย์

2. การขัดขวางการเกิดโรค (Interruption of transmission) ซึ่งประกอบด้วย การจัดให้มีน้ำสะอาดที่เพียงพอ การปรับปรุงอนามัยส่วนตัว และสิ่งแวดล้อม เช่น การล้างมือ การรับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ การกำจัดอุจจาระ และใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ รวมถึงการกำจัดขยะที่ถูกต้อง

3. การเพิ่มภูมิต้านทานให้แก่เด็ก (Increase resistance of children) โดย ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็ก โดยเฉพาะภูมิคุ้มกันโรคหัด

จากที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็กนั้น สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการปนเปื้อนของเชื้อโรคในอาหาร และน้ำ โดยเฉพาะในเด็กเล็กซึ่งยังมีพฤติกรรมพิเศษตามธรรมชาติ ชอบหยิบของทุกอย่างเข้าปาก เด็กบางคนชอบอมนิ้วมือ ซึ่งทำให้เชื้อโรคผ่านเข้าสู่ปากได้โดยตรง อีกทั้งเด็กยังไม่สามารถดูแลตนเอง ไม่สามารถเลือกอาหาร นม น้ำที่สะอาดได้ และยังคงพึ่งพาผู้เลี้ยงดู ถ้าผู้ดูแลขาดความเอาใจใส่ ขาดความรู้เรื่อง การดูแลเด็ก และไม่เข้าใจวงจรของโรคอุจจาระร่วง รวมทั้งมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้อง ย่อมทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ง่าย (สุภา หรือกุล, 2541)

## 2. พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมที่มนุษย์กระทำ ไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การพูด การเดิน การคิด ความรู้สึก ความกลัว ความโกรธ ความสนใจ เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง คุณสมบัติส่วนบุคคลต่าง ๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งครอบคลุม ความรู้สึก อารมณ์ รวมแบบแผนการแสดงออกที่ชัดเจนเป็นที่สังเกตได้ เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ (Health maintenance) การกระทำให้สุขภาพกลับสู่ภาวะเดิม (Health restoration) และการส่งเสริมสุขภาพ (Health improvement) (Gochman, 1982 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532)

เนื่องจากในวัยเด็กยังมีข้อจำกัดในด้านพัฒนาการ การเจริญเติบโต การดูแลเด็กของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมให้เด็กมีผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพได้ ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลในการส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง รวมถึงการดูแลเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย ก็คือ พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลนั่นเอง (จุฑามาศ เฉลิมผล, 2540)

ธนวรรณ อิมสมบูรณ์ (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วง เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่บุคคลแสดงออกให้เห็น หรือรับรู้ได้ในลักษณะต่าง ๆ ที่มีผลต่อการเป็นโรค การแพร่กระจายของโรค การป้องกันโรค และการควบคุมโรคอุจจาระร่วง ซึ่งจะแสดงออกมาในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ การแสดงออกในลักษณะเจตคติ หรือความตั้งใจที่จะกระทำ หรือไม่กระทำ การแสดงออกในลักษณะของการกระทำ หรือการปฏิบัติที่จะทำให้ตนเอง หรือบุคคลในความดูแลไม่เป็นโรคอุจจาระร่วง

จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลที่แสดงออกมาให้เห็น หรือรับรู้ได้ในลักษณะของความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ หรือความตั้งใจที่จะกระทำ หรือไม่กระทำ การแสดงออกในลักษณะของการปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติต่อบุคคลซึ่งเป็นเด็กในความดูแลที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลเด็กในการป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแล รักษา และพฤติกรรมด้านการป้องกันโรค (ธนวรรณ อิมสมบูรณ์, 2544) ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแล รักษา ซึ่งได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ และอันตรายของโรคอุจจาระร่วงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก การแสวงหาการรักษา และสามารถให้การดูแล

รักษาที่บ้านได้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดแทนสารน้ำ เกลือแร่ และป้องกันไม่ให้เกิดการขาดสารอาหาร โดยให้ความสำคัญในเรื่องต่อไปนี้คือ

1.2 ให้ตระหนักโดยเร็วว่าเป็นโรค เมื่อเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง แม้จะถ่ายเป็นน้ำเพียงครั้งเดียวก็ต้องเข้าใจว่าเป็นโรค และต้องเริ่มให้การรักษาล่วงแล้ว และต้องชี้ให้เห็นว่าเป็นเรื่องที่น่าใจหาย และเกิดผลเสีย หากคิดว่า การถ่ายอุจจาระ 2-3 ครั้ง เป็นเรื่องธรรมดา เพราะทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแล รักษาช้าเกินไป

1.3 ให้เริ่มการรักษาโดยเร็ว โดยเฉพาะการทดแทนสารเกลือแร่ และน้ำ ซึ่งเริ่มรักษาได้เองที่บ้าน เช่น การให้นมแม่ การให้ดื่มน้ำมาก ๆ ให้น้ำแกงจืด น้ำหวานผสมเกลือ น้ำข้าวใสเกลือเล็กน้อย หรือการให้น้ำตาลเกลือแร่ (ORS) ซึ่งต้องให้ในปริมาณที่เพียงพอต่อการขาดน้ำ จนอาการทุเลา รวมถึงการให้อาหารในระหว่างมีอาการถ่ายอุจจาระเพื่อป้องกันการขาดสารอาหาร

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่บ้านนั้น กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้เสนอวิธีการรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กที่บ้านตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกโดยใช้หลัก 3 ข้อ คือ

1) ให้ของเหลวแก่เด็กให้มากกว่าปกติเพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ โดยให้กินเท่าที่ต้องการ หรือทุกครั้งถ่ายเป็นน้ำ ซึ่งของเหลวที่ให้แก่เด็ก ได้แก่ สารละลายเกลือแร่ น้ำข้าว น้ำมะพร้าวอ่อน น้ำผลไม้อื่น ๆ ที่หาได้ภายในบ้าน นมแม่ หรือนมผสมเจือจาง

2) ไม่งดอาหารในขณะที่อุจจาระร่วง โดยให้อาหารอ่อนแก่เด็กตามที่ต้องการ หรือประมาณ 5-7 ครั้งต่อวัน เช่น ข้าวต้ม แกงจืด ไข่ต้ม ปลาต้ม หรืออาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ก๋วยเตี๋ยว สับปะรด สำหรับเด็กที่ยังดูนมมารดา ควรให้นมมารดาต่อไป

3) การสังเกตอาการขาดน้ำ โดยถ้าเด็กเริ่มมีอาการขาดน้ำอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ กระหายน้ำมาก อ่อนเพลีย ตาลึกโหล อาเจียนบ่อย ดื่มน้ำไม่ได้ กินอาหาร ดื่มน้ำไม่ได้ มีไข้สูง อุจจาระมีมูกเลือด ให้รีบนำเด็กไปรักษาที่สถานพยาบาล และในระหว่างนี้ต้องผสมสารละลายเกลือแร่ให้เด็กดื่มในระยะ 4-6 ชั่วโมงแรกที่เกิดอาการเหล่านี้

การดำเนินงานในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลให้การรักษารักษาผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เป็นส่วนสำคัญของการควบคุมโรคอุจจาระร่วง ซึ่งแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่น ๆ จะต้องส่งเสริมให้บิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็ก เกิดการเรียนรู้ และสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล รักษาผู้ป่วยเด็กที่บ้านได้อย่างถูกต้อง โดยสามารถประเมิน และจัดการกับความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค อาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น สามารถเตรียม และใช้สารละลายเกลือแร่ หรือของเหลวอื่นที่หาได้ภายในบ้าน สามารถให้อาหารแก่เด็กระหว่างมีอาการอุจจาระร่วง และสามารถดูแลให้ยาที่ถูกต้อง (WHO, 1994)

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การกระทำ หรือการปฏิบัติของแต่ละบุคคลที่จะทำให้ตนเอง หรือบุคคลอื่นในความดูแลไม่ป่วย การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กนั้น จำเป็นต้องอาศัยพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม โดย WHO (1993) ได้ให้ แนวทางในการปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ดังนี้

2.1 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยมารดาควรเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่เพียงอย่างเดียวตั้งแต่แรกเกิด จนกระทั่ง อายุ 4-6 เดือน หลังจากนั้นจึงเริ่มให้อาหารเสริมร่วมกับนมแม่ สามารถให้เด็กดูดได้ตลอดโดยเฉพาะเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง

2.2 การเลี้ยงดูเด็ก ให้มีการเจริญเติบโต และสุขภาพแข็งแรง โดยการจัดหาอาหารที่สะอาด มีคุณค่าทางโภชนาการ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว นม พืชผัก และผลไม้ต่าง ๆ อุปกรณ์ที่ประกอบอาหารต้องสะอาด ให้เด็กรับประทานอาหารที่ปรุงเสร็จใหม่ ๆ หากอาหารที่เตรียมมาแล้วต้องอุ่นก่อนรับประทาน การเก็บอาหารต้องมิดชิด มีฝาปิดครอบอาหารไว้ ถ้าเป็นไปได้ควรเก็บไว้ในตู้เย็น

2.3 สุขอนามัย และการจัดหาน้ำดื่มที่สะอาด โดยน้ำที่นำมาใช้สำหรับการบริโภคต้องได้มาจากแหล่งน้ำที่สะอาด อยู่ห่างจากบริเวณที่เลี้ยงสัตว์ หรือไกลจากส้วมอย่างน้อย 10 เมตร ภาชนะที่เก็บน้ำต้องมีฝาปิดมิดชิด และน้ำที่นำมาประกอบอาหารสำหรับเด็กต้องต้มให้เดือด

2.4 การล้างมือ โดยสมาชิกในครอบครัวต้องล้างมือให้สะอาด การล้างมือให้กับเด็ก ภายหลังจากขับถ่าย หรือทำความสะอาดให้เด็กหลังการขับถ่าย รวมถึงการล้างมือก่อนเตรียมอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร ก่อนป้อนอาหาร หรือป้อนนมให้กับเด็ก

2.5 การใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะ มีการทำความสะอาดส้วมเป็นประจำ แต่ถ้าหากไม่มีส้วม ควรถ่ายอุจจาระให้ห่างจากบ้าน แหล่งน้ำ ทางเดิน หรือบริเวณที่เด็กเล่นอย่างน้อย 10 เมตร

2.6 การกำจัดอุจจาระที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ให้ทิ้งลงในส้วมหรือห่อด้วยกระดาษแล้วฝังดิน ส่วนในเด็กที่สามารถขับถ่ายได้เองให้ถ่ายลงกระโถน หรือในส้วมทำความสะอาดให้เด็กภายหลังจากขับถ่าย ล้างมือเด็ก และผู้ดูแลให้สะอาดด้วยน้ำ และสบู่

2.7 การดูแลให้เด็กได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด เมื่อเด็กอายุอยู่ในช่วง 9-12 เดือน

โรคอุจจาระร่วง เกิดจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร และน้ำที่ไม่สะอาดของมนุษย์ สำหรับเด็กอายุ 1-3 ปี ยังต้องอาศัยการดูแลจากบิดา มารดา หรือ ผู้ดูแล ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลเด็ก จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนทำให้เด็กป่วยเป็นโรคได้ (สมชัย จิรโรจน์วัฒน์ และวิสรา ศรีวัฒนวรชัย, 2544) โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กนั้น สามารถป้องกันได้ หากบิดามารดา หรือผู้ดูแลเด็กมีความรู้ และพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ถูกต้อง เช่น การล้างมือก่อนปรุง/ป้อนอาหารให้แก่เด็ก การกำจัดอุจจาระ การกำจัดขยะที่ถูกสุขลักษณะ (อรอนต วัฒนนะ, สุริยพงศ์ สีเทา และฐิติภัค อินทเสมอ, 2544) โดยหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมิน พฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก ตามแนวทางของกระทรวง สาธารณสุข คือ 1) พฤติกรรมเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร และน้ำดื่ม 2) พฤติกรรมการล้างมือก่อน เตรียม/ป้อนอาหารให้เด็ก และหลังถ่ายอุจจาระทุกครั้ง และ 3) พฤติกรรมในการกำจัดอุจจาระที่ ถูกสุขลักษณะ (อมรรัตน์ ชุตินันท์กุล, 2543; เกษร แถวโนนงิ้ว และวันทนา กลางบุรัมย์, 2544)

จากการศึกษาของ เกษร แถวโนนงิ้ว และวันทนา กลางบุรัมย์ (2544) เกี่ยวกับการประเมินการควบคุมโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ระดับชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ในด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า คุณภาพของน้ำดื่มที่ให้เด็กดื่มเป็นน้ำที่ไม่ สะอาด ร้อยละ 50.1 การล้างมือก่อนเตรียมอาหาร หรือนมให้เด็ก และภายหลังถ่ายอุจจาระด้วย สบู่ หรือน้ำยา และน้ำเป็นประจำ เพียงร้อยละ 12.1 และ 28.5 ตามลำดับ สำหรับการดูแล รักษา ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงที่บ้าน ตามแนวทางทั้ง 3 ข้อ ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงถูกต้องเพียงร้อยละ 13.5 การได้รับของเหลวเพิ่มขึ้นในขณะ อุจจาระร่วงมีร้อยละ 28.0 และได้รับอาหารเพียงพอในขณะป่วย เพียงร้อยละ 18.0 สอดคล้องกับ การศึกษาของ อมรรัตน์ ชุตินันท์กุล และคณะ (2546) ซึ่งศึกษาการประเมินผลการรักษาโรค อุจจาระร่วงในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐจังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ดูแลมีการให้ของเหลว แก่เด็กเพิ่มขึ้นในขณะที่มีอาการอุจจาระร่วงเพียงร้อยละ 20 และมีการปฏิบัติได้ถูกต้องตามหลัก ทั้ง 3 ข้อ เพียง ร้อยละ 62.3 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขคือ ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80

ผลจากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมในการป้องกัน โรคอุจจาระร่วงให้แก่เด็กที่ไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะด้านการล้างมือก่อนเตรียมอาหาร หรือหลังจาก การขับถ่ายอุจจาระ รวมทั้งการกำจัดอุจจาระที่ถูกสุขลักษณะ ทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วย ด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันสูงขึ้น และจากการศึกษายังพบว่า เมื่อเด็กเกิดเจ็บป่วยด้วยโรค อุจจาระร่วงขึ้น ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ยังไม่สามารถให้การดูแล รักษา เบื้องต้นที่บ้านอย่างถูกต้อง และ เหมาะสม ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะขาดน้ำอย่างรุนแรง และต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ดังนั้น จึงต้องมีแนวทางในการส่งเสริม ให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในด้านการป้องกันโรค อุจจาระร่วง และพฤติกรรมการดูแล รักษาผู้ป่วยเด็กที่ถูกต้อง

### ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กของผู้ดูแล

พฤติกรรมในการดูแลเด็กของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับกระบวนการของความคิด การเรียนรู้ การรับรู้ แรงจูงใจ ทักษะคิด ความเชื่อ เกี่ยวกับเรื่องดังกล่าว เพราะมนุษย์แสดงพฤติกรรมออกมาตามความรู้สึก และความคิด ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรม ทำให้แบบแผนพฤติกรรมในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันไป (สง่า ไชยรักษ์, 2542) ดังเช่น การศึกษาของ วิทัศน์ จันทโรไพศรี และคณะ (2537) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี ในชุมชนชนบทภาคอีสาน พบว่า มารดาที่พาบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มารักษาที่โรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีความเชื่อว่าสาเหตุของการเกิดโรคมารจากการเปลี่ยนท่าของเด็ก เช่น จากการคว่ำมาเป็นคลาน จากการนั่งมาเป็นการเดิน เป็นต้น โดยเชื่อว่าอาการอุจจาระร่วงที่เกิดขึ้นนั้น เป็นอาการปกติธรรมดาของเด็ก ทำให้ไม่สนใจให้การรักษาตั้งแต่เริ่มแรกจนกระทั่งมีอาการรุนแรง นอกจากนี้ปัจจัยในด้านเหล่านี้แล้วยังมีปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลเด็กของผู้ดูแล ได้แก่

**อายุของผู้ดูแล** เป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะทั้งทางด้านภาวะจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจ หรือตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัว และทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่าง ๆ ของชีวิตได้ อายุจึงมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล โดยความสามารถนี้จะค่อย ๆ เพิ่มมากขึ้นตามอายุจากวัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งจะมีความสามารถสูงสุด และค่อย ๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1991)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านอายุของผู้ดูแล ในการดูแลเด็กในกลุ่มโรค ที่พฤติกรรมในการดูแลไม่ได้มีผลก่อให้เกิดโรค พบว่า อายุ ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแล ดังเช่น การศึกษาของ ประกริต รัชวัตร (2536) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรป่วย และไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ พบว่า อายุของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรของมารดา และ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ที่ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่า อายุของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แต่ในการศึกษาในกลุ่มโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลเด็ก พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลเด็กของผู้ดูแล ดังเช่น การศึกษาของ เจตนา คันธาทิพย์ (2544) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารก ที่พบว่า พฤติกรรมในด้านการปฏิบัติของมารดาที่มีอายุต่างกัน มีการ



ปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของ ผกาพรรณ จันทร์เพิม (2537) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุ ต่ำกว่า 1 ปี พบว่า อายุของมารดาที่แตกต่างกัน มีผลต่อการปฏิบัติของมารดาที่ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ จึงถือว่า อายุของผู้ดูแล ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

**ระดับการศึกษา** การศึกษาช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ ทักษะ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ และความเข้าใจในเรื่องราวต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทำให้บุคคลเหล่านั้นมีพฤติกรรมในการปฏิบัติที่ดี โดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีการรับรู้ และการปฏิบัติทางด้านสุขภาพที่ถูกต้อง และดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) ซึ่ง Whetstone, Olew, and Anne, 1989) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษามาก จะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้มาได้มากกว่า มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย

จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ทั้งที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และพฤติกรรมการดูแลเด็กในด้านสุขภาพทั่วไปนั้น พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็ก ดังเช่น การศึกษาของ ชูศรี ต้วสกุล (2539) เรื่อง พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่พาบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาด้านการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ เจตนา คันธาทิพย์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารก พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ในด้าน ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาของ สมศักดิ์ นุกุลอุดมพาณิชย์ และวิยะดา ดิลกวัฒนา (2542) ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กวัยก่อนเรียนจังหวัดสุโขทัย พบว่า ระดับการศึกษาของมารดา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมทั้ง สุเทพ ใ้วบุญงาม และคณะ (2541) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี ในเขตชนบท จังหวัดสระบุรี พบว่า ระดับศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมของมารดาเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ จึงถือว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

**ประสบการณ์ในการดูแล** เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล เพราะประสบการณ์ในอดีตจะมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลในปัจจุบัน (Maimann et al., 1982) ดังนั้น ผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่ป่วยมาก่อน จะทำให้เกิดการเรียนรู้ และทักษะในการปฏิบัติ ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์จึงมีพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้อง และเหมาะสมกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลเด็ก กับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมาก่อน จะมีความรู้ ความสามารถ และการปฏิบัติในการดูแลเด็กที่ดีกว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน ดังเช่น การศึกษาของ อังคณา จิราจินต์ (2530) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพของมารดา กับพฤติกรรมมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง พบว่า ประสบการณ์การมีบุตรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่แตกต่างกันจะทำให้มารดามีพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สฤณี จันทร์หอม (2536) ที่ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาในครอบครัวกรรมกรก่อสร้าง พบว่า ประสบการณ์ในการดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น ในงานวิจัยครั้งนี้ จึงถือว่า ประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

**รายได้ของครอบครัว** เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงฐานะเศรษฐกิจ และสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล เนื่องจาก ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ และสังคมสูง มักมีรายได้สูง และมีโอกาสที่ดีในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ รวมถึงการใช้บริการสุขภาพอย่างเหมาะสม มีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ประสบการณ์ให้กับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Pender, 1987)

จากการศึกษาพฤติกรรมทั่วไปในการดูแลเด็ก พบว่า รายได้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลเด็ก ดังเช่น การศึกษาของ ชูศรี ติวสกุล (2539) ที่ศึกษาพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่นำบุตรมาโรงพยาบาล พบว่า รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในการศึกษาพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงนั้น พบว่า รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ดังเช่น การศึกษาของ เจตนา คันธาทิพย์ (2544) พบว่า รายได้

ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ จึงถือ  
ว่า รายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็ก  
ของผู้ดูแลในด้าน ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มี  
ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล จึงอาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนที่มีผลต่อ  
พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลได้ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จึงได้นำปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา  
และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลมาเป็นตัวควบคุม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่  
ทำการศึกษามีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด

### การประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

การประเมินพฤติกรรมทำให้สามารถเลือกเทคนิคในการปรับเปลี่ยน หรือการ  
ส่งเสริมพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ และเป็นการ  
ประเมินประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

การประเมินพฤติกรรมสามารถประเมินได้ทั้งทางตรง และทางอ้อม (สมโภชน์  
เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ดังนี้คือ

1) การประเมินโดยตรง ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรม การสังเกต  
และบันทึกพฤติกรรมของตนเอง การสังเกตสามารถใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา หรือขาด  
ทักษะในการอ่าน การพูด การฟัง และการเขียนตอบ แต่การสังเกตอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับ  
ความเป็นจริง หรือไม่เป็นไปตามธรรมชาติของกลุ่มตัวอย่าง (Hawthorne effect) อีกทั้งการที่จะได้  
ข้อมูลที่ครบถ้วนตามประเด็นที่ต้องการ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาของการสังเกตที่ต่อเนื่อง ซึ่งยากที่  
จะได้ผลสรุปที่น่าเชื่อถือ

2) การประเมินทางอ้อม ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การรวบรวม  
ข้อมูลจากบุคคล การรายงานตนเอง ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ ข้อมูลที่รวบรวม  
ได้จึงง่ายในการนำมาประมวล หรือวิเคราะห์ผล

สำหรับการศึกษานี้ ได้เลือกใช้การประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแล โดยการ  
สัมภาษณ์ตามข้อความที่กำหนดคำตอบไว้ก่อนแล้ว ซึ่งจะทำให้ข้อมูลไม่กระจัดกระจาย ใช้  
ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลน้อย และหากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่เข้าใจคำถาม ผู้สัมภาษณ์สามารถทวน  
คำถามซ้ำ โดยอาจปรับคำพูด หรือสำนวนเล็กน้อยแต่ยังคงความหมายเดิมไว้ ตามความเหมาะสม  
กับผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละราย ทำให้คำตอบที่ได้ตรงประเด็นที่ต้องการ

## การส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ด้านการป้องกัน และการควบคุมโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

เป้าหมายสำคัญของการป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วง คือ การที่บิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็กมีการกระทำ หรือมีการปฏิบัติที่ทำให้เด็กไม่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง และเมื่อเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงก็สามารถให้การดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งการนำเด็กไปรับบริการที่สถานพยาบาล เมื่อมีความจำเป็นด้วย ดังนั้น การที่จะให้ผู้ดูแลเด็กมีการกระทำในเรื่องดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง จำเป็นจะต้องมีการเรียนรู้ และได้รับการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพตามที่ต้องการ โดยการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของบุคลากรทางด้านสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก (ธนวรรณ อิมสมบุญ, 2544; WHO, 1993) คือ

1. ด้านการดูแล รักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงอย่างถูกต้องในสถานบริการโดยจะต้องมีการประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็กอย่างถูกต้อง และให้การรักษาตามภาวะขาดน้ำ และปัญหาของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย โดยการให้สารน้ำในการป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ ได้แก่ การใช้ RHF (Rehydration fluid), ORS (Oral rehydration solution) รวมทั้ง การให้นม อาหารแก่เด็กที่เหมาะสม นอกจากนี้ ในทุกกรณีที่เกิดบิดา มารดา หรือผู้ดูแลนำเด็กไปรับบริการที่สถานพยาบาลทุกรายจะต้องได้รับคำแนะนำให้สามารถปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแล รักษาที่บ้าน การให้ ORT (Oral rehydration therapy) โดยผู้ดูแลสามารถเตรียม และให้ในปริมาณที่ถูกต้อง เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก การให้นม และอาหารตามปริมาณที่ผู้ป่วยเด็กต้องการในระหว่างอุจจาระร่วง และเมื่อหายจากอาการอุจจาระร่วงแล้ว รวมทั้งมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้องในการพิจารณานำเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงไปรับบริการที่สถานพยาบาล หรือคลินิกต่าง ๆ

2. ด้านการป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยพยาบาลจะต้องมุ่งเน้นให้บิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็กได้รับความรู้ ข่าวสาร คำแนะนำ และเกิดแรงจูงใจที่จะปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล การส่งเสริมให้ความรู้ เพื่อให้บิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็กเกิดความเข้าใจ และความตระหนัก เกี่ยวกับการดูแลเด็กเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำโดยการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่เหมาะสมให้แก่เด็กการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กยอมรับการใช้ ORS ในการป้องกัน และรักษาภาวะขาดน้ำจากอาการอุจจาระร่วงในเด็ก เนื่องจากการใช้ ORS ไม่สามารถหยุดยั้งอาการอุจจาระร่วงได้ทันที รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กเกิด ความรู้ และทักษะ เกี่ยวกับการเตรียมนม อาหารให้แก่เด็ก การเตรียม และการให้ ORS อย่างถูกต้อง

การดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการลดอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำเป็นต้องให้การดูแล รักษาผู้ป่วยเด็กมีประสิทธิภาพ ทั้งใน

สถานพยาบาล และในครัวเรือน โดยการช่วยเหลือ ส่งเสริมให้บิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็ก มีความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจ และการปฏิบัติตามแนวทางการดูแล รักษา ผู้ป่วยเด็กที่ถูกต้อง รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงซ้ำ ซึ่งเป็นหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล จากการศึกษาของ สมบัติ สุขสมศักดิ์ (2538) เรื่องผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมารดาในการป้องกัน และรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี จังหวัดเพชรบุรี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ในกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้ผ่านทางกระบวนการกลุ่มเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง การป้องกันการเกิดโรค อันตรายจากโรคอุจจาระร่วง และการรักษาที่บ้าน ภายหลังจากทดลอง 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สำหรับพฤติกรรมการรักษาโรคเบื้องต้นนั้น มารดาในกลุ่มทดลองมีบุตรป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม ผลของการศึกษาที่ได้ พบว่าไม่แตกต่างกับผลการศึกษาของ ศิริธร ยิ่งแรงเรง (2541) เรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของมารดา ในการดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่พบว่า ภายหลังจากให้สุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มมารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 3. แนวคิดการเตรียมจำหน่าย

การเตรียมจำหน่าย (Discharge planning) เป็นการเตรียมความพร้อมที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล เป็นกิจกรรมในลักษณะเดียวกับการดูแลต่อเนื่อง (Continuing care) (วันเพ็ญ พิเชิตพรชัย และ อุษาวดี ทัศนวิเศษ, 2545) ซึ่งมีผู้ให้คำจำกัดความดังนี้

McKeehan (1981) การเตรียมจำหน่ายคือ กระบวนการ (Process) ของกิจกรรมซึ่งมีการประสานงานกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล สะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมหนึ่งไปยังอีกสิ่งแวดล้อมหนึ่ง

Roden and Taft (1990) การเตรียมจำหน่ายเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องคือเป้าหมาย และผลลัพธ์ที่เกิดจากกระบวนการนี้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากการดูแลในระยะต่าง ๆ ของการเจ็บป่วย กระบวนการเตรียมจำหน่ายจะมีความเหมาะสมในแต่ละการเปลี่ยนแปลงของการดูแล เช่น การย้ายผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ หรือจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน

Lowenstin and Hoff (1994) การเตรียมจำหน่ายเป็นการประเมินความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ โดยให้ข้อมูล และหาแหล่งประโยชน์เพื่อให้ผู้ใช้บริการสามารถดูแลตนเองได้ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

สรุปได้ว่า การเตรียมจำหน่ายเป็นกระบวนการที่จัดขึ้นเพื่อเตรียมผู้ป่วย และผู้ดูแลอย่างเป็นระบบเพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยมีการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ ซึ่งตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยใช้ทรัพยากร และความสามารถในตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล หรือแหล่งประโยชน์ในชุมชนอย่างเต็มศักยภาพ

การเตรียมจำหน่ายนั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เมื่อกลับไปดูแลต่อที่บ้าน โดยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาล และชุมชน เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หรือการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย (กฤษดา แสงวงดี, ชีรพร สติธรังกูร, และเรวดี ศิรินคร, 2539) อาศัยการทำงานร่วมกันในทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว หรือการมีส่วนร่วมระหว่างผู้รับบริการกับผู้ให้บริการ มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง การใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้รับบริการ (McKeehan, 1981)

Mckeehan (1981) ได้กล่าวถึงหลักการเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยโดยเน้นความสัมพันธ์ขององค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้

1) ผู้ป่วย และครอบครัว ถือเป็นหัวใจสำคัญของการเตรียมเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้นอกจากผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการเตรียมเจ้าหน้าที่อย่างมีคุณภาพแล้ว ยังต้องมีบทบาทสำคัญในการเตรียมเจ้าหน้าที่ของผู้ป่วยเอง ร่วมกับทีมสุขภาพ และสมาชิกในครอบครัว หรือบุคคลสำคัญที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และการเตรียมเจ้าหน้าที่ควรเริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เพื่อจะได้มีเวลาในการวางแผนเตรียมเจ้าหน้าที่ได้เหมาะสม และครอบคลุมปัญหา

2) แหล่งประโยชน์ในชุมชน เป็นส่วนประกอบสำคัญที่ขาดไม่ได้ ในที่นี้รวมถึงบ้านของผู้ป่วย หรือบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ซึ่งการมีทรัพยากรต่าง ๆ เหล่านี้จะทำให้ผู้ป่วยมีทางเลือกได้หลาย ๆ ทาง

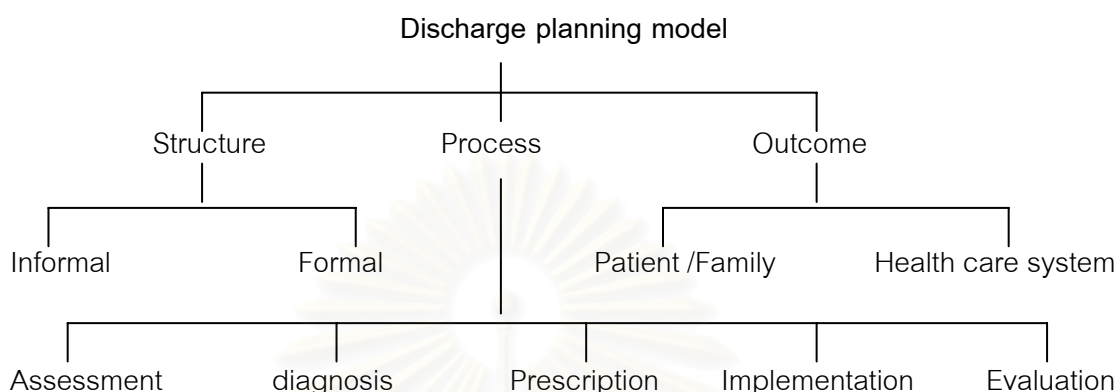
3) กฎระเบียบที่ใช้ในการปฏิบัติของหน่วยงานที่ควบคุมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ และผู้รับผิดชอบเกี่ยวกับการเตรียมเจ้าหน้าที่ซึ่งต้องเข้าใจกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง และต้องมีความรับผิดชอบที่จะประเมินผลย้อนกลับไปยังผู้วางกฎระเบียบ หากไม่ได้รับความสะดวก หรือเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการเจ้าหน้าที่

4) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ ต้องรับผิดชอบในการผสมผสานการให้บริการเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วย และผลสำเร็จของการผสมผสานนี้ขึ้นอยู่กับบุคลากรในทุกสาขาวิชาชีพของทีมงานที่ทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งระบบดังกล่าวนี้ ควรจะสร้างให้เป็นความรับผิดชอบต่อที่เสมอภาคกันของบุคลากรทุกสาขาที่มีส่วนร่วมในการเตรียมเจ้าหน้าที่

องค์ประกอบของการเตรียมเจ้าหน้าที่ จะประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้ (Clemen-Stone, Eiggsti, and McGuire, 1995) คือ 1) ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล 2) การมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ และครอบครัว 3) ทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมในการบริหารดูแล 4) มีการใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากร และ 5) ต้องพิจารณาความแตกต่างในด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละราย

## แผนภูมิที่ 1 รูปแบบของการเตรียมจำหน่าย

McKeehan (1981) ได้เสนอรูปแบบของการเตรียมจำหน่าย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) โครงสร้าง (Structure) 2) กระบวนการ (Process) และ 3) ผลลัพธ์ (Outcome)



ที่มา: Mckeehan (1981)

**รูปแบบการเตรียมจำหน่าย** ประกอบด้วยส่วนประกอบ 3 ส่วน ดังนี้ คือ

1. โครงสร้าง (Structure) โครงสร้างของการเตรียมจำหน่ายที่ใช้ทั่วไปแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบทางการ (Formal structure) หมายถึง การเตรียมจำหน่าย และการปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย ซึ่งทุกขั้นตอนกระทำขึ้นอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร เช่น การกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากร ขั้นตอน หรือแนวทางปฏิบัติต่าง ๆ 2) รูปแบบไม่เป็นทางการ (Informal structure) เป็นการเตรียมจำหน่ายที่กระทำในขั้นตอนต่าง ๆ ซึ่งปราศจากหลักฐานที่เป็นลายลักษณ์อักษร

2. กระบวนการ (Process) ในการเตรียมจำหน่ายจะประกอบด้วย การประเมิน (Assessment) การวินิจฉัย (Diagnosis) การวางแผน (Prescription) การปฏิบัติ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) ซึ่งเป็นหลักการเดียวกับกระบวนการพยาบาล เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการเตรียมจำหน่าย สามารถแบ่งเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้ (McKeehan, 1981)

ขั้นที่ 1 การประเมิน (Assessment) เป็นการประเมิน รวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย และครอบครัว เกี่ยวกับแบบแผนชีวิต ตั้งแต่ก่อนเข้าโรงพยาบาล และในปัจจุบัน

ขั้นที่ 2 การวินิจฉัย (Diagnosis) เป็นการวินิจฉัยปัญหาที่เฉพาะเจาะจง ภายหลังจากจำหน่าย โดยอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล



ขั้นที่ 3 การกำหนดแผนการปฏิบัติ (Prescription of plan) เป็นการวางแผนสำหรับการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาให้สำเร็จลุล่วง โดยความร่วมมือระหว่าง ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมผู้ให้บริการ

ขั้นที่ 4 การปฏิบัติ (Implementation) เป็นการปฏิบัติตามแผนการที่ร่วมกันวางไว้ โดยผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้บริการ

ขั้นที่ 5 การประเมินผล (Evaluation) เป็นการประเมินผลสำเร็จที่เกิดขึ้นว่าบรรลุตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่

การเตรียมจำหน่าย ควรเริ่มตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยรับใหม่ เพื่อให้มีระยะเวลาเพียงพอในการวางแผนที่เหมาะสม ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาล

3 ผลลัพธ์ (Outcome) การประเมินผลของการเตรียมจำหน่ายนั้น สามารถประเมินได้จาก 2 ด้านคือ 1) ด้านผู้ป่วย และครอบครัว และ 2) ด้านทีมสุขภาพ ดังนี้คือ

3.1 ด้านผู้ป่วย และครอบครัว การประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเตรียมจำหน่ายนั้น สามารถประเมินได้จากจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลลดลง จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำลดลง ความต้องการบริการภายหลังจำหน่ายลดลง ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อบริการต่าง ๆ ข้อมูลที่ผู้ป่วย และครอบครัวได้รับไม่ซ้ำซ้อน และค่าใช้จ่ายในการรักษาลดลง

3.2 ด้านทีมสุขภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความสำเร็จของการเตรียมจำหน่าย ได้แก่ ต้นทุนค่ารักษาพยาบาลลดลงแต่คุณภาพของการบริการไม่ได้ลดลง (Cost effectiveness) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการลดลงของจำนวนวันที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (Length of stay) และอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ (Readmission rate) (Lowenstein and Hoff, 1994) บุคลากรมีโอกาสพัฒนาการปฏิบัติงาน และการทำงานเป็นทีม รวมทั้งการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างคุ้มค่า

จากการศึกษาของ ประภัสศรี ชาวงษ์ (2534) เรื่องการพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์จังหวัดขอนแก่น โดยใช้รูปแบบการเตรียมจำหน่ายที่มีลักษณะตามกระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะและญาติจำนวน 15 คู่ พบว่าคะแนนความรู้ ความเข้าใจเรื่องการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยรวมของญาติผู้ป่วยสูงขึ้น คะแนนความพึงพอใจของญาติผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก และคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนการศึกษาของ Hoddook, (1994) ได้ศึกษาผลกระทบของการเตรียมจำหน่ายต่อค่าใช้จ่าย และผลลัพธ์ของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 64 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 ราย โดยผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความพึงพอใจสูงกว่า มีระยะเวลาในการพักรักษาตัวน้อยกว่า และมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

## ประโยชน์ของการเตรียมจำหน่าย

การเตรียมจำหน่ายเป็นกระบวนการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพ ซึ่งอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย และครอบครัว การจัดระบบวิธีการเพื่อส่งเสริมการเตรียมจำหน่าย ทำให้เกิดความคุ้มค่า (Cost effectiveness) ก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของคุณภาพของการดูแล (Quality of care) (Wertheimer and Kleinman, 1990) มีความต่อเนื่องในการบริการ (Continuing care) ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร และสถานบริการ สุขภาพ โดยทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน (Job satisfaction) อีกด้วย (Faruggio, 1993) โดยสามารถสรุปประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการเตรียมจำหน่ายได้ดังนี้

1. ทำให้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล และการกลับมารักษาซ้ำลดลง จากการศึกษาของ สุภานี อ่อนชื่นจิตร และคณะ (2540) เรื่องรูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการเตรียมจำหน่าย มีระยะเวลาที่พักรักษาตัวเฉลี่ย 3.7 วัน แต่กลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมจำหน่ายใช้ระยะเวลาเฉลี่ยนานถึง 5.7 วัน ส่วนการศึกษาของ Marchelte and Holloman (1986) พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายจะมีจำนวนวันที่อยู่ในโรงพยาบาลลดลงเฉลี่ย 0.8 วัน โดยถ้าหากได้รับการเตรียมจำหน่ายเร็ว ก็สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เร็วขึ้น

2. ทำให้ค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาลดลง ซึ่งการเตรียมจำหน่าย และการเลือกใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมสามารถช่วยลดต้นทุนในการดูแลรักษาสุขภาพได้ จากระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลลดลง (Brooten, Brown, and Munro, 1988 cited in Lowenstein and Hoff, 1994)

3. ทำให้ผู้ป่วย และครอบครัวเกิดความพึงพอใจในการดูแล จากการศึกษาของ Driscoll (2000) ในการจัดการการดูแลที่บ้านภายหลังจำหน่ายโดยการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล ระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วย และผู้ดูแลจำนวน 40 คู่ พบว่า ภายหลังจำหน่ายผู้ป่วย และผู้ดูแลมีความวิตกกังวลในช่วงพักฟื้นที่บ้านลดลง มีความพึงพอใจต่อข้อมูลที่ได้รับ และมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแล รักษาภายหลังจำหน่ายน้อยมาก

4. ทำให้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ทำให้คุณภาพการดูแลดีขึ้น แผนการจำหน่ายจะสะท้อนแนวคิดการดูแล โดยมุ่งองค์รวมของผู้ป่วย เน้นการดูแลตนเอง และการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในที่สุดจะเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว (ฟาริดา อิบราฮิม, 2545) จากการศึกษาของ McGinley (1996) ซึ่งได้ศึกษาการพัฒนาการเตรียมจำหน่ายแบบสหวิทยาการ โดยมีการประชุม ปรึกษาหารือ กำหนดบทบาทในการเตรียมจำหน่าย การให้ความรู้ รวมทั้งพัฒนาเครื่องมือให้มีคุณภาพ ผลที่เกิดขึ้นมีประโยชน์ทั้งตัวผู้ป่วย ซึ่งได้รับประสิทธิผลสูงสุดในการดูแล และบุคลากรมีการพัฒนาทักษะวิชาชีพที่สูงขึ้น

การเตรียมจำหน่าย (discharge planning) เป็นกิจกรรมการพยาบาลเพื่อ ก่อให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแล อาศัยการทำงานร่วมกันในทีมสหวิทยาการ (Multidisciplinary team) ในบทบาทของพยาบาลจะเป็นผู้ติดต่อ ประสานงาน กับบุคลากรในทีม สุขภาพ วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมในการเตรียมจำหน่าย (King and Macmillan, 1994) โดย เน้นการมีส่วนร่วมของ ผู้รับบริการ (Clemen-Stone, Eiggsti, and McGuire, 1995) มีเป้าหมาย สำคัญคือ ให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuing care) คุ่มทุน (Cost effectiveness) และมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of life) โดยนำเอาทรัพยากรที่มีอยู่มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับวิถี การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแล การเตรียมจำหน่ายนั้นจะเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วย จนกระทั่ง จำหน่ายจากโรงพยาบาล (Gikow et al., 1985) ลักษณะของกระบวนการเตรียมจำหน่าย ประกอบด้วย การนำกระบวนการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพ การใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากร โดยพิจารณาความแตกต่างของ ผู้ป่วยแต่ละคนเป็นหลัก (Clemen-Stone, Eiggsti, and McGuire, 1995) กิจกรรมเหล่านี้มี ลักษณะที่สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของ (Neuman, 1995) ซึ่งมองว่าแต่ละ บุคคลมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติพยาบาลใน ลักษณะของกระบวนการพยาบาล จึงเน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการเป็นหลัก ในการนำ ทรัพยากรของผู้รับบริการแต่ละรายที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ เพื่อการดำรงภาวะปกติสุขของ บุคคลนั้น (เพ็ญศรี ระเบียบ, 2539)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### 4. ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน (The Neuman Systems Model)

ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน เป็นทฤษฎีที่ยึดแนวคิดของทฤษฎีระบบเป็นหลัก โดยเน้นการพิจารณาที่ปฏิกริยาของระบบผู้รับบริการ (Client system) ที่ถือว่าเป็นหน่วยหนึ่งที่มีลักษณะเป็นหน่วยเดียว (Whole) ซึ่งจะต้องพิจารณาส่วนต่าง ๆ เช่นเดียวกับส่วนรวม หรือเรียกว่าคนทั้งคน (Total person) รูปแบบที่สร้างขึ้นเพื่อให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กับความเครียดซึ่งทำให้บุคคลมีปฏิกริยาตอบสนอง นอกจากนั้นบุคคลยังต้องมีปฏิกริยาตอบสนองต่อปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อกระบวนการสร้างขึ้นใหม่ กลไกที่เกิดขึ้นในระบบผู้รับบริการนี้ เป็นกระบวนการที่มีลักษณะเฉพาะในช่วงเวลาหนึ่ง และจะเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529) ดังนั้น เป้าหมายทางการพยาบาลคือ การช่วยเหลือให้บุคคล ครอบครัว และกลุ่มคน ดำรงการมีสุขภาพดีไว้ โดยการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเป้าหมายในการที่จะลดปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด (Stress) ซึ่งกระทำโดยการปรับตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับตนเอง (นางพิมพ์ นิมิตรานันท์, 2541)

ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ไม่เพียงแต่เสนอแนวคิดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีผลต่อผู้รับบริการ ระหว่างเจ็บป่วย หรือภายหลังการเจ็บป่วยแล้วเท่านั้น แต่ยังกล่าวถึงตัวแปรในระยะฟื้นฟู และกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยไว้ด้วย เนื่องจากแนวโน้มในการบริการทาง สุขภาพ มีจุดเน้นของการบริการในการป้องกันระยะปฐมภูมิ และให้ความสำคัญกับตัวแปรต่าง ๆ ที่มีผลต่อผู้รับบริการในการป้องกันระยะทุติยภูมิ และตติยภูมิด้วย (ภัทรอำไพ พิพัฒนานันท์, 2539) โดยมีข้อตกลงเบื้องต้น ดังนี้ (Neuman, 2002)

1. ถึงแม้ว่า ผู้รับบริการแต่ละคน หรือแต่ละกลุ่มในลักษณะของระบบจะมีลักษณะเฉพาะ แต่ในแต่ละระบบก็จะประกอบด้วยปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน ขอบเขตของการตอบสนองจึงมาจากโครงสร้างพื้นฐานภายในที่ใกล้เคียงกัน
2. ระบบของผู้รับบริการมีลักษณะเป็นพลวัต มีการแลกเปลี่ยนพลังงานกับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลาในลักษณะคงที่ สม่ำเสมอ
3. ต้นเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด (Stressors) มีอยู่มากมายในสิ่งแวดล้อม ทั้งที่รู้จัก และไม่รู้จัก แต่ละชนิดมีศักยภาพที่แตกต่างกันในการรบกวนภาวะสมดุลของระบบ หรือแนวการป้องกันปกติ (Normal line of defense) โดยเฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้าน สรีระจิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ซึ่งมีลักษณะเฉพาะในช่วงเวลาหนึ่ง ที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถของบุคคลในการป้องกันโดยใช้แนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย

(Flexible line of defense) เพื่อต่อต้านต้นเหตุของความเครียดซึ่งอาจมีเพียงสิ่งเดียว หรือหลายสิ่งรวมกันก็ได้

4. แนวการป้องกันปกติ (Normal line of defense) ผู้รับบริการแต่ละคน หรือระบบของผู้รับบริการแต่ละระบบ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้นมีการพัฒนาแบบแผนการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งแสดงออกมาให้เห็นเมื่อมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมมาชั่วระยะเวลาหนึ่ง และแนวการป้องกันปกตินี้ สามารถเป็นเกณฑ์ตัดสินความสมดุลของระบบ หากมีการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ

5. เมื่อแนวป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่ายไม่สามารถปกป้องผู้รับบริการ หรือระบบผู้รับบริการจากต้นเหตุของความเครียดในสิ่งแวดล้อมได้ ต้นเหตุของความเครียดก็จะทำลายผ่านแนวการป้องกันปกติ ทำให้บุคคลเกิดปฏิกิริยาตอบสนองขึ้น ลักษณะ และระดับของปฏิกิริยาตอบสนองของแต่ละบุคคลที่เกิดขึ้น จะขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร สรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ

6. ผู้รับบริการไม่ว่าจะอยู่ในภาวะสุขภาพดี หรือเจ็บป่วย จะประกอบด้วยปฏิสัมพันธ์ที่ไม่หยุดนิ่งระหว่างตัวแปร สรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ภาวะสุขภาพดี เป็นผลมาจากพลังงานที่ช่วยสนับสนุนอยู่ตลอดเวลา และเป็นความต่อเนื่องจนถึงสภาวะที่ดีที่สุด

7. เมื่อต้นเหตุของความเครียดได้ทำลายแนวการป้องกันปกติแล้ว ระบบของผู้รับบริการแต่ละคน จะมีแบบแผนการป้องกันจากภายใน ซึ่งเรียกว่า แนวการต่อต้าน (Line of resistance) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยรักษาความสมดุล และแก้ไขให้แนวการป้องกันปกติของผู้รับบริการกลับสู่สภาพเดิม หรืออาจจะอยู่ในระดับที่สูงกว่าเดิมก็ได้

8. การป้องกันระยะที่ 1 (ระดับปฐมภูมิ) มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับความรู้ทั่วไปที่นำมาใช้ในการประเมิน และการปฏิบัติในการบ่งชี้ และบรรเทา หรือขจัดปัจจัยเสี่ยงในสิ่งแวดล้อมที่เป็นต้นเหตุของความเครียด เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียด ซึ่งเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพจะรวมอยู่ในการป้องกันระยะนี้

9. การป้องกันระยะที่ 2 (ระดับทุติยภูมิ) มีความสัมพันธ์กับอาการวิथाซึ่งเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียด เป็นการจัดลำดับการปฏิบัติการ และการรักษาที่เหมาะสม เพื่อลดความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้น

10. การป้องกันระยะที่ 3 (ระดับตติยภูมิ) มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการปรับตัวเมื่อมีการสร้างขึ้นใหม่ (Reconstitution) และคงความมีสุขภาพดีไว้ เพื่อกลับเข้าสู่วงจรในลักษณะของการป้องกันระยะที่ 1 ใหม่

กรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน มีจุดมุ่งหมายคือ การช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดขอบเขตของการพยาบาลได้ครอบคลุมกับระบบที่มีความซับซ้อน และสามารถขยายขอบเขตของการพยาบาลได้อย่างกว้างขวาง ซึ่งจะแสดงให้เห็นถึงเอกลักษณ์ของการพยาบาล และเพื่อให้เข้าใจทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนได้ชัดเจนขึ้น จึงได้แบ่งมโนคติทางการพยาบาลเป็น 4 ประการ คือ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดของมโนคติ ทั้ง 4 ดังนี้

1. **บุคคล** ตามแนวคิดของ Neuman (1995, 2002) ผู้รับบริการ หมายถึง บุคคล หรือมนุษย์ ซึ่งระบบของผู้รับบริการอาจประกอบด้วยบุคคลมากกว่า 1 คน และแต่ละกลุ่มอาจมีขนาดที่แตกต่างกัน เช่น ระบบครอบครัว ชุมชน หรือสังคม Neuman พิจารณามนุษย์เปรียบเสมือนหน่วยเดียว (Total person) มีลักษณะเป็นระบบเปิด มีองค์ประกอบหลัก 2 ประการ คือ ความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบภายในกับสิ่งแวดล้อมภายนอกตลอดเวลา โดยการปรับระบบให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม หรือการปรับสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับระบบ ซึ่งกระบวนการปฏิสัมพันธ์ และการปรับตัวนี้จะเป็นระดับของความกลมกลืน (Harmony) ความคงตัว (Stability) หรือความสมดุล (Balance) ระหว่างผู้รับบริการกับสิ่งแวดล้อม ระบบของผู้รับบริการ ไม่ว่าจะเป็น 1 คน เป็นกลุ่ม หรือสังคม ก็ประกอบด้วยตัวแปรต่าง ๆ คือ ตัวแปรด้านสรีระ หมายถึง โครงสร้าง และการทำงานของอวัยวะในร่างกาย ตัวแปรด้านจิตใจ หมายถึง กระบวนการทางจิตใจ และสัมพันธภาพ ตัวแปรด้านสังคม-วัฒนธรรม หมายถึง การผสมผสานการทำหน้าที่ทางสังคม และวัฒนธรรม ตัวแปรด้าน พัฒนาการ หมายถึง กระบวนการในการพัฒนาการของชีวิต และตัวแปรด้านจิตวิญญาณ หมายถึง อิทธิพลของความเชื่อทางด้านจิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบพื้นฐานของบุคคลซึ่งมีมาแต่กำเนิด เป็นลักษณะของการพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง สามารถแผ่ขยาย และส่งผลต่อตัวแปรอื่น ๆ ในระบบของผู้รับบริการ ระบบของผู้รับบริการสามารถอธิบายได้โดยใช้รูปวงกลมหลายชั้น ซึ่งล้อมรอบโครงสร้างพื้นฐานของระบบไว้ โครงสร้างพื้นฐานนี้ เป็นศูนย์กลางของระบบ เป็นแหล่งพลังงาน และปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ได้แก่ ขอบเขตของอณุมิปกติ โครงสร้างทางพันธุกรรม แบบแผนการตอบสนอง ความแข็งแกร่ง หรือความอ่อนแอของอวัยวะ โครงสร้างของตัวตน (Ego structure) และลักษณะโดยทั่วไปของบุคคล

โครงสร้างพื้นฐานของบุคคลนี้ ได้รับการคุ้มครองป้องกันจากต้นเหตุของความเครียดโดยแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย (Flexible line of defense) ซึ่งเป็นวงกลมเส้นประอยู่ด้านนอกสุด ทำหน้าที่คล้ายกันชน ป้องกันไม่ให้ต้นเหตุของความเครียดผ่านเข้าไปทำลายแนวป้องกันปกติได้ แนวป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่ายนี้ สามารถเปลี่ยนแปลงได้ง่ายภายใน

ระยะเวลาอันสั้น ปัจจัยที่ทำให้แนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่ายนี้หย่อนประสิทธิภาพ เช่น ในสถานการณ์ฉุกเฉิน ภาวะขาดสารอาหาร การพักผ่อนไม่เพียงพอ ภาวะขาดน้ำ เป็นต้น ต้นเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดไม่ว่าจะชนิดเดียว หรือหลายชนิด ก็สามารถทำให้ประสิทธิภาพของแนวป้องกันลดลงได้ หากต้นเหตุของความเครียดสามารถทำลายแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่ายได้ ระบบของผู้รับบริการก็จะมีแนวการป้องกันปกติ (Normal line of defense) เป็นลักษณะที่แสดงถึงภาวะปกติของระบบ เป็นผลมาจากบุคคลได้พัฒนาขึ้นมาในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ทำหน้าที่ป้องกันไม่ให้เกิดต้นเหตุของความเครียดเข้าไปทำลายโครงสร้างพื้นฐานได้ แนวการป้องกันปกติได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายใน และพฤติกรรมของบุคคลนั้น เช่น แบบแผนการเผชิญปัญหา แบบแผนการดำเนินชีวิต อิทธิพลจากพัฒนาการ และจิตวิญญาณ ตลอดจนวัฒนธรรม เป็นต้น การป้องกันตนเองโดยแนวการป้องกันปกติ นั้น จะใช้แบบแผนที่ตนเคยใช้อยู่ คือ การที่ระบบผู้รับบริการมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียดนั่นเอง

เมื่อแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย และแนวการป้องกันปกติไม่สามารถต้านทานการรุกรานของต้นเหตุของความเครียดได้ ระบบของผู้รับบริการก็จะเริ่มเสียสมดุล กลไกภายในของแต่ละบุคคลจะทำหน้าที่ควบคุมความสมดุลของระบบไว้ โดยพยายามให้ระบบกลับคืนสู่สภาพเดิม ตามแบบแผนของแนวการป้องกันปกติ ซึ่งปัจจัยภายในนี้เรียกว่า แนวการต่อต้าน (Line of resistance) ซึ่งเป็นวงกลมเส้นประอยู่ล้อมรอบโครงสร้างพื้นฐาน โดยจะทำหน้าที่ต่อต้านต้นเหตุของความเครียดที่ผ่านแนวป้องกันปกติ ตัวอย่างการทำงานของแนวการต่อต้านได้แก่ การทำลายเชื้อโรคของเม็ดเลือดขาว หรือระบบการสร้างภูมิคุ้มกัน ซึ่งจะช่วยให้ระบบสามารถปรับตัวต่อสู้กับต้นเหตุของความเครียด และเกิดกระบวนการสร้างใหม่ (Reconstitution) แต่ถ้าไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือทำได้ไม่สมบูรณ์จะทำให้พลังงานในระบบลดลงเรื่อย ๆ และจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งอื่น มิฉะนั้น ระบบจะเสียสมดุลจนอาจเสียชีวิตได้

2. **สิ่งแวดล้อม** ตามแนวคิดของ Neuman (1995) บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา โดยให้ความหมายของสิ่งแวดล้อมว่า คือ แรงที่มาจากภายนอก และภายในบุคคลในระยะเวลาหนึ่ง ครอบคลุมถึงความต้องการ แรงผลักดัน การรับรู้ และเป้าหมายของมนุษย์ เป็นสิ่งต่าง ๆ ที่อยู่รอบตัว และจำเป็นในการดำรงชีวิต ซึ่งสรุปได้ว่า สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อ และถูกรบกวนโดยระบบบุคคล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2529)

ต้นเหตุของความเครียด (Stressors) คือ สิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดความเครียด และส่งผลให้ระบบเสียสมดุล ซึ่งในกระบวนการปรับตัวของผู้รับบริการ ตัวแปรที่อยู่ในแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย จะป้องกันระบบจากสิ่งที่อาจก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ จะรวมถึง

ลักษณะทางสรีระของผู้รับบริการ อธิพิพลทางสังคม-วัฒนธรรม ระดับพัฒนาการ ความสามารถในการรับรู้ และความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ

ต้นเหตุของความเครียดในสิ่งแวดล้อม คือ สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความตึงเครียด หรือแรงที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน และภายนอกระบบผู้รับบริการ ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจมีสิ่งเร้าทำให้เกิดความเครียดมากกว่า 1 ชนิด Neuman (1995) ได้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับต้นเหตุของความเครียดในสิ่งแวดล้อมไว้ดังนี้

1) ต้นเหตุของความเครียดภายในระบบผู้รับบริการ (Intrapersonal stressors) เป็นแรงที่เกิดขึ้นจากสิ่งแวดล้อมภายในระบบของผู้รับบริการ เช่น การตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ การสร้างภูมิคุ้มกัน เป็นต้น

2) ต้นเหตุของความเครียดระหว่างระบบผู้รับบริการ (Interpersonal stressors) เป็นแรงที่เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมระหว่างระบบผู้รับบริการ เช่น ความคาดหวังเกี่ยวกับบทบาท (Role expectations) หรือแบบแผนในการติดต่อสื่อสาร (Communication patterns)

3) ต้นเหตุของความเครียดภายนอกระบบผู้รับบริการ (Extrapersonal stressors) เป็นแรงที่เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมภายนอกระบบของผู้รับบริการ เช่น ระบบนโยบายทางสังคม สถานภาพทางการเงิน เป็นต้น

ต้นเหตุของความเครียดนั้น อาจจะรบกวนระบบผู้รับบริการอย่างเดียว หรือหลายอย่างพร้อมกัน ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองของผู้รับบริการ เกิดอาการแสดง และส่งผลให้เกิดการสร้างขึ้นใหม่ (Reconstitution) ภายหลังการบำบัดรักษาอาการแสดงที่เกิดขึ้น โดยต้นเหตุของความเครียดจะมีประโยชน์ต่อระบบของผู้รับบริการหรือไม่ก็ได้ ขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้รับบริการต้องเผชิญกับต้นเหตุของความเครียด สภาพของผู้รับบริการทั้งในอดีต ปัจจุบัน ลักษณะ และความรุนแรงของต้นเหตุของความเครียด ปริมาณพลังงานที่ใช้ในการปรับตัว สิ่งเหล่านี้ล้วนแล้วแต่มีความสำคัญที่ช่วยในการทำนายผลของการปรับตัวของผู้รับบริการได้จากพฤติกรรม หรือรูปแบบของการเผชิญความเครียด รวมถึงแบบแผนการแก้ไขปัญหาในอดีตของผู้รับบริการ

3. สุขภาพ หรือความผาสุก (Health or wellness) มีลักษณะต่อเนื่อง (Continuum) อยู่ตรงข้ามกับความเจ็บป่วย ความผาสุกเป็นภาวะที่ระบบผู้รับบริการมีความสมดุลมากที่สุด มีการเปลี่ยนแปลงระดับในช่วงปกติได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับโครงสร้างพื้นฐาน และความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจของผู้รับบริการในการปรับตัวต่อต้นเหตุของความเครียด Neuman (1995) กล่าวว่า สุขภาพเป็นพลังงานที่มีชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงเป็นวงจร (Cycle) จากการมีสุขภาพดี ไปสู่ความเจ็บป่วย โดยต้นเหตุของความเครียดที่อาจก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่าง ๆ ในระบบ



ผู้รับบริการ ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนอง พลังภายในตัวของผู้รับบริการจะถูกนำมาใช้เพื่อให้ระบบกลับสู่ภาวะสมดุล แต่ถ้าหากระบบยังไม่สามารถกลับสู่สมดุลได้ พลังงานจะถูกใช้ไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งพลังงานเหลืออยู่ไม่เพียงพอ เมื่อนั้น บุคคลก็จะถึงแก่ความตาย แต่ถ้าหากมีพลังงานจากแหล่งอื่น เช่น การช่วยเหลือจากพยาบาล ทำให้ระบบผู้รับบริการกลับคืนสู่สมดุล คือ ช่วยให้ระบบผู้รับบริการมีพลังงานสะสมไว้มากกว่าที่ระบบจำเป็นต้องใช้ เพื่อขจัดต้นเหตุของความเครียด การเปลี่ยนแปลงระหว่างความเจ็บป่วย และสุขภาพดี ก็คือ ลักษณะของความต่อนั่นเอง

ภาวะสุขภาพดี จึงเป็นภาวะสมดุลของระบบผู้รับบริการ เกิดขึ้นเมื่อแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่ายสามารถป้องกันการรุกรานของต้นเหตุของความเครียดไว้ได้ ทำให้แนวการป้องกันปกติยังคงสภาพเดิม ส่วนภาวะเจ็บป่วย คือ ภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากภาวะสุขภาพดี อันเกิดจากการที่ต้นเหตุของความเครียดได้ทำลายแนวการป้องกันปกติของระบบผู้รับบริการ เมื่อระบบมีกระบวนการสร้างขึ้นใหม่เกิดขึ้น แนวการป้องกันต่าง ๆ กลับคืนสู่สภาพปกติ ระบบก็จะกลับคืนสู่การมีสุขภาพดีตามเดิม ปัจจัยที่มีผลต่อกระบวนการสร้างขึ้นใหม่ของระบบผู้รับบริการได้แก่ 1) จำนวน และความแข็งแกร่งของต้นเหตุของความเครียด 2) ระยะเวลาที่ต้นเหตุของความเครียดมารบกวน และ 3) ความหมาย หรือความสำคัญของต้นเหตุของความเครียดของบุคคล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2529)

**4. การพยาบาล** เป็นวิชาชีพเฉพาะ (Unique profession) เกี่ยวข้องกับตัวแปรทั้งหลายที่มีผลต่อการตอบสนองของระบบผู้รับบริการต่อต้นเหตุของความเครียด ศูนย์กลางของความสนใจของพยาบาลคือ บุคคลทั้งคน (Total person) จุดเน้นของการพยาบาลคือ การช่วยให้ระบบของผู้รับบริการอยู่ในภาวะสมดุล โดยการประเมินผลที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้นจากต้นเหตุของความเครียดในสิ่งแวดล้อม และช่วยให้ผู้รับบริการสามารถปรับตัวไปสู่ความผาสุก หรือปรับตัวได้ดีที่สุดในภาวะสุขภาพขณะนั้น การปฏิบัติการพยาบาล คือ การปฏิบัติเพื่อการ ดำรง รักษา และส่งเสริม ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการให้อยู่ในภาวะสมดุล โดยการควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อระบบผู้รับบริการ (Neuman, 1982 cited in Knight, 1990) หรืออาจกล่าวให้เฉพาะเจาะจงได้ว่า เป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาล คือ การช่วยเหลือ บุคคล ครอบครัว และกลุ่มให้ดำรง รักษา หรือมีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพไปในทางที่เรียกว่าสุขภาพดีอย่างสมบูรณ์ โดยปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีเป้าหมาย เพื่อลดปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดในระบบผู้รับบริการ ซึ่งอาจมีผลให้ระบบผู้รับบริการไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ เป็นการช่วยเหลือให้ระบบมีความสมดุล ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้เชื่อมโยงการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับบริการ สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล โดยใช้แบบแผนการป้องกัน 3 ระยะ คือ

1) การป้องกันระยะที่ 1 (Primary prevention) การป้องกันในระยะนี้เกิดขึ้นเมื่อคาดว่าระบบอาจถูกรบกวน จากต้นเหตุของความเครียด แต่ระบบยังไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง (Knight, 1990) เป้าหมายของการป้องกันในระยะนี้คือ การคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของระบบ โดยส่งเสริมความแข็งแกร่งของแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย และลดโอกาสที่บุคคลจะต้องเผชิญกับต้นเหตุของความเครียด เพื่อลดการเกิดปฏิกิริยาตอบสนองของระบบผู้รับบริการที่จะเกิดขึ้น

2) การป้องกันระยะที่ 2 (Secondary prevention) เกิดขึ้นเมื่อการป้องกันระยะที่ 1 ไม่ประสบผลสำเร็จ ทำให้ระบบเกิดปฏิกิริยาตอบสนองขึ้น เป้าหมายของการปฏิบัติในระยะนี้จะเป็นการให้การรักษายาบาลตามอาการที่เกิดขึ้น โดยการดึงเอาทรัพยากรทั้งภายใน ระหว่าง และภายนอกบุคคล มาใช้ให้มากที่สุด มีจุดประสงค์เพื่อช่วยสร้างเสริมความแข็งแกร่งของแนวการต่อต้านภายในระบบผู้รับบริการ และลดปฏิกิริยาตอบสนองที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยให้ระบบเข้าสู่กระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่ ซึ่งความสมบูรณ์ของกระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่สู่สภาพสมดุล จะขึ้นอยู่กับความแข็งแกร่งของแนวการป้องกันปกติ และระดับความผาสุกในอดีต โดยภายหลังการปรับตัว อาจทำให้ระบบเกิดความสมดุลในระดับต่ำกว่า หรือเท่ากับระดับก่อนการเจ็บป่วยได้ แต่หากการป้องกันในระยะนี้ไม่ได้ผล แสดงว่า ระบบผู้รับบริการล้มเหลวในกระบวนการสร้างความสมดุลของระบบขึ้นมาใหม่ นั่นคือ บุคคลนั้นอาจถึงแก่ความตายเนื่องจากความล้มเหลวในการทำงานของโครงสร้างพื้นฐาน

3) การป้องกันระยะที่ 3 (Tertiary prevention) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นต่อเนื่องหลังจากการป้องกันระยะที่ 2 ซึ่งมีกระบวนการสร้างความสมดุลขึ้นมาใหม่เกิดขึ้นแล้ว ในการป้องกันระยะนี้ จะมีเป้าหมายเพื่อรักษา และส่งเสริมระดับการปรับตัวที่เหมาะสมของบุคคล เพื่อรักษาระดับความผาสุกไว้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ และสามารถปรับตัวต่อสู้กับต้นเหตุของความเครียดที่อาจคุกคามในอนาคตได้ กลไกการป้องกันระยะที่ 3 นี้จะย้อนกลับเข้าสู่วงจรใหม่ของการป้องกันระยะที่ 1 เป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง

### กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของ Neuman

กระบวนการพยาบาลตามแนวคิดของ Neuman (1995, 2002) ได้ใช้แบบประเมินตามกระบวนการของ Neuman ที่สร้างขึ้น เพื่อประเมินผู้รับบริการ โดย กำหนดกระบวนการพยาบาลไว้ 3 ขั้นตอน คือ การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) เป้าหมายทางการพยาบาล (Nursing goals) และผลลัพธ์ของการพยาบาล (Nursing outcomes)

กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้รับบริการที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เริ่มการรวบรวมข้อมูล โดยการใช้คำถามทั่ว ๆ ไป และการสังเกต ซึ่งจะทำให้พยาบาลรับรู้ถึงต้นเหตุของความเครียด จากนั้นจึงตรวจสอบการรับรู้ของผู้รับบริการว่าเป็นสิ่งที่

ตรงความเป็นจริงหรือไม่ จำแนกต้นเหตุของความเครียดว่าอยู่ในระบบย่อยใดของบุคคล คือ สรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ หรือ จิตวิญญาณ และตัดสินใจว่า ต้นเหตุของความเครียดนั้น เป็นปัจจัยภายใน ระหว่าง หรือภายนอกบุคคล ในระบบสิ่งแวดล้อม ต่อจากนั้นการประเมินปัญหา ของผู้รับบริการจะเน้นที่องค์ประกอบอย่างใดอย่างหนึ่ง คือ ระบบบุคคล หรือระบบสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ปัญหา มีความชัดเจนขึ้น แล้วจึงเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้อีกกับทฤษฎี (Norms) ซึ่งผลของการ เปรียบเทียบนี้ พยาบาลจะต้องตรวจสอบการรับรู้ของผู้รับบริการด้วยว่าตรงกันหรือไม่ จากนั้นจึง ใช้กระบวนการคิดแบบนิรนัย (Deductive) เพื่อให้ได้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล

Neuman (1995) กำหนดแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมในกระบวนการพยาบาลตาม ขั้นตอน การวินิจฉัยการพยาบาล การกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล และผลลัพธ์ของการ พยาบาล ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยคือ

#### 1.1 การรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน โดย

- ก. ระบุต้นเหตุของความเครียด ซึ่งอาจจะรบกวน หรือกำลังรบกวน ระบบของผู้รับบริการ
- ข. ประเมินสภาพ ความแข็งแรงของโครงสร้างพื้นฐาน และแหล่งพลังงานของระบบผู้รับบริการ
- ค. ประเมินลักษณะของแนวป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย แนวป้องกัน ปกติ แนวการต่อต้าน ระดับของปฏิกิริยาตอบสนองที่อาจเกิดขึ้น
- ง. ระบุ จัดกลุ่ม และประเมินปฏิกิริยาตอบสนอง ระหว่างผู้รับบริการกับ สิ่งแวดล้อมที่มีโอกาสจะเกิดขึ้น และ/หรือเกิดขึ้นแล้ว โดยพิจารณาทั้งด้าน สรีระ จิตใจ สังคม- วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ
- จ. ประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต รวมทั้งแบบแผนการปรับตัวทั้งใน อดีต ปัจจุบัน และอนาคตของผู้รับบริการ ซึ่งจะมีผลต่อความสมดุลของระบบ
- ฉ. ระบุ และประเมินทรัพยากรของผู้รับบริการที่มีอยู่จริงหรืออาจมีใน อนาคต

#### 1.2 การกำหนดความแปรปรวนจากการมีสุขภาพดี โดย

- ก. สังเคราะห์ทฤษฎีร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานที่รวบรวมได้ กำหนดปัญหาของผู้รับบริการที่เกิดขึ้น หรืออาจเกิดขึ้น จัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนด ระดับสุขภาพของผู้รับบริการ ตามความต้องการเพื่อความสมดุลของระบบ และทรัพยากรที่จะใช้

ข. เสนอเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้ระบบของผู้รับบริการ กลับสู่สมดุล และคงความสมดุลนั้นไว้

### ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล กระทำโดย

2.1 ตกลงกับผู้รับบริการเกี่ยวกับความต้องการที่พึงประสงค์ เพื่อแก้ไขปัญหา ความแปรปรวนจากการมีสุขภาพดี โดยต้องคำนึงถึงความต้องการ และทรัพยากรที่กำหนดไว้แล้ว ในขั้นตอนการวินิจฉัยทางการพยาบาล

2.2 กำหนดแผนการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับผู้รับบริการ เพื่อการเปลี่ยนแปลง เข้าสู่ความสมดุล และรักษาความสมดุลของระบบผู้รับบริการไว้

### ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลลัพธ์ทางการพยาบาล กระทำโดย

3.1 ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้รูปแบบการป้องกันในระยะใดระยะหนึ่ง หรือ ทั้ง 3 ระยะ

3.2 ประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังจากการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อตรวจสอบว่า เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ และควรกำหนดเป้าหมายใหม่หรือไม่ อย่างไร

3.3 กำหนดเป้าหมายในระยะถัดไป และระยะยาว เพื่อวางแผนการพยาบาล ต่อไป โดยจะต้องมีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ของเป้าหมายระยะเร่งด่วน ที่เกิดขึ้นแล้ว

3.4 การตรวจสอบกระบวนการพยาบาล โดยพิจารณาจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับ ผู้รับบริการ

กระบวนการพยาบาลของ Neuman (1995, 2002) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ครอบคลุมพื้นฐานความรู้ของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) ได้แก่ การประเมิน (Assessment) การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) การวางแผนปฏิบัติการ (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) กล่าวคือ ขั้นตอนที่ 1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล จะเป็นการรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินผู้รับบริการในด้านต่าง ๆ อย่างครบถ้วน และเป็นระบบ ทำให้การรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการมีความสมบูรณ์มากขึ้น และในขั้นตอนนี้จะรวมถึงการวินิจฉัยปัญหาที่มีการตรวจสอบการรับรู้ที่ตรงกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ขั้นตอนที่ 2 คือ เป้าหมายของการพยาบาล จะเป็นการทำความเข้าใจร่วมกันกับผู้รับบริการเพื่อกำหนดเป้าหมาย และวางแผนปฏิบัติการเพื่อแก้ไขปัญหา โดย Neuman จะเน้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเท่าที่จะทำได้ พิจารณาตามความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก โดยให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการกำหนดวัตถุประสงค์ กำหนดกิจกรรม และตั้งเกณฑ์ในการประเมิน ซึ่งเปรียบเสมือนข้อตกลงร่วมกันระหว่างพยาบาล กับผู้รับบริการ ขั้นตอนที่ 3 คือ ผลลัพธ์ของการพยาบาล เป็นการนำแผนการ

ปฏิบัติการกรรมการพยาบาลที่วางแผนไว้ไปปฏิบัติตามหน้าที่ของพยาบาล และผู้รับบริการ รวมถึงการตรวจสอบผลลัพธ์ว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาใหม่จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

การศึกษาที่นำทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมนมาประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล ดังเช่น การศึกษาของ วรณสตรี รัตนลัมภ์ (2541) ได้ประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวแมนในมารดาที่มีบุตรอายุ 1-3 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบน ซึ่งผลจากการประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวแมนนี้ ทำให้มารดามีความรู้ ทักษะการรับรู้ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรมากกว่า และในด้านภาวะสุขภาพของบุตร พบว่า มีระยะเวลาในการป่วยลดลงกว่ากลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งไม่ได้ใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน และการประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวแมนยังมีผลต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก โดยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และมีระดับค่าฮีมาโตคริตเพิ่มขึ้น (รพีพร สิงขรอาสน์, 2545)

นอกจากนี้ ยังมีการใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ยังช่วยลดความวิตกกังวลภายหลังการผ่าตัด และมีแบบแผนการฟื้นฟูสภาพในด้านความเจ็บปวด และการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองภายหลังการผ่าตัดได้ดีกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน (วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2536) และการพยาบาลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุม และป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนสามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับภาวะของโรค สามารถมีชีวิตอยู่กับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุข ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา และ จารุณี วาระหัส, 2541)

ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน เป็นทฤษฎีการพยาบาลที่มีความยืดหยุ่นสามารถประยุกต์ใช้ได้อย่างกว้างขวาง โดยมีลักษณะเด่น คือ ทั้งผู้รับบริการ และผู้ให้บริการทางสุขภาพ นำการรับรู้ปัญหาของแต่ละฝ่ายมาใช้ในการตั้งเป้าหมายที่มีความหมาย และความจำเป็นต่อภาวะสุขภาพ มีการปฏิบัติร่วมกันเพื่อไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางบริการสุขภาพในปัจจุบัน คือการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเอง (Neuman, 1989 อ้างถึงใน ภัทธอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539)

## 5. การประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน กล่าวถึง บุคคลว่าเป็นระบบเปิด มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทั้งสิ่งแวดล้อมภายใน ระหว่าง และภายนอกบุคคลอยู่ตลอดเวลา (Neuman, 1995, 2002) ดังนั้น เด็ก ก็นับได้ว่าเป็นระบบบุคคล ที่มีโครงสร้างพื้นฐาน (Basic structure) และแนวการต่อต้าน (Line of resistance) ที่เป็นอิสระแยกจากมารดาตั้งแต่คลอด แต่อย่างไรก็ตาม แนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย (Flexible line of defense) และแนวการป้องกันปกติ (Normal line of defense) ยังอ่อนแอ เนื่องจากพัฒนาการ และการเจริญเติบโตยังไม่สมบูรณ์ ในวัยเด็กจึงยังคงต้องอาศัยพึ่งพาการดูแล ช่วยเหลือ จากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นบิดา มารดา หรือผู้ดูแล (Trepanier, Dunn, Sprague, 1995) ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล ก็คือ ส่วนของแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย และแนวการป้องกันปกติ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในระบบบุคคลของเด็กนั่นเอง ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้ความแข็งแรง หรืออ่อนแอของแนวการป้องกันต่าง ๆ ของเด็ก ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็กนั้น แสดงให้เห็นถึงระบบบุคคลของผู้ป่วยเด็กเสียสมดุลไปจากเดิม โดยต้นเหตุของความเครียดสามารถผ่านแนวการป้องกันปกติของระบบผู้ป่วยเด็ก ส่วนแนวการต่อต้านนั้น ไม่สามารถต้านทาน และช่วยเหลือให้ระบบกลับคืนสู่ภาวะสมดุลได้ ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียด โดยเฉพาะการเกิดภาวะขาดน้ำ และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บทบาทหน้าที่ของพยาบาลตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน คือ การปฏิบัติเพื่อการดำรง รักษา และส่งเสริมให้ระบบของผู้ป่วยเด็กอยู่ในภาวะสมดุล โดยการควบคุมตัวแปรต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อระบบของผู้ป่วย (Knight, 1990) พยาบาลจะต้องค้นหาต้นเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลของผู้ป่วยเด็ก และค้นหาทรัพยากรของผู้ป่วยเด็กที่มีอยู่ นำมาหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

ต้นเหตุของความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายในบุคคล เป็นต้นเหตุของความเครียดจากปฏิสัมพันธ์ภายในระบบบุคคล โดยอาจเป็นตัวแปรด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ หรือจิตวิญญาณ ซึ่งรวมถึงกลไกในการปรับตัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ความแข็งแรง หรืออ่อนแอ รวมทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย (Cross, 1990) การประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ประเมินได้จาก โครงสร้างพื้นฐาน ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเด็ก แนวการต่อต้าน เป็นการประเมินความแข็งแรง ความอ่อนแอ รวมทั้งปัญหาทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ การตรวจวัดสัญญาณชีพ การ

ประเมินความรุนแรงของการขาดน้ำ การตรวจร่างกายทุกระบบ ส่วนแนวการป้องกันต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก เป็นการประเมินจาก แบบแผนการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล แบบแผนการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วยของผู้ดูแล รวมทั้ง ความต้องการ และความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแล

ต้นเหตุของความเครียดจากสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล เกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบของบุคคล กับสิ่งแวดล้อมใกล้เคียงตัวที่มีผลกระทบโดยตรง (Cross, 1990) ประเมินได้จากความคาดหวังของผู้ดูแล และสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว เกี่ยวกับความคาดหวังในผลของการรักษาผู้ป่วยเด็ก และความคาดหวังต่อการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น

ต้นเหตุของความเครียดจากสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล เกิดขึ้นระหว่างระบบบุคคล กับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่ไกลตัวบุคคล และอาจมีผลกระทบทางอ้อม (Cross, 1990) ในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ประเมินได้จาก สิทธิ และสวัสดิการในด้านการรักษาพยาบาล

เมื่อค้นหาต้นเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก และกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้ว การปฏิบัติการพยาบาล จะเป็นไปตามระยะของการป้องกัน ได้แก่ การป้องกันระยะที่ 1 เมื่อผู้ป่วยเด็กมีแนวโน้มที่จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียด การป้องกันระยะที่ 2 เมื่อผู้ป่วยเด็กเกิดปฏิกิริยาตอบสนองเกิดต่อต้นเหตุของความเครียด และการป้องกันระยะที่ 3 เมื่อต้นเหตุของความเครียดเกิดขึ้นแล้ว และผู้ป่วยเด็กมีกระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่เกิดขึ้น

ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาพยาบาลนั้น การพยาบาลตามแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยการดูแล ช่วยเหลือในด้านการให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ การให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ทางปาก (ORS) การให้ยา เป็นการช่วยเหลือเพื่อให้ระบบของผู้ป่วยเด็กเกิดกระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่ (Reconstitution) เพื่อกลับคืนสู่สมดุลเดิมอีกครั้ง และเมื่อผู้ป่วยเด็กเริ่มมีอาการดีขึ้น คือ พ้นจากภาวะขาดน้ำ รับประทานอาหารได้ เล่นได้ นอนหลับได้ โดยอาจยังมีอาการถ่ายเหลวอยู่บ้าง จะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทในการส่งเสริมกระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่ของผู้ป่วยเด็กให้ดำเนินต่อไป จนกว่าภาวะสุขภาพจะกลับสู่สมดุล คือ มีการฟื้นฟูจนเป็นปกติ และคงความสมดุลของระบบไว้ โดยไม่เกิดการป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน นั่นเอง

การส่งเสริมให้กระบวนการสร้างขึ้นมาใหม่ดำเนินต่อไป จนกว่าระบบของผู้ป่วยเด็กจะกลับสู่ภาวะสมดุลนั้น ทำได้โดยการเสริมสร้างความแข็งแกร่งของแนวการป้องกันที่เปลี่ยนแปลงง่าย และแนวการป้องกันปกติของผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้สามารถป้องกันต้นเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เหมาะสม ในด้านการดูแล รักษา และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้กับผู้ป่วยเด็กนั่นเอง

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กมีการฟื้นหายเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการเจ็บป่วยซ้ำ ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล นั้น จะต้องมีการวางแผน และเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กตั้งแต่นั้น ๆ โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล เพื่อให้มีระยะเวลาเพียงพอในการรวบรวมข้อมูล ค้นหาปัญหา และแนวทางการป้องกัน แก้ไขปัญหาได้อย่างครอบคลุม เป็นองค์รวม

## 6. การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน

การนำทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมานมาใช้ในกิจกรรมการพยาบาล จะเป็นลักษณะของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล เพื่อทำการประเมิน และระบุปัญหาาร่วมกัน การกำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้ การกำหนดเป้าหมายตามทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน มีการกำหนดเป้าหมายเป็นระยะเร่งด่วน ระยะกลาง และระยะยาว ซึ่งในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป้าหมายในระยะเร่งด่วน และระยะกลางจะเป็นการดูแล รักษา เพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ และป้องกันอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ให้ผู้ป่วยเด็กมีการฟื้นหายอย่างรวดเร็ว ส่วนเป้าหมายในระยะยาว จะเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องที่บ้าน จนกว่าจะหายเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการเจ็บป่วยซ้ำ ซึ่งครอบคลุมเป้าหมาย วัตถุประสงค์ ซึ่งเป็นกิจกรรมในลักษณะเดียวกับการเตรียมจำหน่าย (Discharge planning) นั้นเอง

การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน จึงเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่เน้นเป้าหมายระยะยาว เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสมภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ให้มีการฟื้นหายเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รวมถึงไม่ป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม แต่เนื่องจากผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี ยังไม่สามารถดูแล ช่วยเหลือตัวเองได้ จึงต้องอาศัยผู้ดูแลในการทำหน้าที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน กลับมามีสุขภาพที่ดีภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเริ่มการปฏิบัติกิจกรรมตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้พยาบาลมีระยะเวลาเพียงพอในการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินปัญหา และความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้อย่างครอบคลุม ครบถ้วน อีกทั้งด้านผู้ดูแลก็มีเวลาสำหรับการเตรียมความพร้อม และสามารถ



กลับไปดูแลผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายได้ โดยพยาบาลจะปฏิบัติการพยาบาล เป็นกระบวนการ 3 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นที่ 1 วิจัยนัยทางการพยาบาล** เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อระบุต้นเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้นแล้ว หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และประเมินความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียดของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ในด้านการดูแล รักษา และการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยพยาบาลจะทำการเก็บรวบรวมต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแล ทั้งจากบันทึกรายงานประจำตัวของผู้ป่วยเด็ก การสัมภาษณ์พูดคุย รวมทั้งการสังเกตจากผู้ดูแล โดยคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นตลอดเวลา ของตัวแปรต่าง ๆ ซึ่งได้แก่ ตัวแปรด้านสรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถประเมินได้จากสิ่งแวดล้อมทั้งภายใน ระหว่าง และภายนอกบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ดังนี้

1. สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล เป็นการประเมินสภาพ และความแข็งแกร่งของปัจจัยพื้นฐาน และแหล่งพลังงาน ตลอดจนลักษณะ และคุณสมบัติของแนวการป้องกัน และแนวการต่อต้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก ตลอดจนระดับของการตอบสนองที่เกิดขึ้นแล้ว หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น และศักยภาพของการฟื้นฟูของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งประเมินได้จาก

1.1 โครงสร้างพื้นฐาน และแนวการต่อต้านของผู้ป่วยเด็ก โดย พยาบาลจะทำการสัมภาษณ์ ชักประวัติการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กจากผู้ดูแล ทำการประเมินภาวะขาดน้ำ และตรวจร่างกายในระบบต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก

1.2 แนวการป้องกันปกติ ประกอบด้วยแบบแผนการดำเนินชีวิต และแบบแผนการปรับตัวในอดีตของผู้ป่วยเด็ก ดังนี้ คือ

1) แบบแผนการดำรงชีวิต ซึ่งประเมินได้จากแบบแผนการเลี้ยงดูเด็ก เนื่องจากในเด็กวัย 1-3 ปี ยังต้องได้รับการดูแล ช่วยเหลือจากผู้ดูแลในทุก ๆ ด้าน ดังนั้น แบบแผนการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเด็กจึงขึ้นอยู่กับแบบแผนการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแลนั่นเอง โดยพยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้เล่าถึงแบบแผนการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล ซึ่งอาจมีส่วนเกี่ยวข้องในการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็ก ในด้านการดูแลความสะอาดของอาหาร และน้ำดื่ม การดูแลสุขอนามัยต่าง ๆ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วยเด็ก

2) แบบแผนการปรับตัวในอดีต ซึ่งในผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปีนั้นสามารถประเมินได้จาก แบบแผนการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วยของผู้ดูแล โดยพยาบาลจะศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนการดูแลเด็ก เมื่อมีอาการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล ว่าผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงมาก่อนหรือไม่ มีความคิดเห็น หรือมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลอย่างไร วิธีการดูแลเด็กเมื่อมีอาการอุจจาระร่วงในครั้งก่อน และการดูแลในครั้งนี้

เป็นอย่างไร การที่พยาบาลศึกษาแบบแผนการดูแลเด็กที่มีอาการอุจจาระร่วงในอดีตนั้น เพราะการดูแลในอดีต อาจเกี่ยวข้องกับดูแลเด็กในปัจจุบัน ทำให้สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลในอนาคตภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

3) ความต้องการ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก เนื่องจากผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับใกล้ชิด และเป็นส่วนหนึ่งของแนวการป้องกันปกติของผู้ป่วยเด็ก ดังนั้น พยาบาลจะต้องศึกษาถึงความเชื่อ ทักษะคติ ความรู้ ประสบการณ์ ของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน รวมถึงการค้นหาแหล่งสนับสนุน ช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่าย การแสวงหาข้อมูล และการปฏิบัติตนของผู้ดูแลเพื่อให้มีพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้อง และเหมาะสม

2. สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันนั้น ผู้ดูแล และสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ถือได้ว่าเป็นสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็ก พยาบาลจึงต้องประเมินเกี่ยวกับ ความคาดหวังของผู้ดูแล และสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว โดยค้นหาว่าบุคคลเหล่านี้มีความคาดหวังอย่างไร ต่อการเข้ามารับการรักษาของผู้ป่วยเด็กในครั้งนี้ ความคาดหวังต่อความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ๆ และบุคลากรสาธารณสุข ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยในการกำหนดเป้าหมายของการพยาบาล ตามความเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริง

3. สิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล พยาบาลจะต้องประเมินปัจจัยในด้านนี้ ในส่วนของผู้ดูแล ที่ส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วยเด็ก โดยการประเมินทรัพยากรในด้านสถานะทางการเงิน หลักประกันด้านสุขภาพ รวมทั้ง สถานบริการในชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยเด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือมีปัญหาด้านสุขภาพเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นต้น

เมื่อรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ได้ครบถ้วนแล้ว พยาบาลจะต้องทำการตรวจสอบการรับรู้ของปัญหาร่วมกันกับผู้ดูแล เนื่องจาก พยาบาลซึ่งเป็นผู้ให้บริการ อาจมีการรับรู้ที่แตกต่างจากผู้ดูแลเด็ก ทั้งด้านการศึกษา ประสบการณ์การดูแลเด็ก ความเชื่อทัศนคติ ค่านิยมต่าง ๆ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาสรุปความแตกต่างระหว่างการรับรู้ของพยาบาล และผู้ดูแลเด็กให้ชัดเจน แล้วจึงทำการสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้ กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยต้นเหตุของความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้นแล้ว หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้ จะบ่งชี้ถึงการปฏิบัติการพยาบาลตามการป้องกันทั้ง 3 ระยะ โดย

ถ้าข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้นระบุว่า มีแนวโน้มที่จะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียด เช่น ผู้ป่วยเด็กอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จากการดูแลที่ไม่ถูกต้องของผู้ดูแล แผนการพยาบาลที่กำหนดขึ้นจะเป็นการป้องกันระยะที่ 1

ถ้าข้อวินิจฉัยการพยาบาลระบุว่า ต้นเหตุของความเครียดมีผลทำให้ระบบของผู้ป่วยเด็กเกิดปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับการดูแล รักษาอย่างถูกต้อง และต่อเนื่องจากผู้ดูแล ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในขณะที่ยังมีอาการอุจจาระร่วงเหลืออยู่ การปฏิบัติการพยาบาลก็จะเป็นการป้องกันระยะที่ 2

ถ้าข้อวินิจฉัยการพยาบาลนั้น ระบุถึงต้นเหตุของความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองเกิดขึ้นแล้ว และมีกระบวนการสร้างขึ้นใหม่เกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยเด็กอาจเกิดการป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงจากพฤติกรรมกรดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้องของผู้ดูแล การปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นการป้องกันระยะที่ 3

จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ป่วยเด็ก และการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล สามารถสรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามลักษณะของต้นเหตุของความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้นได้ ดังตารางที่ 2

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ตารางแสดง ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลตามลักษณะของต้นเหตุของความเครียด และ ปฏิบัติการตอบสนองของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้นได้ตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	ระบบ ผู้รับ บริการ	ปฏิบัติการ ตอบสนอง		ต้นเหตุของ ความเครียด	
		ระดับ	ระบบย่อย	แหล่ง	ชนิด
<p>1. ผู้ป่วยเด็กอาจเกิดภาวะขาดน้ำ ภายหลังจำหน่ายจาก โรงพยาบาล เนื่องจาก</p> <p>ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะขาดน้ำ</p> <p>ผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับ การดูแลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ</p> <p>ผู้ดูแลมีความเชื่อ ทศนคติ ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ</p>	บุคคล	1	สระ	ภายใน บุคคล	สังคม- วัฒนธรรม จิตใจ
<p>2. ผู้ป่วยเด็กอาจเกิด/ เกิดผิวน้ำแข็งบริเวณก้น อักเสบ แดง เป็นแผลเปื่อย เนื่องจาก</p> <p>ผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ในการดูแลผิวน้ำแข็งบริเวณก้นของผู้ป่วยเด็ก</p>	บุคคล	1 / 2	สระ	ภายใน บุคคล	สังคม- วัฒนธรรม
<p>3. ผู้ป่วยเด็กมีแนวโน้มที่จะป่วยซ้ำด้วยโรค อุดจากระวังเฉียบพลัน เนื่องจาก</p> <p>ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุดจากระวัง</p> <p>ผู้ดูแลมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคอุดจากระวัง</p>	บุคคล	3	สระ	ภายใน บุคคล	สังคม- วัฒนธรรม

ข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล	ระบบ ผู้รับ บริการ	ปฏิกิริยา ตอบสนอง		ต้นเหตุของ ความเครียด	
		ระดับ	ระบบย่อย	แหล่ง	ชนิด
<p>4. ผู้ป่วยเด็กมีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหารภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจาก</p> <p>ผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้อาหารแก่ผู้ป่วยเด็ก</p> <p>ผู้ดูแลมีความเชื่อ ทศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้อาหารแก่ผู้ป่วยเด็ก</p>	บุคคล	1	สรีระ พัฒนา การ	ภายใน บุคคล	สังคม- วัฒนธรรม
<p>5. ผู้ป่วยเด็กอาจชักจากไข้สูงภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจาก</p> <p>ผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการดูแลเด็กเมื่อมีไข้</p>	บุคคล	1	สรีระ พัฒนา- การ	ภายใน บุคคล	จิตใจ สังคม- วัฒนธรรม

**ขั้นที่ 2. เป้าหมายของการพยาบาล** คือการที่พยาบาลนำข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยเด็กแต่ละรายที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล มากำหนดเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับผู้ดูแล ให้สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการ และทรัพยากรของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย แล้วจัดเรียงตามลำดับความสำคัญ เร่งด่วนของปัญหา

**ขั้นที่ 3. ผลลัพธ์ของการพยาบาล** คือ ขั้นตอนของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลภายหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้กับผู้ดูแลเด็ก ตามระยะของการป้องกันทั้ง 3 ระยะซึ่งได้แก่

1) การป้องกันระยะที่ 1 ได้แก่ การพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กจากการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้แก่ การพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากผู้ดูแล การป้องกันภาวะขาดน้ำ การป้องกันการเกิดภาวะขาดสารอาหาร การป้องกันการชักจากไข้สูง

2) การป้องกันระยะที่ 2 ได้แก่ การพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กในขณะที่มีอาการอุจจาระร่วงอยู่ให้มีการฟื้นหายเป็นปกติ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีผิวน้ำบริเวณก้นอักเสบแดง เป็นแผลเปื่อย

3) การป้องกันระยะที่ 3 ได้แก่ การพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเด็กป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม

ลักษณะของกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้กับผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันตามระยะของการป้องกันทั้ง 3 ระยะ ประกอบด้วย

ก. การสอนเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็ก เป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนความรู้ ทักษะ และทักษะที่ต้องการเพื่อการรักษา หรือส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น (Rankin and Stallings, 1996 cited in Bowden et al., 1998) เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะความสามารถในการดูแล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) โดยยึดหลักความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก (อรรณี รัตนพิทักษ์, 2545) ได้แก่ การสอนเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน สาเหตุ อาการ การดูแล รักษาที่บ้าน การสังเกต และดูแลเมื่อมีอาการแทรกซ้อนรุนแรง รวมทั้งการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม โดยการเตรียมอาหาร และน้ำดื่ม การล้างมือที่ถูกต้อง และการกำจัดอุจจาระที่ถูกต้องลักษณะ

ข. การสาธิต เพื่อให้ผู้ดูแลได้เห็นของจริง เห็นการปฏิบัติในสภาพการณ์จริง หรือคล้ายจริงมากที่สุด ช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ด้านทักษะ และความรู้เป็นอย่างดี (นที เกื้อกุลกิจการ, 2541) ได้แก่ การสาธิต และฝึกปฏิบัติให้กับผู้ดูแล ด้านการดูแล รักษาเกี่ยวกับการให้ยา อาหาร การเตรียม และให้สารละลายเกลือแร่ การดูแลเมื่อมีอาการแทรกซ้อน ส่วนด้านการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ โดยการล้างมือ ที่ถูกต้อง

ค. การสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกปลอดภัย สบายใจได้ผ่อนคลายความวิตกกังวล หรือความทุกข์ใจ มีความมั่นใจในการเผชิญ และแก้ไขปัญหา (นที เกื้อกุลกิจการ, 2541) ได้แก่ การให้กำลังใจด้วยสัมผัสอ่อนโยน การรับฟัง ยอมรับในการแสดงออกของพฤติกรรม และอารมณ์ของผู้ดูแล ไม่ตำหนิ หรือว่ากล่าวเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติไม่ถูกต้อง

ง. การแนะนำให้คำปรึกษา เป็นการให้ความช่วยเหลือภายใต้สัมพันธภาพที่ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษาเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง สภาพแวดล้อม และปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ได้ดีขึ้น (อาภา จันทรสกุล, 2535) โดยการแนะนำแนวทางต่าง ๆ ให้ผู้ดูแลได้มองเห็น และเลือกที่จะตัดสินใจ (Bowden, Dickey, and Greenberg, 1998) ได้แก่ การเปิดโอกาส และให้เวลาในการรับฟังปัญหา หรืออุปสรรคของผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็กที่บ้าน มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลเข้าใจสภาพปัญหาตามความเป็นจริง และค้นหาวิธีในการแก้ไขปัญหาได้เหมาะสมกับสถานะของโรคที่เป็นอยู่

จ. การติดต่อประสานงานกับหน่วยงาน ทั้งภายใน ระหว่าง และภายนอกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามสภาพปัญหาของแต่ละบุคคล (Bowden, Dickey, and Greenberg, 1998) ได้แก่ การเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล และทีมสุขภาพเพื่อให้การแก้ไขปัญหของผู้ป่วยเด็กบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด

ภายหลังจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละระยะ ทำการประเมินผลของการปฏิบัติการพยาบาลว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ร่วมกับผู้ดูแลหรือไม่ บันทึกผลของการปฏิบัติในแผนการปฏิบัติการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย และวางแผนเพื่อแก้ไขในส่วนที่ยังไม่บรรลุ เป้าหมายอย่างต่อเนื่อง โดยการปรับแผนการพยาบาลจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ และจำหน่ายผู้ป่วยเด็กจากโรงพยาบาล

การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน เป็นกระบวนการพยาบาลที่อาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล โดยเริ่ม ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเด็กไว้ในโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลมีระยะเวลาเพียงพอในการรวบรวมข้อมูล เพื่อระบุปัญหา และกำหนดเป้าหมายในการวางแผนแก้ไขปัญหของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลได้ครอบคลุม และครบถ้วน โดยกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ประกอบด้วย ต้นเหตุของความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเด็ก ทำให้พยาบาลมีแนวทางที่ชัดเจนในเลือกกิจกรรมในการปฏิบัติเพื่อป้องกัน หรือกำจัดต้นเหตุของความเครียด และลดปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเด็ก ด้วยการสนับสนุนช่วยเหลือในด้านการให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำ การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนด้านทรัพยากรที่จำเป็น ตามความเหมาะสมในแต่ละราย กิจกรรมการพยาบาลซึ่งเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยนี้ ยังช่วยให้ผู้ดูแลมีระยะเวลาพอในการฝึกทักษะ และพัฒนาความรู้ ความสามารถในการดูแลเด็กที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้อง เหมาะสมภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีการฟื้นหายที่ดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และไม่เกิดการป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม ซึ่งก็คือ สมดุลของระบบผู้ป่วยเด็กตามเป้าหมายของการพยาบาลนั่นเอง

## แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

### การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน

#### ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล โดย

- 1) รวบรวมข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมภายใน ระหว่าง และภายนอกระบบบุคคล ของผู้ป่วยเด็ก
- 2) ตรวจสอบการรับรู้ และระบุปัญหาที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ครอบคลุมตัวแปร สรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ
- 3) กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลซึ่งประกอบด้วยต้นเหตุของความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเด็ก

#### ขั้นที่ 2 เป้าหมายของการพยาบาล โดย

ร่วมกับผู้ดูแล กำหนดเป้าหมาย และวางแผนปฏิบัติการกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับทรัพยากรของผู้ป่วยเด็ก

#### ขั้นที่ 3 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล โดย

ประเมินผลภายหลังปฏิบัติการพยาบาลตามระยะของการป้องกันทั้ง 3 ระยะ ได้แก่

การป้องกันระยะที่ 1 การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการกำเริบรุนแรงภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การป้องกันระยะที่ 2 การดูแล รักษาผู้ป่วยเด็กในขณะที่มีอาการให้มีการฟื้นหายเป็นปกติ

การป้องกันระยะที่ 3 การป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเด็กป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม

การป้องกันทั้ง 3 ระยะ ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ดังนี้

การสอน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา และการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ

สาธิต / ฝึกปฏิบัติการให้ยา การเตรียม และให้สารละลายเกลือแร่

การสนับสนุน แนะนำ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาการดูแลเด็ก

การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

#### พฤติกรรมการดูแล เด็กของผู้ดูแล

- การดูแล รักษา  
ต่อเนื่องที่บ้าน
- การป้องกันการเกิด  
โรคอุจจาระร่วงซ้ำ



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ทำการวัดหลังการทดลอง (Non equivalent control group posttest-only design) (Polit and Hungler, 1999) เพื่อศึกษาผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ

#### รูปแบบการวิจัย

	กลุ่มควบคุม	-	O <sub>1</sub>
	กลุ่มทดลอง	X	O <sub>2</sub>
X	หมายถึง	การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน	
O <sub>1</sub>	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ	
O <sub>2</sub>	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน	

#### ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในช่วง วันที่ 2 สิงหาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2547 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยเด็กไม่มีโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต

2. สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยเด็กได้ตลอดระยะเวลาในการรักษา และเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล
3. สามารถพูด อ่าน เขียน ภาษาไทยได้
4. เต็มใจ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

### การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental sampling) (Burns and Grove, 2001) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ตั้งแต่วันที่ 2 สิงหาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2547 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด และเนื่องจาก รูปแบบของการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20 ราย (Pillit and Hungler, 1999) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมไว้ก่อน จำนวน 25 ราย เพื่อรอกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากเก็บในกลุ่มควบคุมเสร็จเรียบร้อยแล้ว เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูล เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ เริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่แรกกับผู้ป่วยเด็ก จนกระทั่งจำหน่าย และผู้ป่วยเด็กแต่ละคนจะมีระยะเวลาของการอยู่โรงพยาบาลไม่เท่ากัน การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง และดำเนินการเก็บข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน จึงอาจทำให้เกิดการถ่ายทอดของข้อมูลจากกลุ่มทดลองไปสู่กลุ่มควบคุม และอาจมีผลต่อความตรงภายในของการทดลองได้ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึงตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อผลของการทดลอง จึงได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเหมือนกัน หรือใกล้เคียงกันในเรื่องระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล โดยระดับการศึกษาจำแนกเป็น ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือปวช. อนุปริญญา หรือปวส. และปริญญาตรี ส่วนประสบการณ์การดูแลเด็กของผู้ดูแลจำแนกเป็น เคยมีประสบการณ์ และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง จากนั้นจัดเข้าคู่กัน (Matched pair) เพื่อเป็นการป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกัน (Mann, 2001) เนื่องจากระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย

ตารางที่ 3 ตารางแสดงคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา และ ประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล

คู่มือ	กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม	
	ระดับการศึกษา	ประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล
1	มัธยมต้น	ไม่เคย
2	มัธยมต้น	เคย
3	ปวส	เคย
4	ประถมศึกษา	ไม่เคย
5	ประถมศึกษา	ไม่เคย
6	มัธยมต้น	ไม่เคย
7	ปวช	ไม่เคย
8	มัธยมปลาย	เคย
9	มัธยมปลาย	ไม่เคย
10	ปวช	เคย
11	ปวส	ไม่เคย
12	ประถมศึกษา	ไม่เคย
13	มัธยมต้น	ไม่เคย
14	ประถมศึกษา	ไม่เคย
15	มัธยมต้น	เคย
16	มัธยมปลาย	ไม่เคย
17	ปวส	เคย
18	ปริญญาตรี	เคย
19	ประถมศึกษา	เคย
20	ประถมศึกษา	ไม่เคย

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุลที่แท้จริง เมื่อมีข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ แล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง / ผู้ดูแล (Caregivers information sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย (Informed consent form)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

**ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้กับผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแล รักษาจากผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ให้มีการฟื้นฟูเป็นปกติ ไม่เกิดอาการแทรกซ้อนรุนแรง และได้รับการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้อาการซ้ำด้วยโรคเดิม เป็นกระบวนการพยาบาลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของ Neuman (1995, 2002) มีขั้นตอนการสร้างดังนี้ คือ

1. ทำการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน (Neuman, 1995, 2002) จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และแนวการปฏิบัติในการดูแล รักษา ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ของ WHO (1993) และกระทรวงสาธารณสุข (2546)

2. กำหนดโครงสร้าง เนื้อหา ของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ซึ่งในการเตรียมจำหน่ายนี้ ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมายของการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยทางการแพทย์ เป็นการขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ซึ่งประกอบด้วยต้นเหตุของความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองต่อ ต้นเหตุของความเครียดของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างระบบของผู้ป่วยเด็ก และสิ่งแวดล้อมทั้งสิ่งแวดล้อมภายใน ระหว่าง และภายนอกบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแลประกอบด้วย การตรวจร่างกายของผู้ป่วยเด็ก และการสัมภาษณ์ผู้ดูแลด้วยคำถามปลายเปิด และปลายปิด โดย 1) สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล เป็นการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็กเกี่ยวกับ โครงสร้างพื้นฐาน แนวการต่อต้าน แนวการป้องกัน แบบแผนการเลี้ยงดู แบบแผนการดูแลเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน รวมทั้งความต้องการ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก 2) สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ความคาดหวังของผู้ดูแล และสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว เกี่ยวกับความคาดหวังในผลของการรักษาผู้ป่วยเด็ก และความคาดหวังต่อการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และ 3) สิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ เศรษฐฐานะ และสิทธิ์ที่ใช้ในการรักษาของผู้ป่วยเด็ก จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และตรวจสอบการรับรู้ปัญหาที่ตรงกันกับผู้ดูแล แล้วกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์

ขั้นที่ 2 เป้าหมายของการพยาบาล เป็นการกำหนดเป้าหมายของการพยาบาลร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ดูแล โดยนำข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่ได้จากขั้นที่ 1 มากำหนดเป้าหมายเพื่อป้องกัน หรือกำจัดต้นเหตุของความเครียด และบรรเทาความรุนแรงของปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดของระบบบุคคลของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นเป้าหมายในระยะยาว ได้แก่ การเตรียมความพร้อมให้ผู้ป่วยเด็กที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากผู้ดูแล ให้มีการฟื้นหายเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งไม่ป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จากนั้นกำหนดแผนการพยาบาลตามลำดับความสำคัญของปัญหา และเป้าหมายที่วางไว้ โดยเทียบเคียงกับแผนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน ที่สร้างไว้แล้ว จากนั้นบันทึกลงในแบบบันทึกเป้าหมายทางการแพทย์ตามการตกลงร่วมกันของพยาบาล และผู้ดูแล แล้วจึงวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย

ขั้นที่ 3 ผลลัพธ์ของการพยาบาล เป็นการประเมินผลภายหลังการปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแล ตามแผนการปฏิบัติการพยาบาลที่กำหนดไว้ในขั้นที่ 2 โดยแจกแผ่นพับเรื่อง “โรคอุจจาระร่วง: ป้องกันได้ด้วยตัวเอง” ของสำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และปฏิบัติตามกิจกรรมตามแผนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ

1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันตามแนวทางของ WHO (1993) และกระทรวงสาธารณสุข (2546) และการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 10 ราย เกี่ยวกับปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก คือ ปัญหาของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้นหรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
- 2) เป้าหมาย คือ การกำหนดเป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล
- 3) กิจกรรมการเตรียมผู้ดูแล เป็นขั้นตอนในการปฏิบัติกิจกรรมในการเตรียมผู้ดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ กิจกรรมการเตรียมผู้ดูแล จะเป็นไปตามการปฏิบัติการพยาบาลทั้ง 3 ระยะ ซึ่งประกอบด้วย การสอน การสาธิต การให้ผู้ดูแลได้ทดลองปฏิบัติ การแนะนำ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลเด็ก รวมทั้งการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามลักษณะของปัญหาในแต่ละราย
- 4) เกณฑ์การประเมินผลพฤติกรรม เป็นการประเมินผลพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นภายหลังจากให้การพยาบาล

แผนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน ประกอบด้วยกิจกรรมการเตรียมผู้ดูแลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก 5 เรื่อง คือ

- 1 ผู้ป่วยเด็กอาจเกิดภาวะขาดน้ำ ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะขาดน้ำ  
ผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ  
ผู้ดูแลมีความเชื่อ ทศนคติไม่ถูกต้อง เกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ
- 2 ผู้ป่วยเด็กอาจเกิด / เกิดผิวหนังบริเวณก้นอักเสบ แดงเป็นแผลเปื่อย เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ในการดูแลผิวหนังบริเวณก้นของผู้ป่วยเด็ก
- 3 ผู้ป่วยเด็กมีแนวโน้มที่จะป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วง  
ผู้ดูแลมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วง

4 ผู้ป่วยเด็กมีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหารภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจาก

ผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการให้อาหารแก่ผู้ป่วยเด็ก  
ผู้ดูแลมีความเชื่อ ทศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้อาหารแก่ผู้ป่วยเด็ก

5 ผู้ป่วยเด็กอาจช้ำจากไข้สูงภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการดูแลเด็กเมื่อมีไข้

ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งเป็นการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ได้นำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ครบทุกข้อ โดยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ที่นำไปใช้มากที่สุด คือ ผู้ป่วยเด็กอาจเกิดภาวะขาดน้ำ ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจาก ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะขาดน้ำ และเนื่องจาก ผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ

## ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์

พฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นแบบสัมภาษณ์ลักษณะมีโครงสร้าง คำถามปลายเปิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีขั้นตอนในการสร้างดังนี้ คือ

1. ศึกษาค้นคว้า ตำรา เอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แนวทางการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของ WHO (1993) และกระทรวงสาธารณสุข (2546) รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ของ ทักษิณา ไกรราช (2539) และ Pravit Yampong (2001) จากนั้น ทำการสร้างแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ประกอบด้วย ด้านการดูแล รักษาต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแล รักษาผู้ป่วยเด็กที่บ้าน ได้แก่ การประเมิน และจัดการกับความเจ็บป่วย รวมถึงอาการแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การเตรียม และให้สารละลายเกลือแร่ การให้อาหารแก่เด็กในระหว่างมีอาการอุจจาระร่วง และการให้ยาที่ ถูกต้อง ส่วนด้านการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซ้ำ ได้แก่ การเตรียมอาหาร และน้ำดื่ม การล้างมือก่อนเตรียม ป้อนอาหารให้เด็ก และหลังถ่ายอุจจาระ และการกำจัดอุจจาระของผู้ป่วยเด็กที่ถูกสุขลักษณะ นำข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลมาพิจารณาความสอดคล้อง และความครอบคลุมโครงสร้างเนื้อหา ได้ข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามด้านการดูแล รักษาต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 20 ข้อ และด้านการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซ้ำ จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้ตอบจะต้อง

เลือกข้อความให้ตรงกับพฤติกรรมของผู้ตอบให้มากที่สุด ข้อคำถามจะประกอบด้วยข้อความทางบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 6 ข้อ

2. กำหนดรูปแบบของการประเมินเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ดังนี้ คือ

ทำทุกครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ในข้อนั้น ๆ เกิดขึ้น
ทำเป็นส่วนมาก	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นแทบทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ในข้อนั้น ๆ เกิดขึ้น
ไม่ค่อยได้ทำ	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งที่มีเหตุการณ์ในข้อนั้น ๆ เกิดขึ้น
ไม่เคยทำเลย	หมายถึง	ไม่เคยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยเมื่อมีเหตุการณ์ในข้อนั้น ๆ เกิดขึ้น

เกณฑ์ในการให้คะแนน ลักษณะของข้อคำถามซึ่งประกอบด้วยข้อความทั้งเชิงบวก และเชิงลบ มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ทำทุกครั้ง	4	1
ทำเป็นส่วนมาก	3	2
ไม่ค่อยได้ทำ	2	3
ไม่เคยทำเลย	1	4

การคิดคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล คือ ค่าคะแนนสูง หมายถึงผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ดี ส่วนค่าคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ไม่ดี

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ** ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตรวจค่าความตรง (Validity) และหาค่าความเที่ยง (Reliability) ดังนี้



## การตรวจค่าความตรง (Validity)

1. ผู้วิจัยนำ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล แผนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ตามรายชื่อในภาคผนวก ก) ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน จำนวน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจำนวน 1 ท่าน และพยาบาลผู้ชำนาญการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความถูกต้อง เหมาะสม และความครอบคลุมของเนื้อหา โดยถือเกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสอดคล้องกัน ร้อยละ 80 คือ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ใน 5 ท่าน ซึ่งในการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือการวิจัยทั้งสองชุด ผ่านความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในเรื่องภาษา และเนื้อหาดังนี้

1.1 แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล นำมาปรับโดย โครงสร้างพื้นฐาน “เพิ่มช่วงอายุเป็นเดือนของผู้ป่วยเด็ก” แนวการต่อต้าน “เพิ่มลักษณะของอุจจาระ และปัสสาวะครั้งสุดท้าย” แบบแผนการเลี้ยงดู “เพิ่มยี่ห้อของนม และอัตราส่วนในการผสมนม” แบบแผนการดูแลผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ปรับหัวข้อจาก การป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำที่เคยปฏิบัติ เป็น “การดูแลเบื้องต้นเมื่อเด็กท้องเสีย” และตัดข้อ “วิธีการป้องกันภาวะขาดสารอาหารในเด็กที่มีอาการท้องเสีย” ความคาดหวังของผู้ดูแลเกี่ยวกับผลการรักษาของผู้ป่วย ตัดข้อ “ผู้ดูแลเด็กคิดว่าเด็กจะมีอาการดีขึ้นได้จาก”

1.2 แผนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน ตามแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน มาปรับปรุงแก้ไข โดย ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปรับเป็น “ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก” เป้าหมาย ปรับเนื้อหาเป็น “เป้าหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล” กิจกรรมการพยาบาล ปรับหัวข้อเป็น “กิจกรรมการเตรียมผู้ดูแล” และการประเมินผล ปรับเป็น “การประเมินผลพฤติกรรม”

## 2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสม และความครอบคลุมเนื้อหา การตรวจสอบความตรงถือเกณฑ์ Content validity index (CVI)  $\geq 0.8$  (Polit and Hungler, 1999) โดยได้ค่า CVI = 0.9 จากนั้น

ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในเรื่องภาษา และเนื้อหาของข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ ดังนี้ เช่น ให้เด็กตีความสารละลายเกลือแร่ เป็น “ให้สารละลายเกลือแร่แก่เด็ก” ให้เด็กตีความสารละลายเกลือแร่โดยการป้อนด้วยช้อนครั้งละน้อย ๆ เป็น “ให้สารละลายเกลือแร่แก่เด็กโดยการป้อนด้วยช้อนครั้งละน้อย ๆ” เป็นต้น

## 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

2.1 ผู้วิจัยนำแบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล และแผนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้านที่ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำไปทดลองใช้ในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินแผนการเตรียมจำหน่าย และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ประกอบการเตรียมจำหน่าย และทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) เพื่อดูความชัดเจนของภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

2.2 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้เกณฑ์  $\geq 0.7$  (Burns and Grove, 2001) ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ได้ค่าความเที่ยง 0.76 แต่เมื่อพิจารณาในด้านความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม พบว่า ในบางข้อ มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ จึงได้ทำการตัดข้อคำถามที่มีค่าความสัมพันธ์ต่ำ รวมทั้งข้อคำถามที่มีความซ้ำซ้อนกันออก สุดท้ายจึงได้ข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีข้อความทางบวก 24 ข้อ และเป็นข้อคำถามที่มีข้อความทางลบ 6 ข้อ จากนั้น จึงนำข้อคำถามที่ได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่างใหม่ จำนวน 30 ราย นำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach ผลการวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ได้ค่าความเที่ยง 0.84 เมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.94

## วิธีดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการก่อนทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

### ขั้นเตรียมการก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยรวบรวม และศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทำการสร้าง และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัยกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตเก็บข้อมูล
3. เมื่อได้รับอนุญาตให้ทำการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 แห่งรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน และวิธีการดำเนินการทดลอง รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย
4. เตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กที่บ้าน ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยวิจัย ดังนี้ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงไม่น้อยกว่า 3 ปี ไม่ได้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ทำการทดลอง และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 2 ท่าน โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยดังนี้
  - 4.1 แจกให้ผู้ช่วยวิจัยทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย
  - 4.2 อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง
  - 4.3 อธิบายวิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ โดยอธิบายถึงจุดประสงค์ของสิ่งที่ต้องสัมภาษณ์ และตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัยจนมีความเข้าใจตรงกัน
  - 4.4 เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล และซักถามข้อสงสัยจนเป็นที่เข้าใจ และเมื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจะเน้นย้ำให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลตามความเป็นจริงที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล

## ขั้นการทดลอง

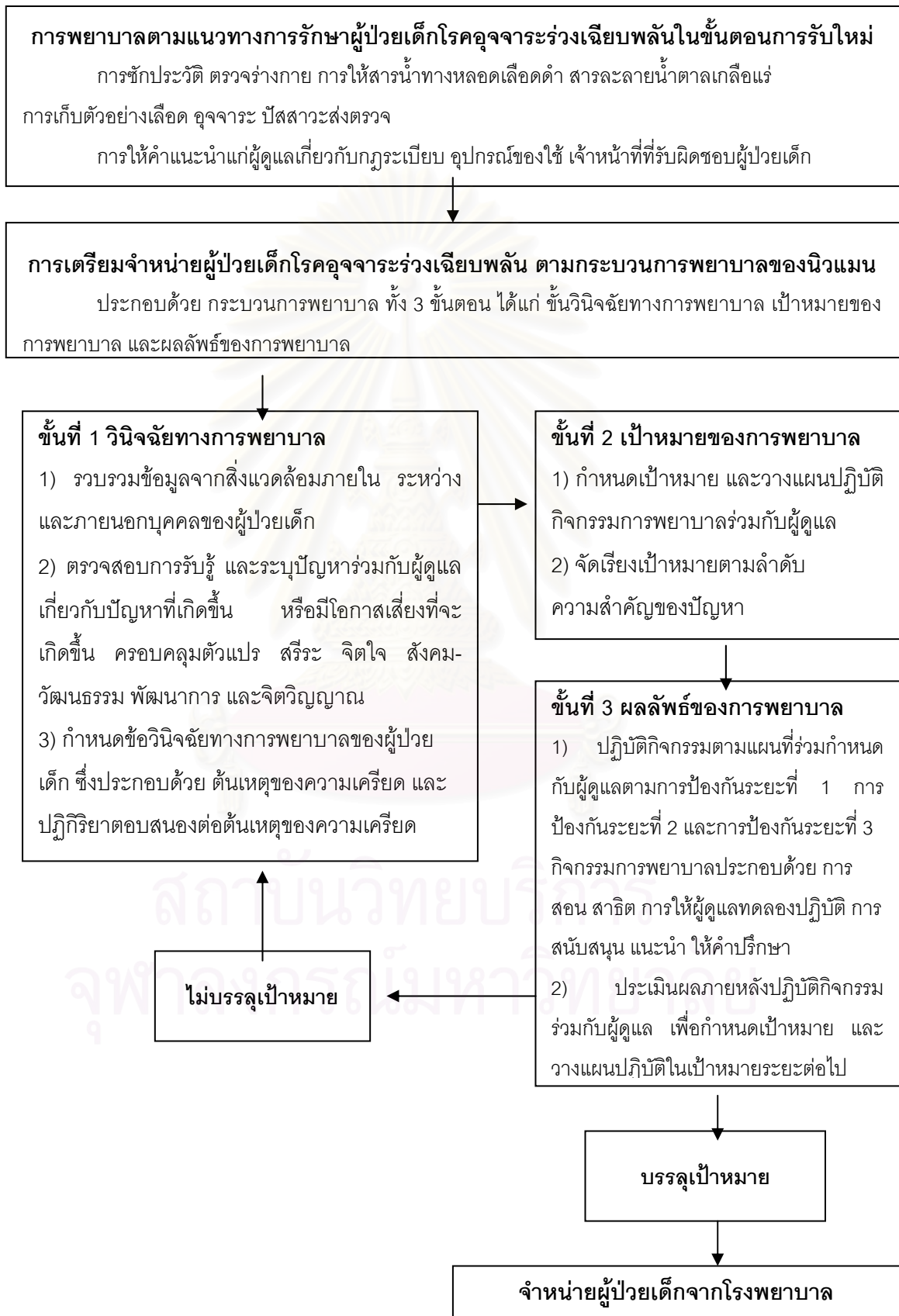
ในขั้นการทดลองนี้ จะเริ่มทำการทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่วันที่ 2 สิงหาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2547 เมื่อมีผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด นำผู้ป่วยเด็กเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วย ในช่วงเวรเช้า เวลา 08.00-16.00 น. และได้รับการพยาบาลในขั้นตอนของการรับใหม่ ซึ่งได้แก่ การซักประวัติของผู้ป่วยเด็กจากผู้ดูแล การทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเก็บตัวอย่างของเลือด และอุจจาระส่งตรวจ การให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ทางปาก เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอพบผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็ก เพื่อสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ดูแลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

**กลุ่มควบคุม** ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล คือ ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการพยาบาล ตามแผนการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ได้แก่ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ทางปาก ส่วนผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำในการดูแลเด็กขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลรักษาด้านความสะอาด การดูแลให้เด็กดื่มสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการแทรกซ้อน เป็นต้น และในวันที่จำหน่าย ผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับ การดูแลให้ยา สารละลายเกลือแร่ที่บ้าน รวมถึงอาการที่ต้องนำผู้ป่วยเด็กกลับมาโรงพยาบาล รวมทั้งการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตามแนวทางการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของหอผู้ป่วย

ในกลุ่มควบคุมนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลไว้จำนวน 25 ราย จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง

**กลุ่มทดลอง** ผู้วิจัยปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. ทุกวัน เพื่อเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน อย่างครอบคลุม ครบถ้วนทุกขั้นตอน ซึ่งแสดงดังแผนภูมิต่อไปนี้

**แผนภูมิที่ 3** ขั้นตอนการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎี  
ทางการพยาบาลของนิวแมน



จากแผนภูมิแสดงขั้นตอนการดำเนินการทดลองในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งสามารถอธิบายเป็นขั้นตอนโดยละเอียดดังนี้

1 ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแลที่เข้ามาในหอผู้ป่วย ได้รับการพยาบาลตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในขั้นตอนของการรับใหม่ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเก็บตัวอย่างเลือด อุจจาระ ปัสสาวะส่งตรวจ การให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ทางปาก และคำแนะนำที่ให้แก่ผู้ดูแล เกี่ยวกับกฎระเบียบของหอผู้ป่วย อุปกรณ์ของใช้ต่าง ๆ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบในการดูแลเด็ก

2 การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตามกระบวนการพยาบาลของนิวแมน เริ่มภายหลังผู้ป่วยเด็กได้รับการพยาบาลในขั้นตอนของการรับใหม่เสร็จเรียบร้อยแล้ว 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยเป็นผู้ปฏิบัติตามกระบวนการเตรียมจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

### 2.1 ขั้นที่ 1 วินิจฉัยทางการพยาบาล ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็ก

อายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแล เพื่อระบุต้นเหตุของความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ดังนี้

2.1.1 รวบรวมข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งประกอบด้วยสิ่งแวดล้อมภายในบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ในส่วนของ โครงสร้างพื้นฐาน และแนวการต่อต้านของผู้ป่วยเด็ก จากเวชระเบียน และการตรวจร่างกายของผู้ป่วยเด็กทุกระบบ ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับแนวการป้องกันปกติของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งได้แก่ แบบแผนการเลี้ยงดู แบบแผนการดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ความต้องการ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล ได้แก่ ความคาดหวังของผู้ดูแล และสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวเกี่ยวกับ ความคาดหวังในผลของการรักษาผู้ป่วยเด็ก และความคาดหวังต่อการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น สิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ สิทธิการรักษาของผู้ป่วยเด็ก รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล

ในขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลนี้ ในระยะแรกใช้เวลาค่อนข้างมาก ประมาณ 1 ½ ชั่วโมง แต่เมื่อทำการปรับเปลี่ยนรูปแบบการสัมภาษณ์ เป็นลักษณะของการพูดคุย ให้ผู้ดูแลเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ หรือการปฏิบัติในการดูแลเด็กของผู้ดูแล โดยไม่ต้องเรียงลำดับตามข้อความในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล ทำให้ระยะเวลาที่ใช้ในการประเมินสภาพเพื่อรวบรวมข้อมูลลดลง เหลือประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง นอกจากนี้ ในการรวบรวมข้อมูลนั้น ไม่จำเป็นต้องทำในครั้งเดียว สามารถแบ่งเนื้อหาของสิ่งที่

ต้องการประเมินตามความจำเป็นเร่งด่วนก่อน เช่น แบบแผนการดูแลเมื่อเด็กเมื่อเจ็บป่วย ส่วนข้อมูลอื่น ๆ เช่น แบบแผนการเลี้ยงดูเด็ก สามารถทำการประเมินในครั้งต่อไปได้

2.1.2 ในระหว่างการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากผู้ดูแล ทำการวิเคราะห์หาปัญหา ที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ไปพร้อม ๆ กัน โดยทำการวิเคราะห์ปัญหาตามการรับรู้ของผู้วิจัยก่อน ว่าผู้ป่วยเด็กมีปัญหา หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาอะไรได้บ้าง ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล จากนั้นประเมินการรับรู้ของผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลเล่าให้ผู้วิจัยฟังว่า ผู้ดูแลมีความคิดเห็น หรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างไร และคิดว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก และมีความจำเป็นต้องแก้ไขหรือไม่ หากผู้ดูแลยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะอธิบายให้ข้อมูลที่เป็นจริง ให้เห็นถึงความเป็นเหตุ และผลที่จะเกิดขึ้น จนผู้ดูแลเข้าใจ และมีการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยเด็กที่ตรงกับพยาบาล นอกจากนี้ การรับรู้ที่ไม่ตรงกันของพยาบาล และผู้ดูแล อาจเนื่องมาจากพยาบาลได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอ ดังนั้น การพูดคุย สอบถามจากผู้ดูแล ทำให้พยาบาลได้รับข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น และปรับเปลี่ยนการรับรู้ที่ตรงกันกับผู้ดูแลได้

2.1.3 ทำการตกลง และรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล ร่วมกันกับผู้ดูแล จากนั้น นำปัญหาที่ได้มากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

2.2 ขั้นที่ 2 เป้าหมายของการพยาบาล เมื่อได้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กแต่ละรายแล้ว ผู้วิจัยกับผู้ดูแลร่วมกันกำหนดเป้าหมายของการปฏิบัติกิจกรรม และร่วมกันวางแผนกิจกรรมการปฏิบัติ เพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้ ซึ่งมีความเหมาะสม สอดคล้องกับทรัพยากรของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง จากนั้นจึงจัดเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา แล้วนำมาเทียบเคียงกับแผนการเตรียมผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน แล้วกำหนดแผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลแต่ละราย

2.3 ขั้นที่ 3 ผลลัพธ์ของการพยาบาล เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเตรียมผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ให้มีการฟื้นหายเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการป่วยซ้ำ ตามแผนที่วางไว้ และประเมินผลภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

2.3.1 ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนที่วางไว้ร่วมกับผู้ดูแล ตามแผนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน และแจกแผ่นพับ

เรื่อง “โรคอุจจาระร่วง : ป้องกันได้ด้วยตัวเอง” ให้ผู้ดูแลให้อ่านประกอบ กิจกรรมที่เกิดขึ้น จะเป็นการเตรียมผู้ดูแล โดยเนื้อหาของกิจกรรมการเตรียมผู้ดูแลนั้น สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กตาม ระยะเวลาป้องกันทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

การป้องกันระยะที่ 1 เป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ดูแลให้มีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กจากการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ลักษณะกิจกรรมการพยาบาลจะเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลโดยการสอน สาธิต และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลรักษา อาการอุจจาระร่วงที่บ้าน ในด้านการให้อาหาร การให้ยา การเตรียม และให้สารละลายเกลือแร่ การสังเกต และให้การดูแลเมื่อมีอาการแทรกซ้อน เช่น มีไข้ เป็นต้น

การป้องกันระยะที่ 2 เป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ดูแลให้มีพฤติกรรม การดูแล รักษาผู้ป่วยเด็กในขณะที่ยังมีอาการแสดงเหลืออยู่ ให้มีการฟื้นฟูเป็นปกติ ลักษณะกิจกรรมการพยาบาลจะเป็นการให้ข้อมูลโดยการสอน สาธิต และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผิวหนังบริเวณก้นที่มีการอักเสบให้หายเป็นปกติ

การป้องกันระยะที่ 3 เป็นกิจกรรมการผู้ดูแลให้มีพฤติกรรมในการ ป้องกันไม่ให้เกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำ ลักษณะกิจกรรมจะเป็นการสอน สาธิต และให้ผู้ดูแล ฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำ ในด้านการล้างมือ การเตรียม ป้อนอาหารให้เด็ก และการกำจัดอุจจาระของผู้ป่วยเด็กที่ถูกต้อง

การปฏิบัติกิจกรรมการเตรียมผู้ดูแลในแต่ละระยะของการป้องกัน จะมีการ สนับสนุน แนะนำ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหา หรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งทำการ ติดต่อบริการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน และภายนอกหน่วยงานตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลแต่ละราย

2.3.2 ประเมินผลภายหลังปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้ดูแล บันทึกผล กิจกรรมการพยาบาล รวมทั้งสิ่งที่ต้องติดตามประเมินให้พยาบาลหัวหน้าเวรเช้า ส่งต่อไปยัง พยาบาลเวรบ่าย และเวรดึก เพื่อให้การติดตามดูแลผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.4 ในเวรเช้าของทุกวัน ผู้วิจัยรับฟังการส่งเวรจากพยาบาลเวรดึก และทำการ ประเมินปัญหาพร้อมกับผู้ดูแลว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขหมดไปแล้ว หากพบว่ายังมีปัญหาลืออยู่ หรือมีปัญหาลือใหม่เกิดขึ้น จะย้อนกลับไปเริ่มปฏิบัติในขั้นที่ 1 (วินิจฉัยทางการพยาบาล) ซ้ำ และให้ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามขั้นตอนต่าง ๆ จนกว่าจะบรรลุนเป้าหมายที่วางไว้ และปฏิบัติ เช่นเดียวกันนี้ทุกวันอย่างต่อเนื่อง จนกว่าผู้ป่วยเด็กจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล



## ข้อสังเกตที่ได้จากการดำเนินการทดลองในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน

การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่รับใหม่ จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยเด็กจากโรงพยาบาล ทำให้ได้ข้อสังเกตในขั้นตอนต่าง ๆ ตั้งแต่ การวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล เป้าหมายของการพยาบาล และผลลัพธ์ของการพยาบาล ดังนี้

1 ขั้นวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล จากการปฏิบัติกิจกรรมการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในขั้นวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาล ในกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย พบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลครบทั้ง 5 ข้อ ตามแผนการเตรียมผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไว้ก่อนแล้ว ซึ่งเป็นข้อวินิจฉัยทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นต้นเหตุของความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมภายในบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเนื่องจากในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1) ผู้ป่วยเด็กอาจเกิดภาวะขาดน้ำภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะขาดน้ำ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลไม่ทราบว่าภาวะประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็กได้จากอะไรบ้าง หรืออาการแสดงของเด็กอย่างไร ที่บ่งบอกว่าเด็กมีภาวะขาดน้ำ ส่วนสาเหตุที่เกิดจากผู้ดูแล ขาดความรู้ และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ นั้นพบว่า ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นเมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วงได้ ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งกล่าวว่า “ เมื่อลูกเริ่มถ่ายก็รีบนำมาโรงพยาบาลทันที กลัวลูกมีอาการมากขึ้น เพราะไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรให้ลูกหยุดถ่าย” นอกจากนี้ ยังมีผู้ดูแลอีกหลายราย ที่มีการปฏิบัติในการให้สารน้ำทดแทนไม่ถูกต้อง เช่น การนำสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ใส่ในขวดนมให้เด็กดื่ม เพราะเห็นว่าเด็กดื่มง่าย ได้ปริมาณมากในเวลาอันรวดเร็ว หรือ หยุดให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่เมื่อเด็กดื่มแล้วอาเจียน เพราะคิดว่าถ้าให้อีกจะทำให้เด็กอาเจียนมากขึ้น เป็นต้น ส่วนสาเหตุที่เกิดจากผู้ดูแลมีความเชื่อ ทศนคติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ นั้น พบว่า มีผู้ดูแลบางราย มีความเชื่อว่า เมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วง จะต้องได้สารละลายเกลือแร่ทางหลอดเลือดดำ จึงจะหายจากอาการป่วยได้ และไม่ให้ความสำคัญกับการป้อนสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ทางปากแก่ผู้ป่วยเด็ก ซึ่งพฤติกรรมดังที่กล่าวมาข้างต้น ล้วนแล้วแต่เป็นสาเหตุที่อาจก่อให้เกิดภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

2) ผู้ป่วยเด็กอาจเกิด / เกิดผิวน้ำบริเวณก้นอักเสบ แดง เป็นแผลเปื่อย เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง ในการดูแลผิวน้ำบริเวณก้นของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งจากการสัมภาษณ์ และการสังเกตจากพฤติกรรมกาปฏิบัติของผู้ดูแล ในการดูแลผิวน้ำบริเวณก้นของผู้ป่วยเด็กเมื่อมีอาการอุจจาระร่วง พบว่า พฤติกรรมที่อาจเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเด็กอาจเกิด / เกิดผิวน้ำบริเวณก้นอักเสบ แดง เป็นแผลเปื่อย ได้แก่ การใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้กับผู้ป่วยเด็กเป็นเวลานาน ซึ่งทำให้เกิดความร้อน รวมกับความอับชื้นที่เกิดจากการถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะของเด็ก การโรยแป้งฝุ่นบริเวณก้นให้เด็ก เป็นต้น จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลรายหนึ่งที่ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้กับผู้ป่วยเด็ก พบว่า เป็นเพราะความสะดวกในการทำความสะดวก และประหยัดเสื้อผ้า เพราะเด็กถ่ายอุจจาระบ่อย

3) ผู้ป่วยเด็กมีแนวโน้มที่จะป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และผู้ดูแลมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกันโรคอุจจาระร่วง นั้น พบว่า การประเมินปัญหาในด้านนี้ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีการรับรู้ปัญหาที่ไม่ตรงกันกับผู้วิจัย โดยผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นการปฏิบัติที่ทำอยู่เป็นกิจวัตร ไม่น่าจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ เช่น การเตรียม ภาชนะสำหรับใส่อาหาร และน้ำดื่มสำหรับเด็ก โดยเฉพาะการทำความสะดวกขาดนม ซึ่งพบว่าผู้ดูแลบางราย ทำความสะดวกขาดนมเพียงการล้าง แล้วใส่น้ำร้อนเขย่าล้างขวดอีกครั้ง ก่อนที่จะนำไปผสมนมให้เด็กดื่ม หรือบางรายล้างแล้วนำไปต้มในน้ำเดือด แต่ต้มเพียงครั้งเดียวในช่วงเช้า ส่วนในมือต่อไปที่จะนำขวดนมมาใช้จะเพียงแค่ล้าง และลวกน้ำร้อนเท่านั้น รวมทั้ง นมที่ผสมให้เด็กดื่มแล้วดื่มไม่หมด เก็บไว้นานเกิน 4 ชั่วโมง แล้วนำมาให้เด็กดื่มต่อ หรืออาหารที่เหลือค้ำจากมือก่อน ไม่ได้อุ่นก่อนให้เด็กรับประทาน เป็นต้น

ในด้านการล้างมือของผู้ดูแล พบว่า การล้างมือก่อนเตรียม หรือป้อนอาหารให้แก่เด็ก การล้างมือหลังการขับถ่าย การล้างมือหลังทำความสะอาดก้นให้เด็กเมื่อขับถ่าย ยังเป็นพฤติกรรมที่อาจทำให้เด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงได้ โดยผู้ดูแลรับรู้ว่าการล้างมือด้วยน้ำสะอาดเพียงอย่างเดียวก็เพียงพอแล้ว ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า พฤติกรรมเกี่ยวกับการล้างมือของผู้ดูแลเป็นพฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก เนื่องจากความเคยชิน และผู้ดูแลมีการปฏิบัติมาจนเป็นกิจวัตร

4) ผู้ป่วยเด็กมีโอกาสเกิดภาวะขาดสารอาหารภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจาก ผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้อาหารแก่ผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งสาเหตุจาก ผู้ดูแลมีความเชื่อ ทศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการให้อาหารแก่ผู้ป่วยเด็ก พบว่าเป็นพฤติกรรมกาปฏิบัติของผู้ดูแลที่มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะขาดสารอาหารภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ เช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งงดนมในช่วงที่เด็กมีอาการอุจจาระร่วง โดยให้เหตุผลว่า “ให้ลูกกินนมแล้วก็ถ่ายออกมาเป็นนมอีก ถ้าหยุดให้เดี๋ยวก็หยุดถ่าย” หรือ ผู้ดูแล

บางรายให้เด็กรับประทานอาหารในปริมาณที่ลดลงจากเดิมจนกว่าเด็กจะหยุดถ่ายอุจจาระ เป็นต้น

5) ผู้ป่วยเด็กอาจชักจากไข้สูงภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจาก ผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องในการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ เป็นอีกปัญหาหนึ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจากการประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กเมื่อมีไข้ พบว่า ผู้ดูแลยังขาดความรู้ และมีการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ โดยเฉพาะการเช็ดตัวลดไข้ให้ผู้ป่วยเด็ก ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่ง เมื่อเด็กมีไข้ ได้เช็ดตัวเพียงเล็กน้อยแล้วห่มผ้าหนา ๆ ให้เด็ก เมื่อเด็กหนาวสั่นจากไข้สูง หรือ ในผู้ดูแลอีกรายหนึ่ง หยุดเช็ดตัวให้ลูก และกอดลูกไว้ตลอดเมื่อเช็ดตัวให้ลูกแล้วลูกร้องกวน เป็นต้น

นอกจากพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลดังกล่าวมา ทั้ง 5 ข้อ ซึ่งเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลแล้ว ยังพบปัญหาซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล แต่มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วยเด็กได้ ปัญหาเหล่านี้ได้แก่ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลรายหนึ่ง พบว่ามีขีดความสามารถสำหรับเด็กเพียง 1 ขวด เนื่องจากมีฐานะยากจน เมื่อได้วางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ดูแล ทำให้ทราบว่า ผู้ดูแลไม่สามารถต้มขวดนมทุกครั้งที่จะให้เด็กดื่มนมได้ และไม่สามารถซื้อขวดนมเพิ่มเพื่อให้เพียงพอกับจำนวนมือที่เด็กดื่มนมได้ จึงได้หาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยตกลงว่า จะฝึกให้เด็กดื่มนมจากแก้ว แทนการดูดด้วยขวดนม เนื่องจากแก้วสามารถล้างทำความสะอาดได้ง่ายกว่าขวดนม และมีอยู่แล้วที่บ้าน ไม่ต้องซื้อเพิ่ม ส่วนการสัมภาษณ์ผู้ดูแลอีกรายหนึ่ง ซึ่งมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเช่นกัน โดยผู้ดูแลรายนี้ ใช้นมข้นหวานในการเลี้ยงเด็ก จึงได้แก้ไขโดยความร่วมมือจากพยาบาลในหอผู้ป่วย ในการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานสังคมสงเคราะห์ และผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนนมผงสำหรับนำไปเลี้ยงเด็กต่อไป

2 ชั้นเป้าหมายของการพยาบาล จากการปฏิบัติในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน พบว่า การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับผู้ดูแล เป็นขั้นตอนที่สำคัญ และยากที่สุด เพราะส่วนใหญ่ ผู้ดูแลไม่ค่อยแสดงความคิดเห็น อาจเนื่องมาจาก ความอาย ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น กลัวตอปปิด กลัวถูกตำหนิ ดังเช่น ผู้ดูแลบางรายบอกว่า “ฉันไม่รู้จะทำอย่างไร คุณพยาบาลบอกมาละกันว่าทำอย่างไรหนถึงจะดี” หรือ ผู้ดูแลบางรายกล่าวว่า “ ทำอย่างไรก็ได้ ให้ลูกหายเร็ว ๆ “ โดยพบว่า เมื่อผู้ดูแลมีความคุ้นเคย จนรู้สึกเป็นกันเอง กับผู้วิจัยมากขึ้น รวมทั้งผู้วิจัยจะพูดคุยสนทนาในลักษณะเป็นกันเอง ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ กล้าแสดงความคิดเห็น และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยเด็ก

3 ชั้นผลลัพธ์ของการพยาบาล เป็นการประเมินผลภายหลังปฏิบัติกิจกรรม ต่าง ๆ ในการวิจัยครั้งนี้ กิจกรรมที่ทำการประเมินผลเป็นกิจกรรมแรก คือ การให้สารละลายน้ำตาลเกลือ

แรม และการประเมินภาวะขาดน้ำ โดยเมื่อครบ 4 ชั่วโมงที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการแก้ไขภาวะขาดน้ำ ผู้วิจัยจะร่วมกับผู้ดูแลในการประเมินวิธีการให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ของผู้ดูแล และทดลองประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งในกลุ่มทดลองทั้ง 20 รายนั้น ผู้ดูแลสามารถดูแลป้องกันสารละลายน้ำตาลเกลือแร่โดยใช้ช้อนป้อนครั้งละน้อย ๆ บ่อย ๆ ได้ถูกต้อง แต่ในด้านการประเมินภาวะขาดน้ำนั้น มีผู้ดูแลอยู่ 7 ราย ที่ยังไม่สามารถประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็กได้ถูกต้องในครั้งแรก จึงให้คำแนะนำ และให้ผู้ดูแลได้ลองประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็กซ้ำ ซึ่งพบว่าสามารถประเมินได้ถูกต้อง ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ เช่น การดูแลทำความสะอาดกันภายหลังการขับถ่าย การเตรียม และให้อาหารแก่เด็ก การล้างมือที่ถูกต้องนั้น จะทำการประเมินผลในวันต่อไป

ปัญหาส่วนใหญ่จะแก้ไขหมดไปในวันที่ 2 ที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่มีบางปัญหา เช่น การล้างมือทุกครั้งด้วยน้ำ และสบู่ ก่อนเตรียม / ป้อนอาหารให้เด็ก การล้างมือหลังขับถ่าย และการล้างมือหลังทำความสะอาดกันให้เด็กเมื่อขับถ่าย ซึ่งจากการประเมินผลการปฏิบัติของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลยังเผลอลืมเป็นบางครั้ง เนื่องจากมีการปฏิบัติแบบเดิม เช่น การล้างมือด้วยน้ำธรรมดาอย่างเดียว หรือไม่ได้ล้าง และการผสมนมโดยใช้นิ้วพับจุกนมเขย่าเพื่อให้นมผงละลาย ซึ่งเป็นการปฏิบัติมานานจนเป็นกิจวัตร โดยผู้วิจัยได้ให้คำชมเชยกับพฤติกรรมที่ผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนไปในทางที่ถูกต้อง และส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติต่อไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ผู้วิจัยไม่ตำหนิผู้ดูแลต่อพฤติกรรมในส่วนพฤติกรรมที่ยังไม่ถูกต้อง เหมาะสม แต่จะให้กำลังใจ และแนะนำวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องให้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องในที่สุด

### ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นการสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้คำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตรงภายในของการวิจัย ที่อาจเกิดความคลาดเคลื่อนได้จากการวัด จึงป้องกันโดยไม่ให้ผู้ช่วยวิจัยทราบว่า ผู้ดูแลคนใดอยู่ในกลุ่มทดลอง หรือกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันอคติที่อาจเกิดขึ้นจากการวัดได้ และก่อนทำการสัมภาษณ์ และเน้นให้ผู้ช่วยวิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้ จะนำมาประเมินผลในภาพรวม การตอบแบบสัมภาษณ์จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้ข้อมูลที่ได้จากผู้ดูแลตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด นอกจากนี้ เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลในสถานการณ์จริงที่บ้าน ในด้านการดูแล รักษา ต่อเนื่อง และการป้องกันโรคให้แก่ผู้ป่วยเด็ก ดังนั้น จึงทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลในวันที่ 2 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยปฏิบัติดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน และสัมภาษณ์พฤติกรรมด้านการดูแล รักษา และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงตามสภาพความเป็นจริงจากผู้ดูแลเด็ก โดยใช้แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

2. เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลครบเรียบร้อยแล้ว ผู้ช่วยวิจัยจะให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล เด็กเพิ่มเติมทั้งในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในกรณีที่ยังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้อง และเหมาะสม ของผู้ดูแล รวมทั้งกระตุ้นให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้แก่เด็ก จากนั้นแจ้งให้ผู้ดูแลทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

**การกำกับการทดลอง** คือ การที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็ก ที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลจะต้องมีส่วนร่วมในการประเมิน กำหนดปัญหา และ เป้าหมาย ร่วมกับพยาบาลอย่างน้อย ร้อยละ 80 ของปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กภายหลังจาก จำหน่ายจากโรงพยาบาล หากผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็กไม่ถึงเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็กรายนั้นจะถูกตัดออกจากการทดลอง

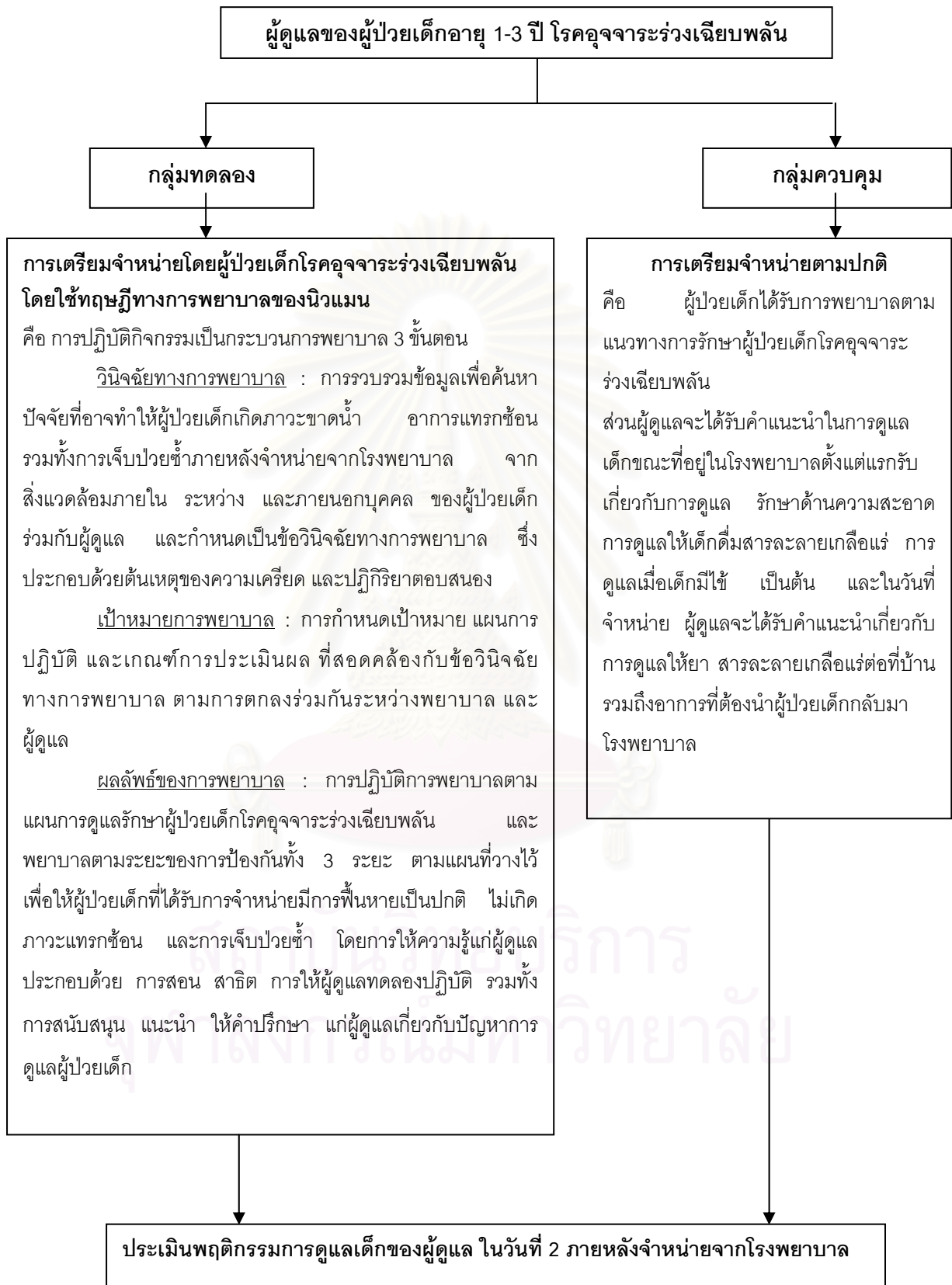
ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองทุกคน มีส่วนร่วมในการประเมิน กำหนดปัญหา และเป้าหมายร่วมกับพยาบาลร้อยละ 100 จึงไม่มีผู้ดูแล และผู้ป่วย เด็กที่ถูกตัดออกจากการทดลอง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรม SPSS / FW กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ การวิเคราะห์ ข้อมูลใช้สถิติดังนี้

- นำข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง มาแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละ
- หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็ก ของผู้ดูแลในวันที่ 2 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมจำหน่าย โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ
- ทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ในวันที่ 2 ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ โดยใช้ สถิติ Paired t-test

## แผนภูมิที่ 4 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้แบบแผนการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ทำการวัดหลังการทดลอง (Non equivalent control group posttest-only design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็ก ของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล จะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

**ตอนที่ 1** ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

**ตอนที่ 2** ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน

- 1 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล
- 2 ข้อมูลคุณภาพเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ดูแล ความพึงพอใจของบุคลากรในหอผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

**ตอนที่ 3** ผลของการเรียนรู้ที่ได้จากการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวน และร้อยละของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจำแนกตาม อายุ ระดับการศึกษา ความเกี่ยวข้องกับเด็ก และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม	
	(n = 20 คน)		(n = 20 คน)		(n = 40 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>						
น้อยกว่า ถึง 20 ปี	-		2	10	2	5
21-30 ปี	8	40	8	40	16	40
31-40 ปี	7	35	4	20	11	27.5
มากกว่า 40 ปี	5	25	6	30	11	27.5
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	6	30	6	30	12	30
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	25	5	25	10	25
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	5	25	5	25	10	25
อนุปริญญา หรือ ปวส.	3	15	3	15	6	15
ปริญญาตรี	1	5	1	5	2	5
<b>ความเกี่ยวข้องกับเด็ก</b>						
มารดา	17	85	15	75	32	80
ย่า	1	5	1	5	2	5
ยาย	-	-	1	5	1	2.5
ป้า	1	5	-	-	1	2.5
น้า	1	5	3	15	4	10
<b>ประสบการณ์การดูแลเด็ก</b>						
เคยมีประสบการณ์	8	40	8	40	16	40
ไม่เคยมีประสบการณ์	12	60	12	60	24	60



จากตารางที่ 4 เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กโรค  
อูจจาอะร่วงเฉียบพลัน จำนวนทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20  
คน พบว่า ผู้ดูแลทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องโดยเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็ก คิด  
เป็นร้อยละ 80 มีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี  
และอายุมากกว่า 40 ปี ในจำนวนที่เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 27.5

จากการเปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่ม  
ทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งทั้งสองกลุ่มมีระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กโรค  
อูจจาอะร่วงใกล้เคียงกัน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็น  
ร้อยละ 30 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอูจจาอะร่วงมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 60



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2 ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้  
ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน

### 1 ข้อมูลเกี่ยวกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

ตารางที่ 5 คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่  
ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียม  
จำหน่ายตามปกติ

คู่ที่	คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	94	86
2	114	75
3	116	83
4	116	95
5	113	72
6	115	78
7	110	85
8	115	94
9	114	74
10	113	73
11	113	70
12	111	80
13	113	77
14	112	78
15	114	76
16	116	79
17	113	80
18	112	95
19	114	64
20	116	77

จากตารางที่ 5 แสดงถึงคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในแต่ละคู่ ซึ่งจับคู่กันโดยพิจารณาจากความคล้ายคลึงกันในด้าน ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล

**ตารางที่ 6** การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล		t
	Mean	S.D.	
กลุ่มทดลอง	112.70	4.71	14.723 *
กลุ่มควบคุม	79.55	8.22	

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองเท่ากับ 112.70 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4.71 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมเท่ากับ 79.55 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 8.22

การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ด้านการดูแล รักษาต่อเนืองที่บ้าน และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

พฤติกรรมการดูแลเด็ก ของผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ด้านการดูแลรักษาต่อเนือง ที่บ้าน	76.20	2.14	54.00	6.32	13.80*
ด้านการป้องกันการเกิดโรค อุจจาระร่วงซ้ำ	36.50	2.86	25.55	3.70	11.14*

\*  $p < .05$

จากตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็ก ของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในกลุ่มทดลอง ด้านการดูแลรักษาต่อเนืองที่บ้าน เท่ากับ 76.20 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 2.14 และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม เท่ากับ 54.00 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.32

ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในด้านการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำ ในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 36.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.86 และในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม เท่ากับ 25.55 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.70

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กในด้านการดูแล รักษาต่อเนืองที่บ้าน และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำ ของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## 2 ข้อมูลคุณภาพเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้ดูแล ความพึงพอใจของบุคลากรในหอผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน นอกจากจะได้ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลแล้ว ยังได้ข้อค้นพบเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อมูลเชิงคุณภาพ ในด้าน ความพึงพอใจของผู้ดูแล ความพึงพอใจของบุคลากรในหอผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนี้

1 ความพึงพอใจของผู้ดูแล ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ พูดคุย และสังเกตสีหน้าที่ยิ้มแย้ม ท่าทางการแสดงออกถึงความดีใจของผู้ดูแล เมื่อผู้วิจัยเข้าไปในระหว่างการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ซึ่งพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ โดยมีผู้ดูแล 2-3 ราย ที่แสดงท่าทางเบื่อหน่ายต่อการปฏิบัติกิจกรรมในระยะแรกที่ทำกรรวบรวมข้อมูลโดยการประเมินสภาพผู้ป่วยเด็ก แต่เมื่อระยะเวลาผ่านไป ผู้ดูแลได้รับรู้เกี่ยวกับปัญหาของผู้ป่วยเด็ก และการดูแลเด็กที่ถูกต้อง ได้เห็นความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของผู้ป่วยเด็ก ก็แสดงความยินดี และกระตือรือร้นในการมีส่วนร่วมปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลเด็ก และเมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลเด็กทุกรายที่เข้าร่วมในการเตรียมจำหน่ายครั้งนี้มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ โดยสามารถจำแนกเป็นด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1) ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในการวิจัยนี้ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติในการดูแลเด็กในทุกขั้นตอน ทั้งการดูแลเกี่ยวกับความสุขสบายทั่วไป การดูแลตามกิจวัตรที่ทำเป็นประจำ รวมทั้งการดูแลในด้านการรักษาให้ผู้ป่วยเด็กหายจากการเจ็บป่วย จึงได้อยู่ดูแลผู้ป่วยเด็กใกล้ชิดตลอดเวลา ซึ่งตรงตามความต้องการของผู้ดูแล ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่งซึ่งเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็ก บอกกับผู้วิจัยว่า “ อยู่เฝ้าคนเดียวเหนื่อยหน่อย แต่ก็ไม่ยากทั้งลูกไปไหน เพราะคนอื่นคงดูแลลูกได้ไม่ดีเท่าพี่ ” หรือผู้ดูแลอีกรายหนึ่งที่กล่าวว่า “ ดีใจที่ได้มีส่วนช่วยให้ลูกมีอาการดีขึ้น ”

2) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน เป็นกิจกรรมที่เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษา จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล ตั้งแต่การเก็บรวบรวมข้อมูล การตกลงรับรู้ปัญหาพร้อมกัน ตลอดจนจนการให้ข้อมูลต่าง ๆ ทั้งในด้านการสอน สาธิต ตลอดจนให้ผู้ดูแลได้ทดลองปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเด็ก และภายหลังปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล มีการส่งต่อผลการปฏิบัติการพยาบาลจากผู้วิจัย ไปยังพยาบาลเวร

ป่วย และเวรตึก ทำให้กิจกรรมการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้อง เหมาะสม จึงทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลที่มีการดูแลอย่างต่อเนื่องได้ ดังเช่น ผู้ดูแลรายหนึ่ง กล่าวว่า “รู้สึกสบายใจที่พยาบาลคอยสอบถามอาการของลูกอยู่เสมอ มีปัญหาอะไรก็ปรึกษาได้ตลอดเวลา”

3) ด้านประสิทธิผลของการดูแล การเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมนนั้น ผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลจะได้รับการดูแลจากผู้วิจัยอย่างใกล้ชิด ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในความดูแล จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล การรวบรวมข้อมูล ระบุปัญหา กำหนดเป้าหมาย และวางแผนกิจกรรมต่าง ๆ ในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการที่ดีขึ้น สามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ในเวลาอันรวดเร็ว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจได้ ดังเช่น ในผู้ป่วยเด็กรายหนึ่งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการอุจจาระร่วง และมีภาวะขาดน้ำเมื่อผู้วิจัย และผู้ดูแลร่วมกันประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็ก และวิธีการให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ของผู้ดูแล และพบว่า ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น พ้นจากภาวะขาดน้ำ ในด้านผู้ดูแลนั้น มีสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใสขึ้น และบอกกับผู้วิจัยว่า “สบายใจขึ้นมากที่เห็นลูกอาการดีขึ้น ไม่นอนซึมเหมือนตอนแรกที่เข้ามา ตอนนี่เริ่มถ่ายมีเนื้อมากขึ้นด้วย น้ำเกลือแร่ก็ดีจริง ๆ เหมือนที่พยาบาลบอกเลย” หรือ ผู้ดูแลอีกรายหนึ่ง ที่ให้เด็กดื่มสารละลายน้ำตาลเกลือแร่โดยใส่ขวดนมให้ดูด และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการให้ที่ถูกต้อง ได้บอกกับผู้วิจัยว่า “ตั้งแต่เปลี่ยนมาป้อนน้ำเกลือด้วยช้อน ลูกถ่ายน้อยลง ไม่ถ่ายออกมาเป็นน้ำครั้งละมาก ๆ เหมือนตอนที่ให้ดูดกับขวดนมแล้ว ถ้าป้อนกับช้อนตั้งแต่แรก อาการคงไม่มากขนาดนี้”

2 ความพึงพอใจของบุคลากรในหอผู้ป่วย ถึงแม้ว่า การเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีผู้วิจัยเป็นหลัก แต่การปฏิบัติงานร่วมกับบุคลากรในทีมสุขภาพก็ยังมีอยู่ เช่น การส่งต่อผลการดูแลผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแล ไปยังพยาบาลเวรป่วย และเวรตึก ซึ่งมีการติดต่อสื่อสาร ให้ข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลที่จำเป็น มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกัน ทำให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลได้เหมาะสม ตามสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละราย

จากการพูดคุย และสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาลที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมเจ้าหน้าที่โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ต่อเนื่องกับผู้วิจัย พบว่า มีความพึงพอใจต่อลักษณะของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ที่มีเป้าหมาย และแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ใช้อย่างชัดเจน สามารถให้การพยาบาลที่

ต่อเนื่องได้ ไม่เกิดความซ้ำซ้อน ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเวรบายท่านหนึ่งกล่าวว่า “ข้อมูลที่ได้รับส่งเวรมา ทำให้รู้ว่าจะต้องดูแลเด็กต่อไปอย่างไร ไม่ต้องทำงานซ้ำซ้อน” หรือพยาบาลอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า “แผนการเตรียมผู้ดูแลเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ดี ทำให้การปฏิบัติเป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้ดูแลที่ได้รับคำแนะนำก็ไม่สับสน”

3 ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการเยี่ยมบ้าน ในวันที่ 2 ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล ทำให้ทราบถึงอาการของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยในกลุ่มทดลองพบว่า ผู้ป่วยเด็กจำนวน 17 ราย อาการอุจจาระร่วงหายเป็นปกติ คือ ถ่ายอุจจาระปกติ รับประทานอาหารได้ ไม่อาเจียน ไม่มีไข้ เล่นชมนได้ตามปกติ นอนหลับได้ ส่วนผู้ป่วยเด็กอีก 3 ราย มีอาการถ่ายอุจจาระ เหลว ๆ 1-2 ครั้ง แต่ไม่มีภาวะขาดน้ำ รับประทานอาหาร น้ำและสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ ไม่อาเจียน

ส่วนผู้ป่วยเด็กในกลุ่มควบคุมนั้น ส่วนใหญ่อาการอุจจาระร่วงนั้น หายเป็นปกติ เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ซึ่งมีจำนวน 15 ราย และมีผู้ป่วยเด็กอีก 5 ราย ที่ยังถ่ายอุจจาระเหลว โดยมี 4 ราย ที่ยังถ่ายอุจจาระเหลว 3-4 ครั้งแต่ไม่มีอาการขาดน้ำ ดื่มน้ำสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ ได้โดยใส่ขวดนมให้ดื่มจำนวน 2 ราย อีก 2 รายให้ดื่มกับแก้ว และทั้ง 4 ราย รับประทานอาหารได้ ไม่อาเจียน ไม่มีไข้ เล่นได้ นอนหลับได้ ส่วนที่เหลืออีก 1 ราย มีอาการถ่ายอุจจาระเหลวเป็นน้ำ 5-6 ครั้ง รับประทานอาหาร และสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ได้น้อย มีอาการขาดน้ำเล็กน้อย หลังจากเยี่ยมบ้าน ได้รับคำแนะนำให้นำเด็กกลับไปตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล

จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่า การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากผู้ดูแล ทำให้มีการฟื้นหายเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้ดีกว่าในกลุ่มควบคุม

### **ตอนที่ 3 ผลของการเรียนรู้ที่ได้จากการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน**

การนำทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน มาใช้ในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งเป็นลักษณะของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กในทุกขั้นตอน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยเด็กจากโรงพยาบาล ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ได้จากการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ดังนี้

1 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในทุกขั้นตอน ของกระบวนการเตรียมจำหน่าย ตั้งแต่การรับรู้ และระบุปัญหา การกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกับพยาบาล ซึ่งเป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของความแตกต่างของแต่ละบุคคล ทำให้กิจกรรมต่าง ๆ ที่ร่วมกันกำหนดมีความเฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการของแต่ละบุคคล มีความเหมาะสมกับทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ จึงทำให้ผู้ดูแล สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาได้จริง

2 การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล ก่อให้เกิดความเข้าใจ และความร่วมมือจากผู้ดูแล ทำให้พยาบาลสามารถรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กที่จำเป็นในการวางแผน เพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาได้ครบถ้วน และเป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ ให้ผู้ดูแล เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองว่าต้องปฏิบัติอย่างไรในการดูแล รักษา และการป้องกันการเกิดโรค อุจจาระร่วงซ้ำให้กับผู้ป่วยเด็ก เกิดความตระหนักในหน้าที่ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่าง ๆ จนบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ สัมพันธภาพที่ดี จึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุด และเป็นก้าวแรกในกระบวนการของการปฏิบัติที่จะนำไปสู่ขั้นตอนต่อ ๆ ไป

3 การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ซึ่งเริ่มตั้งแต่แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ทำให้พยาบาลมีระยะเวลาเพียงพอในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก เพื่อระบุปัญหาที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่วนผู้ดูแล ยังมีระยะเวลามากพอในการเรียนรู้ ฝึกทักษะในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเด็กต่อที่บ้าน ทั้งในด้านของการให้ยา สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ การประคบ สังกะสี การดูแลเมื่อเกิดอาการแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำให้กับเด็กอีกด้วย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้แบบแผนการวิจัยชนิดกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ทำการวัดหลังการทดลอง (Non equivalent control group posttest-only design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการทดลองคือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่าง วันที่ 2 สิงหาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2547 มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ราย โดยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันในด้าน ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็ก และมีอายุอยู่ในช่วง 21-30 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ซึ่งในการเตรียมจำหน่ายนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ประกอบ คือ แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล แผนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ โดยผ่านเกณฑ์ความเห็นสอดคล้องกันของผู้ทรงคุณวุฒิ ร้อยละ 80 และแผ่นพับเรื่อง โรคอุจจาระร่วง: ป้องกันได้ด้วยตัวเอง สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของ CVI ได้ 0.9 ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือ ได้นำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยง 0.84 และเมื่อนำไปใช้ในการทดลองได้ค่าความเที่ยง 0.94

การดำเนินการทดลอง เริ่มเมื่อมีกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยผู้ป่วยเด็กไม่มีโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ สามารถอยู่ดูแลผู้ป่วยเด็กได้ตลอดระยะเวลาในการรักษา และเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านของผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะสอบถามความสมัครใจ และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน ซึ่งผู้ป่วยเด็กจะได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติจากพยาบาลในหอผู้ป่วย หลังจากนั้น เมื่อ

เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมครบแล้ว จึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยผู้ป่วยเด็กจะได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากนั้น ผู้ช่วยวิจัยจะติดตามเยี่ยมบ้านในวันที่ 2 หลังการจำหน่าย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล แล้วจึงนำข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลมาหาความถี่ ร้อยละ ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล นำมาหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มโดยใช้สถิติทดสอบ Paired T-test

### สรุปผลการวิจัย

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

สรุปได้ว่า ผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า พฤติกรรมการดูแลเด็ก ของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1 พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล พบว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกตินั้น สามารถอธิบายได้ว่า

การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน (Neuman, 1995, 2002) เป็นกระบวนการพยาบาลที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเด็ก จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแล รักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากผู้ดูแล ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เน้นการดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นองค์รวม (Wholistic) ครอบคลุมตัวแปรทั้ง 5 ด้าน ของผู้ป่วยเด็ก คือ สรีระ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม พัฒนาการ และจิตวิญญาณ เป้าหมายหลักของทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน (Neuman, 1995, 2002) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ระบบของผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะสมดุล ซึ่งก็คือ

ผู้ป่วยเด็กมีการฟื้นฟูเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการเจ็บป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การเสริมสร้างความแข็งแกร่งของแนวการป้องกันต่าง ๆ ให้กลับคืนมาได้ โดยการที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้อง เหมาะสม ทั้งในด้านการดูแล รักษา และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงให้กับผู้ป่วยเด็ก โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมเป็นกระบวนการพยาบาล 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1) วินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) ขั้นที่ 2) เป้าหมายของการพยาบาล (Nursing goals) ขั้นที่ 3) ผลลัพธ์ของการพยาบาล (Nursing outcomes) ทุกขั้นตอนเกิดขึ้นจากการรับรู้ และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมระหว่างพยาบาล และผู้ดูแลเด็ก เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

ขั้นที่ 1 การวินิจฉัยทางการพยาบาล เป็นการรวบรวมข้อมูล และค้นหาปัญหาของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ดูแล โดยการรวบรวมข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ด้าน ของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล สิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล และสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล (Moore and Munro, 1990)

การประเมินสิ่งแวดล้อมภายในบุคคล ทำให้พยาบาล และผู้ดูแลเด็กสามารถประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้องของผู้ดูแล ทั้งในด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติของผู้ดูแล โดยประเมินจาก แบบแผนการเลี้ยงดูเด็ก แบบแผนการดูแลเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง รวมทั้ง ความต้องการ และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก การประเมินสิ่งแวดล้อมระหว่างบุคคล ทำให้ทราบถึงความคาดหวังของผู้ดูแล และสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว เกี่ยวกับความคาดหวังในผลของการรักษาผู้ป่วยเด็ก และความคาดหวังต่อการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และการประเมินสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคล เป็นการประเมินข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจ และสิทธิ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก

การรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กจากสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ด้าน ของผู้ป่วยเด็กร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ดูแล อาจมีการรับรู้ปัญหาที่แตกต่างกันได้ เป็นผลอันเนื่องมาจากความรู้ ความคาดหวัง ความเชื่อ ทักษะที่มีอยู่เดิม จากการศึกษาของ วิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี และคณะ (2537) พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กว่าเป็นผลมาจากการเปลี่ยนท่า การเปลี่ยนช่วงพัฒนาการในแต่ละช่วงวัย ความเชื่อ ทักษะของผู้ดูแลที่ประเมินได้ ทำให้พยาบาลทราบถึงความเข้าใจผิดต่าง ๆ ของผู้ดูแล และช่วยปรับความเข้าใจ หรือความคาดหวังต่าง ๆ ของผู้ดูแลให้ตรงกับความเป็นจริงได้ นอกจากนี้ การที่พยาบาลมีการรับรู้ปัญหาที่ไม่ตรงกับผู้ดูแล อาจเนื่องมาจากการรวบรวมข้อมูลไม่เพียงพอ ดังนั้น การที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตรวจสอบปัญหา ได้แลกเปลี่ยน

ความคิด และทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็ก ทำให้มีการรับรู้ และสามารถระบุปัญหาที่ตรงกันระหว่างพยาบาล และผู้ดูแลได้

การรับรู้ปัญหาที่ถูกต้องของผู้ดูแล จะมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล ให้เป็นไปในทางที่ถูกต้อง และเหมาะสมได้ (รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; อุบล อสัมพันธทรัพย์, 2540) จากการศึกษาของ สมศักดิ์ นุกูลอุดมพานิชย์ และ วิยะดา ดิลกวัฒนา (2542) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับปัญหา สาเหตุ และความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล ทั้งในด้านการดูแล รักษา และการป้องกันโรคอุจจาระร่วงให้แก่ผู้ป่วยเด็ก ดังนั้น เมื่อผู้ดูแลมีการรับรู้ถึงปัญหาที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล จึงเกิดแรงจูงใจ และพยายามหาแนวทางในการแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ (Phipps and others, 1995)

ปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กตามการรับรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ดูแล ที่ได้จากการประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ซึ่งมีแนวทาง และขอบเขตที่ชัดเจน ในการประเมิน ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน (Cross, 1990) จึงสามารถนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ครอบคลุมปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเด็ก

ขั้นที่ 2 เป้าหมายของการพยาบาล การกำหนดเป้าหมายเป็นการบอกทิศทางของการปฏิบัติ และผลของการพยาบาลที่ต้องการให้เกิดขึ้นได้ (สาลี เฉลิมวรรณพงษ์, 2544) การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่เน้นเป้าหมายในระยะยาว การกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ ในการปฏิบัติ ซึ่งเกิดขึ้นจากการคิด และตัดสินใจเลือกร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ดูแล บนพื้นฐานของทรัพยากรที่มีอยู่ตามสภาพความเป็นจริง จึงเป็นเป้าหมายที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง

ขั้นที่ 3 ผลลัพธ์ของการพยาบาล เป็นการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนที่ร่วมกันวางไว้กับผู้ดูแล ทำให้สามารถตรวจสอบความสำเร็จของการปฏิบัติกิจกรรมตามเป้าหมายที่วางไว้ หากไม่บรรลุเป้าหมาย พยาบาล และผู้ดูแลร่วมกันค้นหาสาเหตุ กำหนดเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องดังกล่าวใหม่ และดำเนินการตามกิจกรรมที่ร่วมกันกำหนดต่อไปจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย จากการรวบรวมข้อมูล และระบุปัญหาร่วมกันกับผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการขาดความรู้ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องของผู้ดูแล และเนื่องจาก ความรู้ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (ประภาพรเพ็ญ สุวรรณ, 2527) กิจกรรมการพยาบาลจึงเป็นการให้ความรู้ โดยการสอนผู้ดูแลให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก สาเหตุ อาการ การดูแลรักษา และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ร่วมกับการแจกแผ่นพับ เรื่อง “โรคอุจจาระร่วง : ป้องกันได้ด้วยตัวเอง“

ให้ผู้ดูแลได้อ่านประกอบ การสอนนี้เป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเปลี่ยนความรู้ทัศนคติ และทักษะที่จำเป็นในการรักษา หรือการส่งเสริมสุขภาพ (Rankin and Stallings, 1996 cited in Bowden et al., 1998) ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

การให้ความรู้โดยการสอนนั้น Knowles (1978) กล่าวว่า ควรให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้ เพราะวิธีที่ดีที่สุดในการเรียนรู้ คือ การกระทำ (Learning by doing) ผู้วิจัยจึงได้ทำการสอน ควบคู่ไปกับการสาธิต เพื่อให้ผู้ดูแลได้เห็นสภาพจริง หรือคล้ายของจริงมากที่สุด เพื่อเป็นการเสริมสร้างการเรียนรู้ทั้งด้านความรู้ และทักษะในการปฏิบัติ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532) ดังนั้น ในการสอนเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันแก่ผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ทำการสาธิต เพื่อแสดงให้ผู้ดูแลได้ดูเป็นตัวอย่าง รวมทั้งให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะโดยการทดลองปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลเด็กในด้าน การให้ยา การเตรียมและให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ รวมถึงการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงในด้านการล้างมือ การทำความสะอาดขวดนม ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ทั้งด้านทักษะ และความรู้ในการปฏิบัติได้ ในการสอน และการสาธิตนั้น ผู้วิจัยมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบตามความเหมาะสม และความต้องการของผู้ดูแลแต่ละรายจนกว่าจะบรรลุเป้าหมายตามที่ร่วมกันกำหนดไว้ เช่น ในผู้ดูแลบางรายสามารถสอนโดยการอธิบายเพียงครั้งเดียว แต่บางรายต้องสอน 2-3 ครั้ง ร่วมกับการสาธิต และให้ผู้ดูแลได้ทดลองปฏิบัติ จึงสามารถปฏิบัติได้ ดังนั้น การสอน การสาธิต และให้ผู้ดูแลได้ทดลองฝึกปฏิบัติในลักษณะเช่นนี้ ทำให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมในปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริธร ยิงเรงเริง (2541) และ Pravit Yampong (2001) ที่ได้ใช้โปรแกรมสุขศึกษาในรูปแบบของกระบวนการกลุ่มในการสอน ให้ความรู้ การสาธิต และให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสทดลองปฏิบัติจริง ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงที่ดีขึ้น รวมทั้งมีการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ผลดี และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน เป็นทฤษฎีที่สะท้อนถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล (Hinds, 1990) เนื่องจาก ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กในงานวิจัยครั้งนี้ แต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันทั้งในด้านอายุ ระดับการศึกษา ความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ รวมทั้งประสบการณ์การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ดังนั้น รูปแบบ และลักษณะของการสอน รวมทั้งระยะเวลาในการสอนจึงปรับเปลี่ยนไปตามความเหมาะสม หรือความแตกต่างของผู้ดูแลแต่ละราย รวมทั้งในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ผู้วิจัยให้การสนับสนุน ให้กำลังใจในการปฏิบัติ รวมทั้งให้คำแนะนำ คำปรึกษา เกี่ยวกับปัญหาในการดูแลเด็ก ในลักษณะของความเป็นกันเอง ภายใต้สัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล และผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการเผชิญ และ

แก้ไขปัญหาคือ (อาภา จันทรสกุล, 2535; นที เกื้อกุลกิจการ, 2541) ทำให้กิจกรรมการพยาบาลดำเนินไปจนบรรลุเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดไว้กับผู้ดูแลแต่ละรายได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเด็กสูงกว่า ผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ ทั้งในด้านการดูแลรักษาต่อเนืองที่บ้าน และการป้องกันการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการที่พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เป็นผลมาจากการที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน

ผลของการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่น ๆ ที่นำทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน มาใช้ในกิจกรรมการพยาบาล ถึงแม้ว่าจะเป็นงานวิจัยในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน ดังเช่น การศึกษาของ วราภรณ์ ชัยวัฒน์ (2536) ได้ศึกษาผลของการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวมานในการพยาบาลผู้ป่วยก่อนผ่าตัดปีกกระดูกสันหลัง ต่ระดับความวิตกกังวล และแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลของผู้ป่วย ลดลง และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดด้านการทำกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม และความเจ็บปวดในวันที่ 3 หลังผ่าตัดของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ส่วน รพีพร สิงขรอาสน์ (2545) ได้ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวมานต่อการปฏิบัติตัวและระดับค่าฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก กลุ่มที่ได้รับการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวมาน มีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ วรรณสตรี รัตนลัมภ์ (2541) ได้ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวมานในมารดาที่มีบุตรอายุ 1-3 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันทางเดินหายใจส่วนบน ผลการศึกษาพบว่า มารดามีความรู้ ทักษะการรับรู้ และการปฏิบัติตัวในการดูแลบุตรดีขึ้น ส่วนภาวะสุขภาพบุตร พบว่า ระยะเวลาในการป่วยลดลง

การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน ทำให้พยาบาลมีแนวทาง และขอบเขตที่ชัดเจนในการประเมิน ทำให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งการที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการ ทำให้ระบุปัญหา กำหนดข้อวินิจฉัย เป้าหมาย และกิจกรรมการพยาบาลได้เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลแต่ละรายมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งเริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้ดูแลมีระยะเวลาพอในการฝึกทักษะ ความรู้ ความสามารถในการดูแลเด็ก ทั้งในด้านการดูแลรักษาต่อเนืองที่บ้าน เกี่ยวกับการให้ยา สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ การให้อาหาร การสังเกต และประเมินอาการที่ต้องนำเด็กมา

โรงพยาบาล และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซ้ำ ในด้าน การล้างมือที่ถูกต้อง ก่อนเตรียม ป้อนอาหารให้เด็ก ภายหลังขับถ่าย หรือทำความสะอาดให้เด็กภายหลังการขับถ่าย ความสะอาดในการเตรียมอาหารให้เด็ก รวมทั้งการกำจัดอุจจาระของผู้ป่วยเด็กที่ถูกสุขลักษณะ การที่ผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการปฏิบัติในด้านต่าง ๆ เหล่านี้ได้ ต้องมี ระยะเวลาที่เพียงพอสำหรับผู้ดูแลแต่ละราย ดังนั้น การให้คำแนะนำในช่วงเวลาสั้น ๆ ในวันที่ จำหน่ายผู้ป่วยเด็กจากโรงพยาบาล จึงไม่เพียงพอที่จะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ ถูกต้องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประภัสศรี ช่างวงษ์ (2534) ซึ่งศึกษาการพัฒนา รูปแบบการ เตรียมจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ พบว่า การเริ่มเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ญาติผู้ดูแล มีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน สามารถทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็ก ทั้งในด้านการดูแลรักษาต่อเนื่องที่บ้าน และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซ้ำได้ ดีกว่าการพยาบาลตามปกติ

2 ความพึงพอใจของผู้ดูแล จากข้อมูลคุณภาพที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎี ทางการพยาบาลของนิวแมน มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ความพึงพอใจของผู้ดูแลนั้น เป็นการแสดงออกมาในลักษณะของความรู้สึกยินดี พอใจ ชื่นชอบต่อบริการ ซึ่งสอดคล้องกับความคาดหวัง และความต้องการ (จิรภัค สุวรรณเจริญ, 2545) ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ประกอบด้วย ความพึงพอใจในด้านต่าง ๆ คือ ด้านการมีส่วนร่วม ในการดูแลเด็ก ด้านความเป็นรูปธรรมของบริการ และด้านความเชื่อถือ ไว้วางใจจากคุณภาพ ของบริการ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

1) ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เนื่องจาก ผู้ดูแล เป็นผู้ที่มีความผูกพัน ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กมากที่สุด จึงต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ อารมณ์ (Balling and McCubbin, 2001; Neill, 1996) และจากการศึกษาของ ณิชกานต์ ไชยชนะ (2545) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ปกครองมีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเด็ก แต่การมีส่วนร่วมใน การดูแลน้อยกว่าความต้องการที่จะปฏิบัติ แต่ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลเด็กในทุกขั้นตอน ตามกระบวนการพยาบาลของนิวแมน ตั้งแต่การรับรู้ และระบุ

ปัญหา กำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ดูแล ในทุกขั้นตอน สามารถป้องกัน และแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วยเด็กได้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงความมีคุณค่าในตัวเอง (พรจันทร์ พงษ์พรหม, 2534) การที่ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เป็นการแสดงให้เห็นถึงการยอมรับความต้องการ ความคิดเห็นของผู้ดูแลจากพยาบาล (Robinson, 1990) จึงตอบสนอง และตรงกับความคาดหวัง ทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจที่ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

2) ด้านการดูแลอย่างต่อเนื่อง เป็นความรู้สึกของผู้รับบริการที่แสดงออกในลักษณะของความพอใจ ต่อการดูแลที่มีการประสานงานที่ดี และมีความต่อเนื่องของการดูแลตลอดเวลา (จิรภัค สุวรรณเจริญ, 2545) ในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน นั้น ผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ดูแลเป็นกระบวนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่การรับรู้ปัญหา กำหนดเป้าหมาย และวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกัน การรับรู้ในด้านความต่อเนื่องของการดูแลนั้น Robert (1980) กล่าวว่า เกิดขึ้นได้จากการดูแลในลักษณะเฉพาะบุคคล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ให้การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองกับผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลแต่ละรายในช่วงเวรเช้า ส่วนในเวรบ่าย และเวรดึกที่ผู้วิจัยไม่ได้อยู่ปฏิบัติงาน จะส่งต่อข้อมูลที่จำเป็น รวมทั้งการติดตามประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลแต่ละราย ให้แก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในเวรบ่าย และส่งต่อไปยังเวรดึก ทำให้การปฏิบัติพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ดูแลพึงพอใจต่อรูปแบบของการพยาบาล ในด้านของการดูแลต่อเนื่อง

3) ด้านประสิทธิผลของการดูแล เป็นความคิดเห็นของผู้รับบริการที่มีต่อบริการพยาบาลที่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแล รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดูแล (Eriksen, 1988) การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมนนั้น ผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยผู้ดูแลจะได้รับความรู้ในการดูแลเด็กที่ถูกต้อง จากการสอน การสาธิตจากผู้วิจัย รวมทั้งได้ทดลองปฏิบัติจริงเกี่ยวกับการดูแลเด็ก การปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้อง จากที่ผู้ดูแลเคยปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย ทำให้ผู้ดูแลได้รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วยเด็กที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น เช่น การปรับเปลี่ยนวิธีการให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่จากเดิมที่เคยให้เด็กดูดกับขวดนม มาเป็นการป้อนด้วยช้อนครั้งละน้อย ๆ บ่อย ๆ แทน ทำให้ผู้ป่วยเด็กถ่ายอุจจาระน้อยลง ซึ่งผลจากการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ไม่เกิดอาการแทรกซ้อน ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล จึงเป็นไปตามความคาดหวังของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลได้



3 ความพึงพอใจของบุคลากรในหอผู้ป่วย จากข้อมูลคุณภาพที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้ พบว่า บุคลากรในหอผู้ป่วยที่มีส่วนร่วมในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในกลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน มีความพึงพอใจรูปแบบของการพยาบาล ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ความพึงพอใจของบุคลากรในทีมพยาบาล เป็นความรู้สึกยินดี พอใจของบุคลากรในทีมพยาบาล ต่อสภาพของการปฏิบัติงานที่มีความชัดเจน ของเป้าหมาย และแนวทางในการปฏิบัติงาน โดย Spector (1997) กล่าวว่า การได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน จากการส่งต่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติที่มีการกำหนดแนวทาง ขอบเขตที่ชัดเจน ทำให้มีการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ไม่เกิดความซ้ำซ้อนของการปฏิบัติ ทำให้ผู้ร่วมงานในทีมเกิดความพึงพอใจต่อรูปแบบของการทำงาน ซึ่งในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน มีแนวทาง และขอบเขตที่ชัดเจนในการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็กได้อย่างครอบคลุม ทำให้ได้ข้อมูลของผู้ป่วยเด็กครบถ้วน การกำหนดปัญหา และนำทรัพยากรที่มีอยู่มาใช้ในการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย รวมทั้งรูปแบบของการพยาบาลตามทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน เป็นการปฏิบัติเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการติดต่อสื่อสาร ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ โดยมีการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแล เกี่ยวกับผลของการพยาบาลที่เกิดขึ้น และสิ่งที่ต้องติดตามประเมินต่อไปยังพยาบาลเวรต่าง ๆ ทำให้พยาบาลในแต่ละเวรได้รับข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วย และผู้ดูแลอย่างครอบคลุม ครบถ้วน การได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน รวมทั้งการส่งต่อข้อมูลนี้ ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น รวมทั้งการเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลได้ (นิตยา เงินประเสริฐศรี, 2539) นอกจากนี้ การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ซึ่งมีการกำหนดเป้าหมาย และแนวทางการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลแต่ละรายไว้อย่างชัดเจน ทำให้พยาบาลที่มีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่อง มีแนวทาง และขอบเขตในการปฏิบัติ สามารถแก้ไขปัญหาซึ่งมีลักษณะเฉพาะของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลแต่ละรายได้ ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน เกิดความสะดวก และรวดเร็วในการปฏิบัติงาน จึงทำให้บุคลากรในทีมพยาบาลมีความพึงพอใจต่อลักษณะของการทำงานได้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิสุทธิ ปทุมมาสูตร (2544) ที่พบว่า การพยาบาลตามแนวทาง และขอบเขตที่ชัดเจน ทำให้เกิดความมั่นใจ และพึงพอใจในการปฏิบัติงานได้

## ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย พบว่า การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาลของนิวแมน ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลเด็กดีกว่า กลุ่มที่ได้รับการเตรียมจำหน่ายตามปกติ ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

### 1 ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 การนำทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาลของนิวแมน มาใช้ในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันนั้น เป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ให้ได้รับการดูแล รักษา ที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีความต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่ายกลับไปดูแลรักษาต่อที่บ้าน โดยก่อนที่จะนำมาใช้ ควรมีการฝึกอบรมพยาบาล เกี่ยวกับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาลของนิวแมน ก่อนการปฏิบัติจริง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และสามารถนำไปใช้ปฏิบัติในหน่วยงานได้

1.2 แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล เป็นแบบประเมินสภาพที่สามารถประเมินต้นเหตุของความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นได้ครอบคลุม โดยก่อนนำแบบประเมินสภาพนี้ไปใช้ จะต้องทำการศึกษารายละเอียดต่าง ๆ ของแบบประเมินให้เป็นที่เข้าใจ รวมทั้งการนำไปทดลองใช้ก่อนที่จะมีการปฏิบัติจริง จะทำให้เกิดความชำนาญ และสามารถใช่แบบประเมินสภาพในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กได้ครอบคลุม สะดวก และรวดเร็ว

1.3 การวัดพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สะดวก รวดเร็ว และหากมีการสัมภาษณ์เชิงลึกเพิ่มเติม จะทำให้สามารถประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลได้ดียิ่งขึ้น

1.4 การเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการแพทย์พยาบาลของนิวแมน ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมภายนอกบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลโดยตรง แต่จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เป็นผลกระทบทางอ้อมที่ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น ปัญหาที่ผู้ดูแลมีตัวตนไม่เพียงพอสำหรับเด็ก ไม่สามารถล้างทำความสะอาดและต้มทุกครั้งก่อนให้เด็กได้ ซึ่งผู้วิจัยได้แก้ไขปัญหาร่วมกับผู้ดูแลโดยการฝึกให้เด็กต้มนมกับแก้วหรืออาจต้มนมกล่องแทน ดังนั้นจึงควรเพิ่มเติมปัญหาเหล่านี้ ลงในแผนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในลักษณะเดียวกันนี้ต่อไป

## 2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน กับตัวแปรอื่น ๆ เช่น ความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติการพยาบาล และผู้รับบริการ ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการรักษา อัตราการป่วยซ้ำ เป็นต้น

2.2 ควรมีการศึกษาในภาพรวม โดยใช้ทีมการพยาบาลในหอผู้ป่วย ในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน เพื่อศึกษาถึงผลของการนำมาใช้ในการปฏิบัติจริง และคุณภาพของการพยาบาล

2.3 ควรมีการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในผู้ป่วยเด็กกลุ่มอื่น ๆ เช่น ในผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยเด็กคลอดก่อนกำหนด น้าหนักตัวน้อย ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัด เป็นต้น



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กมลวัน ดิษยบุตร. 2542. การสร้างมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยเด็กเล็กโรคอุจจาระร่วง  
เฉียบพลัน. รายงานการวิจัย สถาบันวิจัย และพัฒนา มหาวิทยาลัยพายัพ.
- กฤษดา แสงวดี, ธีรพร สติรังกูร และ เรวดี ศิรินคร. 2539. แนวทางการวางแผนจำหน่าย  
ผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. 2542. การเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน: 3-5 ขวบ. พิมพ์ครั้งที่ 1.  
กรุงเทพมหานคร: โชติสุขการพิมพ์.
- เกศรา ศิริมูล. 2536. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี  
ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล จังหวัดอุบลราชธานี.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกษร แถวโนนงิ้ว และวันทนา กลางบุรีรัมย์. 2544. การประเมินการควบคุมโรคอุจจาระร่วง และ  
โรคติดต่อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ระดับชุมชนจังหวัด  
กาฬสินธุ์. วารสารสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น 8 (กุมภาพันธ์): 13-21.
- ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์. 2531. โภชนบำบัดในผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน. ใน ไกรสิทธิ์  
ตันติศิรินทร์ อุมพร สุทัศน์วรวิมล และภาวดี ฤกษ์รานุสรณ์ (บรรณาธิการ),  
โภชนาการในเด็กปกติและเด็กป่วย, หน้า 93-97. กรุงเทพมหานคร: เมดิคัล มีเดีย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2529. ทฤษฎีการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2532. การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ขอบข่ายที่เชื่อมกับการวิจัยทางการพยาบาล.  
วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 1 (ธันวาคม): 42-60.
- จิรภัค สุวรรณเจริญ. 2545. ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ในหน่วยงานห้องคลอดและ  
หลังคลอดต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ และความพึงพอใจต่อบริการ  
พยาบาลของผู้รับบริการโรงพยาบาลชุมพร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา  
การบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฑามาศ เฉลิมผล. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ความเชื่อด้านสุขภาพ  
และพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาเพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- จุฑารัตน์ ถาวรนันท์ และคณะ. 2540. การสำรวจพฤติกรรม และการรักษาโรคอุจจาระร่วงใน  
กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ระดับอุดมในประเทศไทย. วารสารโรคติดต่อ 23: 215-224.
- เจตนา คันธาทิพย์. 2544. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในทารก  
อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชฎาภรณ์ สุขนิรันดร์. 2534. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกัน และพฤติกรรมกาปฏิบัติตนขณะ  
ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วงของประชาชนในจังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชูศรี ติวสกุล. 2539. พฤติกรรมกาเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่พาบุตรมารับการรักษาที่  
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่ และ  
เด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณิชกานต์ ไชยชนะ. 2545. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง  
ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลกุมารเวชกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทักษิณา ไกรราช. 2539. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี เพื่อ  
ป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพาพร สุขไสลิต และคณะ. 2542. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกาป้องกัน และพฤติกรรมทาง  
การปฏิบัติตนขณะป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในคนงานก่อสร้าง จังหวัดนนทบุรี.  
วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง 11: 35-46.
- ธนวรรณ อิมสมบุญณ์. 2544. พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคอุจจาระร่วง.  
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์.
- นงพิมล นิมิตรอนันท์. 2541. ทฤษฎีการพยาบาล: แบบจำลองระบบของนิวแมน. วารสาร  
พยาบาลกองทัพบก 16 (กุมภาพันธ์): 7-12.
- นที เกื้อกุลกิจ. 2541. การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล. สงขลา: ชานเมือง.
- นันทิกา มิตรสัมพันธ์. 2534. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วย  
โรคอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บุษบา วิวัฒน์เวคิน. 2542. อาการท้องเสียในเด็ก. ใน สำหรับ จิตตินันท์ (บรรณาธิการ),  
ตำรากุมารเวชศาสตร์เล่ม 3, หน้า 298-302. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

- ประกริต รัชวัตร. 2536. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรป่วย และไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภัสศรี ชาววงษ์. 2535. การพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่ได้  
รับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. ทัศนคติ: การวัดความเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย.  
พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พีระพัฒนา.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขภาพศึกษา.  
กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2527. พฤติกรรม. ใน เอกสารการสอนวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่ 3-6, หน้า  
35-246. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ปรานค์ทอง ราษฎร์จำเริญสุข และเอมอร ราษฎร์จำเริญสุข. 2541. ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรค  
อุจจาระร่วงของเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ในพื้นที่สาธารณสุขเขต 6. วารสารโรคติดต่อ 24:  
501-507.
- ผกาวรรณ จันท์เพิ่ม. 2537. พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการป้องกัน และควบคุมโรค  
อุจจาระร่วงที่มีต่อบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต  
วิชาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พรจันทร์ พงษ์พรหม. 2534. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการ  
ฟื้นฟูสภาพภายหลังผ่าตัดช่องท้อง และความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- พิภพ จิรภิญโญ. 2538. โภชนศาสตร์ทางคลินิกในเด็ก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ และคณะ. 2539. การพัฒนาแบบแผนการดูแลที่บ้านสำหรับเด็กอายุ  
แรกเกิดถึง 4 ปี ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงอย่างเฉียบพลันในเขตเมือง. รายงานการวิจัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิสุทธิ ปทุมมาสูตร. 2544. ผลการใช้รูปแบบพยาบาลเจ้าของไข้ในห้องคลอดต่อความสำนึกใน  
ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพต่อวิชาชีพการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- เพ็ญจันทร์ เสรีวิวัฒนา และจารุณี วาระหัส. 2541. การพยาบาลตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา. วารสารพยาบาลศาสตร์ 16: 16-26.
- เพ็ญศรี ไผ่ทรต้น. 2547. ความรู้ และพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกัน และรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในเขต 2. วารสารวิชาการสาธารณสุข 13 (มีนาคม – เมษายน) : 299-308.
- เพ็ญศรี ระเบียบ, บรรณาธิการ. 2539. ทฤษฎีการพยาบาล. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพจิตร วราชิต. 2544. กลยุทธ์ในการควบคุมโรคอุจจาระร่วงในทศวรรษหน้า. ใน สุพร ตีพงษ์ภรณา และสุกัญญา จงถาวรสถิตย์ (บรรณาธิการ), การควบคุมโรคอุจจาระร่วง ปัญหา และแนวทางแก้ไขในทศวรรษหน้า, หน้า 18-19. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ไพฑูล อนุดิษฐ์ และคณะ. 2542. ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดอุทัยธานี. รายงานการวิจัย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี.
- พาริดา อิบราฮิม. 2545. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล. ใน วันเพ็ญ พิเชิตพรชัย และอุษาวดี อัสตรวิเศษ (บรรณาธิการ), การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย, หน้า 18-27. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. 2539. ทฤษฎีการพยาบาล และกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- มณี คูประสิทธิ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดากับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รพีพร สิงขรอาสน์. 2545. ผลของการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวแมนต่อการปฏิบัติตัว และระดับค่าฮีมาโตคริตของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในอำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุ่งทิพย์ วีระกุล. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎี และการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. แนวทางกรวางแผนการพยาบาลเด็ก. กรุงเทพมหานคร: นิติบรรณาการ.
- เรณู พุกบุญมี. 2547. การพยาบาลเด็กในยุค 2005. กุมารเวชสาร 11 (พฤษภาคม- สิงหาคม): 99-100.
- วรรณสตรี รัตนลัมภ. 2541. ผลของการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวแมน ในมารดาที่มีบุตรอายุ 1-3 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบน อำเภอเมือง จังหวัดนครนายก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ สาขาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรัตมา สุขวัฒน์นันท์. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตของบิดามารดา การฝึกอบรมบุตร ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล กับภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วราภรณ์ ชัยวัฒน์. 2536. ผลของการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมนในการพยาบาลผู้ป่วย ก่อนผ่าตัดปีกกระดูกลิ้นหลัง ต่อระดับความวิตกกังวล และแบบแผนการฟื้นฟูสภาพหลัง ผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี วราวิทย์. 2537. อุจจาระร่วงเฉียบพลัน. ใน วันดี วราวิทย์, เพ็ญวิทย์ ตันติแพทยางกูร พรพิมล พัวประดิษฐ์, อุมพร สุทัศน์วรุฒิ และเกศรา อัสตามงคล (บรรณาธิการ), โรคระบบทางเดินอาหาร และโภชนาการในเด็ก, หน้า 1-23. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันดี วราวิทย์. 2543. แนวปฏิบัติการรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. 2545. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิด และการประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์นิยมวิทยา.
- วาณี แม่นยำ. 2542. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน: กรณีศึกษา. กลุ่มงาน การพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวง สาธารณสุข.
- วิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี และคณะ. 2537. พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพเด็กอายุ 0-5 ปี ในชนบท อีสาน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 17(มกราคม-เมษายน): 62-70.
- วิภา ปริญญาภาพ. 2543. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมาลาเรีย และอุจจาระร่วงเฉียบพลันจาก เชื้อปรสิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ชิกม่า ดีไซด์ กราฟฟิก.



- ศิริธร ยิ่งแรงเรือง. 2541. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงอายุต่ำกว่า 2 ปี สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. 2536. อิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สง่า ไชยรักษ์. 2542. ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอป่าต้ว จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกสุขศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2540. การดูแลตนเอง: ศาสตร์ และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: วี เจ ปริ้นติ้ง.
- สมชัย จิรโรจน์ และวิสา ศรีวัฒนาวรรชัย. 2544. การศึกษาเพื่อพัฒนางานเฝ้าระวังทางพฤติกรรมสุขภาพโรคอุจจาระร่วงในแม่ หรือผู้เลี้ยงดูเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ตำบลหนองหงษ์ อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี. สาธารณสุขมูลฐาน ภาคกลาง 16(มิถุนายน): 42-51.
- สมบัติ สุขสมศักดิ์. 2538. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมารดาในการป้องกัน และรักษาโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี จังหวัดเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมโภชน์ เตียมสุภาษิต. 2541. ทฤษฎี และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมศักดิ์ นกุลอุดมพาณิชย์ และวิยะดา ดิลกวัฒนา. 2542. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันอุจจาระร่วงในเด็กก่อนวัยเรียนของจังหวัดสุโขทัย. รายงานการเฝ้าระวังประจำเดือน 30: 37-42.
- สมหมาย หิรัญนุช. 2547. ยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาการพยาบาลเด็ก. กุमारเวชสาร 11 (พฤษภาคม – สิงหาคม): 92 - 98.

- สฤณี จันทร์หอม. 2536. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรของมารดาในครอบครัวกรรมกรก่อสร้าง เขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรค. 2546. แนวทางการบริหารโรคติดต่อที่พบบ่อยในเด็ก: สำหรับเจ้าหน้าที่สถานีนอมนัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2542. การประเมินผลการควบคุมโรค อุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ระดับชุมชน. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการประเมินผลการดำเนินงานในชุมชนของการควบคุมโรคอุจจาระร่วง และโรคติดต่อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2545. สถานการณ์ ผลการดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไข ปี 2544. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบาย และยุทธศาสตร์. 2545. การสาธารณสุขไทย พ.ศ. 2542-2543. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้า และพัสดุภัณฑ์.
- สาตี เฉลิมวรรณพงศ์. 2544. กระบวนการพยาบาล: หลักการ และการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: อัสลาบายด์เพลส.
- สิริกาญจน์ บริสุทธิ์บัณฑิต. 2540. ผลของการใช้ระบบการมอบหมายงานแบบเจ้าของไข้ต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ความเป็นอิสระ และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุเทพ ไคว่บุญงาม และคณะ. 2541. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ในช่วงอายุ 12 เดือน ถึง 5 ปี ในเขตชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์.
- สุพร ตริพงษ์ภักดี และสุกัญญา จงถาวรสถิตย์, บรรณาธิการ. 2544. รายงานการประชุมการปฏิบัติการโรคอุจจาระร่วง ครั้งที่ 12. การควบคุมโรคอุจจาระร่วงและแนวทางในการแก้ไขในทศวรรษหน้า 24-26 ต.ค. 2543 ณ ห้องประชุมอารีวัลยะเสวี โรงพยาบาลรามธิบดี. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุภา หริกุล. 2541. โรคอุจจาระร่วงในเด็ก. ใน พิสมัย ธรรมชาติ และคณะ (บรรณาธิการ), เอกสารประกอบการอบรม การพยาบาลโรคเด็ก. 17-28 สิงหาคม 2541 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.

- สุภานี อ่อนชื่นจิตร์. 2540. การศึกษารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ 14 จังหวัดภาคใต้ เรื่อง การดูแลสุขภาพที่บ้าน: การปฏิบัติ และการวิจัย. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อธิวัฒน์ เปล่งสอาด. 2544. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก. วารสารรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำเดือน (กทม) 10 (มกราคม): 2-7.
- อมรรัตน์ ชูตินันทกุล, พิมพกา อินทวงศ์, เสาวนิต สืบกระพันธ์, ภัทรวดี อนุมาศ และอมรเทพ เยาวยอด. 2546. การประเมินผลการรักษาโรคอุจจาระร่วงในสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. สงขลานครินทร์เวชสาร 21: 169-178.
- อมรรัตน์ ชูตินันทกุล. 2543. การประเมินผลการดำเนินงานควบคุมโรคอุจจาระร่วงเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชุมชนจังหวัดภูเก็ต. สงขลานครินทร์เวชสาร 18 : 199-207.
- อรกานต์ ชินพงษ์พานิช. 2545. ผลของการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความพึงพอใจในการบริการของผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริการการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณต วัฒนนะ, สุริยพงศ์ สีเทา และฐิติภักดิ์ อินทรเสน. 2544. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการสร้างพลังในชุมชนเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของบุตรอายุ 2-5 ปี อำเภอแกดดำ จังหวัดมหาสารคาม. สสม. อีสาน 16: 12-16.
- อังคณา จิราจินต์. 2530. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อากาศ ชูปัญญา และเกศรา แสนศิริวิสุข. 2541. ตัวกำหนดของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดนครพนม. วารสารโรคติดต่อ 24: 327-334.
- อภา จันทรสกุล. 2535. ทฤษฎี และวิธีการให้คำปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: วิทยาการศึกษา และการแนะแนว คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อุบล อัสมิงทรัพย์. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัสสาวะแสบแสบกับการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่ และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

## ภาษาอังกฤษ

- Ball, J., Bindler, R. 1995. Pediatric nursing: Caring for children. Connecticut: Appleton & Lange.
- Balling, K., and McCubbin, M. 2001. Hospitalized children with chronic illness parental caregiving needs and valuing parental expertise. Journal of Pediatric Nursing 16: 110-119.
- Behrman, R. E., Kliegman, R. M. 1996. Nelson textbook of pediatrics. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Behrman, R. E., Vaughan, U. C. 1995. Nelson textbook of pediatrics. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Bowden, V. R., Dickey, S. B., and Greenberg, C. S. 1998. Children and their families: The continuum of care. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Burns, N., Grove, S. K. 2001. The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Clemen-Stone, S., Eigsti, D. G., and McGuire, S. L. 1995. Comprehensive community health nursing. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Cross, J.R. 1990. Nursing process of the family client: Application of Neuman's systems model. In P. J. Christensen and J. W. Kenney (ed.), Nursing process: Application of conceptual models. 3<sup>rd</sup> ed., p. 276. St. Louis: The C. V. Mosby.
- Driscoll, A. 2000. Managing post-discharge care at home: An analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital. Journal of Advanced Nursing 31 (5): 1165-1173.
- Eriksen, L. 1998. Measuring patient satisfaction with nursing care: A magnitude estimation approach. In Measurement of Nursing Outcomes. pp. 524-537. Edited by M. J. Ward and C. A. Linderman. New York: Springer Publishing.
- Faruggio, B. 1993. The challenge of discharge planning. Journal of Nursing Administration 23 (4): 40.
- Fawcett, J. 2000. Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories. Philadelphia: F. A. Davis.

- Fuller, C. C., and Hartley, B. 2000. Linear scleroderma: A Neuman nursing perspective. Journal of Pediatric Nursing 15 (3): 168-173.
- GiKow, F., Bigelow, L., Hanford, J., Anderson, E., Bossi, L., and Kisielius, J. 1985. The continuing care nurse: A description of a nursing specialty that bridges the gap between client needs and health care resources. Nursing Outlook 33 (4): 195-197.
- Hinds, C. 1995. Personal and contextual factors predicting patients' reported quality of life: exploring congruency with Betty Neuman' s assumptions. Journal of Advanced Nursing 15: 456-462.
- Hodook, K. S. 1994. Collaborative discharge planning: Nursing and social services. Clinical Nurse Specialist 8 (5): 248-252.
- Jackson, K. F. 1994. Discharge planning: Issues and challenges for Gerontological nursing. Journal of Advanced Nursing 19(2): 492-502.
- Kasl, S. V., Cobb, S. 1966. Health behavior and illness behavior. Archives Environmental Health 12(February): 246-261.
- King, C., and Mcamillan, M. 1994. Documentation and discharge planning for elderly patients. Nursing Times 90 (20): 31-34.
- Knight, J. B. 1990. The Betty Neuman Systems Model applied to practice: A client with multiple sclerosis. Journal of Advanced Nursing 15: 447-455.
- Knowles, M. S. 1978. Self directed learning: A guide for learners and teachers. New York: Association press.
- Lillis, P. P., and Cora, V. L. 1995. A case study analysis using the Neuman nursing process format: An abstract. In B. Neuman (ed.), The Neuman systems model. 3<sup>rd</sup> ed., p. 51. New York: Appleton & Lange.
- Lowenstein, A. J., and Hoff, P. S. 1994. Discharge planning: A study of nursing staff involvement. Journal of Nursing Administration 24 (4): 45-50.
- Madelyn, L. T. 2000. Documentation of model-based practice: One hospital's experience. Pediatric Nursing 26 (4): 394-401.
- Mann, P. S. 2001. Introductory statistics. 4<sup>th</sup> ed. New York: John Wiley & Sons.
- Maimann, L. A., et al. 1982. Effect of sociodemographic and attitude factors on mother initiated medication behavior for children. Public health Report 97 (2): Abstack.

- Marchette, L., and Holloman, F. 1986. Length of stay significant variables. Journal of Nursing Administration 16 (3): 12-19.
- Mayers, M., and Jacobson, A. 1995. Clinical care plans pediatric nursing. New York: McGraw-Hill.
- McGinley, S., et al. 1996. Multidisciplinary discharge planning: Developing a process. Nursing Administration 27(10): 55-60.
- McKeehan, K. M. 1981. Continuing care: A multidisciplinary approach to discharge planning. St. Louis: The C. V. Mosby company.
- Neill, S. J. 1996. Parent participation 2: Find and their implications for practice. British Journal of Nursing 5: 110-117.
- Neuman, B. 1995. The Neuman systems model. 3<sup>rd</sup> ed. New York: Appleton & Lange.
- Neuman, B., and Fawcett, J. 2002. The Neuman systems model. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Pearson Education.
- Orem, D. E. 1991. Nursing concepts of practice. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby – Year Book.
- Pender, N. J. 1987. Health promotion in nursing practice. Norwalk: Appleton- Century Crafts.
- Phavichitr, N., and Catto-Smith, A. G. 2003. Acute gastroenteritis in children: What role for antibacterials. Pediatric Drugs 5 (5): 279-290.
- Phipps, J. W. and others. 1995. Medical surgical nursing concepts and clinical practice. 5<sup>th</sup> ed. St. Louts: The C. V. Mosby.
- Pillitteri, A. 1999. Child health nursing: Care of the child and family. Philadelphia: Lippincott.
- Polit, D. F., and Hungler, B. P. 1999. Nursing research: Principle and methods. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Potts, N. L., and Mandleco, B. L. 2002. Pediatric nursing: Caring for children and their families. New York: Thomson Learning.
- Pravit Yampong. 2001. The effectiveness of a health education program on preventive behavior concerning infantile diarrhea among caregivers in Klongthom district Krabi province. Master' s thesis. Department of Science Public health Major in Health education and Behavioral Sciences, Graduate school, Mahidol University.

- Robinson, k. 1990. The relationships between social skills, social support, self esteem, and burden in adult caregivers. Journal of Advanced Nursing 15: 788-795.
- Roden, J. W., and Taft, E. 1990. Discharge planning guide for nurse. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Spector, P. E. 1997. Job satisfaction: Applications, assessment, cause, and consequences. London: SAGE.
- 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. 3<sup>rd</sup> ed., p. 312. New York: Appleton & Lange.
- Wertheimer, M. S., and Kleinman, L. S. 1990. A model for interdisciplinary discharge planning for hospitalized elderly. Gerontologist 30 (6): 837-840.
- Whetstone, W. R., Olew, H., and Anne, M. 1989. Perception of self – care in Sweden: Across – culture replication. Journal of Advanced Nursing 14 (11): 962-969.
- Whitehead, R. G. 1997. Protein and energy requirement of young children living in the developing countries to allow for catch-up growth after infection. American Journal Clinical Nutrition 30: 1545-1547.
- Williams, S. 1991. Discharge planning: Whose role ? The Australian Nurses Journal 21 (5): 20-22.
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M. L., and Schwartz, P. 2001. Wong's essentials of pediatric nursing. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Wong, D. L., Hockenberry-Eaton, M., Winkelstein, M. L., Wilson, D., and Ahmann, E. 1999. Whaley & Wong's : Nursing care of infants and children. 6<sup>th</sup> ed St. Louis: Mosby.
- World Health Organization. 1993. The management and prevention of diarrhoea: Practical guidelines. 3<sup>rd</sup> ed. Macmillan: Belgium.
- World Health Organization. 1994. Programme for control of dearrhoeal diseases: Ninth programme report 1992-1993. (n. p.).



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ภาคผนวก ก

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รองศาสตราจารย์ ฟารีดา อิบราฮิม  
อดีต อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ ดร. ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา  
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์อรเพ็ญ พงศ์กล้า  
อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลแม่ และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยมิชชั่น
4. นางสยมพร จันทสร  
พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้างานป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล  
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
5. นางสาวมุกดา ส. กาญจนะชัย  
พยาบาลวิชาชีพ 7 หัวหน้าหอผู้ป่วยระบบทางเดินอาหาร และโภชนาการ  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ข

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### ชุดที่ 1: เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1. คู่มือการใช้แผนการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน
2. แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล
3. แผนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่บ้าน
4. แผ่นพับเรื่อง “ โรคอุจจาระร่วง: ป้องกันได้ด้วยตัวเอง ”

#### ชุดที่ 2: เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## คู่มือการใช้แผนการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน

การนำแผนการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ไปใช้ในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันนั้น เพื่อให้แนวทางในการปฏิบัติงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ก่อนนำไปใช้จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมของพยาบาลผู้ที่จะนำไปใช้ ในด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอน และวิธีปฏิบัติในการเตรียมจำหน่าย เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกัน โดยมีรายละเอียดตามขั้นตอนดังนี้

1 **ขั้นวินิจฉัยทางการพยาบาล** เริ่มตั้งแต่แรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และภายหลังได้รับการพยาบาลในขั้นตอนของการรับใหม่เสร็จเรียบร้อย 1 ชั่วโมงพยาบาลทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแล เพื่อระบุต้นเหตุของความเครียด และปฏิกิริยาตอบสนองต่อต้นเหตุของความเครียดของผู้ป่วยเด็ก ที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นที่จะเกิดขึ้น ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล ดังนี้

1.1 **ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยเด็กจากเวชระเบียน และการตรวจร่างกายของผู้ป่วยเด็กทุกระบบ บันทึกผลที่ได้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยเด็ก และสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแล แบบแผนการเลี้ยงดู แบบแผนการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแล เกี่ยวกับการดูแลเด็ก ความคาดหวังของผู้ดูแล และสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัวเกี่ยวกับผลของการรักษาผู้ป่วยเด็ก และสิทธิที่ใช้ในการรักษาของผู้ป่วยเด็ก โดยก่อนที่จะทำการสัมภาษณ์ พยาบาลจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลให้เกิดความคุ้นเคย เป็นกันเอง และอธิบายให้ผู้ดูแลทราบว่า ข้อมูลที่ได้ จะนำมาค้นหาปัญหา และแนวทางในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยเด็ก เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสมภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ให้มีการฟื้นฟูเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการเจ็บป่วยซ้ำ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติมากขึ้น และการสัมภาษณ์จะเป็นลักษณะของการพูดคุย ให้ผู้ดูแลเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ หรือการปฏิบัติในการดูแลเด็กของผู้ดูแล โดยไม่จำเป็นต้องเรียงลำดับตามข้อความในแบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล หากยังขาดข้อมูลในส่วนหนึ่งส่วนใด สามารถทำการสัมภาษณ์เพิ่มเติมได้ในภายหลังเมื่อผู้ดูแลมีความพร้อม หรือจากการสอบถามจากพยาบาลเวรที่ได้รับการส่งต่อการดูแล**

1.2 ในระหว่างการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จากผู้ดูแล ทำการวิเคราะห์หาปัญหาที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ไปพร้อม ๆ กัน โดยทำการวิเคราะห์ปัญหาตามการรับรู้ของพยาบาลก่อน ว่าผู้ป่วยเด็กมีปัญหา หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาอะไรได้บ้าง ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล จากนั้นจึงประเมินการรับรู้ของผู้ดูแล โดยให้ผู้ดูแลเล่าให้ฟังว่า ผู้ดูแลมีความคิดเห็น หรือมีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมเหล่านั้นอย่างไร และคิดว่าเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก และมีความจำเป็นต้องแก้ไขหรือไม่ หากผู้ดูแลยังมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง พยาบาลจะต้องอธิบายให้ข้อมูลที่เป็นจริง ให้เห็นถึงความเป็นเหตุ และผลที่จะเกิดขึ้น จนผู้ดูแลเข้าใจ และมีการรับรู้ปัญหาของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ดูแล แล้วนำมากำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

2 เป้าหมายของการพยาบาล เกิดขึ้นภายหลังการตกลงปัญหาร่วมกับผู้ดูแล ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ เน้นที่เป้าหมายในระยะยาว ทำการบันทึกปัญหาที่ได้จากการรับรู้ร่วมกันระหว่างพยาบาล กับผู้ดูแลลงในแบบบันทึกข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เรียงลำดับความสำคัญ และความเร่งด่วนของปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยเด็ก จากนั้น นำข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และเป้าหมายที่ได้ มาเทียบเคียงกับ แผนการเตรียมผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน จากนั้นจึงกำหนดแผน และกิจกรรมการพยาบาลให้สอดคล้อง เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลแต่ละราย

3 ผลลัพธ์ของการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อเตรียมผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ให้มีการฟื้นหายเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการป่วยซ้ำ ตามแผนที่วางไว้ และประเมินผลภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมดังนี้

3.1 กิจกรรมเพื่อเตรียมผู้ดูแล เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนที่วางไว้ร่วมกับผู้ดูแล ตามแผนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน และแจกแผ่นพับเรื่อง “โรคอุจจาระร่วง : ป้องกันได้ด้วยตัวเอง” กิจกรรมที่เกิดขึ้น จะเป็นการเตรียมผู้ดูแล โดยเนื้อหาของกิจกรรมการเตรียมผู้ดูแลนั้น สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ป่วยเด็กตาม ระยะเวลาป้องกันทั้ง 3 ระยะ ดังนี้

การป้องกันระยะที่ 1 เป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ดูแลให้มีพฤติกรรม การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กจากการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ลักษณะกิจกรรมการพยาบาลจะเป็นการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลโดยการสอน สาธิต และให้ผู้ดูแลฝึก

ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล รักษาอาการอุจจาระร่วงที่บ้าน ในด้านการให้อาหาร การให้ยา การเตรียม และให้สารละลายเกลือแร่ การสังเกต และให้การดูแลเมื่อมีอาการแทรกซ้อน เช่น มีไข้ เป็นต้น

การป้องกันระยะที่ 2 เป็นกิจกรรมการเตรียมผู้ดูแลให้มีพฤติกรรม การดูแล รักษาผู้ป่วยเด็กในขณะที่ยังมีอาการแสดงเหลืออยู่ ให้มีการฟื้นฟูเป็นปกติ ลักษณะ กิจกรรมการพยาบาลจะเป็นการให้ข้อมูลโดยการสอน สาธิต และให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการ ดูแลผิวหนังบริเวณก้นที่มีการอักเสบให้หายเป็นปกติ

การป้องกันระยะที่ 3 เป็นกิจกรรมการผู้ดูแลให้มีพฤติกรรมในการป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยเด็กเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำ ลักษณะกิจกรรมจะเป็นการสอน สาธิต และให้ผู้ดูแลฝึก ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำ ในด้านการล้างมือ การเตรียม ป้อน อาหารให้เด็ก และการกำจัดอุจจาระของผู้ป่วยเด็กที่ถูกต้อง

การปฏิบัติกิจกรรมการเตรียมผู้ดูแลในแต่ละระยะของการป้องกัน จะมีการ สนับสนุน แนะนำ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหา หรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งทำการ ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน และภายนอกหน่วยงานตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลแต่ละราย

3.2 การประเมินผลเกิดขึ้นภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อ ประเมินผลของการปฏิบัติว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ และเพื่อการกำหนดเป้าหมายใหม่ บันทึกลง และส่งต่อผลการปฏิบัติ ให้กับพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อส่งต่อผลการปฏิบัติไปยัง พยาบาลเวรป่วย และเวรตึกต่อไป ลักษณะของการปฏิบัติกิจกรรมการเตรียมจำหน่ายจะเป็นไป อย่างต่อเนื่อง โดยทำการประเมินปัญหาร่วมกับผู้ดูแลว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขหมดไปแล้ว หาก พบว่ายังมีปัญหาเหลืออยู่ หรือมีปัญหาคือใหม่เกิดขึ้น จะให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผน ที่วางไว้จนกว่าจะบรรลุ เป้าหมายที่วางไว้ และปฏิบัติเช่นเดียวกันนี้ทุกวันจนกว่าผู้ป่วยเด็กจะ ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จุดเน้นที่สำคัญในระหว่างการดำเนินการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน คือ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เด็กในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติ ตั้งแต่การตกลง รับรู้ปัญหาร่วมกัน การกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยเด็ก และทรัพยากรที่มี อยู่ รวมทั้งการประสานงาน ส่งต่อผลการปฏิบัติจากพยาบาลเวรหนึ่ง ไปสู่เวรต่อ ๆ ไป เพื่อให้เกิด การดูแลที่ต่อเนื่อง สามารถแก้ไขปัญหาคือใหม่ของผู้ป่วยเด็กที่เกิดขึ้น หรือมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้

## แบบประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล

### ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล..... อายุ..... ปี

ระดับการศึกษาชั้นสูงสุด..... อาชีพ.....

ความเกี่ยวข้องกับเด็ก เป็น.....

ประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง  เคย  ไม่เคย

ที่อยู่ปัจจุบัน และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....

.....

### ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก

ชื่อ ดช./ดญ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี .....เดือน

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

วันที่รับไว้ในโรงพยาบาล..... วันที่จำหน่าย.....

### สิ่งแวดล้อมภายในบุคคลของผู้ป่วยเด็ก

#### 1. โครงสร้างพื้นฐาน

น้ำหนักของเด็กก่อนการเจ็บป่วย.....กิโลกรัม ชั่งเมื่อ.....

น้ำหนักเมื่อแรกรับ.....กิโลกรัม ส่วนสูง.....เซนติเมตร

ระดับโภชนาการ  ปกติ  ไม่ปกติ (ระบุ).....

การได้รับวัคซีน  ครบ  ไม่ครบ (ระบุ).....  ไม่ทราบ

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

#### 2. แนวการต่อต้าน

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล.....

ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน.....

ลักษณะของอุจจาระ.....ปีสภาวะครั้งสุดท้าย.....ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

การวินิจฉัยโรค.....

สัญญาณชีพ : อุณหภูมิ.....องศาเซลเซียส อัตราการหายใจ.....ครั้ง/นาที

ชีพจร.....ครั้ง/นาที ความดันโลหิต.....มิลลิเมตรปรอท

## การประเมินภาวะขาดน้ำ

	ไม่ขาดน้ำ	ขาดน้ำบ้าง	ขาดน้ำรุนแรง
สังเกตอาการทั่วไป  ตา น้ำตา ปากและลิ้น อาการกระหายน้ำ รอยคิบบของผิวหนัง	<input type="checkbox"/> สบายดี  <input type="checkbox"/> ปกติ <input type="checkbox"/> มี <input type="checkbox"/> เปียกชื้น <input type="checkbox"/> ดื่มปกติไม่หิวน้ำ <input type="checkbox"/> คื่นตัวกลับเร็ว	<input type="checkbox"/> กระสับกระส่าย งอแง *  <input type="checkbox"/> ตาลึกโหล <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แห้ง <input type="checkbox"/> กระหายน้ำตลอดเวลา * <input type="checkbox"/> คื่นตัวกลับช้า < 2 วินาที *	<input type="checkbox"/> ซึม ไม่รู้สึกตัว ตัวอ่อน ปวกเปียก ** <input type="checkbox"/> ตาลึกโหลมาก <input type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> แห้งมาก <input type="checkbox"/> ดื่มน้ำได้น้อยหรือดื่มไม่ได้ ** <input type="checkbox"/> คื่นตัวกลับช้า > 2 วินาที **
การประเมิน		ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้างบน 2 อย่างหรือมากกว่า รวมทั้งอาการที่มีเครื่องหมาย * 1 อาการ ถือว่า มีอาการขาดน้ำ บ้าง	ถ้าผู้ป่วยมีอาการข้างบน 2 อย่างหรือมากกว่ารวมทั้ง อาการที่มีเครื่องหมาย ** 1 อาการ ถือว่า มีอาการขาดน้ำ รุนแรง

ระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ  ไม่ขาดน้ำ  ขาดน้ำบ้าง  ขาดน้ำรุนแรง

### การตรวจร่างกาย

ระบบทางเดินอาหาร .....

ระบบทางเดินหายใจ .....

ระบบทางเดินปัสสาวะและอวัยวะสืบพันธุ์ .....

ระบบหัวใจและหลอดเลือด .....

ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ .....

ระบบประสาท .....

ระบบผิวหนัง .....

ระบบต่อมไร้ท่อ .....

## การรับรู้ของผู้ดูแล

สรุปการรับรู้ปัญหา  
ร่วมกันระหว่างพยาบาล  
กับผู้ดูแล

## สิ่งแวดล้อมภายในบุคคล

## แนวการป้องกันปกติ

## แบบแผนการเลี้ยงดู

1) ประเภท และปริมาณของอาหาร และน้ำที่เด็กได้รับในแต่ละวัน

ประเภทของอาหารปริมาณ นมแม่ ..... นมผสม ยี่ห้อ.....อัตราส่วนการผสม.....

น้ำ.....ออนซ์ นม.....ช้อน

จำนวน.....ออนซ์/วัน

 นมกล่อง ..... ข้าว ..... อาหารอื่น ๆ ..... น้ำต้มสุก ..... น้ำกรอง ..... น้ำอื่น ๆ .....

2) การดูแลความสะอาดของอาหาร และน้ำสำหรับเด็ก

- วิธีการทำความสะอาดภาชนะใส่อาหาร.....

.....

- วิธีการทำความสะอาดขวดนม.....

.....

- วิธีการเขย่าขวดนมเพื่อให้นมผสมละลาย.....

.....

- วิธีจัดการกับนมที่เด็กดื่มไม่หมดในมือนั้น.....

.....



แผนการเตรียมผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่บ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ของผู้ป่วยเด็ก	เป้าหมาย	กิจกรรมการเตรียมผู้ดูแล	เกณฑ์การ ประเมินผล พฤติกรรม
<p><u>การป้องกันระยะที่ 1</u></p> <p>1. ผู้ป่วยเด็กอาจเกิดภาวะขาดน้ำภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เนื่องจาก</p> <p>1.1 ผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะขาดน้ำ</p>	<p>ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลไม่ให้เกิดภาวะขาดน้ำ</p>	<p>1. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการประเมินภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ซึ่งหากผู้ดูแลสามารถประเมินภาวะขาดน้ำได้เร็ว จะสามารถให้การดูแลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำให้แก่ผู้ป่วยเด็ก ช่วยลดความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วงได้</p> <p>2. สอนวิธีการประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่เหมาะสมตามความรู้ของผู้ดูแลแต่ละราย แบ่งเป็นระดับของภาวะขาดน้ำ คือ ไม่มีภาวะขาดน้ำ มีภาวะขาดน้ำบ้าง และมีภาวะขาดน้ำรุนแรง ซึ่งสามารถประเมินภาวะของการขาดน้ำได้จากการสังเกตจากอาการทั่วไป ตา น้ำตา ปากและลิ้น อาการกระหายน้ำ และผิวหนัง ดังนี้คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ไม่มีภาวะขาดน้ำ เป็นระยะแรกๆที่เริ่มถ่าย ผู้ป่วยเด็กจะยังไม่มีอาการขาดน้ำปรากฏให้เห็น</li> <li>- มีภาวะขาดน้ำบ้าง เด็กจะกระสับกระส่าย ร้องอแง ตาลึกโหล ปากแห้ง กระหายน้ำ ขอตีมาน้ำบ่อย ผิวหนังเมื่อจับตึงจะคืนตัวกลับช้ากว่า 2 วินาที โดยมีอาการตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป</li> <li>- มีภาวะขาดน้ำรุนแรง เด็กจะตัวอ่อน หรือไม่รู้สึกรู้สึกร่างกาย ตาลึกโหลมาก เวลาร้องไห้ไม่มีน้ำตา ปากแห้งมาก ตีมาน้ำน้อย หรือไม่ตีมเลย ผิวหนังจับตึงแล้วคืนตัวกลับ</li> </ul>	<p>ผู้ดูแลสามารถบอกวิธีการประเมินภาวะขาดน้ำในเด็กได้ถูกต้อง</p>

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ของผู้ป่วยเด็ก	เป้าหมาย	กิจกรรมการเตรียมผู้ดูแล	เกณฑ์การ ประเมินผล พฤติกรรม
		<p>ช้ามากกว่า 2 วินาที โดยมีอาการรวมกันตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป</p> <p>3. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามในส่วนที่ยังไม่เข้าใจ เกี่ยวกับวิธีการประเมินภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยเด็ก และตอบคำถามโดยใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย</p> <p>4. สาธิตวิธีการประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็ก และให้ผู้ดูแลฝึกสังเกต และประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็กหาก ผู้ดูแลยังประเมินภาวะขาดน้ำได้ไม่ถูกต้อง ทำการแนะนำและยกตัวอย่างซ้ำ จนผู้ดูแลสามารถประเมินได้ถูกต้อง</p> <p>5. ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็กในขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้ผู้ดูแลประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็กในขณะทำการสอน เพื่อให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็ก</p>	

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ของผู้ป่วยเด็ก	เป้าหมาย	กิจกรรมการเตรียมผู้ดูแล	เกณฑ์การ ประเมินผล พฤติกรรม
1.2 ผู้ดูแลขาดความรู้ และมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเพื่อป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ		<p>1. อธิบายให้ผู้ดูแลทราบถึง ความสำคัญของการป้องกันและแก้ไขภาวะขาดน้ำในผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงซึ่ง จะช่วยลดความรุนแรงของโรค การเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากภาวะขาดน้ำ และสามารถทำได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <p>2. ให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ ดังนี้ คือ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- การป้องกันภาวะขาดน้ำ เป็นการดูแลให้ของเหลวหรือสารละลายเกลือแร่แก่เด็กเมื่อเริ่มมีอาการอุจจาระร่วง เพียง 1-2 ครั้ง และยังไม่มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำให้เห็น</li> <li>- แก้ไขภาวะขาดน้ำ เป็นการให้ของเหลว หรือสารละลายเกลือแร่แก่เด็กที่มีอาการอุจจาระร่วง และมีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำให้เห็น</li> </ul> <p>การป้องกัน และแก้ไขภาวะขาดน้ำ อย่างรวดเร็วตั้งแต่ที่บ้านทำได้โดยการให้อาหารและเครื่องดื่มที่ใช้อยู่ภายในบ้าน เช่น น้ำแกงจืด น้ำมะนาว น้ำข้าว หรือสารละลายน้ำตาล เกลือแร่ ที่เตรียมขึ้นเองภายในบ้าน</p> <p>3. สาธิตวิธีการเตรียมสารละลายเกลือแร่ที่ถูกต้อง และให้ผู้ดูแลได้ทดลอง เติมน้ำดื่มหรือสารละลายเกลือแร่ให้เด็ก โดยให้ช้อนตวงน้ำดื่ม ดังนี้</p> <p>การเตรียมสารละลายเกลือแร่ด้วยผงเกลือแร่สำเร็จรูป (ของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี) ให้ผงเกลือแร่ 1 ช้อน ต่อน้ำดื่มสุกที่เย็นแล้ว 1 แก้ว (240 ซีซี หรือ 8 ออนซ์)</p>	<p>ผู้ดูแลสามารถบอก วิธีกับ ผู้ดูแลเพื่อ ป้องกัน และแก้ไข ภาวะขาดน้ำ ใน ผู้ป่วยเด็ก และ สามารถปฏิบัติได้ ถูกต้อง</p>

## จำเป็นหรือไม่ที่ต้องใช้ยา

อุจจาระร่วงส่วนใหญ่จะหายได้เอง ถ้าให้การป้องกัน และรักษาภาวะการขาดน้ำ และให้อาหารที่เหมาะสม การกินยาหยุดถ่ายหรือยาแก้ท้องเสีย ทำให้ลำไส้ต้องเก็บกักเชื้อโรควัณโรคขึ้น นอกจากนั้นการใช้ยาหยุดถ่ายเกินขนาดในเด็กเล็ก อาจเกิดภาวะพิษได้ ซึ่งเป็นอันตรายมาก การกินยาปฏิชีวนะหรือยารักษาเชื้อ โดยไม่จำเป็นอาจกระตุ้นให้เกิดการแพ้ยา หรือดื้อยาได้ การใช้ยาควรอยู่ใน การดูแลของแพทย์ และควรปรึกษาแพทย์ ก่อนการใช้ยาใดๆ



## การป้องกันเพื่อไม่ให้เกิดโรคอุจจาระร่วง

- ล้างมือ ให้สะอาดด้วยสบู่ และน้ำสะอาด ทุกครั้งก่อนปรุง หรือรับประทานอาหาร และภายหลังถ่ายอุจจาระ
- ดื่มน้ำสะอาด ถ้าเป็นน้ำดื่มสุกจะดีที่สุด และเลือกซื้อน้ำแข็งที่ถูกต้องอนามัย



- เลือกรับประทานอาหารที่สะอาด สุกใหม่ๆ
- ไม่ควรรับประทานอาหารที่สุกๆดิบๆ หรืออาหารที่มีแมลงวันตอม หากจะเก็บอาหารที่เหลือจากการรับประทาน หรือ อาหารสำเร็จรูปที่ซื้อไว้ ควรเก็บไว้ในตู้เย็น และอุ่นให้ร้อนทุกครั้งก่อนรับประทาน



- ผักหรือผลไม้ ก่อนรับประทาน ให้ล้างด้วยน้ำสะอาดหลายๆ ครั้ง
- ส่งเสริม ให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อให้มีภูมิคุ้มกันโรค
- ขวดนม ล้างให้สะอาดแล้วต้ม ในน้ำเดือด 10 - 15 นาที



- กำจัดขยะมูลฝอย เพื่อไม่ให้เป็นที่แหล่งเพาะพันธุ์ของแมลงวัน เช่น อุจจาระเด็ก กำจัด หรือทิ้งในที่มิดชิด
- ถ่ายอุจจาระ ในส้วมที่ถูกสุขลักษณะ



## โรคอุจจาระร่วง

.....ป้องกันได้ด้วยตัวเอง.....



สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### โรคอุจจาระร่วง

หมายถึง การถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งต่อวัน หรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกหรือมูกปนเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปภายใน 1 วัน (เด็กแรกเกิดที่กินนมแม่อาจถ่ายอุจจาระนิ่มเหลว ไม่มีมูกปนเลือดหรือกลิ่นเหม็น โดยไม่มีอาการอ่อนเพลีย อาเจียน หรือเป็นไข้ ถือว่าปกติ)

### อันตรายจากโรคอุจจาระร่วง

อุจจาระร่วงทำให้ร่างกายขาดน้ำ และเกลือแร่ไปพร้อมกับอุจจาระจำนวนมาก จนอาจทำให้ช็อคหมดสติ และถึงแก่ความตายได้ โดยเฉพาะในเด็กเล็ก



### สาเหตุ

อุจจาระร่วงที่เกิดจากการติดเชื้อมีสาเหตุจากการรับประทาน อาหารและเครื่องดื่มที่ไม่สะอาด การไม่ล้างมือให้สะอาด ก่อนการเตรียมหรือปรุงอาหาร และภาชนะสกปรก หรือมี เชื้อโรคปะปน

### ควรปฏิบัติตัวดังต่อไปนี้ เมื่อเกิดอาการ โรคอุจจาระร่วงที่บ้าน

1. กินหรือดื่มของเหลวมากกว่าปกติ เพื่อป้องกันการขาดน้ำ และเกลือแร่ ได้แก่ สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ โอ อาร์ เอส น้ำแกงจืด หรือน้ำข้าวใสเกลือ

2. รับประทานอาหารเพื่อป้องกันการขาดสารอาหาร ดังนี้

- เด็กที่เลี้ยงด้วยนมแม่ให้ลูกดูดนมแม่มากขึ้น
- เด็กที่กินนมผสม ให้ผสมนมตามปกติ แล้วให้กินครึ่งหนึ่งสลับกับสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ โอ อาร์ เอส อีกครึ่งหนึ่งปริมาณเท่ากับนมที่เคยกินตามปกติ



เด็กอายุ 6 เดือนขึ้นไป ให้อาหารเหลวที่ย่อยง่ายเช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ปลายต้ม เนื้อสัตว์ต้มเปื่อย เป็นต้น

■ ผู้ใหญ่ รับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย

3. พาผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่ออาการไม่ดีขึ้น ดังนี้

- ยังคงถ่ายเป็นน้ำจำนวนมาก
- อาเจียนบ่อย
- กินอาหาร หรือดื่มน้ำไม่ได้ มีไข้
- กระหายน้ำมากกว่าปกติ
- อ่อนเพลียมาก ตาลึกไหล
- ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด



### วิธีกินสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ โอ อาร์ เอส ในแต่ละครั้งที่ถ่ายอุจจาระ



■ เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (กินครั้งละ 1/4 - 1/2 แก้วน้ำ) ควรใช้ช้อนตักป้อนบ่อยๆ 1 ช้อนชา ทุก 1-2 นาที เพื่อให้ย่อย และดูดซึมได้ทัน

■ เด็กอายุมากกว่า 2 ปี - 10 ปี (กินครั้งละ 1/2 - 1 แก้วน้ำ) โดยให้จิบจากแก้วน้ำบ่อยๆ ไม่ควรให้เด็กดูดจากขวดนม เพราะเด็กกระหายน้ำจะดูดอย่างรวดเร็วจนได้รับสาร น้ำปริมาณมากในครั้งเดียว จะทำให้เกิดอาการ อาเจียนหรือดูดซึมไม่ทัน ทำให้ถ่ายมากขึ้น



- ถ้าอาเจียนให้หยุดพักสัก 10 นาที แล้วค่อยป้อนใหม่ช้าๆ
- อายุ 10 ปี ขึ้นไป (กินครั้งละ 1 แก้วน้ำขึ้นไป) โดยกินทีละน้อยๆ แต่บ่อยๆ



### วิธีผสมสารละลายน้ำตาลเกลือแร่ โอ อาร์ เอส



■ ผสมผงน้ำตาลเกลือแร่ โอ อาร์ เอส 1 ซอง ในน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว 1 แก้ว (240 ซีซี)

■ ถ้าไม่มีอาจเตรียมเอง โดยใช้เกลือแกงครึ่งช้อนชา และน้ำตาลทราย 2 ช้อนโต๊ะ ละลายในน้ำต้มสุก 1 ขวด น้ำปลากลม (750 ซีซี) หากผสมแล้วกินไม่หมดภายใน 1 วัน (24 ชั่วโมง) ให้เททิ้งและผสมใหม่



## แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

### คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษาวิจัย เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ ผลของการเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ”

แบบสัมภาษณ์นี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

### ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก

ชื่อ ด.ญ. / ด.ช. .... อายุ .....ปี .....เดือน

วันที่รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล.....

วันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล.....

### ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก

ชื่อ นาย / นาง / นางสาว.....อายุ.....

อาชีพ.....ระดับการศึกษา.....

ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก.....

ประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน  เคย  ไม่เคย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

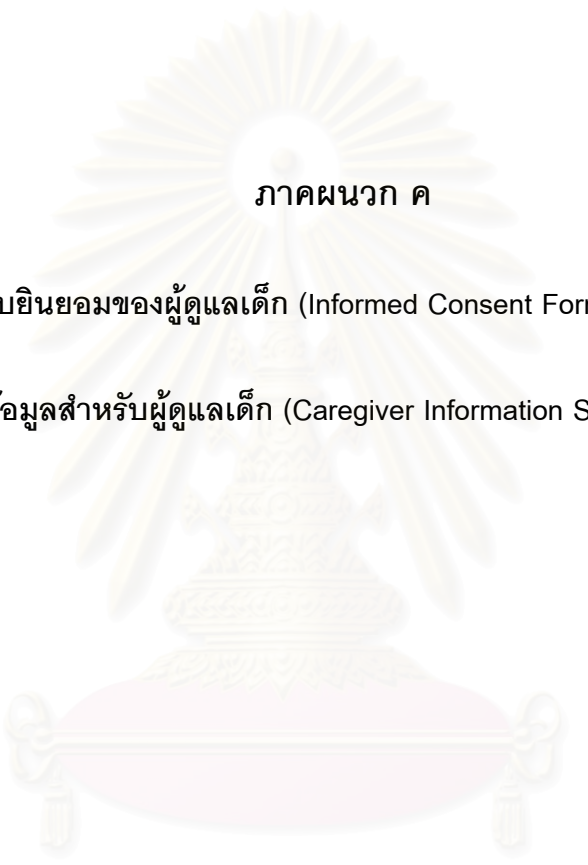
**คำชี้แจง** ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [ ] ของแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อ ตามสภาพความเป็นจริงที่ผู้ตอบบอกเล่า

ทำทุกครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ในข้อนั้น ๆ เกิดขึ้น
ทำเป็นส่วนมาก	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นแทบทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ในข้อนั้น ๆ เกิดขึ้น
ไม่ค่อยได้ทำ	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งที่มีเหตุการณ์ในข้อนั้น ๆ เกิดขึ้น
ไม่เคยทำเลย	หมายถึง	ไม่เคยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยเมื่อมีเหตุการณ์ในข้อนั้น ๆ เกิดขึ้น

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ข้อความ	ทำ ทุกครั้ง	ทำเป็น ส่วนมาก	ไม่ค่อย ได้ทำ	ไม่เคย ทำเลย
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เมื่อเด็กมีไข้ ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้</li> <li>1. ใช้ผ้าชุบน้ำ 2-3 ผืน วางบริเวณหน้าผาก ซอกคอ รักแร้ และข้อพับต่าง ๆ</li> <li>2. เช็ดตัวให้เด็กจนกว่าตัวจะเย็นลง</li> <li>3. ห่มผ้าหนา ๆ ให้เด็กเมื่อหนาวสั่น</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>● เมื่อเด็กมีอาการท้องเสีย ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้</li> <li>4. สังเกตลักษณะ สี กลิ่นที่ผิดปกติ ของอุจจาระ</li> <li>5. นับจำนวนครั้งของการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ</li> <li>6. ให้เด็กดื่มสารละลายเกลือแร่</li> <li>7. ให้ดื่มสารละลายเกลือแร่โดยป้อนด้วยช้อน ครั้งละน้อย ๆ</li> <li>8. ใช้น้ำล้างทำความสะอาดก้นให้เด็กทันทีที่ถ่ายอุจจาระ</li> <li>9. ใช้ผ้าสะอาดซับน้ำที่ก้นให้แห้ง</li> <li>10. ล้างมือของท่าน หลังล้างก้นให้เด็กด้วยน้ำและสบู่</li> <li>11. ทิ้งอุจจาระของเด็กในส้วม</li> <li>12. สังเกตอาการอ่อนเพลีย กระหายน้ำ กระสับกระส่าย ร้องอแงของเด็ก</li> <li>13. ให้เด็กรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม</li> </ul>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>● การดูแลเด็กท้องเสียเรื่องอาหาร และน้ำดื่ม</li> <li>14. ล้างมือของท่านด้วยน้ำและสบู่ก่อนป้อนอาหารให้เด็ก</li> <li>15. ล้างมือให้เด็กเมื่อสกปรก หรือเปื้อน</li> <li>16. ใช้นิ้วพับจุกนมแล้วเขย่าให้นมละลาย</li> <li>17. ใช้ฝาครอบจุกนมไว้ ขณะที่เด็กยังไม่รับประทาน</li> <li>18. ต้มขวดนมที่ล้างทำความสะอาดแล้วในน้ำที่เดือดอย่างน้อย 15 นาที ก่อนนำไปใช้</li> </ul>				



ภาคผนวก ค

ใบยินยอมของผู้ดูแลเด็ก (Informed Consent Form)

ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลเด็ก (Caregiver Information Sheet)

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ใบยินยอมของผู้ดูแลเด็ก (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎี  
การพยาบาลของนิวแมน ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

เลขที่ ของผู้ดูแลเด็ก .....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาวมลวิภา เสียงสุวรรณ ที่อยู่ หอผู้ป่วย  
กุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ. เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84000 ซึ่งได้ลงนามด้าน  
ท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี  
ผลข้างเคียง ที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่  
เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจากการเข้าร่วม  
ศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และยอมรับผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และจะ  
ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจาก  
การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที  
ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้ทำการวิจัย เพื่อประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้  
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....

สถานที่ / วันที่

.....

ลงนามผู้ดูแลเด็ก

.....

สถานที่ / วันที่

.....

(นางสาวมลวิภา เสียงสุวรรณ)

ลงนามผู้วิจัยหลัก

.....

(.....)

สถานที่ / วันที่

ลงนามพยาน

## ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลเด็ก (Caregiver Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้  
ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมาน ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของ  
ผู้ดูแล
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวมลวิภา เสี่ยงสุวรรณ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 077-282231 โทรศัพท์ที่บ้าน 077- 221141  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 09-7298120 E-mail : molvipa.s student @ chula.ac.th
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
  - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องข้องกับการศึกษาผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรค  
อุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวมาน ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล
  - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระ  
ร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับการเตรียม  
จำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวมาน
  - 4.3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลองที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก  
โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล ที่เข้าร่วมในการวิจัยนี้ ข้อมูลซึ่งอาจจะไปถึงผู้ป่วยเด็ก และ  
ผู้ดูแล จะถูกถอดออกเป็นรหัส ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแล
5. รายละเอียด และขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้จะเก็บ  
ข้อมูลทั่วไปจากเวชระเบียนของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และการสัมภาษณ์ผู้ดูแล โดย  
แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการเตรียม  
จำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวมาน ดังนี้
  - 5.1 กลุ่มที่ 1 จะได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำการ  
ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 ที่จัดให้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตั้งแต่แรกรับ  
จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยการประเมินปัญหาของผู้ป่วย การให้การ  
พยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบในแต่ละราย ควบคู่ไปกับแผนการรักษาของแพทย์ รวมทั้งการ  
วางแผนเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล
  - 5.2 กลุ่มที่ 2 จะได้รับการเตรียมจำหน่ายโดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวมาน  
เพิ่มเติมจากการพยาบาลตามปกติ โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้การเตรียมจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ

จนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การกำหนด ปัญหา การกำหนดเป้าหมาย และวางแผนในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลร่วมกับผู้ดูแล การให้ความรู้กับ ผู้ดูแลโดยการสอน สาธิต การให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ การสนับสนุน แนะนำให้คำปรึกษา และการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพ ปัญหาของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย

6. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาว มลวิภา เสียงสุวรรณ ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์ มือถือ 09-7298120

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ดูแลทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า

8. ข้าพเจ้าได้ทราบข้อมูลของโครงการข้างต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสียที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้ และข้าพเจ้ายินยอมที่จะเข้าร่วมโครงการดังกล่าว

9. ข้าพเจ้า มีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ข้าพเจ้าจะได้รับ แต่ประการใด

10. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลที่เข้าร่วมในการวิจัยนี้

11. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแลจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้ โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้

12. จำนวนของผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแลโดยประมาณที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 40 คู่

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่ม  
วิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ วิทยาลัยการสาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 88183

ที่ ศร 0512.25/ศอช/2547

วันที่ ๒๕ มิถุนายน 2547

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมฯ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

จากการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ครั้งที่ 5/2547 เมื่อวันที่ ๒๐ พฤษภาคม 2547 ที่ประชุม  
ได้พิจารณาจริยธรรมการวิจัยของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ปวยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดย  
ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวมานต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล” (The Effect of Discharge Planning for  
Pediatric Patients with Acute Diarrhea Using the NEUMAN Systems Model on Childcare Behaviors of  
Caregivers) ซึ่งมี นางสาวมลวิภา เสียงสุวรรณ เป็นผู้วิจัยหลัก

ที่ประชุมมีมติให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ



(รองศาสตราจารย์นายแพทย์บิริดา ทันประติษฐ์)

ประธานกรรมการ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สำเนาเรียน นางสาวมลวิภา เสียงสุวรรณ

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวมลวิภา เสียงสุวรรณ เกิดเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม 2516 ภูมิลำเนา จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตร พยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี เมื่อปี พ.ศ. 2539 เริ่มรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5 หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เมื่อปี พ.ศ. 2545



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย