

ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ
ของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พุทธิกรรมการดูแลเด็กของครอบครัว
และความพึงพอใจในบริการพยาบาล



เรื่อตรีหญิง สรณี อักษรกวน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN: 974-14-2433-7

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECTS OF USING NURSING SERVICE PROGRAM EMPHASIZING FAMILY PARTICIPATION
ON RE-ADMISSION OF CHILDREN WITH PNEUMONIA, CARING BEHAVIOR OF
FAMILY CAREGIVERS, AND SATISFACTION WITH NURSING SERVICE

Sub Lieutenant Soranee Augsornguan



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

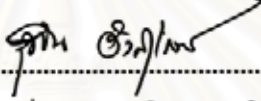
Chulalongkorn University

Academic Year 2005

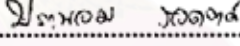
ISBN: 974-14-2433-7

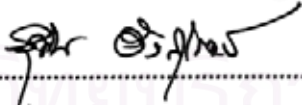
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
ต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
พฤติกรรมดูแลเด็กของครอบครัว และความพึงพอใจในบริการ
พยาบาล
โดย เรือตรีหญิง สรณี อักษรกวน
สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์

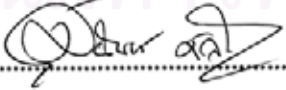
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารการพยาบาล


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)


.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ร.ศ.อ.หญิง ดร. บุพิน อังสุโรจน์)


.....กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพันธ์ ศลโกสุม)

สรณี อักษรกวน : ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กของครอบครัวและความพึงพอใจในบริการพยาบาล (EFFECTS OF USING NURSING SERVICE PROGRAM EMPHASIZING FAMILY PARTICIPATION ON RE-ADMISSION OF CHILDREN WITH PNEUMONIA, CARING BEHAVIOR OF FAMILY CAREGIVERS, AND SATISFACTION WITH NURSING SERVICE) อ. ที่ปรึกษา : รศ. ร.ต.อ.หญิง ดร. อุพิน อังสุโรจน์, 140 หน้า. ISBN 974-14-2433-7

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กของครอบครัว และความพึงพอใจในบริการพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและครอบครัว จำนวน 30 คน ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมาร โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า และแบ่งเป็น 2 กลุ่ม จับคู่อายุและระดับการศึกษาของครอบครัว กลุ่มตัวอย่าง 15 คนแรกจัดเป็นกลุ่มควบคุม ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนดำเนินการทดลอง ส่วนกลุ่มตัวอย่างอีก 15 คนหลังจัดเป็นกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม แบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล ได้รับการตรวจสอบความเที่ยง ได้ค่าสัมประสิทธิ์การรอนบาคของอัลฟาเท่ากับ 0.94 และ 0.91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และทดสอบความแตกต่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U-Test

ผลการวิจัยพบว่า

1. อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสวก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน
2. พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบกกลุ่มหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลระหว่างครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบกกลุ่มหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล.....ลายมือชื่อ.....*สรณี อักษรกวน*
ปีการศึกษา.....2548.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....*สรณี อักษรกวน*

458 38177 27 : MAJOR ART EDUCATION

KEYWORDS: THE MANAGEMENT OF ART EDUCATION INSTRUCTION, EXCEPTIONAL CHILDREN, MAINSTREAM CLASSES

SARINEE KASEMSAN: A STUDY OF ART TEACHERS AND EXPERTS' VIEWPOINTS

TOWARD MAINSTREAM CLASSES MANAGEMENT FOR EXCEPTIONAL CHILDREN IN ART EDUCATION SUBJECT. THESIS ADVISOR : ASST.PROF. SULAK SRIBURI, Ed.D., 321 pp.

ISBN : 974-53-2780-8

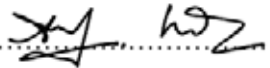
The purpose of this research was to study the viewpoints of art teachers and experts toward mainstream classes management for exceptional children in art education subject in aspect of teachers, students, curriculum, teaching method, and physical atmosphere and environment.

The research sampling group were 69 art teachers under the jurisdiction of the Bangkok Education Service Area Office, 15 experts in area of special education, art education, and art education for exceptional children. The research instruments were questionnaire and interview form. The data were analysis by means of arithmetic mean, standard deviation, percentage, and content analysis.

The research findings were found that most art teachers agreed at the high level in all aspects which were the followings, 1 In aspect of teachers, art teachers in mainstream classes should get welfare and comfortableness, 2 In aspect of students, the art experienced comers should be provided for exceptional students, 3 In aspect of curriculum, the curriculum should be ordered the content of art subject from near matter to far matter as well as from easy matter to difficult matter, 4 In aspect of teaching method, it should be collected data of exceptional children by using case study technique, the instructional media should be variety, the measurement and evaluation should be assessed the development of students continuously, 5 In aspects of physical atmosphere and environment, the cleaning equipment should be prepared in art classroom.

The viewpoints of the experts were as followings, 1 In aspect of teachers, the teachers in mainstream classes should graduate in art education or special education, 2 In aspect of students, the management of art education instruction, the teachers should let students participate in every steps of art activities, 3 In aspect of art curriculum, the content should be interesting and ordered from easy matter to difficult matter, 4 In aspect of teaching method, it should be collected data particularly of exceptional children by a case study, the various instructional media should be used in art subject, one assessments as well as evaluation method could not confirm students ability, 5 In aspect of physical atmosphere and environment, adding more comfortable accessories in art classroom was necessary.

The important issues from the suggestions were, 1 the teachers and personal who involved in mainstream class management in art education course should search new knowledge for application, 2 students should be ready to adjust themselves in mainstream class, 3 the curriculum should design for mainstream exceptional children, 4 the teaching method, the mainstream class should be managed by using instructional media for both student groups, the evaluation criteria should not be the same for both student groups, 5 the physical atmosphere and environment, the therapy class should be provided for developing knowledge and ability skill of students, as well as it's as an exceptional children data center.

Department....Art, Music and Dance Education ...Student's signature.....

Field of study.....Art Education.....Advisor's signature.....

Academic year.....2005.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดีจาก รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ อาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้สละเวลาให้ คำปรึกษาแนะนำและตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้กำลังใจอย่างดีเสมอมาผู้วิจัย รู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ สลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้ คำแนะนำ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และประสบการณ์ที่มีคุณค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาการศึกษา ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่เสียสละเวลาให้ข้อคิดเห็น และตรวจแก้ เครื่องมือ

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่พยาบาลหอผู้ป่วยกุมาร โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ได้ข้อมูลอันมีค่าต่อการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้บังคับบัญชาและผู้ร่วมงานทุกท่านที่เป็น กำลังใจให้ผู้วิจัยมาตลอด

ขอขอบพระคุณบิดา มารดาที่เป็นกำลังใจตลอดระยะเวลาในการศึกษา ขอขอบพระคุณ ผู้บังคับบัญชา พี่ ๆ เพื่อน ๆ ผู้ร่วมงาน และพี่ ๆ เพื่อน ๆ นิสิตร่วมรุ่นรวมทั้งกัลยาณมิตรทุกท่านที่ ให้ความช่วยเหลือ เป็นกำลังใจซึ่งกันและกันตลอดมา และขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้สนับสนุนเงินทุนบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อ	
ภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
ปัญหาการวิจัย.....	6
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม.....	15
การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ.....	17
การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ.....	22
การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ.....	38
พฤติกรรมดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว.....	41
ความพึงพอใจในบริการพยาบาล.....	45
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	52
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	55
การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล.....	66

การวิเคราะห์ข้อมูล.....	72
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	86
สรุปผลการวิจัย.....	87
อภิปรายผล.....	87
ข้อเสนอแนะ.....	93
รายการอ้างอิง.....	94
ภาคผนวก.....	102
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	103
ภาคผนวก ข เอกสารพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	105
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง.....	111
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง.....	122
ภาคผนวก จ แผนการสอน เรื่องรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก โรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม.....	124
ภาคผนวก ฉ แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ แบบครอบครัวมีส่วนร่วม.....	128
ภาคผนวก ช แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัว ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็ก ของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ.....	131
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	140

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 การจับคู่กลุ่มตัวอย่าง ครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ตามของ อายุ และระดับการศึกษา.....	55
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ ของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ อายุและระดับการศึกษาของมารดา.....	76
3 อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ.....	77
4 คะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว.....	78
5 คะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ	81
6 แสดงผลการปฏิบัติ ตามคู่มือการใช้รูปแบบบริการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม.....	85



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การจัดรูปแบบการบริการพยาบาลหรือการออกแบบระบบบริการพยาบาลมีความสำคัญต่อการบริหารงาน เพื่อให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญขององค์กร ในสถานการณ์ปัจจุบันซึ่งเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงระบบบริการสุขภาพ รัฐบาลมีนโยบายชัดเจนในการปรับปรุงการใช้ทรัพยากรและบุคลากร โดยจะเห็นได้จากนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การปฏิรูประบบราชการและการปฏิรูประบบสุขภาพ งบประมาณที่ได้รับจากส่วนกลางมีจำกัดตามจำนวนหัวของประชากรที่ขึ้นทะเบียน มีการนำเงื่อนไขของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมมาใช้ (Diagnosis Related Group: D.R.G) กล่าวคือมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่แน่นอนของการอยู่โรงพยาบาลและจำกัดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาล ซึ่งจำแนกตามการวินิจฉัยโรค (สุทธิสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, 2542) เป็นเงื่อนไขที่ทำให้โรงพยาบาลจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ภายในระยะเวลาที่ระบุไว้ใน D.R.G. ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวมิได้ยาวนานพอที่จะทำให้ผู้ป่วยหายเจ็บไข้จากโรคโดยสิ้นเชิง แต่อยู่โรงพยาบาลได้เท่าที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรสุขภาพ และสามารถกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ สถานบริการสุขภาพจึงจำเป็นต้องใช้ทรัพยากรให้เกิดความคุ้มค่า คุ่มทุน มีประสิทธิผลสูงสุด เพื่อสนองตอบปัญหาการวิจัยและความต้องการการดูแลรักษา อันได้แก่ความต้องการบริการที่ดี ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ รวมถึงการที่ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปดูแลสุขภาพต่อได้ที่บ้าน โดยไม่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือการป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

จากแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ที่ให้ความสำคัญกับยุทธศาสตร์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้ประชาชนสามารถบริหารจัดการและพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข, 2544) โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วย ดูแลบุคคลในครอบครัวที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ครอบครัวจึงเป็นหน่วยสำคัญในการแก้ไขปัญหา และการพัฒนาสุขภาพของประชาชน จึงอาจกล่าวได้ว่าครอบครัวถือเป็นหัวใจสำคัญในการให้การดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ หรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพาที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยเด็กเป็นกลุ่มที่ต้องการการพึ่งพา และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคคลในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยเด็กมีความจำเป็นที่จะต้องให้

ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเป็นอย่างมาก เนื่องจากเด็กจะไม่มีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่หรือพยาบาล อาจทำให้การรักษาทำได้ยากมากขึ้น เพราะเด็กอาจไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา และการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมยังเป็นการช่วยเตรียมความพร้อมให้กับคนในครอบครัวเข้าใจแนวทางการรักษาและการปฏิบัติตน และให้มีความสามารถในการดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ครอบครัวหมายถึงกลุ่มคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มีความสัมพันธ์กันทางสายเลือด หรือเป็นบุตรบุญธรรม การยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลเป็นการแสดงให้เห็นคุณค่าของการดูแลแบบองค์รวม เพราะครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนการดูแล ให้กำลังใจ ตัดสินใจ และให้ความร่วมมือในการดูแลเมื่อต้องการที่ดีที่สุด (Clemen-Stone, 1995: 213-214) สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร โชติวิฑารากร และคณะ (2546: 3-13) ที่พบว่า การให้ข้อมูลแนวทางการรักษาพยาบาลและการดูแลบุตร ทำให้ครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเกิดความเข้าใจ ช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และเป็นการเตรียมชุมชนเพื่อการส่งต่อหรือแหล่งประโยชน์ที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือยามฉุกเฉิน หรือการติดตามเยี่ยมบ้านก็มีความสำคัญเป็นเรื่องสำคัญที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึงเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน พยาบาลเป็นผู้ที่ทำให้การดูแลอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมากที่สุด จึงเป็นผู้ที่มีความเหมาะสมในการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัวเด็กเมื่อเกิดปัญหา

ผู้ป่วยเด็กที่ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนมากเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งโรคปอดอักเสบเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากที่สุด Owayed et al. (2000 อ้างถึงใน นารศ วงศ์ไพฑูรย์, 2544) ได้รวบรวมจากสถิติผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล 2,952 ราย พบว่ามีอุบัติการณ์ของ Recurrent pneumonia 238 ราย หรือประมาณร้อยละ 8 ของผู้ป่วยที่โรงพยาบาลรับไว้ดูแลรักษาทั้งหมด และจากการศึกษาของ Fernald et al. (1986 อ้างถึงใน นารศ วงศ์ไพฑูรย์, 2544) พบว่าผู้ป่วย Chronic lung 184 ราย พบอุบัติการณ์ของ Recurrent pneumonia และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับแรกของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากข้อมูลทางสถิติของตึกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ พบว่าจำนวนของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบมีจำนวนมากเป็นอันดับแรกของโรคที่พบบ่อย ซึ่งพบมากในเด็กอายุ 0-3 ปี โดยผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาบางรายต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากผู้ป่วยกลุ่มอื่น เนื่องจากต้องอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลนาน

ผู้ป่วยบางรายกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายหลังจำหน่าย จากการเก็บข้อมูลทางสถิติของตึกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทยทหารเรือ ระหว่างเดือนมิถุนายน 2547 ถึงเดือน ธันวาคม 2547 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจที่กลับเข้ารับการรักษาด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 25.64 ของผู้ป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

ในหอผู้ป่วย โดยมีผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วัน หลังจำหน่ายคิดเป็นร้อยละ 5 ของผู้ป่วยทั้งหมด โดยมีผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจำนวน 180 ราย มีจำนวนผู้ป่วยซ้ำจำนวน 9 ราย นอกจากนี้อาจจะมีจำนวนที่ไม่ได้บันทึก เนื่องจากมีกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้กลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเดิม จากการวิเคราะห์ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาซ้ำ พบว่ามีสาเหตุมาจากพฤติกรรมดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ดูแล ปัญหาที่พบบ่อยเกิดจากการสูด ล้าล็กนม และการไม่ดูแลรักษาร่างกายของเด็กให้อบอุ่นเสมอ เป็นเหตุให้เด็กเป็นไข้หวัดและ กลายเป็นปอดอักเสบตามมา (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544)

การที่มีผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิม ทำให้โรงพยาบาลต้องสูญเสีย ทรัพยากรจำนวนมากในการรักษา จากการศึกษาของโครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรม ชนก กระทรวงสาธารณสุข (2544) พบว่าสาเหตุของการเกิดโรคปอดอักเสบเกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของผู้ดูแลที่ไม่เหมาะสม เช่น การไม่ดูแลร่างกายของเด็กให้อบอุ่นอยู่ เสมอ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม ไม่มีการป้องกันการติดเชื้อเมื่อมีสมาชิกในครอบครัว เจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กวัย 0-3 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคปอด อักเสบ จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงกว่าเด็กวัยอื่นเพราะร่างกายของเด็กวัย 0-3 ปี ยัง ไม่สามารถพัฒนาภูมิคุ้มกันให้มีศักยภาพสูงสุด เมื่อมีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดิน หายใจ อาจเกิดอาการพร่องออกซิเจนที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ เด็กที่มีอาการพร่องออกซิเจน ร่างกายจะมีการสูญเสียพลังงานมาก และการมีปริมาณออกซิเจนในร่างกายต่ำ ส่งผลให้เกิด ปัญหาสมองมีออกซิเจนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ ซึ่งจะไปยังยังการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก ทำให้เด็กมีพัฒนาการด้านร่างกายและสมองไม่ดีเท่าที่ควร กลายเป็นประชากรที่ขาดคุณภาพ สำหรับเด็กโรคปอดอักเสบ มีระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลที่ D.R.G. กำหนดไว้ 10 วัน (Thai D.R.G. Grouper, 2547) ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ไม่นานพอที่จะรักษาเด็กให้หายขาด ขณะอยู่ โรงพยาบาลจะได้รับการดูแลรักษาเกี่ยวกับอาการเร่งด่วนต่าง ๆ เช่น รักษาภาวะพร่องออกซิเจน หรือรักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และจะจำหน่ายกลับบ้านเมื่ออาการทุเลาลง สามารถ กลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ กล่าวคือ ไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ไม่มีหายใจหอบเหนื่อย รับประทานอาหารและนมได้ ครอบครัวจึงจำเป็นจะต้องมีความรู้และมีทักษะในการปฏิบัติดูแลเด็กที่ป่วย ด้วยโรคปอดอักเสบต่อที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการป่วยซ้ำหรือ ภาวะแทรกซ้อนจากการดูแลที่ไม่ถูกต้อง

ปัจจุบัน รูปแบบของการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วยกุมารเวช กรรม ยังไม่มีรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ชัดเจน โดยมีลักษณะของการ ให้บริการการพยาบาลผู้ป่วยเด็กตามอาการหรือภาวะเร่งด่วนของผู้ป่วย โดยมีได้มุ่งเน้นถึง ความสามารถและความรู้ของครอบครัวผู้ดูแลเด็ก เช่น การระมัดระวังไม่ป้อนนมหรือน้ำในขณะที่ ผู้ป่วยเด็กกำลังไอ การพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมการหายใจของผู้ป่วยเด็ก วิธีการให้ออกซิเจน การงด

นมก่อนดูดนม และให้คำแนะนำเพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลต่อเองที่บ้านได้ ส่วนมากจะแนะนำในวันที่แพทย์จำหน่ายเด็กออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่เร่งด่วนทั้งกับพยาบาลในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยและครอบครัว ได้แก่การให้คำแนะนำเรื่องการสังเกตลักษณะการหายใจ และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบพร้อมแจกเอกสารแผ่นพับ ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงเวลาที่พยาบาลมีกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องกระทำมากมายในขั้นตอนการจำหน่าย เช่นการรับคำสั่งแพทย์ การคิดเงินค่ารักษาพยาบาล การเขียนใบสั่งยา การจัดยาและการให้คำแนะนำต่าง ๆ ในขณะที่ผู้ดูแลก็ต้องปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการเตรียมตัวกลับบ้าน การไปซื้อยา การชำระเงินค่ารักษา และการติดต่อผู้มารับกลับบ้าน ทำให้ความสนใจในข้อมูลที่พยาบาลให้ในช่วงเวลาสั้น ๆ นั้นมีน้อย อีกทั้งในช่วงเวลาที่จำกัดนี้ ครอบครัวไม่ได้รับความรู้หรือการฝึกทักษะจนเกิดความมั่นใจในการกลับไปดูแลเด็กเองได้ที่บ้าน การให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการสอนโดยใช้แผ่นพับประกอบ มิได้มีการฝึกปฏิบัติ และครอบครัวก็มิได้มีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเอง ทำให้เกิดความวิตกกังวลและขาดความมั่นใจ ไม่สามารถให้การดูแลเด็กที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (ดารณี จามจรี และคณะ, 2545; สมพร โชติวิทย์ธารกร, 2546) ซึ่งอาจส่งผลให้เด็กมีอาการรุนแรงขึ้น หรือมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล หรืออาจเกิดภาวะปอดอักเสบซ้ำ (วรรตมา สุขวัฒนานันท์, 2540; พิรุณ รัตนวนิช, 2543) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจในบริการพยาบาลที่ได้รับ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้รูปแบบบริการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการวางแผน การให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อพัฒนาการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กให้ถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาและสอดคล้องกับวิถีชีวิต การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กมีประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม มีประโยชน์ต่อครอบครัวทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ กับเด็กมากขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวล ความทุกข์ ความกลัว เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน และมีประโยชน์ต่อบุคลากรทางการพยาบาล ซึ่งทำให้นักการพยาบาลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กอย่างละเอียด แม่นยำ สามารถให้การดูแลเด็กป่วยได้ครอบคลุม และทันเวลา (Coyne, 1995; Gill, 1987 อ้างถึงใน ปรียดา ภัทรสังฆธรรม, 2546) ทำให้ได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ จากเด็กป่วย ครอบครัว และบุคลากรพยาบาลเพิ่มขึ้น (Gill, 1987; Johnson and Lindschau, 1996 อ้างถึงใน ปรียดา ภัทรสังฆธรรม, 2546) แม้ว่าเด็กจะไม่สามารถเข้าใจหรือปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองได้ แต่การใช้รูปแบบบริการพยาบาลโดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของครอบครัว จะเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีชีวิตที่เป็นสุข มีสุขภาพแข็งแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ชุมชนและสังคมในอนาคตมีภาวะสุขภาพที่ดีด้วย

รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นการพยาบาลตั้งแต่แรกรับ จนกระทั่งจำหน่าย โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลของครอบครัว และส่งเสริมให้พยาบาลมีการปฏิบัติงาน โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว (Mckeehan and Coulton, 1987: 79; Clemen–Stone, Eigsti, and McGuire, 1995: 342; Pichitpornchai, 2000; วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัสตริวิเศษ, 2545; ฟารีดา อิบราฮิม, 2545; พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2546: 84–93, 96; สำนักพัฒนาระบบบริหารสุขภาพ, 2546) เมื่อผู้ดูแล ได้รับความรู้และการฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจ จะทำให้สามารถกลับไปให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องได้ที่บ้าน การที่เด็กและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง จะช่วย ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจบริการพยาบาลมากขึ้น ดังนั้น การนำรูปแบบบริการพยาบาลแบบ ครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นรูปแบบบริการพยาบาลที่ครอบครัวมีส่วนร่วม มีเป้าหมายครอบคลุม การประเมินด้านความต้องการการดูแลภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการประสานความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพ โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย การใช้ทรัพยากร การวัดและประเมินผล ซึ่งต้องเป็นไปอย่างต่อเนื่อง นับได้ว่ารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กแบบครอบครัว มีส่วนร่วมเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการ พยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้เป็นอย่างดี

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ใช้บริการได้รับการ ตอบสนองความต้องการ ซึ่งถือว่าเป็นสิ่งที่บ่งชี้ถึงคุณภาพบริการ (Eriksen, 1988) ผู้บริหาร ทางการพยาบาลมีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล ผู้บริหารการ พยาบาลจึงต้องพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้สามารถตอบสนองความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ทำ ให้ผู้ใช้บริการเกิดทักษะและสามารถให้การดูแลสุขภาพตนเองได้ (ฟารีดา อิบราฮิม, 2542; จิราพร สิมากร, 2544)

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลปฏิบัติงานประจำอยู่ที่หอผู้ป่วยเด็ก มีความประสงค์ที่จะพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาล โดยจัดรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ที่ให้การ พยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยบูรณาการแนวความคิดการวางแผนจำหน่ายของ Clemen-Stone (1995) ร่วมกับแนวความคิดมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Coyne (1996) มาใช้เป็นแนวทางในการ จัดรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งคาดว่าจะการจัดรูปแบบบริการพยาบาลแบบ ครอบครัวมีส่วนร่วมจะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลเมื่อจำหน่ายกลับ บ้าน ไม่มีการป่วยซ้ำเนื่องจากครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็ก มีพฤติกรรมที่ดี หรือเหมาะสมในการดูแลเด็กที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล ซึ่ง ก่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก

ปัญหาการวิจัย

1. การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมแตกต่างกันหรือไม่
2. พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมแตกต่างกันหรือไม่
3. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมแตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
3. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง และกำหนดให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินปัญหา การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล จนกระทั่งการประเมินผลลัพธ์การพยาบาล ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งผู้ป่วยกลับบ้านหรือชุมชน มีการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขา เพื่อเป็นหลักประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม (Hartigan and Brown, 1985)

cited in Clemen – Stone, et al., 1995: 343) จึงเป็นการพยาบาลที่มีเป้าหมาย ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเป็นโรคที่มีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมดูแลของครอบครัว สามารถป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ถ้าได้รับการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ตั้งแต่ยังอยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ครอบครัวจะมีความมั่นใจในการดูแลเด็กต่อที่บ้านได้ โดยใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวตั้งแต่แรกเริ่มผู้ป่วยเด็กไว้ในหอผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลของเด็กตามการรับรู้ปัญหา ร่วมกันระหว่างพยาบาลกับครอบครัว แบบแผนการเลี้ยงดูเด็กที่บ้าน การปฏิบัติเมื่อเด็กมีอาการของโรคปอดอักเสบ สิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องกับความรู้ ทักษะ และแหล่งทรัพยากรที่จะให้การสนับสนุนช่วยเหลือตามสถานภาพของเด็กแต่ละราย ทำให้สามารถค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคปอดอักเสบ รวมทั้งการค้นหาทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ของเด็ก นำมาเป็นข้อกำหนดการวินิจฉัยทางการพยาบาล กำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล และวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับเด็กแต่ละราย ทำให้ครอบครัวสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริงที่บ้าน การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว ประกอบด้วย การสอน การสาธิต และให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติ พยาบาลติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด เป็นกระบวนการที่ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ ทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสมได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540; นที เกื้อกุลกิจการ, 2541)

การนำรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้ในหอผู้ป่วย ทำให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบอย่างชัดเจน เป็นการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว เพื่อช่วยค้นหาข้อมูลและแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม และเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กต่อที่บ้านของครอบครัว ลดความซ้ำซ้อนในการดูแลเด็กแต่ละราย เนื่องจากพยาบาลได้มีการประเมินปัญหาการดูแลจากแบบประเมินเดียวกัน นำมากำหนดเป้าหมาย วางแผนการพยาบาล กำหนดกิจกรรมการพยาบาล การให้คำปรึกษา แนะนำ ร่วมกันวางแผนการดูแล จัดทำแผนการจำหน่าย เพื่อให้การดูแลในหอผู้ป่วยและเตรียมการดูแลเมื่อกลับบ้านของครอบครัว รวมทั้งการประเมินผลที่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน มีการส่งต่อข้อมูลและประสานการทำงานให้บุคลากรอื่นในทีมสหสาขา มีการแก้ปัญหาการดูแลเด็กเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยการนำทรัพยากรที่มีอยู่ของเด็กมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การพยาบาลในรูปแบบนี้เป็นการพยาบาลที่ช่วยเหลือด้านจิตใจ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีที่พึ่งคอยให้กำลังใจ อีกทั้งในกิจกรรมการวางแผนจำหน่ายยังมีการสาธิต การฝึกทักษะเกี่ยวกับการดูแลเด็กของครอบครัว ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กตั้งแต่อยู่โรงพยาบาล และมีการประเมินติดตามผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษา จนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย

ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ร่วมกัน โดยพยาบาลจะทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา รับฟังปัญหา แนะนำ สนับสนุน และให้กำลังใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความพึงพอใจบริการพยาบาล สามารถดูแลเด็กที่บ้านได้ด้วยตนเอง (เขวาลักษณ์ อโณทยานนท์, 2545; กัทธนันท์ หิมะมาน และคณะ, 2546: 32-43)

รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่สามารถทำให้เด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ซึ่งการใช้รูปแบบการพยาบาลดูแลอย่างต่อเนื่องตามแนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) ของ Pender (1996, 2002) คือการกระทำเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Health life style and health habits) เพื่อให้เกิดความผาสุก และความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิต (Self actualization) ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ซึ่งเน้นที่การกระทำเพื่อให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดี (Wellness) และคุณภาพชีวิตที่ดี (Quality of life)

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วย ต้องได้รับการสนับสนุนการดูแลรักษาที่ดีจากครอบครัวและสถานบริการพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยแต่ละรายมีรายละเอียดของปัญหาที่แตกต่างกัน จึงต้องมีการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลโดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กให้เหมาะสม ซึ่งการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จะช่วยให้การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง ครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้อง และทำให้ความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงขึ้นด้วย

จากแนวคิดที่ได้ศึกษา ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบหลังใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบหลังใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
3. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัว และความพึงพอใจในบริการพยาบาลโดยผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการวิจัยดังนี้

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบอายุ 1-3 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ ไม่มีอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาและไม่มีโรคอื่นร่วม และผู้ปกครองของเด็กที่มาดูแลเด็กในการรับการรักษา

2. ตัวแปรที่ศึกษา

2.1 ตัวแปรต้น คือ

1) รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

2.2 ตัวแปรตาม คือ

- 1) การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
- 2) พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัว
- 3) ความพึงพอใจในบริการพยาบาล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม หมายถึงการจัดกิจกรรมพยาบาลสำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมารในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบตามขั้นตอนการวางแผนจำหน่ายของ Clemens-Stone (1995) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Coyne (1996) เป็นแนวทางในการดำเนินการ โดยให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมารร่วมกันจัดรูปแบบการบริการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวขึ้น ทำให้พยาบาลได้เพิ่มคุณค่าของตนเอง และอยากทำงานให้สำเร็จ พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายวัตถุประสงค์ กำหนดขอบเขต และบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว รวมทั้งได้รับอิสระในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วมด้วย การจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1.1 จัดการฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

1.2 พยาบาลร่วมกันจัดการวางแผนดำเนินการ การจัดรูปแบบการบริการ พยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยการประชุมกลุ่ม อภิปราย และ กำหนดวิธีการ ขั้นตอนการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

1.3 ทดลองใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบ ครอบครัวมีส่วนร่วม

1.4 ประชุมแก้ไขปรับปรุง การใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

1.5 ดำเนินการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ดังนี้

1) การให้ครอบครัวร่วมห้องกับผู้ป่วย หมายถึง การอนุญาตให้ ครอบครัวได้อยู่ดูแลอาการของผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยที่เด็กเข้ารับการรักษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2) การดูแลโดยครอบครัว หมายถึง การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมใน กระบวนการรักษาพยาบาลร่วมกับแพทย์และพยาบาล ในการร่วมกันประเมินปัญหา ร่วมกัน กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และร่วมกันวางแผนเพื่อเตรียมจำหน่ายเด็กกลับบ้าน

3) การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การสนับสนุนให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลเด็ก และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กด้วย ตนเอง โดยพยาบาลและครอบครัวปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ให้บรรลุตามเป้าหมาย ให้ครอบครัวมีความรู้ ทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาโรคปอดอักเสบ และให้การดูแล เมื่อผู้ป่วยมีการผิดปกติ

4) การเป็นหุ้นส่วนการดูแล หมายถึง การเน้นให้ครอบครัวเป็นผู้ให้ การดูแลเด็ก ให้ตระหนักว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการหายป่วยของเด็ก แนะนำให้ครอบครัว ปฏิบัติการดูแลที่ถูกต้อง

5) การเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเด็ก และครอบครัว ประเมินความต้องการของครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุนครอบครัว ให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็ก

1.6 ประเมินผลการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบ ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยพยาบาลทุกคนร่วมกันประเมินผล ให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

รูปแบบการบริการพยาบาลเด็กโรคปอดอักเสบแบบปกติ หมายถึง การที่พยาบาล ประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยเมื่อรับผู้ป่วยเข้ามาในหอผู้ป่วย พยาบาลจะเป็นผู้วินิจฉัยปัญหา กำหนดปัญหาการพยาบาล วางแผนการพยาบาล

ปฏิบัติการพยาบาลให้การดูแลรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ และประเมินผลการพยาบาล โดยไม่เจาะจงตามปัญหาของเด็กแต่ละคน และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยา การดูแลเด็กเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบในวันที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กกลับมาป่วยซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบหลังจากได้รับการรักษาจนกระทั่งอาการดีขึ้นแล้ว และมีอาการอีกจนถึงต้องกลับเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลภายใน 15 วันหลังจำหน่าย ตามข้อกำหนดของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ประเมินได้โดยการติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการใช้โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน และการติดตามประวัติการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

พฤติกรรมดูแลเด็กของครอบครัว หมายถึง การปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลต่อเด็กโรคปอดอักเสบที่บ้าน ภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล การประเมินได้จากการสัมภาษณ์แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กของครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา (2544) ประกอบด้วยด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการให้อาหาร หมายถึง การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับประทานอาหารที่ให้พลังงานสูง งดรับประทานอาหารประเภทของขมเคี้ยวหรือของทอด เพื่อลดอาการไอของผู้ป่วยเด็ก
2. ด้านวิธีการดูแลให้ดื่มน้ำหรือดื่มนม หมายถึง การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กดื่มน้ำมาก ๆ เพื่อช่วยละลายเสมหะและระบายความร้อนออกจากร่างกาย โดยขณะป้อนให้ระวังการสำลัก จัดให้ผู้ป่วยเด็กนอนในท่าศีรษะสูง ไม่ป้อนในขณะที่ผู้ป่วยเด็กหายใจหอบเหนื่อยหรือไอ
3. ด้านการดูแลให้ยา หมายถึง การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับประทานยาได้ถูกต้องตามวิธีการ ครบตามขนาด ตรงเวลา ตามคำสั่งการรักษาของแพทย์ และคำแนะนำการให้ยาของพยาบาล
4. ด้านการสังเกตการหายใจ หมายถึง การสังเกตการหายใจของผู้ป่วยเด็กว่ามีลักษณะหายใจเร็วหอบเหนื่อย หายใจมีอกบวม มีเสียงดังขณะหายใจเข้าและหายใจออก หายใจมีปีกจมูกบาน และมีอาการเขียว
5. ด้านการดูแลการลดไข้ หมายถึง การดูแลเช็ดตัวเพื่อลดไข้อย่างถูกวิธี การกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ ไม่ห่มผ้าให้ผู้ป่วยหนาจนเกินไปขณะไข้สูง รวมทั้งการดูแลให้ยาลดไข้ตามคำสั่งของแพทย์
6. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน หมายถึง การดูแลให้ผู้ป่วยออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการนำผู้ป่วยไปในที่ชุมชนแออัด ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยอาบน้ำหรือเล่นน้ำตามลำพัง หรืออาบน้ำนานเกินไป

7. ด้านการจัดสภาพแวดล้อม หมายถึง การจัดบริเวณที่อยู่อาศัยของเด็กให้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก ปราศจากฝุ่นควันหรือละออง และอยู่ห่างจากผู้ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

8. ด้านการรู้จักแหล่งประโยชน์ในชุมชน หมายถึง การรู้จักสถานบริการพยาบาลที่อยู่ใกล้บ้าน เช่น สถานีอนามัย คลินิก โรงพยาบาลในชุมชน ร้านขายยา หรือการใช้โทรศัพท์สอบถามจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยเคยรับการรักษาพยาบาล

ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัว หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่มีต่อการบริการพยาบาลที่ได้รับ วัดได้จากแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Eriksen (1988) ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

1. ด้านศิลปะการดูแลของพยาบาล (Art of care) หมายถึง ความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อการที่พยาบาลแสดงออกถึงความเมตตา กรุณา เอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ มีความอ่อนโยน ความเข้าใจ สนใจเอาใจใส่ในการให้บริการพยาบาล กล่าววาจาไพเราะ

2. ด้านคุณภาพทางเทคนิคในการดูแลของพยาบาล (Technical quality of care) หมายถึง ความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อการที่พยาบาลแสดงออกถึงการเตรียมความพร้อมและมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล แก้ไขปัญหาในขณะที่ให้การพยาบาล และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว

3. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ต่อการที่พยาบาลจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่โรงพยาบาลโดยใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมและคุ้มค่า

4. ความต่อเนื่องในการดูแลเด็กของพยาบาล (Continuity of care) หมายถึง ความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ต่อการที่พยาบาลมีการติดตามและประเมินผลการให้คำแนะนำการส่งต่อข้อมูลอย่างละเอียดและเป็นระบบไปยังบุคลากรสุขภาพอื่น

5. ความพร้อมในการบริการของพยาบาล (Availability) หมายถึง ความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ต่อการที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบและพร้อมที่จะให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่บ้านได้

6. ผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาล (Outcomes of care) หมายถึง ความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต่อผลการดูแลรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับ เมื่อสิ้นสุดการรักษาโดยผู้ป่วยหายจากโรค ครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง

เด็กโรคปอดอักเสบ หมายถึง ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-3 ปี ที่เข้ารับการรักษายาบาลในหอผู้ป่วย โดยได้รับการการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปอดอักเสบ

ครอบครัว หมายถึง สมาชิกที่อยู่ร่วมในครัวเรือนเดียวกัน หรือบริเวณเดียวกันกับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยตามบทบาทหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก เช่น เป็นบิดา มารดา ลุงป้า น้าอา ปู่ย่าตายาย หรือพี่เลี้ยงเด็กโดยเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กอย่างใกล้ชิดในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้งเมื่อผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดกลวิธีที่เหมาะสมในการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่รับการรักษาในหอผู้ป่วย
2. เป็นแนวทางในการบริหารองค์การ โดยการใช้ทรัพยากรบุคคลให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งบุคคลในวิชาชีพ และบุคคลจากครอบครัว
3. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลที่มีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องความต้องการ และปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเด็ก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวของเด็กโรคปอดอักเสบ และความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและรวบรวมวรรณกรรมทั้งจากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวบรวมเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. รูปแบบการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
 - 2.1 พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบในเด็ก
 - 2.2 การตรวจวินิจฉัย และภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบในเด็ก
 - 2.3 การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
 - 3.1 ความหมายและแนวคิดของการมีส่วนร่วมของครอบครัว
 - 3.2 รูปแบบการพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก
 - 3.3 บทบาทพยาบาลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็ก
 - 3.4 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็ก
4. การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
 - 4.1 ความหมายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ
 - 4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
 - 4.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ
5. พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว
 - 5.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแล
 - 5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
6. ความพึงพอใจในบริการพยาบาล
 - 6.1 ความหมายและแนวคิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล
 - 6.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

การจัดรูปแบบการบริการพยาบาลมีความสำคัญต่อผู้รับบริการเป็นอย่างมาก ซึ่งแนวคิดในการออกแบบระบบการให้บริการนั้นเป็นกระบวนการคิดที่สร้างสรรค์ โดยต้องเริ่มต้นจากการที่มีแนวคิดและกลยุทธ์ที่จะให้บริการซึ่งแตกต่างจากการแข่งขัน การจะทำให้ประสบความสำเร็จตรงตามวัตถุประสงค์นั้น จะต้องมีการจำแนกและวิเคราะห์ก่อนการตัดสินใจดำเนินการ ซึ่งการออกแบบระบบการให้บริการเกี่ยวข้องกับสิ่งต่าง ๆ เช่น สถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวกในขบวนการทำงาน การกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการ และมีการวัดผลเพื่อให้แน่ใจในคุณภาพ Fitzsimmons and Fitzsimmons (2001: 109 อ้างถึงใน เพียรจิตต์ ภูมิศรีกุล, 2546) ดังนั้นในการจัดบริการพยาบาลนั้น ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงต้องให้ความสำคัญ และมีแนวทางในการจัดบริการที่ชัดเจน

การให้บริการพยาบาลในปัจจุบัน มุ่งเน้นที่การให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่ให้การดูแลคนทั้งครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และวิญญาณ การให้บริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจึงต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยที่มารับการรักษาและครอบครัว ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลที่รับผิดชอบในการจัดบริการพยาบาล จึงมีหน้าที่ในการส่งเสริมและอำนวยความสะดวกให้บุคลากรสามารถให้บริการพยาบาลผู้ป่วยที่มารับการรักษาและครอบครัว ซึ่งการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นการบริการเชิงรุก ที่สามารถให้การบริการพยาบาลเพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคปอดอักเสบได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบยังไม่มีการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเป็นการจัดบริการพยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว และเป็นการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก และแสดงถึงประสิทธิภาพของผู้บริหารทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง

ในการบริหารงานนั้น ฟาริดา อิบราฮิม (2542: 13-14) ได้กล่าวว่า ผู้บริหารการพยาบาลมีภาระงานที่เป็นความรับผิดชอบ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ลักษณะใหญ่ ๆ ดังนี้

- 1) การบริหารเพื่อการบริการพยาบาล เป็นการจัดการด้านการพยาบาล จะเกี่ยวกับการวางระบบบริการ เช่น วางแนวปฏิบัติการพยาบาล วางแผนการพยาบาล การมอบหมายงาน
- 2) การบริหารเพื่อการดำเนินงาน เป็นการจัดการเพื่อเอื้ออำนวยให้การปฏิบัติการพยาบาลมีความคล่องตัวเพื่อนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ
- 3) การบริหารบุคคล เป็นการจัดการด้านการปกครองคนเพื่อประสิทธิภาพในการทำงาน บุคลากรเกิดความพึงพอใจในการทำงาน การจัดอบรมพยาบาล การศึกษาต่อเนื่องเพื่อความก้าวหน้าในอาชีพ และการประเมินผลงาน

คั้งนั้นการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จึงเป็นการบริหารเพื่อการบริการพยาบาล การบริหารเพื่อการดำเนินงาน และการบริหารบุคลากรด้วยทั้งนี้ผู้บริหารจะต้องหาวิธีการทำงานเพื่อให้งานบริการพยาบาลบังเกิดผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการดำเนินการจัดการที่รัดกุมและมีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน สิ่งสำคัญที่ช่วยให้การจัดรูปแบบบริการพยาบาลประสบความสำเร็จก็คือ ความร่วมมือของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน จากการศึกษาพบว่า การบริหารแบบมีส่วนร่วมเป็นศิลปการบริหารอย่างหนึ่ง ที่จะให้บุคลากรได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น เป็นการสร้างแรงจูงใจ และดึงศักยภาพของบุคคลที่มีอยู่มาใช้ในการทำงาน ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองและผลงาน นอกจากนี้ยังมีผลทำในทางจิตวิทยาทำให้เกิดการต่อต้านน้อยลง ในขณะที่เดียวกันทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น ทำให้เกิดการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน (สัมฤทธิ์ กางเพ็ญ, 2545; สมยศ นาวิการ, 2545 อ้างใน เพียรจิตต์ ภูมิศิริกุล, 2546) ในการวิจัยนี้ได้จัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม โดยให้การพยาบาลตามแนวคิดของ Coyne (1996) และการวางแผนจำหน่ายของ Clemen-Stone (1995) ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาวินิจฉัยปัญหา วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

การจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

- 1.1 จัดการฝึกอบรมพยาบาลเกี่ยวกับ การจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- 1.2 พยาบาลร่วมกันจัด การวางแผนดำเนินการ การจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยการประชุมกลุ่ม อภิปราย และกำหนดวิธีการ ขั้นตอนการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- 1.3 ทดลองใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- 1.4 ประชุมแก้ไข ปรับปรุง การใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- 1.5 ดำเนินการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ดังนี้
 - 1) การให้ครอบครัวร่วมห้องกับผู้ป่วย หมายถึง การอนุญาตให้ครอบครัวได้อยู่ดูแลอาการของผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยที่เด็กเข้ารับการรักษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2) การดูแลโดยครอบครัว หมายถึง การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลร่วมกับแพทย์และพยาบาล ในการร่วมกันประเมินปัญหา ร่วมกันกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และร่วมกันวางแผนเพื่อเตรียมจำหน่ายเด็กกลับบ้าน

3) การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลเด็ก และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กด้วยตนเอง โดยพยาบาลและครอบครัวปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ให้บรรลุตามเป้าหมาย ให้ครอบครัวมีความรู้ ทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาโรคปอดอักเสบ และให้การดูแลเมื่อผู้ป่วยมีการผิดปกติ

4) การเป็นหุ้นส่วนการดูแล หมายถึง การเน้นให้ครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลเด็ก ให้ตระหนักว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการหายป่วยของเด็ก แนะนำให้ครอบครัวปฏิบัติดูแลที่ถูกต้อง

5) การเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ประเมินความต้องการของครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุนครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยเด็ก

1.6 ประเมินผลการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยพยาบาลทุกคนร่วมกันประเมินผล ให้ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับข้อดี ข้อเสีย ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

2. การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ปอดอักเสบเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยในเด็ก ในสหรัฐอเมริกาพบอุบัติการณ์ของโรคปอดอักเสบในเด็กที่อายุน้อยกว่า 5 ปี เท่ากับ 40 : 1000 คน ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนาพบอุบัติการณ์เท่ากับ 10 : 100 คน และเป็นสาเหตุการตายในเด็กถึง 4 ล้านต่อปี ในจำนวนเด็กเหล่านี้มีโอกาสเป็นปอดอักเสบซ้ำพบร้อยละ 1.9 – 8 สุภัทรา ลิ้มอุดมภรณ์ และคณะ (1989 อ้างถึงในชลิดา เลหพันธ์, 2547) ได้รายงานอุบัติการณ์การเป็นปอดอักเสบซ้ำในเด็กไทยพบร้อยละ 4.1 และจากสถิติพบอุบัติการณ์ของโรคนี้ร้อยละ 9 - 11 ของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2544) ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อหรือการสูดสำลักนม สูดนมควั่นหรือสารเคมี โรคนี้สามารถป้องกันได้ ถ้าได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมจากครอบครัว โรคปอดอักเสบมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงมากที่สุดของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2544) ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กให้เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็กและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจึงเป็นสิ่งสำคัญ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

2.1 พยาธิสภาพ อาการ อาการแสดงของโรคปอดอักเสบในเด็ก

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอดชั้นในสุด ซึ่งทำให้หลอดลมฝอยส่วนปลายสุด (Terminal respiratory bronchiole) และถุงลมปอด (Alveoli) เต็มไปด้วยสารคัดหลั่ง ทำให้ปอดไม่สามารถรับออกซิเจนได้เพียงพอ (ปกิต วิชาชนนัท และคณะ, 2543; มุกดา หวังวิรวงศ์, 2543; Nation Health Lung and Blood Institute/ World Health Organization, 1995; National Health Lung and Blood Institute, 2002) และจากการศึกษาพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ในการเกิดโรคปอดอักเสบเกิดจากเชื้อไวรัส แบคทีเรีย จากสาเหตุอื่น เช่น การสำลัก การนอนนาน ๆ และจากสารเคมี เด็กสำลักเข้าไปในปอด (National Health Lung and Blood Institute, 2002)

ปอดอักเสบในระยะแรกจะเริ่มมีของเหลวคั่งในถุงลมปอด (Alveoli) ต่อมาจะมีตัวดักจับเชื้อโรค (Macrophage) ที่บริเวณที่มีการอักเสบ เพื่อกำจัดเชื้อเหล่านี้และกำจัดออกสู่ระบบน้ำเหลือง ปอดอักเสบส่วนนี้จะเริ่มแข็ง เป็นผลให้ความจุปอดและความยืดหยุ่นของปอดลดลง จะพบเยื่อปอดบวม มีเสมหะจำนวนมากในถุงลมและทางเดินหายใจ ทำให้ทางเดินหายใจอุดตัน เลือดที่ไหลผ่านปอดส่วนนั้นจะไม่มีแลกเปลี่ยนก๊าซซึ่งกันและกันกับถุงลมปอด ซึ่งทำให้เด็กได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอตามมา (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2544)

อาการของปอดอักเสบมีลักษณะความรุนแรงแตกต่างกันในแต่ละราย ขึ้นอยู่กับชนิดของเชื้อที่เป็นสาเหตุ ตำแหน่งที่เกิดการอักเสบ แต่โดยทั่วไปเด็กจะมีไข้สูงอย่างเฉียบพลันและหนาวสั่น บางรายปวดศีรษะนำมาก่อน 3-4 วัน ไอแห้ง ๆ สั้น ๆ เจ็บหน้าอก ต่อมาไอมีเสมหะอาจมีสีสนิม เนื่องจากมีเลือดปนออกมา หลังจากนั้นจึงจะเป็นสีเหลืองปนหนอง หายใจเร็ว ตื่น หอบเหนื่อย จะเห็นหน้าอกบุ๋ม ชายโครงบุ๋ม ขณะหายใจเข้ามีอาการเจ็บหน้าอก ท้อง คอ ไหล่ (Pleuropulmonary pain) เป็น ๆ หาย ๆ ถ้าหายใจลึก ๆ จะทำให้ปวดมากขึ้น ตำแหน่งที่เจ็บมักอยู่ตรงบริเวณที่มีปอดอักเสบ ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นปลายประสาทที่มาเลี้ยงผนังช่องอก อาจมีอาการท้องอืดเนื่องจากการอักเสบของเนื้อปอดส่วนล่างบริเวณติดกับกระบังลม ฟังปอดจะได้ยินเสียงกรอบแกรบ (Crepitation) และเสียงวี๊ด (Wheezing) (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2544)

2.2 การตรวจวินิจฉัย และภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบในเด็ก

โรคปอดอักเสบในเด็กสามารถวินิจฉัยได้จากอาการและวิธีการตรวจโดยวิธีต่างๆ ดังนี้คือ (ปกิต วิชาชนนัท และคณะ, 2543; National Health Lung and Blood Institute, 2002)

1. การวินิจฉัยมักได้จากอาการแสดงคือ ไข้ ไอ หายใจเร็ว ร่วมกับฟังปอดได้ยินเสียง Crepitations หรือ Bronchial breath sounds (ถ้าประวัติและการตรวจร่างกายชัดเจนว่าเป็นปอดบวมก็ไม่จำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีปอด)

2. กรณีที่ไม่ได้ยินเสียงหายใจผิดปกติ จะวินิจฉัยโรคได้จากอาการแสดง คือ ไข้ ไอ หายใจเร็ว ร่วมกับการถ่ายภาพรังสีปอดที่บ่งถึงภาวะปอดบวม

3. การตรวจหาเชื้อแบคทีเรียจากการเพาะเชื้อจากสารคัดหลั่ง โดยข้อมและเพาะเชื้อจาก Specimen จากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น จากเลือด เสมหะ น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด ควรเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อในทารกที่อายุน้อยกว่า 2 เดือนทุกคน เนื่องจากอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดสูง และเพาะเชื้อจากเสมหะจากส่วนล่างของหลอดลมที่ผ่านมายังผนังคอด้านหน้า

ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียมักมีภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยกว่าปอดอักเสบจากสาเหตุอื่น ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544)

1. น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด พบได้บ่อยที่สุด
2. หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด
3. มีลมและมีหนองในช่องเยื่อหุ้มปอดเป็นผลมาจากการอักเสบอย่างรุนแรงของปอด ทำให้มีการทำลายเนื้อปอดเป็นถุงหรือเป็นฝี แล้วแตกทะลุเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด เด็กจะมีอาการเจ็บหน้าอกและเหนื่อยหอบขึ้นในทันที โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อ Staphylococcus ทำให้ปอดมีลมและแตกออกได้
4. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบจะมีอาการเจ็บหน้าอกบริเวณเหนือหัวใจและทรวงอกส่วนล่าง (Precordium) ซึ่งจะเป็นมากขึ้นเมื่อขยับตัวหรือไอ ในรายที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจมาก อาจมีแรงดันสูงขึ้นกว่าปกติ
5. อาจพบ Sepsis, meningitis และ atelectasis ตามมา

2.3 การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน ตามลักษณะอาการ สภาพร่างกาย การดำรงชีวิต การดูแลรักษาพยาบาล และพฤติกรรมกรรมการดูแลของครอบครัวที่แตกต่างกัน ออกไปในผู้ป่วยแต่ละคน ถึงแม้จะมีความแตกต่างกัน พยาบาลก็มีเป้าหมายเดียวกันที่จะดูแลรักษาพยาบาลเด็กโรคปอดอักเสบให้ประสบความสำเร็จ

เป้าหมายของการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (ปกติ วิชยานนท์ และคณะ, 2543; National Health Lung and Blood Institute, 2002) มีดังนี้

1. การควบคุมอาการของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้
2. การรักษาพยาบาลที่จะทำให้การทำงานของปอดกลับสู่สภาวะที่ปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้
3. การป้องกันอาการหยุดหายใจเฉียบพลัน เพื่อลดความจำเป็นที่ผู้ป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่ห้องฉุกเฉินหรือหน่วยวิกฤต

4. การรักษาพยาบาลที่ส่งผลเป็นที่พอใจของผู้ป่วยและครอบครัว

5. การป้องกันการตายด้วยโรคปอดอักเสบ

การรักษาผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา, 2544) แบ่งเป็นการรักษาทั่วไป และการรักษาเฉพาะ ดังนี้

1. การรักษาทั่วไป

1.1 ดูแลให้สารน้ำให้เพียงพอ แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ ในรายที่หอบมาก ท้องอืด รับประทานอาหารไม่ได้พิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และงดอาหารทางปาก

1.2 ดูแลให้ออกซิเจน พิจารณาให้ในรายที่มีอาการเขียว หายใจเร็ว หอบ ซาย ไคร่งนั้ม กระวนกระวาย หรือซึม

1.3 พิจารณาให้ยาขับเสมหะหรือยาละลายเสมหะ ในกรณีที่ให้สารน้ำเต็มที่แล้วแต่เสมหะยังเหนียวอยู่

1.4 พิจารณาทำกายภาพบำบัดทรวงอก เพื่อช่วยให้เสมหะถูกขับออกจากปอด และหลอดลมได้ดีขึ้น ในรายที่ไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในผู้ป่วยที่มีอาการหนักอาจให้เพียงการสั่นสะเทือน บริเวณทรวงอก (Vibration) และดูดเสมหะก็จะช่วยระบายเสมหะที่คั่งค้างในหลอดลมออกมาได้

1.5 การรักษาอื่น ๆ ตามอาการ ได้แก่ ยาลดไข้ เช็ดตัวลดไข้

1.6 การดูแลรักษาความสะอาดปากและฟัน เพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อในช่องปากลงไปในทางเดินหายใจ

1.7 แนะนำญาติให้รู้จักวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

1.8 ในผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจวายหรือหยุดหายใจ พิจารณาใช้เครื่องช่วยหายใจ

2. การรักษาเฉพาะ

ให้ยาปฏิชีวนะ โดยพิจารณาจากเชื้อที่เป็นสาเหตุ ในรายที่ไม่ทราบเชื้อที่เป็นสาเหตุ อาศัยข้อมูลจากตัวผู้ป่วยเอง เช่น อายุ ประวัติ ตำแหน่งของการติดเชื้อก่อนเป็นปอดอักเสบ สภาพแวดล้อม การกระจายของเชื้อในชุมชนนั้น โดยทั่วไปจะให้ยาปฏิชีวนะครอบคลุมเชื้อแบคทีเรียที่พบบ่อยในโรคปอดอักเสบ

เนื่องจากเด็กยังพัฒนาระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายได้ไม่สมบูรณ์เท่าผู้ใหญ่ และเป็นผู้ที่ต้องการการดูแล จัดอยู่ในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง เช่นเดียวกับผู้สูงอายุและผู้พิการ ดังนั้นเด็กจึงต้องการผู้ดูแลที่ให้การดูแลใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณโดยคำนึงถึงพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กเป็นตัวชี้วัดประสิทธิภาพของการดูแล เพื่อคงความมีสุขภาพดีของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ กิจกรรมการพยาบาล จึงเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องอาศัย

กระบวนการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กโคปอดอักเสบ มีขั้นตอนดังต่อไปนี้ (Mayers and Jacobson, 1995; Wong, et al., 2001; พึ่งพิศ การงาม, 2541; วิภา ปริญญาภาพ, 2543)

1. การรวบรวมข้อมูล (Nursing assessment) พยาบาลจะต้องรวบรวมข้อมูลโดยการซักประวัติจากครอบครัว การสังเกตและการตรวจร่างกายเด็ก เพื่อประเมินภาวะพร่องออกซิเจน โดยการวัดระดับสัญญาณชีพ สังเกตลักษณะการหายใจ สังเกตอาการซีดเขียวปลายมือปลายเท้า ปฏิกริยาตอบสนองของเด็ก ประวัติการเจ็บป่วยและการสูดสำลัก

2. วินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) ได้มาจากการวิเคราะห์ข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยทั่วไปได้แก่ ภาวะพร่องออกซิเจน ลักษณะหายใจหอบเหนื่อย การแพร่กระจายเชื้อความวิตกกังวลของญาติต่อภาวะการเจ็บป่วยของเด็กเนื่องจากความรู้วิธีการปฏิบัติตนและการรักษา

3. การวางแผนการพยาบาล (Nursing care plan) มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือเด็กในภาวะวิกฤติ และครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวล และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่บุคคลอื่น โดยวางแผนตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Nursing implementation) เป็นการนำแผนการพยาบาลที่วางมาปฏิบัติให้เด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล จนกระทั่งมีอาการทุเลา

5. การประเมินผล (Nursing evaluation) คือการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ได้แก่ เด็กไม่มีภาวะพร่องออกซิเจน ภายหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาล ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน

จากการศึกษาของสาตี เฉลิมวรรณพงษ์ และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2544: 288) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการใช้กระบวนการพยาบาลของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลมีอุปสรรค คือ ความไม่ชัดเจนในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลต้องใช้เวลาและไม่ลืซึ่งเพียงพอ อาจเนื่องจากการประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ไม่ครบถ้วน ไม่มีเวลาบันทึก ผู้บริหารจึงมีหน้าที่ต้องจัดระบบการพยาบาลเพื่อให้พยาบาลมีโอกาสใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครบถ้วน สมบูรณ์และไม่เป็นการเพิ่มภาระงาน โดยการจัดเตรียมเอกสารต่าง ๆ เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงานและสร้างแรงจูงใจในการทำงาน

การใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในเด็กโรคปอดอักเสบ ที่ทำการศึกษานี้จึงได้มีการจัดเตรียมเอกสารต่าง ๆ ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลอย่างครบถ้วน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติงาน

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

การดูแลผู้ป่วยเด็กมีความจำเป็นที่จะต้องให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเป็นอย่างมาก เนื่องจากเด็กจะไม่มีความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่หรือพยาบาล อาจทำให้การรักษาทำได้ยากมากขึ้น เพราะเด็กอาจไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา และการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมยังเป็นการช่วยเตรียมความพร้อมให้กับคนในครอบครัว ให้มีความสามารถในการดูแลเด็กต่อไป รุจา ภูไพบูลย์ (2541) ได้กล่าวถึงครอบครัวว่าต้องประกอบด้วยคนมากกว่า 1 คนขึ้นไป สมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ และสมาชิกในครอบครัวจะมีบทบาทในครอบครัวตามที่สังคมให้ความหมาย เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา ที่มีหน้าที่รับผิดชอบตามบทบาทของตน และ Walker, Pratt & Eddy (1995) กล่าวว่า การดูแลโดยครอบครัวเป็นการที่บุคคลในครอบครัวบุคคลใดบุคคลหนึ่ง หรือมากกว่า 1 คน ให้การดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการความช่วยเหลือในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3.1 ความหมายและแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผู้ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ตรงกับคำว่า Family participation (Pike, 1989 cited in Coyne, 1996) Fradd (1987 cited in Coyne 1996) ได้มองภาพของการมีส่วนร่วมของบิดามารดามีลักษณะเป็นการมีส่วนร่วมของครอบครัว การมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็ก เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการดูแลรักษาพยาบาลเด็ก (Coyne, 1996; Hanson and Boyd, 1996; Neill, 1996, Polkki et al, 2002) โดยเฉพาะแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลสุขภาพเด็ก เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงในการดูแลรักษาพยาบาลเด็ก (Coyne, 1996) โดยมีรูปแบบของการพยาบาลที่แตกต่างกันไปตามลักษณะของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่ดูแลสุขภาพ

การให้ความหมายของครอบครัว (Family) ขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ศึกษาแต่ละบุคคล ดังนั้น การให้ความหมายของครอบครัวสามารถสรุปรวมได้ดังนี้

สมาคมเศรษฐศาสตร์แห่งประเทศไทย (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) ได้ให้ความหมายของครอบครัวในเชิงสหสาขาวิทยาการ ดังนี้

1. ทางชีววิทยา ครอบครัวเป็นกลุ่มชนที่มีความผูกพันทางสายโลหิต
2. ทางเศรษฐศาสตร์ ครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่ใช้จ่ายเงินจากงบประมาณเดียวกัน ถึงแม้จะอาศัยอยู่ต่างที่อยู่กัน

3. ทางสังคมศาสตร์ ครอบครัวยังเป็นกลุ่มคนที่อยู่ร่วมเคหสถานเดียวกัน มีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกันโดยมิจำเป็นต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน

4. ทางนิติศาสตร์ ครอบครัวยังที่ชายหญิงจดทะเบียนสมรสอย่างถูกต้องตามกฎหมาย ซึ่งจะครอบคลุมถึงบุตรและบุตรบุญธรรม นอกจากนี้กฎหมายยังได้กำหนดหน้าที่รับผิดชอบของบิดา มารดา สามี ภรรยา และบุตรที่มีต่อกันและกำหนดสิทธิในการรับมรดกตามกฎหมาย

Friedman (1986) ได้ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึง องค์ประกอบของบุคคลตั้งแต่ 2 คน หรือมากกว่า 2 คนขึ้นไป ซึ่งมีความรักใคร่ผูกพันมีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุขซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความปรารถนาดีต่อกัน ซึ่งอาศัยอยู่ร่วมกันหรือใกล้กันและครอบครัวทำหน้าที่เป็นสื่อเชื่อมโยงระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับสังคมที่ใหญ่ออกไป

Orem (1991) ได้ให้ความหมายของครอบครัว หมายถึง ครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐาน สิ่งแวดล้อมของบุคคล บทบาทของครอบครัวต่อสมาชิกที่เจ็บป่วย หรือการดูแลบุคคลผู้ต้องการพึ่งพา และหน่วยกลุ่มบุคคลผู้ต้องการพยาบาล

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ครอบครัว หมายถึง บุคคลตั้งแต่ 2 คนหรือมากกว่า 2 คนขึ้นไป ซึ่งมีความรักใคร่ผูกพันมีปฏิสัมพันธ์และสนใจต่อทุกข์สุข มีการพึ่งพา สนับสนุน ดูแลช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวทั้งที่เจ็บป่วย และไม่เจ็บป่วย โดยมีความปรารถนาดีต่อกัน ซึ่งอาจอาศัยอยู่ร่วมกันหรือใกล้กันหรือต่างที่อยู่กัน หรืออาจสืบสายโลหิตเดียวกันหรือไม่ต้องสืบสายโลหิตเดียวกัน

การให้ความหมายของการมีส่วนร่วมขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ศึกษา สามารถสรุปรวบรวมได้ดังนี้

Chambers dictionary ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม (Coyne, 1996) ว่าเป็น การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ หรือการเข้าไปมีส่วนร่วมในการกระทำในสิ่งที่มีอารมณ์สนใจ

Brownlea (1987 cited in Coyne, 1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง หรือการได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการบริการหรือประเมินผลการบริการ หรือการเป็นผู้ให้คำปรึกษาหรือเป็นผู้ขอคำปรึกษาในประเด็นปัญหาต่าง ๆ

Cahill (1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในการกระทำหรือในสถานการณ์และการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกับผู้อื่น

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง การเข้าไปมีส่วนร่วมเกี่ยวข้อง หรือการมีส่วนร่วมในการกระทำ หรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบ หรือการได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการบริการหรือการประเมินผลการบริการ หรือการเป็น

ผู้ให้คำปรึกษา หรือเป็นผู้ขอคำปรึกษาในประเด็นปัญหาต่าง ๆ หรือมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกับผู้อื่น

Fradd (1987 cited in Coyne 1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งร่วมรับผิดชอบในการดูแลบุตร ไม่ว่าพยาบาลคนใดให้การดูแลอยู่ไม่ว่าเด็กจะได้รับการวินิจฉัยโรคหรือรับการรักษาอะไรอยู่ที่ตาม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีลักษณะเหมือนการมีส่วนร่วมของบิดามารดา

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

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

Hanson and Boyd (1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับความสุขสบาย โดยให้การดูแลร่างกายระหว่างอยู่โรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าสมาชิกในครอบครัวได้ดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ตนรักเป็นประจำที่บ้าน ก่อนที่จะกระตุ้นหรือให้กำลังใจสมาชิกในครอบครัว ให้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องแยกประเด็นความชอบของสมาชิกในครอบครัว ความชอบของผู้ป่วย และความสามารถของสมาชิกในครอบครัวก่อน สมาชิกในครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลหลายวิธี เช่น ช่วยเหลือดูแลขณะรับประทานอาหาร ช่วยเหลือขณะแปรงฟัน และกิจกรรมอื่น ๆ ที่ให้ความสุขสบาย และช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดทำผู้ป่วยหรือการเคลื่อนไหวของข้อหรือการบริหารข้อ

Friedman (1997) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแล มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบในการดูแล กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน ดูแลช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลบุตร

Welk (1999) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือบิดามารดา หมายถึง การเป็นผู้ช่วยเหลือโดยตรง หรือการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับเด็ก ตัวอย่าง เช่น การออกกำลังกาย โดยให้ครอบครัวร่วมกันเดินออกกำลังกาย ร่วมกันเล่น ร่วมกันฝึกทักษะทางด้านร่างกายกับเด็ก การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการสาธิตการออกกำลังกายให้แก่เด็ก

และในขณะที่ออกกำลังกายครอบครัวจะให้ความสำคัญกับประโยชน์ของการพัฒนาสมรรถภาพทางร่างกาย เพื่อให้เด็กรู้สึกว่าการออกกำลังกายมีความสำคัญกับเด็ก

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของบิดามารดาหรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแล หรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลบุตร หรือกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน หรือการได้รับการอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแล หรือมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับบุตรหรือเป็นผู้ให้คำปรึกษา หรือเป็นผู้ขอคำปรึกษาในประเด็นปัญหาต่าง ๆ แก่บุตร หรือมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกับผู้อื่น หรือเป็นผู้ช่วยเหลือเด็กโดยตรงในการดูแลด้านอารมณ์และด้านร่างกายของเด็กด้วยความรักให้ได้รับความสุขสบาย ไม่ว่าพยาบาลคนใดให้การพยาบาลอยู่ ไม่ว่าเด็กจะได้รับการวินิจฉัยโรคหรือรับการรักษาระหว่างอยู่ที่ตาม

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยเป็นหลักการที่สำคัญต่อการพยาบาลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Newton, 2000) ซึ่งมีการยอมรับในการนำไปปฏิบัติในโรงพยาบาลต่าง ๆ ที่มีนโยบายให้ครอบครัวอยู่เฝ้าเด็กป่วยและมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากครอบครัวคาดหวังที่จะปฏิบัติดูแลเด็กป่วยเช่นเดียวกับสิ่งที่เคยปฏิบัติเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อให้ครอบครัวคงความสามารถในการดูแลเด็กป่วยเพราะการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยจะมีประโยชน์ทั้งต่อเด็กป่วยครอบครัวและบุคลากรพยาบาล (Pike, 1989)

Callery & Smith (1991) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยคือการที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมต่อกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยโดยตรง โดยเป็นกิจกรรมที่ครอบครัวได้ปฏิบัติในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเป็นประจำ

Neill (1996) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวคือการที่ครอบครัวได้เข้าร่วมหรือได้รับอนุญาตในการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือในการให้การดูแลเด็กป่วยหรือประเมินผลการดูแลเด็กป่วย หรือเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลเด็กป่วย

Stull & Deatrck (1986) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวว่าครอบครัวปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรง ได้แก่ การดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ และการดูแลทางด้านจิตใจเมื่อได้รับกิจกรรมการพยาบาล และทางอ้อม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าจากความหมายการมีส่วนร่วมของครอบครัวดังกล่าว มีทั้งที่กล่าวถึงการมีส่วนร่วมที่ครอบครัวได้ปฏิบัติ (Callery & Smith, 1991; Neill, 1996; Schepp, 1995) และการมีส่วนร่วมที่ครอบครัวปรารถนาจะปฏิบัติ (Schepp, 1995; Stull & Deatrck, 1986) และองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของครอบครัวได้แก่การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการ

พยาบาล และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและบุคลากรพยาบาล และด้านการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย (Callery & Smith, 1991; Schepp, 1995; Stull & Deatrck, 1986; Neill, 1996a; Schepp, 1995)

3.2 รูปแบบการพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

การพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กมีหลายรูปแบบ เช่น Coyne (1996) กล่าวถึง การพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก คือ

1. การให้ครอบครัวร่วมห้องกับผู้ป่วย หมายถึง การอนุญาตให้ครอบครัวได้อยู่ดูแลอาการของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยที่เด็กเข้ารับการรักษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง รวมไปถึงการครอบครัวได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำ ในเรื่องการให้อาหารหรือการช่วยเหลือเด็กป่วยในการรับประทานอาหาร การช่วยเหลือเด็กป่วยอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า

2. การดูแลโดยครอบครัว หมายถึง การให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลร่วมกับแพทย์และพยาบาล ในการร่วมกันประเมินปัญหา รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของเด็ก ร่วมกันกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และร่วมกันวางแผนเพื่อเตรียมจำหน่ายเด็กกลับบ้าน โดยจะเริ่มปฏิบัติตั้งแต่วันแรกที่รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด เพื่อจะได้วางแผนกิจกรรมการพยาบาลได้ครอบคลุม และรวดเร็วต่อการรักษาดูแลผู้ป่วย

3. การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลเด็ก และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กด้วยตนเอง โดยพยาบาลและครอบครัวปฏิบัติตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ให้บรรลุตามเป้าหมาย เพื่อให้ครอบครัวเกิดความรู้ มีทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันและรักษาโรคปอดอักเสบ และการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีการผิดปกติ โดยการสอนสุขศึกษาเรื่องโรคปอดอักเสบ การสาธิตการดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้น เช่น การดูแลเช็ดตัวลดไข้ การดูแลเสมหะด้วยลูกยางแดง

4. การเป็นหุ้นส่วนการดูแล หมายถึง การเน้นให้ครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแลเด็ก ให้ตระหนักว่าครอบครัวมีส่วนสำคัญในการหายป่วยของเด็ก แนะนำให้ครอบครัวปฏิบัติกรดูแลที่ถูกต้อง โดยการสนับสนุนให้ครอบครัวได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กด้วยตนเอง เช่น การดูแลสอนมารดาเช็ดตัวลดไข้ที่ถูกต้อง ถ้ามารดาสามารถเช็ดตัวได้ถูกต้องและอุณหภูมิร่างกายของผู้ป่วยเด็กลดลง หรือการดูแลเสมหะด้วยลูกยางแดงแล้วทำให้ผู้ป่วยหายใจสะดวกขึ้น อาการหอบเหนื่อยทุเลาลง จะทำให้ครอบครัวเกิดความภูมิใจ และมั่นใจในการดูแลเด็กมากขึ้น และมองเห็นความสำคัญของตนเองว่ามีส่วนในการหายหรือทุเลาของเด็ก

5. การเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง หมายถึง การดูแลที่เน้นผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ประเมินความต้องการของครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนให้ครอบครัวให้

สามารถดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยพยาบาลมีการประเมินและวางแผนการดูแลเด็กร่วมกับครอบครัว เพราะเมื่อผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล บุคคลที่จะดูแลผู้ป่วยเด็กต่อที่บ้าน คือ ครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก

รูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามแนวคิดของ Schepp (1995) โดย Schepp (1995) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมที่ครอบครัวปฏิบัติได้ และปรารถนาที่จะปฏิบัติ ในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (Participation in routine care) หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ในเรื่องการอยู่กับเด็กป่วยขณะที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเด็กป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล
2. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล (Participation in technical care) หมายถึง การที่ครอบครัวได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การวัดอุณหภูมิ การวัดความดันโลหิต การตรวจร่างกาย การเจาะเลือด การส่งเด็กไปรับการตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพัก เช่น เอกซเรย์
3. การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล (Participation in information sharing) หมายถึง การที่ครอบครัวได้มีโอกาสให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาร่วมกับพยาบาล ในเรื่องการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่ได้รับ หรือการได้รับแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษา และการได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กตามความเป็นจริง
4. การมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย (Participation in design making) หมายถึง การที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย เกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่บุตรได้รับ การเป็นผู้เลือกบุคลากรพยาบาลที่ดูแลเด็กป่วย การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมเด็กป่วย การเลือกเป็นผู้วัดอุณหภูมิให้เด็กป่วย และการให้บุคลากรพยาบาลขออนุญาตผู้ปกครองที่จะปลุกเด็กป่วยให้ตื่น

Friedman (1997) ได้อธิบายรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็ก ดังนี้

1. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันความเจ็บป่วยของเด็ก คือ เด็กมีความต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลในลักษณะองค์รวม
2. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในระยาะที่มีอาการเกิดขึ้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวในระยะนี้ ครอบครัวจะมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และให้ความหมายของ

สุขภาพและการเจ็บป่วย การให้ความหมายของอาการ สาเหตุ ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการ และความตระหนัก หรือความเอาใจใส่ต่อการดูแลเมื่อเด็กมีอาการเกิดขึ้น

3. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล
ครอบครัวสามารถตัดสินใจว่าเมื่อใดเด็กมีภาวะเจ็บป่วยและต้องการความช่วยเหลือเด็ก ครอบครัวสามารถตัดสินใจว่าเด็กควรจะได้รับ การรักษาที่ใด
4. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เพื่อส่งต่อไปให้ระบบปฐมภูมิ
5. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการพึ่งพา ครอบครัวสามารถชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วย ว่าควรจะปฏิบัติตามคำแนะนำได้มากน้อยระดับไหน และพฤติกรรมของผู้ป่วย สามารถบอกได้ว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่อไร
6. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพของครอบครัว

ดังนั้นการศึกษารุ่นนี้ จึงใช้แนวคิดของการพยาบาลโดยครอบครัวมีส่วนร่วมของ Coyne (1996) เนื่องจากมีความหมายที่ครอบคลุมการทำกิจกรรมบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยแนวคิดนี้ได้ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล การร่วมปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยเด็กทุกขั้นตอน และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลร่วมกัน ทำให้ครอบครัวได้เข้าใจสาเหตุของการเจ็บป่วย อาการ วิธีการป้องกัน และวิธีการดูแลรักษา ซึ่งจะทำให้ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมีพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้อง และป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

3.3 บทบาทพยาบาลและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

พยาบาลเป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวทั้งในระยะเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย ตลอดจนส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพเด็กได้อย่างปลอดภัย และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2537) ได้กล่าวถึงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวไว้ 3 ด้าน ดังนี้ คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว ด้านการป้องกันความเจ็บป่วยและการเกิดโรค และ ด้านการรักษาความเจ็บป่วยและโรคต่าง ๆ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพของครอบครัว พยาบาลมีบทบาทดังนี้
 - 1.1 การสร้างความมีส่วนร่วมของครอบครัวในเรื่องการดูแลสุขภาพของสมาชิกของครอบครัวในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลได้
 - 1.2 การพัฒนาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในเรื่องการสร้างสุขภาพครอบครัวให้ดี โดยทุก ๆ คนมีบทบาทในการร่วมสร้างสุขภาพ

1.3 การพัฒนาบทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านซึ่งอาจจะเป็น สามี ภรรยา บุตร-หลาน หรือญาติใกล้ชิด โดยพยาบาลจะต้องเตรียมบุคลากรเหล่านี้ให้พร้อมก่อนผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรัง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย

2. ด้านการป้องกันความเจ็บป่วยและการเกิดโรค พยาบาลมีบทบาทดังนี้

2.1 การดูแลครอบครัวที่อยู่ในภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ กาย-จิต-สังคม ความเสี่ยงทางสุขภาพจากความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวได้อีกมาก เช่น ครอบครัวที่มีบุตรปัญญาอ่อน พิการ หรือ มีผู้ป่วยทางจิต

2.2 การป้องกันการเกิดโรคด้วยวิธีสร้างภูมิคุ้มกัน ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งครอบครัวควรได้มีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัว

2.3 การดูแลสมาชิกในครอบครัวตามลำดับขั้นพัฒนาการของมนุษย์ ตั้งแต่เกิดจนตาย สมาชิกในครอบครัวควรมีบทบาทร่วมด้วย

2.4 การป้องกันความพิการ และการเกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งจะเกิดได้กับผู้ที่เจ็บป่วยแล้วต้องกลับไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยโรคหอบหืด ผู้ป่วยโรคหัวใจ ผู้ป่วยโรคทางกระดูก

3. ด้านการรักษาความเจ็บป่วยและโรคต่าง ๆ พยาบาลมีบทบาทดังนี้

3.1 บทบาทของครอบครัวขณะผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลมีกิจกรรมมากมายที่ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมได้ โดยจะต้องจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมและเอื้อต่อการแสดงบทบาทของครอบครัว เช่น เวลาเยี่ยมผู้ป่วย การวางแผนให้ครอบครัวได้ช่วยเหลือผู้ป่วยเหล่านี้ เป็นต้น

3.2 บทบาทของครอบครัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยจะต้องมีแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (Discharge planning)

3.3 บทบาทของพยาบาลสำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) โดยสรุปบทบาทของพยาบาลยังคงอยู่ในขอบข่ายเดิมที่พยาบาลจะต้องทำคือ บทบาทด้านการสอน และให้ข้อมูล บทบาทด้านการให้คำปรึกษา บทบาทด้านการให้การดูแลโดยตรง และ บทบาทด้านการสนับสนุนการส่งเสริม

พยาบาลเด็กเป็นผู้ให้การดูแลเด็ก มีบทบาทสำคัญในการที่จะช่วยฟื้นหายของเด็ก ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากสถานการพยาบาลสู่บ้านได้โดยสนับสนุนให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่บ้าน เป็นบทบาทสำคัญที่แสดงถึงความเป็นวิชาชีพ ดังนั้นจึงมีผู้กำหนดบทบาทและคุณสมบัติของพยาบาลเด็กไว้มากมาย สรุปได้ดังนี้ (Swanson-Kauffman, 1988 อ้างถึงในส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542; อรพรรณ ลีอนุชวิชัย, 2541)

1. พยาบาลต้องมีความรักและเข้าใจในธรรมชาติของเด็ก การแสดงถึงการรู้จัก หมายความว่ามีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการตามวัยและการเจริญเติบโตของเด็กในแต่ละวัย ให้การดูแลให้ปลอดภัย สุขสบายทั้งร่างกายและจิตใจโดยสอดคล้องกับแผนการพยาบาล และแผนการรักษาของแพทย์ ชี้แนะทางของกระบวนการพยาบาล เทคนิคการแก้ปัญหา และวิธีการทางวิทยาศาสตร์

2. มีความนุ่มนวล อดทนและมีอารมณ์แจ่มใสเป็นกิจวัตรให้ความรัก ความอบอุ่น ความถนุถนอม ด้วยการใช้น้ำเสียงที่อ่อนโยน

3. การสัมผัส เห็นอกเห็นใจ เอื้ออาทรต่อเพื่อนมนุษย์

4. มีความสามารถในการใช้ภาษา การสังเกตและบันทึกอาการ พฤติกรรมต่าง ๆ ได้อย่างละเอียดถี่ถ้วนและเป็นจริง

5. มีความสามารถในการถ่ายทอดแบบแผนการปฏิบัติที่ดีโดยการปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ กระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดการพัฒนา มีความรู้ในการช่วยเหลือตนเองและดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน เป็นการปฏิบัติเฉพาะบุคคล ใช้แหล่งทรัพยากรให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ให้โอกาสแก่ผู้ใช้บริการและครอบครัวที่จะมีส่วนร่วมในการพยาบาล เอื้ออำนวยให้เกิดกิจกรรมการดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และมีการปรับปรุงให้ทันสมัยเหมาะสมกับสภาพ

Erb (1983), Schulte et al (1997), มยุรี นภาพรรณสกุล (2543) และพรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา (2544) แบ่งบทบาทของพยาบาลเด็กไว้สอดคล้องกัน ดังนี้

1. บทบาทด้านการดูแล (Caring role) เป็นบทบาทอิสระ (Independent function) สามารถปฏิบัติได้เองตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล เพื่อช่วยดูแล สนับสนุน เกี่ยวกับการให้ความสุขสบายต่าง ๆ แก่เด็กและครอบครัวให้ผู้ป่วยครองมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นหลัก สอดคล้องกับความต้องการของร่างกาย

2. บทบาทในการวางแผน (Planning role) ด้านการรักษา ป้องกันและส่งเสริมเป็นบทบาทที่ต้องร่วมมือกับทีมสหสาขาในการรักษาพยาบาลที่ให้การดูแลจะต้องมีการวางแผนการพยาบาล

3. บทบาทของครู (Teaching role) ด้านการสอนและแนะนำสามารถถ่ายทอดความรู้ทักษะและเจตคติที่ดี รวมทั้งการสอนและแนะนำสมาชิกใหม่เข้าสู่วิชาชีพพยาบาล ด้วยการสอนต้องมีเป้าหมายที่ชัดเจนและมีวิธีที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล

4. บทบาทการให้คำปรึกษา (Consulting role) การที่เด็กเจ็บป่วย ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด วิตกกังวล พยาบาลจะต้องใช้บทบาทของการเป็นที่ปรึกษาร่วม เช่น การรับฟังและให้ข้อมูลที่ชัดเจนสัมผัสและเปิดโอกาสให้มีการระบายออก

5. บทบาทการติดต่อสื่อสารและการประสานงาน (Communication and Coordinating role) ช่วยให้พ่อแม่รับทราบและตระหนักเกี่ยวกับข้อมูล แผนการดำเนินโรค และการรักษา อธิบาย กระบวนการทุกขั้นตอน ทั้งการเขียนและคำพูด ประสานงานกับวิชาชีพอื่นในการดูแลสุขภาพเด็กให้มีประสิทธิภาพ พยาบาลจะต้องสื่อสารกับเด็ก เพื่อให้เด็กร่วมมือในการรักษา หรือเพื่อให้เด็กร่วมมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องติดต่อสื่อสารกับมารดาของเด็ก ผู้ดูแล ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการติดตามดูแลเด็กภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

6. บทบาทด้านการวิจัย (Research role) เริ่มตั้งแต่การสังเกตด้านสุขภาพ และการเจ็บป่วย มีการจัดเก็บข้อมูลให้เป็นระบบและนำมาวิเคราะห์

7. บทบาทในการเป็นผู้ปกครองและปกป้องสิทธิแก่เด็ก (Protection role) เป็นบทบาทที่เปรียบเสมือนเป็นบิดามารดาที่มีความรัก ห่วงใยและปรารถนาดีต่อบุตร ให้ความช่วยเหลือและป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายแก่เด็ก เรียกร้องสิทธิที่เด็กพึงมีพึงได้

สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสหรัฐอเมริกา (American Nursing Association, 1995 cited in Wong, et al.: 1999) กล่าวว่าพยาบาลเด็กต้องมีการปฏิบัติ 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การเข้าถึงประสบการณ์และความรับผิดชอบในสุขภาพดี ปราศจากการเจ็บป่วย
2. มีการนำข้อมูลความรู้จากประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมายมาบูรณาการ
3. นำความรู้จากศาสตร์มาปรับใช้ในกระบวนการวินิจฉัยและการรักษา
4. จัดเตรียมการดูแลโดยใช้การประสานระหว่างการสร้างสัมพันธภาพควบคู่กับการดูแลด้านสุขภาพ

นอกจากนี้ ทวีสุข พันธุ์เพ็ง (2546) ยังได้กล่าวถึง บทบาทของพยาบาลที่จะช่วยในการฟื้นฟูของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบว่ามี 2 ด้าน คือ บทบาทด้านการดูแล และบทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. บทบาทด้านการดูแล โดยให้ความรัก ความเข้าใจในพัฒนาการตามวัยของเด็กปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลด้วยสัมผัสที่นุ่มนวล เพื่อให้ทารกพ้นระยะวิกฤติและกลับเข้าสู่ภาวะสมดุลของระบบอย่างปลอดภัย ทั้งนี้ต้องคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคลของเด็ก โดยให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก มีความสามารถในการใช้ภาษาเพื่อสื่อสารให้ครอบครัวเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดูแลเด็ก

2. บทบาทด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย เด็กที่ได้รับการดูแลสุขภาพโดยสม่ำเสมอ ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก จะช่วย

ลดความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ สภาพแวดล้อมรอบบ้านและที่อยู่อาศัย โลกของเด็กมักอยู่ที่บ้านและชุมชนเป็นส่วนใหญ่ สถานที่เหล่านี้ควรเป็นที่ที่เหมาะสมแก่การสร้างเสริมสุขภาพของเด็ก ร่างกายของเด็กเจริญเติบโตอยู่ตลอดเวลา ระบบการทำงานของอวัยวะภายในอยู่ระหว่างการพัฒนา และเด็กก็ไม่สามารถจัดการกับสิ่งแวดล้อมได้เหมือน

จากการที่พยาบาลและครอบครัวต้องมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยบทบาทของพยาบาล จะขึ้นอยู่กับภาระประเมินปัญหาาร่วมกันกับครอบครัว ความพยายามในการสอน สาธิตและการฝึกปฏิบัติ เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลเด็กได้เองที่บ้าน สามารถแก้ไขปัญหาได้เองอย่างมีหลักการและนำมาใช้ได้ โดยพยาบาลต้องจัดกิจกรรมให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของครอบครัว จัดช่วงเวลาการปฏิบัติกิจกรรมให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยคำนึงถึงครอบครัวว่าเป็นผู้ที่มีความเป็นบุคคลเท่า ๆ กันกับพยาบาล ให้การช่วยเหลือและเอื้ออำนวยความสะดวกให้ได้รับในสิ่งที่ต้องการอย่างเพียงพอเท่าที่จะสามารถทำได้ สื่อสารกับครอบครัวและให้โอกาสในการมีส่วนร่วมในการพยาบาล ให้ความไว้วางใจและยอมรับว่าเขาเป็นผู้ที่มีความสามารถ พัฒนาได้ทุกคน จะเป็นเทคนิคหนึ่งที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของทั้งตนเองและครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทเชิงรุกของพยาบาลและผู้ป่วยยังช่วยให้ผู้ป่วยลดความกลัวและคลายความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการรักษา การมีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว พร้อมทั้งเริ่มการสอนให้เข้าใจในทฤษฎีเสียก่อน แล้วจึงโยงความรู้ภาคทฤษฎีมาสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะในภาคปฏิบัตินั้นจำเป็นต้องใช้การสอนแบบสาธิต เพราะการสาธิตจะทำให้ผู้เรียนได้เห็นขั้นตอนการปฏิบัติเป็นรูปแบบ และช่วยให้เกิดความเข้าใจได้ดียิ่งขึ้น สามารถปฏิบัติตามได้ (คจเดือน เขียวเหลือง, 2538 อ้างถึงใน นฤมล เพียรเจริญ, 2539)

การวางแผนการจำหน่ายเด็กโรคปอดอักเสบ เป็นการจักระบบบริการพยาบาลเด็กโรคปอดอักเสบใหม่ โดยนำแนวคิดของ Clemen-Stone, S., Eigsti, D.G., and McGuire, S.L., (1995) มาใช้กับเด็กโรคปอดอักเสบที่เน้นการดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งในแผนการจำหน่ายเด็กโรคปอดอักเสบที่เน้นการดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมาใช้นี้ พยาบาลต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เคยเป็นผู้กระทำและผู้ควบคุม ไปสู่การเอื้ออำนวยข้อมูล ความรู้ ทักษะและทรัพยากรอย่างเพียงพอให้กับญาติและครอบครัว พยาบาลจะต้องเป็นผู้ประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน รับฟังปัญหาอย่างแท้จริงของครอบครัว รวมทั้งมีการส่งเสริมให้ผู้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง พยาบาลต้องยอมรับในความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้ป่วยและครอบครัวในการใช้สิทธิที่จะควบคุมชะตาชีวิตของตนเองและแสดงความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งก็คือหัวใจของพยาบาลนั่นเอง (ดารณี จามจรีและคณะ, 2545)

แนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมตามกระบวนการทางการแพทย์ มีขั้นตอน คือ การประเมินปัญหา การวินิจฉัยการพยาบาล การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล การปฏิบัติกิจกรรมและการประเมินผล ดังนี้

1. การประเมินปัญหา เป็นขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับเด็กจากครอบครัว เพื่อระบุต้นเหตุของการเกิดโรค โดยประเมินจากการซักถาม ร่วมกับการสังเกตจากครอบครัว รวมทั้งประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัว ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยครอบคลุมทั้ง 5 ด้านคือ สรีระ จิตใจ สังคม-วัฒนธรรม พัฒนาการและจิตวิญญาณ ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนย่อยคือ

1.1 การรวบรวมข้อมูลพื้นฐานจากครอบครัว โดยรวบรวมได้จากคำบอกเล่าหรือการสัมภาษณ์เกี่ยวกับ

- 1) สาเหตุ
- 2) แบบแผนการเลี้ยงดูเด็กที่บ้านของครอบครัว
- 3) แบบแผนการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบในอดีตและปัจจุบัน โดยประเมินว่าผู้ป่วยเคยป่วยด้วยโรคปอดอักเสบหรือไม่ ครอบครัวมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคนี้อีกหรือไม่ อย่างไร

- 4) ความคาดหวังของครอบครัวต่อการเจ็บป่วยของเด็กครั้งนี้
- 5) แรงจูงใจ การสนับสนุนทางเศรษฐกิจและด้านกำลังใจของครอบครัวเด็ก ความสามารถ ศักยภาพของครอบครัว

1.2 ระบุต้นเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว หรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นตามการรับรู้ร่วมกันระหว่างครอบครัวและพยาบาล

2. การวินิจฉัยการพยาบาล

การวินิจฉัยการพยาบาล หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงปัญหาหรือสาเหตุที่มาของปัญหานั้น (กองการพยาบาล, 2539: 237) ซึ่งได้จากการสรุปวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รวบรวมมา และจัดลำดับความสำคัญเรียบร้อยแล้ว นำแหล่งข้อมูลทุกอย่างมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ต้องผสมผสานและตีความหมายของข้อมูลไปในแนวทางที่ทำให้ผู้ใช้บริการปลอดภัย และสุขสบายขึ้นกว่าเดิม ตอบสนองการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่ดีขึ้น ลักษณะการเขียนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลต้องชัดเจน ใช้ภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจ ระบุที่มาของปัญหา ข้อความเป็นกลาง ภาษาที่ใช้ถูกต้อง มีลักษณะเฉพาะของบุคคล มีจุดมุ่งหมายเพื่อแก้ไขปัญหาของบุคคลทุกคน บ่งชี้ทิศทางปฏิบัติการพยาบาลและเป็นปัญหาของผู้ใช้บริการ ในขั้นตอนนี้พยาบาลได้วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจากการรวบรวมข้อมูลที่ประเมินได้เพื่อให้เหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริง

3. การกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล ในขั้นตอนนี้ พยาบาลและครอบครัวร่วมกันวางแผนแก้ปัญหาการดูแลเด็กตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ค้นหา และประเมินปัญหาอื่น ๆ ที่ยังไม่ครอบคลุมจากวันแรกที่รับผู้ป่วย กำหนดกิจกรรมจัดทำเป็นแผนการปฏิบัติงานอย่างชัดเจน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทิศทางที่ต้องการ ทั้งด้านความรู้ ทักษะและทักษะ เพื่อป้องกันหรือกำจัดต้นเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้นแล้วหรือมีโอกาสที่จะเกิดขึ้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จัดเรียงเป้าหมายของการพยาบาลตามความสำคัญในการแก้ไขปัญหา แล้วจึงกำหนดแผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแนวทางการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆภายใต้สัมพันธภาพที่ดีร่วมกัน ซึ่งพยาบาลจะเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการดูแลเด็ก (Cox, 1997 cited in Wong, et al, 1999; อรพรรณ โตสิงห์, 2544) โดยมีการเขียนแผนการพยาบาลและวิธีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งการเขียนแผนการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษรมีวัตถุประสงค์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานสำหรับเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล เป็นแหล่งข้อมูลและเน้นการพยาบาลผู้ใช้บริการแต่ละราย เป็นศูนย์กลางในการประสานงานของผู้ให้บริการ เป็นหลักประกันว่าผู้ใช้บริการและครอบครัวมีส่วนร่วมในการพยาบาล ซึ่งจากการศึกษาของวิทยา ฝักฝน (2001) พบว่าการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลจะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ผู้ใช้บริการจะได้รับการเตรียมตัวจำหน่ายกลับบ้านอย่างถูกต้องเพราะมีการให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการและญาติอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร

4. การปฏิบัติกิจกรรม ในขั้นตอนนี้ พยาบาลปฏิบัติตามแผนที่ได้กำหนดร่วมกับครอบครัว สนับสนุนให้ครอบครัวมีอิสระในการดูแล (สุวดี ศรีเลนวัต, 2530; ชมรมเวชศาสตร์ทารกแรกเกิดแห่งประเทศไทย, 2544) ประกอบด้วย

4.1 การสอน สอนเพื่อให้ความรู้แก่ครอบครัว ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลเด็กของครอบครัว เป็นการปรับเปลี่ยนความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และทักษะที่ต้องการ เพื่อส่งเสริมสุขภาพเด็กให้ดีขึ้น ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การดูแลรักษาที่บ้าน สนับสนุนให้ครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค ซึ่งเป็นแนวทางในการรักษา และการสังเกตเมื่อเด็กมีอาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ รวมทั้งผลเสียของการป่วยซ้ำหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อน

4.2 การสาธิตเพื่อให้ครอบครัวได้เห็นของจริงการปฏิบัติในสถานการณ์จริงหรือใกล้เคียงของจริงมากที่สุด ซึ่งจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ด้านทักษะเป็นอย่างดี (เนที เกื้อกุลกิจการ, 2541) ได้แก่ การสาธิต และให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติ

4.3 การฝึกปฏิบัติ รวมทั้งติดต่อประสานงานกับแหล่งประโยชน์ในชุมชนเพื่อส่งต่อข้อมูลผู้ป่วย ตามความเหมาะสมของเด็กและครอบครัว

4.4 การสนับสนุนให้ครอบครัวรู้สึกมีกำลังใจ ปลอดภัยและมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อให้ครอบครัวคลายความกังวลเมื่อต้องกลับไปเผชิญปัญหาที่บ้านด้วยตนเอง (นที เกื้อกูลกิจกร, 2541) ได้แก่ การสัมผัสด้วยความอ่อนโยน การรับฟัง ยอมรับในการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว

4.5 การแนะนำให้คำปรึกษา เป็นการช่วยเหลือภายใต้สัมพันธภาพที่ดี เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับตนเอง สภาพแวดล้อมและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่จริงได้ดีขึ้น โดยการเสนอแนวทางต่าง ๆ ให้เลือกตัดสินใจ เตรียมความรู้ และวัตถุดิบสำหรับครอบครัวที่เรียนรู้ทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแล เสริมพลังให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจเมื่อต้องกลับไปดูแลเด็กต่อที่บ้าน

4.6 การติดต่อประสานงาน ทั้งภายในระหว่างพยาบาลผู้ให้การดูแล การส่งต่อเวรอื่นเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องระหว่างการรักษาตัวในหอผู้ป่วย ตลอดจนการส่งทีมพยาบาลเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กที่บ้าน ให้เหมาะสมตามสภาพปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล

ภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในแต่ละระยะ พยาบาลจะต้องทำการประเมินผลการปฏิบัติว่าบรรลุเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ร่วมกันหรือไม่ บันทึกผลการปฏิบัติลงในแผนการพยาบาลของเด็กแต่ละราย ส่งต่อให้พยาบาลในแต่ละเวร เพื่อช่วยในการแก้ปัญหาให้เด็กในส่วนที่ยังไม่สมบูรณ์ต่อไป จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ซึ่งผู้รับบริการต้องสามารถดูแลตนเองได้จริงตามสภาพแวดล้อมของเขา และเมื่อการประเมินไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ พยาบาลต้องร่วมกับผู้ดูแลในการประเมินปัญหาตามขั้นตอนตั้งแต่ต้นใหม่ ให้มีความเหมาะสมและสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง (วรณวรรณ ฝาโคตร และ ลักษณะ ยอดกลกิจ, 2538) ก่อนจำหน่ายเด็กกลับบ้านให้ครอบครัวประเมินความพึงพอใจบริการพยาบาลที่ได้รับและภายหลังจำหน่ายกลับบ้านภายใน 15 วัน พยาบาลจะติดตามประเมินพฤติกรรมดูแลเด็ก

5. ผลลัพธ์ของการพยาบาล คือขั้นตอนของการประเมินผลภายหลังการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้กับผู้ดูแล ได้แก่ 1) การพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ที่มีโอกาสจะเกิดขึ้นในเด็กจากการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ 2) การพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กในขณะที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบให้มีการฟื้นหายเป็นปกติ 3) การพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมป้องกันไม่ให้เด็กป่วยซ้ำด้วยโรคเดิม

สรุปได้ว่า ลักษณะของรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม คือ กิจกรรมการพยาบาลที่มีการนำการวางแผนจำหน่ายเข้ามามีส่วนร่วมกัน โดยพยาบาลและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพ พยาบาล กับครอบครัว เน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

ร่วมในกิจกรรมการพยาบาล มีการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน โดยกิจกรรมต้องเหมาะสมกับความต้องการของเด็กแต่ละราย และมีการประเมินผลภายหลังการดูแล ซึ่งผลลัพธ์ที่ปรากฏได้แก่ การที่เด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม การรู้จักใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด ภายใต้การช่วยเหลือและสนับสนุนจากพยาบาล ซึ่งหมายถึง เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านจากครอบครัวนั่นเอง โดยมีการรับรู้ตรงกันทั้งพยาบาล ครอบครัว และการส่งต่อพยาบาลเวอร์อื่น ๆ กับผู้ดูแล ทำให้พยาบาลทราบถึงแบบแผนการดำรงชีวิตและการเลี้ยงดูเด็ก ประสบการณ์การปรับตัวในอดีตของครอบครัว และทรัพยากรต่าง ๆ ของเด็ก สิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลสามารถกำหนดเป็นแผนการพยาบาลได้อย่างชัดเจน โดยนำศักยภาพและทรัพยากรรอบตัวเด็กมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด อีกทั้งพยาบาลต้องติดตามประเมินผลการปฏิบัติการดูแลเด็กของครอบครัวด้วย

3.3 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กที่เจ็บป่วย

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กมีประโยชน์ต่อเด็กป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ ดังนี้

3.3.1 ประโยชน์ต่อเด็กป่วย

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมีประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กล่าวคือ ด้านร่างกาย ทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรพยาบาล เนื่องจากเด็กที่เจ็บป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างเต็มที่ เด็กต้องเผชิญกับโรค ผลกระทบจากโรค และภาวะแทรกซ้อนจากโรค จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากครอบครัว ครอบครัวสามารถให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงของเด็กอย่างละเอียดแม่นยำและครอบคลุม เช่น การสังเกตอาการหอบ การดูแลเด็กเมื่อเกิดอาการหอบ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Pender, 2001) ส่งผลให้อุบัติการณ์หอบลดลง อาการเจ็บป่วย และจำนวนการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลลดลง (Palmer, 2001) หรือการบันทึกจำนวนปีสภาวะ การสังเกตอาการไอ อาการชัก (Neil, 1996) ช่วยให้การติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดลดลง (Palmer, 1993) ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาลเด็กป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านจิตใจ ทำให้เด็กป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจ และลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ตลอดจนลดความวิตกกังวลจากการแยกจาก เนื่องจากมีครอบครัวอยู่ดูแลที่โรงพยาบาล (Pass and Pass, 1987; Neill, 1996) อีกทั้งช่วยลดความเครียดที่เกิดจากความบอบช้ำ หรือความเจ็บปวดจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนระหว่างเด็กอยู่โรงพยาบาล และการปรับตัวเข้า

กับสังคมน้อยลงหลังจากโรงพยาบาล (Bruner and Suddarth, 1986) ซึ่งเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อเด็กป่วย

3.3.2 ประโยชน์ต่อครอบครัว

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ต่อครอบครัวมาก เห็นได้จากความสามารถและความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ กับบุตรมากขึ้น จากการที่ครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ เนื่องจากครอบครัวรู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์และมีความสำคัญในการคงบทบาทในการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง (Palmer, 1993; Neill, 1996) อีกทั้งช่วยลดความเครียด ลดความวิตกกังวล ความทุกข์ และความตึงเครียดของครอบครัวขณะที่อยู่โรงพยาบาล เนื่องจากครอบครัวคิดว่าการอยู่กับบุตรที่โรงพยาบาลดีกว่าอยู่ที่บ้าน เพราะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งเป็นข้อมูลที่ดีสำหรับครอบครัวในการนำไปใช้ทั้งขณะที่อยู่โรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้าน (Neill, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ Alexander (1988) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ไม่อยู่เฝ้าบุตรในโรงพยาบาลมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ดูแลที่อยู่ร่วมกับบุตรในโรงพยาบาล

นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของครอบครัวที่เพิ่มขึ้นยังมีประโยชน์ต่อครอบครัวในการบรรเทาทุกข์ ความเบื่อหน่าย และลดความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วยของบุตร (Carpenter, 1980) อีกทั้งช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแล ให้ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพบุตร ซึ่งเห็นได้จากผลลัพธ์ความเข้าใจของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพบุตรหลังจำหน่ายมีเพิ่มขึ้น (Ayer, 1978)

จะเห็นได้ว่าการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบนั้นมีความสำคัญมาก เพราะโรคปอดอักเสบในเด็กนี้สามารถป้องกันไม่ให้เกิดหรือเกิดแล้วแต่ไม่ให้อาการรุนแรงมากขึ้น ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวในด้านพฤติกรรมดูแล และการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กยังเป็นประโยชน์ต่อทุก ๆ คน ที่เกี่ยวข้อง เช่น ตัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมีภาวะที่ต้องอาศัยการดูแลจากครอบครัว และบุคลากรพยาบาลก็ต้องอาศัยครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในการดูแลเด็กอย่างถูกต้องเมื่ออยู่ที่บ้าน ในขณะที่เดียวกันครอบครัวก็ต้องการคำแนะนำ ความรู้ หรือทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงมีความจำเป็นอย่างมากที่บุคลากรพยาบาลและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบต้องร่วมมือกัน เพื่อช่วยในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

3.3.3 ประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล ซึ่งทำให้นักพยาบาลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กอย่างละเอียด แม่นยำ สามารถให้การดูแลเด็กป่วยได้ทันเวลา และครอบครัวมากขึ้น (Coyne, 1995; Gill, 1987) อีกทั้งได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ จากเด็กป่วย ครอบครัวและบุคลากรพยาบาลเพิ่มขึ้น (Gill, 1987)

เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างต่อเนื่องโดยครอบครัวมีส่วนร่วม ไม่ได้มุ่งเน้นที่จะรักษาพยาบาลผู้ป่วยเท่านั้น การป้องกันมิให้เกิดภาวะเจ็บป่วย และการส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีภาวะสุขภาพอนามัยที่ดี มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้รับบริการสามารถพึ่งตนเองได้ การบริการจึงมีเป้าหมายดังนี้

1. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความรู้ คำแนะนำ สามารถดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาลรวมทั้งได้มีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง
2. ให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ที่จะดูแลรักษาพยาบาลด้วยตนเองอย่างอิสระและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา
3. เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยเด็กที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายในการนอนพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลทั้งของผู้ป่วยและโรงพยาบาล

จากการศึกษาพบว่า การพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรพยาบาลอย่างมาก เนื่องจากพยาบาลจะได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การวางแผนการพยาบาลและสามารถปฏิบัติการดูแลรักษาพยาบาลได้ง่ายขึ้น ทำให้ครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กที่ถูกต้อง สามารถนำไปปฏิบัติต่อเมื่ออยู่ที่บ้านได้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบหายจากโรคเร็วขึ้น และลดการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ด้วย

4 การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

4.1 ความหมายของการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่พบได้บ่อยในเด็ก และมีโอกาสกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ถ้ามีพฤติกรรมดูแลที่ไม่ถูกต้อง การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำนั้นมีความหมาย

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ (Re-admitted) หมายถึง การกลับมาเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยป่วย (Scott, 1986: 1227)

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เป็นการที่บุคคลป่วยซ้ำ จนถึงต้องกลับเข้ารับการรักษา ในสถานบำบัดโรคอีก ซึ่งหมายถึงบุคคลนั้นมีอาการเลวลง จนกระทั่งแพทย์ต้องรับเข้าไว้ใน โรงพยาบาลอีกครั้ง (ดวงตา อุทุมพฤษย์พร, 2533)

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เป็นกระบวนการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีลักษณะที่ชัดเจน ไม่เปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคล (O' Conner, 2000)

การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแสดงอาการของ โรคอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษา จนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วมีอาการแยลงอีก จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (เพชร คันธสายบัว, 2544)

สรุปได้ว่า การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการแสดงอาการของโรค อีกครั้งหลังจากได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วและมีอาการแยลง จนกระทั่งแพทย์ต้อง รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลอีกครั้ง อาการของการป่วยที่กลับเข้ารับการรักษาซ้ำที่พบในผู้ป่วย เด็กโรคปอดอักเสบ คือ มีหายใจหอบเหนื่อย หายใจเร็ว บางรายมีภาวะ Cyanosis รับประทาน อาหารหรือนมได้น้อย หรือไม่ได้เลย

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

การเกิดโรคของเด็กมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ (อิริวัฒน์ เปล่งสอาด, 2544)

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Organismic factor หรือ nature) เป็นผลของพันธุกรรม ที่เป็นตัวกำหนดศักยภาพของบุคคลนั้น ๆ แสดงออกในเรื่องของความแตกต่างจำเพาะของแต่ละบุคคล หรือภาวะขาดสารอาหาร กลไกการทำงานของร่างกายและอวัยวะ การไม่ได้รับวัคซีน ป้องกันโรค
2. ปัจจัยด้านภาวะแวดล้อม (Environmental factor หรือ nature) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านชีวกายภาพ (Biophysical) ได้แก่ อาหารและน้ำ สิ่งแวดล้อม ที่อยู่อาศัย การติดเชื้อ การเจ็บป่วย และ ด้านจิตสังคม (Psychosocial) ได้แก่ การเลี้ยงดู ลักษณะครอบครัว บิดา มารดาและผู้เลี้ยงดู เศรษฐฐานะ วัฒนธรรมตลอดจนระบบสาธารณสุขโลก
3. ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ สุขภาพอนามัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้นเมื่อมีการเจ็บป่วย การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเข้ารับ การรักษาซ้ำ

จารุวรรณ ต. สกุล (2524 อ้างใน รุจิรา จงสกุล, สิวลี เปาโรหิตย์, วรรณภา แห้วดี, เพ็ญศิริ สมใจ และวัชนี หัตถพนม, 2540) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย โรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเข้ารับการรักษาส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยได้ ไม่ถูกต้อง เหมาะสม

จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของเด็กที่เป็นโรคปอดอักเสบมีหลายปัจจัยด้วยกัน และปัญหาที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมดูแลของครอบครัว ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพที่จะต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้มีความรู้ มีทักษะ และพฤติกรรมดูแลเด็กได้อย่างถูกต้อง ป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

4.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

เนื่องจากการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีโอกาสเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา มีปัจจัยต่าง ๆ ที่เข้ามากระตุ้น ทำให้เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว จึงต้องมีแนวทางในการป้องกันการป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำเพื่อลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ซึ่งสามารถป้องกันได้ 3 ระยะ Marvin & Stephen (2002) คือ

1. ระยะก่อนเข้ารับการรักษา เป็นระยะของการป้องกันผู้ป่วยไม่ให้ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก คือ การให้ศึกษาเรื่องโรคปอดอักเสบ ในขณะที่ผู้ป่วยและครอบครัวรอพบแพทย์เพื่อรับการตรวจโรคทั่วไป และรอรับการฉีดวัคซีน

2. ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเป็นรายบุคคล ภายหลังการประเมินปัญหาและสาเหตุของการเจ็บป่วยอย่างละเอียด เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และการให้คำแนะนำหรือคำปรึกษากับครอบครัว ซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละครอบครัว

3. ระยะกลับสู่ชุมชน เป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เตรียมความพร้อมเพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม สังคม ชุมชนนั้นได้ มีการติดตามดูแลด้านสุขภาพร่างกายและการรักษา การหาสิ่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวของผู้ป่วย

Videbeck (2001: 317 อ้างใน เพชรี คันธสายบัว, 2544) กล่าวว่า การให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ สามารถลดการการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำลงได้ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ และการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำควรให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจที่ตรงกัน สามารถปฏิบัติการเพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เพื่อให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลป้องกันได้ เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการพยากรณ์การป่วยซ้ำได้ (Sadock and Sadock, 2000: 1197)

2. การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษา ในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะให้ครอบครัวของผู้ป่วย ร่วมกับแนะนำให้ครอบครัวเข้าใจถึง ปัจจัยเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรม การดูแล

3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่ชุมชน เกี่ยวกับการสังเกตอาการ โดยให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ครอบครัวตระหนักถึงอาการที่ เปลี่ยนแปลงไป และมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำ

4. จัดทำกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรค ปอดอักเสบได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้น ได้อย่างเหมาะสม

การป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำควรทำไปพร้อมกับการรักษา เนื่องจากการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่ซับซ้อน ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจในการเลือก ปฏิบัติหรือเลือกวิธีการดูแล ผู้ป่วยเด็กยังอยู่ในภาวะพึ่งพา ต้องการการดูแลช่วยเหลือจาก ครอบครัว และครอบครัวคือผู้เลือกและตัดสินใจในวิธีการดูแล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม สุขภาพ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรพยาบาลต้องส่งเสริมให้ครอบครัวมีพฤติกรรม สุขภาพ หรือพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็ก โรคปอดอักเสบ

5. พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว

วัยเด็กเป็นวัยที่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตเพื่อเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพในอนาคต มี ปัจจัยหลายประการที่ส่งผลกระทบต่อผลการเจริญเติบโตและพัฒนาการของทารกหูดชะงัก โดยเฉพาะการเจ็บป่วยที่ส่งผลถึงการได้รับออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ส่วนหนึ่งเกิด จากพฤติกรรมของผู้ดูแล ซึ่งสามารถป้องกันไม่ให้เกิดเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้นและเกิดโรคแทรก ซ้อนอื่น ๆ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลี้ยงดู อีกทั้งยังส่งผลให้พ่อแม่ ผู้ดูแลไม่ต้องมา โรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สามารถดูแลเด็กได้เองที่บ้าน พฤติกรรม สุขภาพ มีอิทธิพลต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็ก พยาบาลต้องประเมินความสามารถของผู้ดูแล (สรานุจิตร กาญจนภา, 2540: 14-15) เพื่อการป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำและการเกิด ภาวะแทรกซ้อนในการดูแลตนเองของครอบครัว ว่ามีความเข้าใจและสนใจ รวมทั้งมีความรู้และ ประสบการณ์หรือไม่ อย่างไร

5.1 ความหมายและแนวคิดของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

พฤติกรรม ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 กล่าวว่า คือการกระทำหรือการแสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดเห็นและความรู้สึกเพื่อตอบสนองสิ่งเร้า

การดูแล หมายถึง การเอาใจใส่ ปกป้องรักษา ปกครองความสามารถในการดูแล หมายถึง ความสามารถที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้บุคคลสามารถดูแล คงสภาพหรือส่งเสริมโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมทั้งการพัฒนาการและส่งเสริมภาวะปกติสุข ซึ่งความสามารถนี้จะแตกต่างกันไปตามวัย ภาวะสุขภาพ โดยได้รับผลจากการศึกษาและประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถในการเรียนรู้ในสังคม วัฒนธรรมและความสามารถในการแสวงหาทรัพยากรในชีวิตประจำวัน (Orem, 1991)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมในการดูแล หมายถึง การกระทำที่เอาใจใส่ ปกป้อง ส่งเสริมให้บุคคลคงสภาพปกติสุข โดยผู้ดูแลอาจเป็นบิดา มารดา หรือสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว ทั้งนี้ผู้ได้รับการดูแลเป็นบุคคลที่ต้องการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งในงานวิจัยนี้หมายถึงเด็กโรคปอดอักเสบที่ได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Schulte et al (1997) กล่าวว่าเมื่อเด็กต้องนอนโรงพยาบาล ทุกคนในครอบครัวต่างได้รับผลกระทบ พ่อแม่รู้สึกผิด ต้องการความช่วยเหลือและเครียด มักตำหนิตนเองเพราะไม่สามารถตระหนักถึงอาการของโรคได้รวดเร็ว เด็กได้รับการรักษาช้าหรือไม่ได้รับการป้องกัน

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ จากการปรับพฤติกรรมการเลี้ยงดู การป้องกันโรคภายหลังการเจ็บป่วยแล้ว (เกสร แถวโนนจิว และวันทนา กลางบุรัมย์, 2544) พฤติกรรมที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคปอดอักเสบ ได้แก่

1. พฤติกรรมการดูแลในขณะที่ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลเพื่อให้เด็กได้รับยา อาหารและสารน้ำ การดูแลเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย การล้างจมูก การดูดเสมหะ การดูแลให้เด็กได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษา

2. พฤติกรรมการป้องกันโรค ได้แก่ การปฏิบัติของแต่ละบุคคลในการที่จะป้องกันไม่ให้ตนเองหรือบุคคลที่อยู่ในความดูแลป่วยเป็นโรค ซึ่ง WHO (1993) ได้กำหนดแนวทางการปฏิบัติของผู้ดูแลในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคปอดอักเสบในเด็ก ดังนี้

- 2.1 การดูแลไม่ให้เด็กคลุกคลีกับคนที่เป็นหวัดหรือปอดบวม

- 2.2 การดูแลให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง มีพัฒนาการสมวัย โดยการดูแลให้รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ไม่อยู่ในที่แออัดและพักผ่อนให้เพียงพอ

- 2.3 ควรดูแลให้เด็กได้รับวัคซีน โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันโรคหัด คอตีบ ไอกรน บาดทะยักโปลิโอ วัณโรค ให้ครบตามกำหนดนัดของแพทย์

- 2.4 รักษาร่างกายของเด็กให้อบอุ่นอยู่เสมอ โดยเฉพาะเมื่ออากาศเปลี่ยนแปลง เช่น เย็นจัดชื้นจัด ต้องให้เด็กได้ความอบอุ่นพอควร ถ้าเปียกฝนต้องเช็ดให้แห้ง

ดูแลให้เด็กอยู่ห่างจากคนที่สูบบุหรี่

2.5 ผู้ดูแลควรรู้อาการว่าเมื่อใดต้องพบแพทย์ เช่น ไข้สูงมาก ไอ มาก เหนื่อยหอบ จมูกบาน หายใจเข้ามีชายโครงบวม เล็บมือเล็บเท้าเขียวคล้ำ

จากเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวยัง ต้องได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามอย่างเป็นระบบ และยังพบปัจจัยที่มีส่วน เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กของครอบครัว และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผล ต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของมารดา

5.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแล

การปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลเด็กขณะรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล เป็นการคงไว้ ซึ่งบทบาทครอบครัวที่เคยปฏิบัติอยู่ที่บ้าน การที่ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กขณะอยู่ โรงพยาบาล มีผลดีต่อทั้งตัวเด็กและครอบครัว เนื่องจากเป็นการตอบสนองความต้องการของ ครอบครัวขณะที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กนั้นมี ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล ดังนี้

1. อายุของผู้ดูแล อายุเป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการ กับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้น ภาวะจิตใจ การรับรู้ความสามารถในการเข้าใจและตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการ ตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเอง รวมทั้งยอมรับและ รับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตัวเองและบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ จากการศึกษาของ เฉลิม วงษ์จันทร์ (2539) ที่พบว่า อายุของผู้ดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็กสมอง พิการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังการศึกษาของ เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม (2535) พบว่า อายุของ บิดามารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) พบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกและ สามารถทำนายพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย จากผลการวิจัยของยุภาวดี คำหอมกุล (2544) พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.7) มีการดูแลเด็กในระดับพอใช้ และ Hurlock (1980: 270) กล่าวว่ามารดาที่อายุน้อยจะขาดความพร้อมในการเลี้ยงดูเด็ก เมื่ออายุเพิ่มมา กขึ้นจะมีความพร้อมในการเลี้ยงดูเด็กมากขึ้น ส่วน Mercer (1981: 74-75) พบว่ามารดาที่มีอายุ 30 ปี ขึ้นไป จะมีวุฒิภาวะเหมาะสมในการเลี้ยงดูเด็กมากที่สุด

2. ระดับการศึกษา การศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิต ทำให้รู้จัก กระบวนการทางสติปัญญา แก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล (Orem, 2001) ทำให้มีความเจริญงอกงาม ทางสติปัญญา มีความรอบรู้ และใฝ่รู้มากขึ้น มีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และ

การเจ็บป่วย รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ดี ทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม (Pender, 1996) ซึ่งโดยทั่วไปบุคคลที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีการรับรู้และปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่ระดับการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527) มีการศึกษาพบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรได้ดีกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ (กมลวัน ดิษยบุตร, 2537; ชื่นฤดี แก้วบุตร, 2535; นิลาวรรณ ทวีกันต์, 2538; ประกริต รัชวัตร, 2536; มณี คุประสิทธิ์, 2539; รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; อัจฉริยา ปทุมวัน, 2534) จากการศึกษาของวันดี ไชยทรัพย์ (2540) พบว่า มารดาที่มีการศึกษาสูง มีพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กสูงกว่า เนื่องจากการศึกษาเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความรู้ นอกจากนี้ มารดาที่มีการศึกษาสูงเมื่อมีความสงสัยไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็ก หรือการเจ็บป่วยของเด็ก ก็จะสอบถามจากผู้รู้ สืบค้นจากสื่อต่าง ๆ หรืออ่านจากหนังสือ (Russel, 1974: 294-302)

3. จำนวนบุตรในครอบครัว จำนวนบุตรเป็นปัจจัยในระบบครอบครัว ที่อาจก่อให้เกิดขีดจำกัดในการใช้ความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรคนอื่น ๆ ได้ จากการศึกษาของ Hass (1990 อ้างใน ฉันทนา คำฟองพันธุ์, 2537) พบว่า จำนวนบุตรในครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพลังความสามารถของมารดาได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ มณี คุประสิทธิ์ (2539) ที่พบว่า จำนวนบุตรในครอบครัวเด็กปกติวัย 5 ขวบปีแรก มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความสามารถของบิดามารดาในการดูแลเด็กได้

จากเอกสารและรายงานการวิจัยต่าง ๆ จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวยังต้องได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง และมีการติดตามผลอย่างเป็นระบบ และยังพบว่าปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กของครอบครัว ซึ่งเกิดจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อายุกับระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กของมารดา ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงมุ่งที่พฤติกรรมการดูแลเด็กโดยเน้นที่มารดา โดยการควบคุมปัจจัยด้านอายุและระดับการศึกษา

การดูแลเด็กที่บ้านจะทำให้ครอบครัวเกิดความเครียด เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ไม่มั่นใจที่จะให้การดูแลหรือรับรู้ความจำกัดของตนเองในการแสดงบทบาทของผู้ดูแล และไม่สามารถจัดการต่อปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ครอบครัวที่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่มาก่อนจะทำให้มีความเครียดมากกว่าปกติ และมีความยากลำบากในการเผชิญความเครียดมากกว่าผู้ที่เคยมีทักษะในการแก้ปัญหาที่มาก่อน เพราะฉะนั้น การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวได้รับ เช่น ข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของหรือบริการต่าง ๆ ที่ดี จะช่วยให้การเผชิญความเครียดหรือเอาชนะสิ่งคุกคามที่เกิดขึ้นได้ (นฤมล เพ็ชรเจริญ, 2539) และการศึกษาของลักษณะ ขอดกลกิจ และคณะ (2543) ยังพบว่า มารดาที่ได้รับการสอน

โดยใช้โปรแกรมสุขศึกษา ทำให้มารดามีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กได้ดีกว่า มารดาที่สอนสุขศึกษาตามปกติ

พยาบาลจึงต้องทำให้เกิดความไว้วางใจ โดยการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว ซึ่งมักเป็นศูนย์กลางในการช่วยเหลือเด็ก พยาบาลต้องมีเป้าประสงค์และมีความรู้ลึกๆ ร่วมในการฟัง การเรียนรู้ความรู้สึก และสนับสนุนให้ครอบครัวช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาเด็กด้วยตนเอง วินิจฉัยปัญหาของเด็ก ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมอาการของเด็กให้หายไปจากโรค ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และร่วมประเมินผลกับพยาบาล โดยมีพยาบาลดูแลให้ได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจ และคอยให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิดน่าจะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ดีขึ้น

6. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วย

ความพึงพอใจในบริการพยาบาลมีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ดังนี้

6.1 ความหมายของความพึงพอใจในบริการพยาบาล

ความพึงพอใจ พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายว่า เป็นความรู้สึกสมใจ ชอบใจ

Risser (1975 อ้างถึงในส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542) กล่าวว่า ความพึงพอใจเป็นระดับของความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังของผู้รับบริการหรือผู้ป่วยต่อการดูแลการให้กรพยาบาลที่ได้รับตามความเป็นจริง

New Webster's (1985 อ้างถึงในส่องแสง ธรรมศักดิ์, 2542) ให้ความหมายของความพึงพอใจ (Satisfaction) คือ ปฏิกริยาหรือระดับของความพึงพอใจในการได้รับความสำเร็จ การตอบสนองความต้องการ การทำให้พอใจ ความยินดีที่ได้รับความสำเร็จ การได้รับคำตอบแทน การได้รับการผ่อนผัน ได้รับโอกาสในการปรับปรุงแก้ไขการกระทำผิด

Eriksen (1988) ได้ให้ความหมายของความพึงพอใจในบริการพยาบาลว่า หมายถึง ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ใช้บริการได้รับการตอบสนองความต้องการ

Risser (1975 อ้างถึงในอรกานต์ ชินพงษ์พานิช, 2545) ได้ให้ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความพึงใจว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อความต้องการพื้นฐานทั้งร่างกายและจิตใจได้รับการตอบสนอง เป็นความพยายามที่จะขจัดความตึงเครียดหรือความกระวนกระวาย หรือภาวะไม่สมดุลในร่างกาย เมื่อขจัดสิ่งดังกล่าวออกไปได้ มนุษย์ย่อมได้รับความพึงพอใจ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลจากพยาบาล ในส่วนของความพึงพอใจของผู้รับบริการนั้น ผู้ให้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้สมดุลระหว่างสิ่งที่

ผู้รับบริการมีต่อการปฏิบัติการพยาบาลในอุดมคติ กับการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับจริง

สรุปได้ว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาล หมายถึง ความรู้สึกสมหวัง ซึ่งชมยินดี อันเนื่องมาจากการเปรียบเทียบบริการพยาบาลที่ได้รับจริงตามการรับรู้กับความคาดหวังบริการพยาบาลที่ควรจะได้รับ สอดคล้องกับความต้องการหรือความคาดหวังของตน

ในการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีนักวิชาการและนักวิจัยหลายท่าน ได้อธิบายแนวคิดทฤษฎีไว้ดังนี้

Maslow (1970) ได้กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความต้องการและความพึงพอใจของมนุษย์ไว้ว่า มนุษย์เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีความต้องการอยู่เสมอและเป็นการยากมากที่มนุษย์จะมีความพึงพอใจสูงสุด เมื่อเกิดความปรารถนาขึ้นก็จะมีแรงขับ ให้เกิดการกระทำจนกระทั่งบรรลุวัตถุประสงค์ตามความปรารถนา ซึ่งพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลขึ้นอยู่กับความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลและเพิ่มจากระดับต่ำสู่ระดับสูง

Risser (1975 อ้างถึงในอรกานต์ ชินพงษ์พานิช, 2545) ได้ให้ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจว่า เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นกับบุคคลเมื่อความต้องการพื้นฐานทั้งร่างกายและจิตใจ ได้รับการตอบสนอง เป็นความพยายามที่จะขจัดความตึงเครียดหรือความกระวนกระวาย หรือภาวะไม่สมดุลในร่างกาย เมื่อขจัดสิ่งดังกล่าวออกไปได้มนุษย์ย่อมได้รับความพึงพอใจ ความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นภายหลังการได้รับการดูแลจากพยาบาล ในส่วนของความพึงพอใจของผู้รับบริการนั้น ผู้ให้บริการประสบความสำเร็จในการทำให้สมดุลระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวัง กับสิ่งที่ได้รับจริง หรือเป็นระดับความสอดคล้องระหว่างความคาดหวังที่ผู้รับบริการมีต่อการปฏิบัติการพยาบาลในอุดมคติ กับการรับรู้ของผู้รับบริการต่อการปฏิบัติการพยาบาลที่ได้รับจริง

ในการศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในการรับบริการ (Service satisfaction) มีผู้สร้างเครื่องมือสำหรับวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการไว้หลายท่าน ซึ่งปรับใช้ในสถานการณ์ที่แตกต่างกันตามความเหมาะสมดังนี้

Eriksen (1988: 523-537) ได้สร้างเครื่องมือวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อบริการพยาบาล เป็นการประเมินผลการพยาบาลจากการรับรู้ของผู้ใช้บริการมีองค์ประกอบ 6 ด้านคือ

1. ด้านศิลปะการดูแลของพยาบาล (Art of care) หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของครอบครัวต่อการที่พยาบาลแสดงออกถึงความเมตตากรุณา เอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ มีความอ่อนโยน ความเข้าใจ สนใจเอาใจใส่ กล่าววาจาไพเราะและมีความอดทนอดกลั้น เข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ด้านคุณภาพทางเทคนิคในการดูแลของพยาบาล(ความสามารถและความชำนาญ) (Technical quality of care) หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของครอบครัวต่อการที่พยาบาลแสดงออกถึง ความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล และความสามารถในการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัวได้ตรงตามความต้องการ และความสามารถในการสอนให้ครอบครัวรู้ถึงการดำเนินของโรคปอดอักเสบเมื่อเปรียบเทียบกับความคาดหวัง

3. ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของครอบครัวต่อการที่พยาบาล จัดสิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่บ้านของครอบครัวโดยใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมและคุ้มค่า

4. ความต่อเนื่องในการดูแลเด็กของพยาบาล (Continuity of care) หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของครอบครัวต่อบริการ เป็นการดูแลมีการประสานงานที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตามความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ตลอดระยะเวลาที่อยู่ในหอผู้ป่วย การติดตามและประเมินผลการให้คำแนะนำ การส่งต่อข้อมูลอย่างละเอียดและเป็นระบบไปยังพยาบาลคนอื่น ๆ ในเวรเดียวกันและเวรต่อไป

5. ความพร้อมในการบริการของพยาบาล (Availability) หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของครอบครัวต่อการที่พยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก พัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็ก ความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ แหล่งช่วยเหลือชุมชน และความพร้อมที่จะให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่บ้านได้

6. ประสิทธิภาพ/ผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาล (Efficacy/Outcomes of care) หมายถึง ความคิดเห็นหรือความรู้สึกของครอบครัวต่อการที่ครอบครัวได้รับการเตรียมตัว และเตรียมความพร้อมในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่บ้าน

ความคาดหวังของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลพยาบาลได้มีผู้ศึกษาไว้มากมาย พอสรุปได้ดังนี้ (Shanks and Kenedy, 1970 อ้างถึงใน พนิดา คำยู, 2538; Ware, et al, 1978: ออร์กานต์ ชินพงษ์พานิช, 2545)

1. ผู้ป่วยต้องการได้รับการพยาบาลเพื่อให้มีสุขภาพดีที่สุด
2. ผู้ป่วยต้องการบุคลากรพยาบาลที่มีความรู้ ประสบการณ์และบุคลิกลักษณะที่ดี
3. ผู้ป่วยต้องการบุคลากรพยาบาลที่เป็นผู้มีความสามารถในการสังเกตความรู้สึกและการแสดงออกของผู้มารับบริการและสามารถตอบสนองความต้องการของเขาได้
4. ผู้ป่วยรวมทั้งครอบครัว ควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถช่วยเหลือตนเองได้

5. ควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่าง พยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อที่จะสามารถให้การพยาบาลที่ต่อเนื่อง และสมบูรณ์ โดยใช้ทรัพยากร บุคคลและแหล่งประโยชน์ ในชุมชนที่เห็นสมควร
6. ผู้ป่วยต้องการให้บุคลากรพยาบาล รวบรวมและเก็บแผ่นบันทึกรายงานต่าง ๆ ของผู้ป่วย เพื่อประโยชน์ในการรักษาต่อเนื่อง ตลอดจนเก็บความลับของผู้ป่วย
7. ผู้ป่วยต้องการให้มีการจัดสภาพแวดล้อมที่ดี และเหมาะสม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วย หนีจากโรคและมีสุขภาพดี
8. ประสิทธิภาพในการดูแลซึ่งหมายถึง ผลลัพธ์จากการดูแล หรือการบำรุงรักษา สุขภาพ นอกจากนี้พฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจมากที่สุดคือ การตอบสนองความต้องการหรือ การร้องขอซ้ำ พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความไม่เคารพ รังเกียจ ดูถูก ทำให้ลำบากใจ บกพร่อง ด้านอุปกรณ์และการประสานงาน

ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการเป็นมิติหนึ่งของการวัดคุณภาพบริการพยาบาลและเป็นการรับรู้ที่เป็นผลมาจากการประเมินระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่ผู้รับบริการได้รับจริง คุณภาพบริการพยาบาลเป็นเป้าหมายของการบริหารการพยาบาล โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง การให้บริการที่มีคุณภาพ จะทำให้ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจในบริการ สะท้อนให้เห็นถึงความสอดคล้องของบริการ ตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ

การนำรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมาปฏิบัติกัน จะมีการบวนการของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่าง พยาบาล และครอบครัว ทำให้สามารถประเมินปัญหาการเจ็บป่วยของเด็กได้อย่างถูกต้องตรงตามความต้องการของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการให้การพยาบาลเด็กได้ด้วยตนเองที่บ้าน มีการให้ความรู้ที่ก่อให้เกิดการพัฒนาทักษะการดูแล รวมทั้งนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดเหมาะสำหรับการดูแลเด็กในแต่ละราย ซึ่งจะก่อให้เกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลและครอบครัวมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่บ้านได้ดีขึ้น

ในการศึกษาผลการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีตัวชี้วัดที่บอกถึงคุณภาพบริการพยาบาล 3 ตัว คือ อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ความพึงพอใจในบริการพยาบาลและพฤติกรรมดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว ซึ่งเกิดจากการจัดระบบบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประเมินความพึงพอใจของครอบครัวเด็กโรคปอดอักเสบ โดยนำเครื่องมือวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการของ Eriksen (1988) และเครื่องมือวัดพฤติกรรมดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิด ของ พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา (2544) มาพัฒนาและปรับใช้กับงานวิจัยนี้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความพึงพอใจในบริการพยาบาลและพฤติกรรมดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจึงได้รวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ความพึงพอใจบริการพยาบาล และพฤติกรรมดูแลของครอบครัว ดังนี้

จุฬารัตน์ มีสุขโข (2540) พบว่าการสอน การสาธิต และได้ทดลองปฏิบัติจริงทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในสถานการณ์จริง โดยพยาบาลทำหน้าที่ให้การสนับสนุน แนะนำให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม รวมถึงการประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ทุกเวอร์ และเมื่อพยาบาลมีการส่งต่อข้อมูลกันในแต่ละเวอร์ ทำให้รู้ว่าปัญหาใดของผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือยังไม่ได้รับการประเมิน พยาบาลจะดำเนินการแก้ไขจนกว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวิธีการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ไม่ถูกต้องจะหมดไป แล้วจึงประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยเด็กได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

ฉันทนา ผ่องคำพันธ์ (2537) ศึกษาความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรีจำนวน 265 ราย พบว่ามารดาเกือบทั้งหมดมีความต้องการในเรื่องการเฝ้าบุตร การทำความสะอาดร่างกาย และการช่วยเหลือบุตรในการรับประทานอาหาร การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ครอบครัวปรารถนาที่จะปฏิบัติด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ในเรื่องการเฝ้าบุตร ในโรงพยาบาล การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย และการเปลี่ยนเสื้อผ้าพบว่ามารดาเด็กป่วยส่วนใหญ่ต้องการดูแลการให้ยาทางปากแก่บุตรด้วยตนเอง อยู่กับบุตรขณะได้รับการตรวจรักษาพยาบาล ช่วยปลอบโยนบุตรก่อนและหลังการตรวจรักษา พบว่ามารดาเด็กป่วยส่วนใหญ่ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่เด็กป่วยได้รับ จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ครอบครัวได้ปฏิบัติและปรารถนาจะปฏิบัติด้านการตัดสินใจมีการศึกษาน้อยมากและการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ครอบครัวปรารถนาจะปฏิบัติด้านตัดสินใจอยู่ในระดับน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีมีส่วนร่วมด้านอื่นๆ

ณิชกานต์ ไชชนะ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ มีความปรารถนาที่จะได้ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กด้วยตนเอง

คุษฎี ใหญ่เรืองศรี (2541) พบว่า คุณภาพบริการตามความคาดหวังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ โดยผู้รับบริการมีความต้องการให้พยาบาลเอาใจใส่ผู้ป่วย พุดจาสุภาพและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค

พรจันทร์ พงษ์พรหม (2534) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยผ่าตัดช่องท้องมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง โดยการใช้อนุสัญญาระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยด้วยการพูดคุย

แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น ความต้องการ ฯลฯ แล้วร่วมกันแก้ปัญหาโดยใช้วิธีการ
ทางการพยาบาล ช่วยเพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการพยาบาลที่ได้รับ

เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์ (2545) ทำการศึกษาผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้
ต่อ ความพึงพอใจและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม พบว่า การที่พยาบาลใช้เวลา
อยู่กับผู้ป่วยในการสร้างสัมพันธภาพและการรวบรวมข้อมูลมากขึ้น เป็นการสร้างความไว้วางใจ
แก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยกล้าที่จะพูดคุยเรื่องที่ตนไม่สบายใจให้พยาบาลได้รับฟัง และทำให้ผู้ป่วยมี
ความพึงพอใจบริการพยาบาลมากขึ้น

ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ (2544) ได้ศึกษาเบื้องต้นเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล
เด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง กับครอบครัวจำนวน 6 ราย เป็นมารดา 4 ราย และบิดา 2 ราย ใน
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต พบว่ากิจกรรมที่ทำ
ประจำที่ครอบครัวได้ปฏิบัติ ได้แก่ การรับประทานอาหารการทำความสะอาดร่างกาย การดูแล
การขับถ่าย และการเฝ้าเด็กป่วยตลอด 24 ชั่วโมง จากผลการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่าครอบครัว
ได้ปฏิบัติในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำในเรื่องการเฝ้าเด็กป่วย การ
รับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย และการดูแลการขับถ่าย และพบว่าครอบครัวเด็กที่
มีความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยขณะได้รับการเจาะเลือด และการแทงเข็มให้
สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การบันทึกสารน้ำเข้าออก การสังเกตอาการต่าง ๆ เช่น ไข้ การชัก บวม
และการดูนม การสังเกตการเปลี่ยนแปลงขณะให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำและให้เลือด เช่นการ
รั่วไหล การไหลของสารน้ำและมีเลือดออก การสังเกตอาการข้างเคียงหลังให้ยาทางปากและยา
พ่น และการช่วยเหลือเด็กป่วยขณะได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ เช่น การวัดสัญญาณชีพ
อีกทั้งการสนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์เมื่อเด็กป่วย ได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่เจ็บปวด เช่นการ
ปลอบใจ กำลังใจ การสัมผัส และการนวด การปลอบโยนเมื่อเด็กป่วยอารมณ์ไม่ดี จากผล
การศึกษาจะเห็นได้ว่าครอบครัวได้ปฏิบัติในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมการ
พยาบาล ในเรื่องการช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำ
ประจำการช่วยเหลือบุตรระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษา และการปลอบโยนบุตรในระหว่างที่
บุตรได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด พบว่าครอบครัวเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง
ปรารถนาจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมการพยาบาล ในเรื่องการอยู่ดูแลเด็กป่วย
ตลอดเวลาที่เด็กป่วยได้รับการตรวจรักษาหรือได้รับกิจกรรมการพยาบาล เพื่อจะให้เด็กป่วยมีความ
อบอุ่นทางด้านจิตใจ และพบว่าครอบครัวเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล
เด็กป่วย อีกทั้งการสอบถามและการแลกเปลี่ยนข้อมูลจากบุคลากรพยาบาล จากผลการศึกษา
ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าครอบครัวได้ปฏิบัติในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านการแลกเปลี่ยน
ข้อมูลในเรื่องการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่บุตรได้รับ และการให้ข้อมูลแก่
บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรพยาบาล

สมานา แสตนมาโนช (2541), จิราพร ลิมากร และยุพิน อังสุโรจน์ (2546) และ Potts & Mandleco (2002) พบว่าการได้รับข้อมูล การมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นบริการที่สอดคล้องกับความคาดหวัง ทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการ

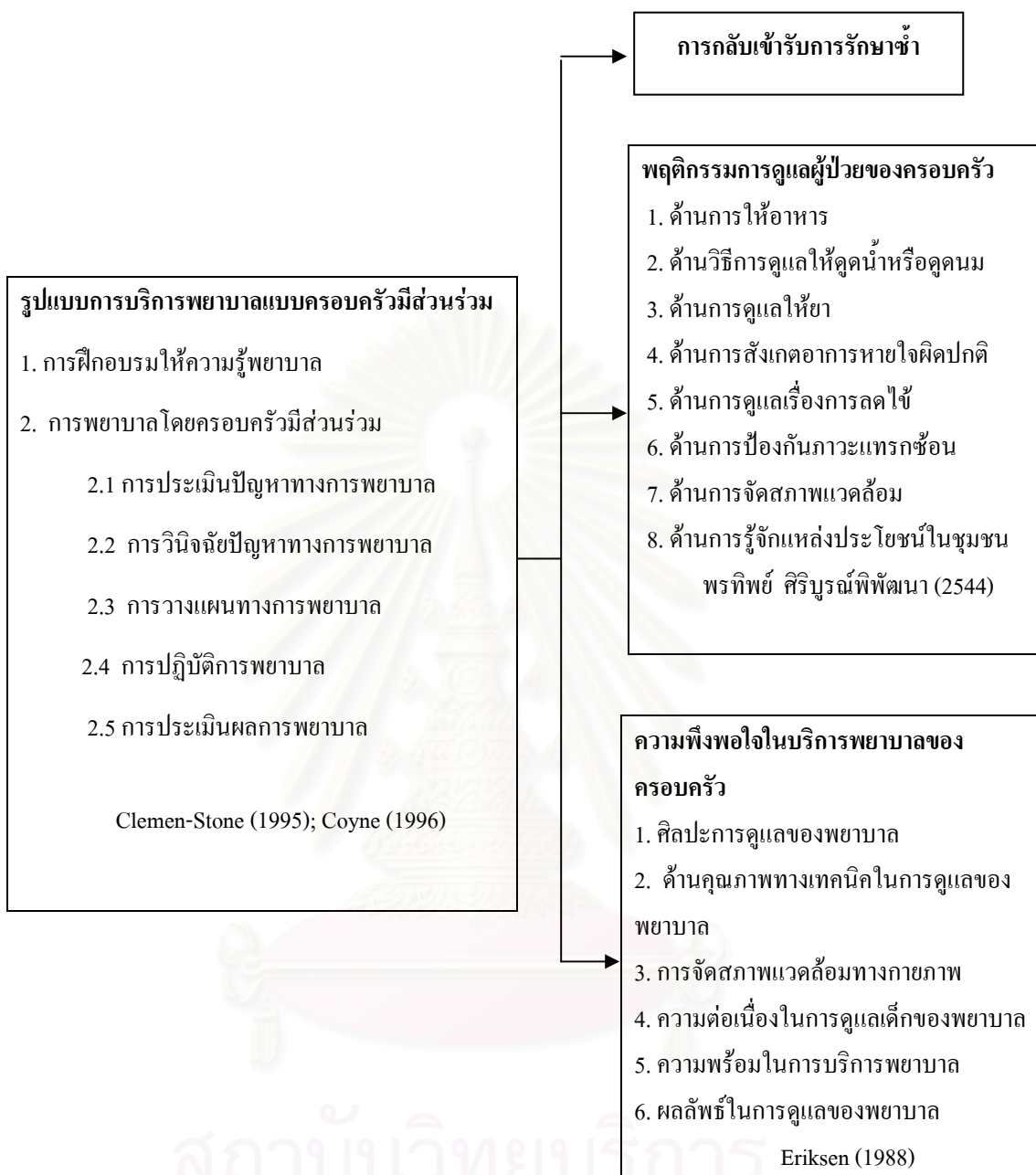
Balling & McCubbin (2001) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 121 ราย และพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำ และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านกิจกรรมการพยาบาล และพบว่าครอบครัวปรารถนาที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัวและบุคลากรพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีมีส่วนร่วมในด้านอื่นๆ โดยมีทั้งการให้และรับข้อมูลจากบุคลากรพยาบาล และอีกหลายท่านพบว่าครอบครัวปรารถนาที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยและการวางแผนการรักษาพยาบาล (Burke et al, 1991; Cohen, 1995; Perkin, 1993; Thorne & Robinson, 1988)

Darbyshire (1992 cited in Coyne, 1995) ได้ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวเด็กที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมในโรงพยาบาลเด็ก 30 ราย พบว่าครอบครัวได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ ในเรื่องการรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย และการขับถ่าย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Melnyk & Feinstien (2001) ซึ่งได้ศึกษาในมารดาเด็กที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมที่มีอายุ 24-68 เดือนจำนวน 56 ราย และพบว่ามารดาได้ให้อาหาร และอาบน้ำให้เด็กป่วย และพบว่าครอบครัวเด็กป่วยได้มีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งได้แก่ การอยู่เป็นเพื่อนกับเด็กป่วยเพื่อให้เกิดความอบอุ่นและรู้สึกปลอดภัยเมื่อได้รับกิจกรรมการพยาบาล

Hayes & Knox (1984) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังกับครอบครัวจำนวน 40 ราย โดยการสัมภาษณ์พบว่าครอบครัวได้สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และวิธีการดูแลเด็กป่วยจากบุคลากรพยาบาลและให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย รวมทั้งการให้ความร่วมมือกับบุคลากรพยาบาลในการดูแลเด็กป่วย

Neill (1996b) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพเรื่องความคิดเห็นและประสบการณ์ของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลกับมารดาเด็กป่วยอายุ 2-5 ปีจำนวน 16 ราย โดยสัมภาษณ์และบันทึกเทป และพบว่าครอบครัวทั้งหมดปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำในเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกายและการขับถ่าย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พหุติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัว และความพึงพอใจในบริการพยาบาล เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดภายหลังการทดลอง (Non-equivalent control group posttest only design) มีวิธีการดำเนินทางวิจัย ดังนี้ (Burns and Grove, 1997: 268)

E	X	O ₂
C		O ₂

X แทน รูปแบบการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

E แทน กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

C แทน กลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติ

O₂ แทน การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ พหุติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวเด็กผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบของเด็กโรคปอดอักเสบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบอายุ 1-3 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ ไม่มีอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาและไม่มีโรคอื่นร่วม และผู้ปกครองของเด็กที่มาดูแลเด็กในการรับการรักษา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และครอบครัวของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา โดยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ของกลุ่มตัวอย่างควบคุมและกลุ่มทดลอง

การจัดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม

เลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมในวันที่ 1-15 มีนาคม 2549 โดยเมื่อมีผู้ป่วยรับใหม่โรคปอดอักเสบเข้ามาในหอผู้ป่วย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดูจากประวัติผู้ป่วยเด็กและมารดาจากเวชระเบียน โดยเลือกผู้ป่วยเด็กที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบและมีมารดาเป็นผู้ดูแล และรับไว้เป็นผู้ป่วยใน จนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมครบ 15 คน

กลุ่มทดลอง

เลือกผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองในวันที่ 16 มีนาคม – 15 เมษายน 2549 โดยเมื่อมีผู้ป่วยรับใหม่โรคปอดอักเสบเข้ามาในหอผู้ป่วย ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยดูจากประวัติผู้ป่วยเด็กและมารดาจากเวชระเบียน เลือกกลุ่มทดลองที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุม จับคู่กันเป็นคู่ๆ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ลักษณะผู้ดูแลอายุและระดับการศึกษาของมารดามีผลต่อพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก (Hurlock, 1980: 270; Russel, 1974: 294-302) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ จึงจัดให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะที่คล้ายคลึงกันคือเป็นมารดาที่มีอายุของมารดาต่างกันไม่เกิน 5 ปี และมีระดับการศึกษาในระดับเดียวกันหรือเทียบเท่ากันได้ โดยรวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน (ดังตารางที่ 1)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
จำแนกตามลักษณะ อายุ และระดับการศึกษาของครอบครัว

คู่ที่	กลุ่มควบคุม (n ₁ =15)			กลุ่มทดลอง (n ₂ =15)		
	ลักษณะ	อายุ	ระดับการศึกษา	ลักษณะ	อายุ	ระดับการศึกษา
1	มารดา	38	ประถม	มารดา	37	ประถม
2	มารดา	39	ประถม	มารดา	37	ประถม
3	มารดา	30	ประถม	มารดา	25	ประถม
4	มารดา	45	ประถม	มารดา	47	ประถม
5	มารดา	28	ปริญญาตรี	มารดา	23	ปริญญาตรี
6	มารดา	32	มัธยม	มารดา	36	ปวช.
7	มารดา	37	ปริญญาตรี	มารดา	35	ปริญญาตรี
8	มารดา	25	ประถม	มารดา	21	ประถม
9	มารดา	38	มัธยม	มารดา	35	มัธยม
10	มารดา	18	มัธยม	มารดา	19	มัธยม
11	มารดา	34	มัธยม	มารดา	32	มัธยม
12	มารดา	29	มัธยม	มารดา	27	มัธยม
13	มารดา	24	มัธยม	มารดา	27	มัธยม
14	มารดา	27	มัธยม	มารดา	23	มัธยม
15	มารดา	22	ปวช.	มารดา	21	มัธยม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
ส่วนร่วม มีองค์ประกอบ คือ

- 1.1 โครงการอบรมเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- 1.2 คู่มือในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- 1.3 แผนการสอนเรื่อง รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
- 1.4 แบบตรวจสอบกิจกรรมพยาบาลในการใช้รูปแบบการบริการ

พยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีองค์ประกอบ คือ

- 2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
- 2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
- 2.3 แบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาค่าของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

1. รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

เครื่องมือชุดที่ 1 รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

- 1) โครงการอบรมเรื่อง “การพัฒนา รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม”
- 2) แผนการสอนเรื่อง “รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ” จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Coyne (1996) ร่วมกับแนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Clemen-Stone (1995) เพื่อให้พยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปประยุกต์ในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- 3) คู่มือในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- 4) แบบตรวจสอบกิจกรรมพยาบาลในการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการกำกับทำให้บริการพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม

การสร้างเครื่องมือ

รูปแบบการบริการพยาบาลครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดครอบครัวมีส่วนร่วมของ Coyne (1996) มาบูรณาการร่วมกับการวางแผนจำหน่ายของ Clemen-Stone (1995) ได้เป็นเนื้อหาความรู้จัดทำเป็นโครงการอบรมเรื่อง การพัฒนา รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม คู่มือในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม แผนการสอนเรื่อง รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และแบบตรวจสอบกิจกรรมพยาบาลในการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยมีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

1. กำหนดวัตถุประสงค์ในการจัดโครงการพัฒนา รูปแบบการบริการพยาบาลแบบ

ครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ คือ

- 1.1 เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในเด็กโรคปอดอักเสบ
- 1.2 เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- 1.3 เกิดความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
2. กำหนดเนื้อหาแผนการสอน ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และการวางแผนการจำหน่าย ดังนี้
 - 2.1 ความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ เพื่อเป็นการทบทวนให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ มีความเข้าใจในเนื้อหาที่ตรงกัน ประกอบด้วย สาเหตุของโรค อาการและอาการแสดง พยาธิสรีระภาพของโรคปอดอักเสบ กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบควรได้รับ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพื่อที่จะได้นำความรู้ไปใช้ในการดูแลและให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง
 - 2.2 ความรู้เรื่องรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจถึงความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Coyne (1996) และทราบถึงความสำคัญของการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
 - 2.3 ความรู้เรื่องการวางแผนการจำหน่าย เพื่อให้ผู้เข้าอบรมเข้าใจถึงความหมายของการวางแผนการจำหน่าย โดยใช้แนวคิดของ Clemen-Stone (1995) และทราบถึงความสำคัญและขั้นตอนของการวางแผนการจำหน่าย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ที่ประกอบด้วย โครงการอบรมเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม คู่มือในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม แผนการสอนเรื่อง รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ แบบตรวจสอบกิจกรรมพยาบาลในการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้

คุณสมบัติของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยกำหนดดังนี้

1. นักวิชาการในตำแหน่งอาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องการพยาบาลเด็กและเขียนตำราทางการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 คน
 2. พยาบาลระดับปฏิบัติการผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมาเป็นเวลา 20 ปี จำนวน 1 คน
 3. พยาบาลวิชาชีพตำแหน่งผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 1 คน
 4. กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรกระบบทางเดินหายใจในเด็ก และเขียนตำราเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรกระบบทางเดินหายใจ จำนวน 1 คน ดังรายนามในภาคผนวก ก.
- ผ่านเกณฑ์การยอมรับจากผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน ใน 5 คน ได้ผลการตรวจสอบ ดังนี้
- โครงการอบรมเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม** ผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะ คือ

- 1) ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอให้มีบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็กมาร่วมเป็นวิทยากร เพื่อพูดถึงประสบการณ์ของบิดามารดาว่า “เมื่อบุตรป่วย เขาได้มีประสบการณ์ที่คืออะไร และที่ไม่พึงพอใจอย่างไร”
- 2) ในคู่มือโครงการอบรม ควรมีใบปะหน้าระบุ วัตถุประสงค์ทั่วไป ผู้เรียนเป็นใคร ใช้เวลาเท่าไร

คู่มือในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ที่สร้างขึ้นได้รับความเห็นชอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน

แผนการสอนเรื่อง รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีการปรับความชัดเจนของเนื้อหา และแก้ไขสำนวนภาษาที่ใช้

แบบตรวจสอบกิจกรรมพยาบาลในการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งมีทั้งหมด 3 ขั้นตอน เป็นจำนวน 9 ข้อ ลักษณะของแบบตรวจสอบการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามขั้นตอนของการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมจะเป็นแบบ Checklist ว่า “ปฏิบัติ” หรือ “ไม่ปฏิบัติ” ซึ่งมีผู้ทรงคุณวุฒิมีข้อเสนอแนะ คือ ในแบบตรวจสอบกิจกรรมพยาบาลในการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของพยาบาล ควรให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกิจกรรมพยาบาล มีข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขดังนี้

ข้อที่ 1.3 พยาบาลได้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยตามแบบประเมินสภาพเด็ก และครอบครัวครบทุกข้อ เปลี่ยนเป็น พยาบาลให้ครอบครัวร่วมประเมินปัญหาของผู้ป่วยตามแบบประเมินสภาพเด็กและครอบครัวครบทุกข้อ

ข้อที่ 2.2 พยายามให้ครอบครัวมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล เปลี่ยนเป็น พยายามให้ครอบครัวมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายและวางแผนการพยาบาล

ข้อที่ 3.2 พยายามทำการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำทุกวัน เปลี่ยนเป็น พยายามให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำทุกวัน

นำแบบตรวจสอบกิจกรรมพยาบาลในการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ไปตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองใช้ (Try out) กับครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยรวม 2 คน และนำมาหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (Inter-rater reliability) โดยนำค่าคะแนนที่ได้มาคำนวณหาความเที่ยงของการสังเกต จากสูตร

$$\text{ความเที่ยงของการสังเกต} = \frac{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน}}{\text{จำนวนการสังเกตที่เหมือนกัน} + \text{จำนวนการสังเกตที่ต่างกัน}}$$

ได้ค่าความเที่ยงของการสังเกตเท่ากับ .88 ซึ่งถือว่ายอมรับได้ เนื่องจากค่าความเที่ยงของการสังเกตต้องมีค่ามากกว่า .7 (Polit & Hungler, 1999: 417)

การนำไปใช้และเกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้

ปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน

ไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

การคิดค่าคะแนนของแบบตรวจสอบการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลตามขั้นตอนของการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยการรวมคะแนนจากการสังเกตทั้งหมดและนำไปคำนวณหาร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนของการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
เกณฑ์การตัดสิน ถ้าครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเกินร้อยละ 80 ขึ้นไป ถือว่าครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจริง

2. นำโครงการอบรมเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม คู่มือในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม แผนการสอน เรื่อง รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ แบบ

ตรวจสอบกิจกรรมพยาบาลในการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาามาพิจารณา ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเนื้อหา ส่วนวนภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปใช้ในการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัว แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัวและ แบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีรายละเอียดการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัว

แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัว ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนบุตร

1.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัว

การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในบริการพยาบาล

2. ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา

3. สร้างแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล โดยสร้างตามแนวคิดของ Eriksen (1988) โดยข้อคำถามแต่ละด้านครอบคลุมค่านิยาม ตัวแปรความพึงพอใจในบริการพยาบาล ประกอบด้วย 6 ด้าน 43 ข้อ ดังนี้

- 1) ศิลปะการดูแลของพยาบาล จำนวน 8 ข้อ
- 2) คุณภาพทางเทคนิคในการดูแลของพยาบาล จำนวน 9 ข้อ
- 3) การจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพของพยาบาล จำนวน 6 ข้อ
- 4) ความพร้อมในการบริการของพยาบาล จำนวน 8 ข้อ
- 5) ความต่อเนื่องในการดูแลของพยาบาล จำนวน 6 ข้อ
- 6) ประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาล จำนวน 6 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการในตำแหน่งอาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องการพยาบาลเด็ก และเขียนตำราทางการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 คน พยาบาลระดับปฏิบัติการผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมาเป็นเวลา 20 ปี จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพตำแหน่งผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 1 คน กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรกระบบทางเดินหายใจในเด็ก และเขียนตำราเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรกระบบทางเดินหายใจ จำนวน 1 คน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยหาค่าความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = .97 และได้ปรับคำสำนวนภาษาที่ใช้เพื่อความชัดเจนของข้อความแบบสอบถาม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเล็กน้อย ดังนี้

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่า

- 1) ด้านศิลปะการดูแลของพยาบาล ปรับสำนวนเล็กน้อย แต่ยังคงไว้ซึ่งคำถามเดิม 8 ข้อ
- 2) ด้านคุณภาพทางเทคนิคในการดูแลของพยาบาล ปรับสำนวนเล็กน้อย แต่ยังคงไว้ซึ่งคำถามเดิม 9 ข้อ
- 3) ด้านการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ปรับสำนวนเล็กน้อย แต่ยังคงไว้ซึ่งคำถามเดิม 6 ข้อ
- 4) ด้านความต่อเนื่องในการดูแลเด็กของพยาบาล มีข้อคำถาม 7 ข้อ เพิ่มข้อคำถาม 1 ข้อ คือ ข้อ 8 ท่านพึงพอใจที่พยาบาลส่งตัวผู้ป่วยและข้อมูลไปรับการดูแลรักษาต่อกับทีมพยาบาลสาขาอื่น ๆ หากจำเป็น รวมมีข้อคำถาม 8 ข้อ
- 5) ด้านความพร้อมในการบริการของพยาบาล มีข้อคำถาม 7 ข้อ ปรับสำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ และ ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เนื่องจากไม่อยู่ในนิยาม เหลือข้อคำถาม 6 ข้อ
- 6) ด้านผลลัพธ์ในการดูแลของพยาบาล มีข้อคำถาม 6 ข้อ ปรับสำนวนข้อคำถาม 1 ข้อ และตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เนื่องจากไม่อยู่ในนิยาม เหลือข้อคำถาม 5 ข้อ

2. นำแบบสอบถามความพึงพอใจของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับแก้ไขตามที่คุณทรงคุณวุฒิแนะนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ปรับปรุงการใช้คำเพื่อความถูกต้อง ได้แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการ

พยาบาล ที่มีข้อคำถามด้านความพึงพอใจในบริการพยาบาลทั้งหมด 42 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน
4. วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีค่าเท่ากับ 0.94 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ของ DeVellis (1999: 85) และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยแยกรายข้อในข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ โดยการหาค่าความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และใช้เกณฑ์ค่าความสัมพันธ์มากกว่า 0.30 ถือว่าเป็นข้อคำถามที่ดี (Jacobson, 1988) พบว่า มีข้อคำถามที่มีค่าความสัมพันธ์น้อยกว่า 0.30 จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10, 11, 15, 17 แต่ไม่สามารถตัดข้อคำถามทิ้งได้ เนื่องจากจะทำให้เนื้อหาของคำนิยามขาดความสมบูรณ์ไป จึงพิจารณาปรับข้อคำถามให้ชัดเจนมากขึ้น สรุปได้ข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ

การนำไปใช้และเกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล เครื่องมือมีลักษณะวัดเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ซึ่งในแต่ละคำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนน และความหมายดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ความหมาย
5 = พึงพอใจมากที่สุด	ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับทางปฏิบัติกรพยาบาลตามข้อความที่ได้ระบุไว้ระดับมากที่สุด
4 = พึงพอใจมาก	ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับทางปฏิบัติกรพยาบาลตามข้อความที่ได้ระบุไว้ระดับมาก
3 = พึงพอใจปานกลาง	ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับทางปฏิบัติกรพยาบาลตามข้อความที่ได้ระบุไว้ระดับปานกลาง
2 = พึงพอใจน้อย	ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับทางปฏิบัติกรพยาบาลตามข้อความที่ได้ระบุไว้ระดับน้อย
1 = พึงพอใจน้อยที่สุด	ท่านรู้สึกไม่พึงพอใจที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับทางปฏิบัติกรพยาบาลตามข้อความที่ได้ระบุไว้

คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ คือ รวมคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 42 คะแนน ค่าคะแนนรวมสูงสุดเท่ากับ

210 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายความว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลมาก โดยนำคะแนนรวมมาคิดเป็นคะแนนเต็มเท่ากับ 5 และแบ่งเกณฑ์การแปลผล ดังนี้ (ประกอบ วรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00	มีความพึงพอใจมากที่สุด
3.50-4.49	มีความพึงพอใจมาก
2.50-3.49	มีความพึงพอใจปานกลาง
1.50-2.49	มีความพึงพอใจน้อย
1.00-1.49	มีความพึงพอใจน้อยที่สุด

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และจำนวนบุตร
- 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

การสร้างเครื่องมือ

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
2. ปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา
3. สร้างแบบสอบถาม โดยข้อคำถามแต่ละด้านครอบคลุมคำนิยาม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของ พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา (2544) และ WHO (1993) โดยข้อคำถามแต่ละด้านครอบคลุมคำนิยาม ตัวแปรพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วย 8 ด้าน 51 ข้อ ดังนี้
 1. ด้านการให้อาหาร มีข้อคำถาม 6 ข้อ
 2. ด้านวิธีการดูแลให้ดูคนนมหรือดูคนน้ำ มีข้อคำถาม 7 ข้อ
 3. ด้านการดูแลให้ยา มีข้อคำถาม 7 ข้อ
 4. ด้านการสังเกตอาการหายใจผิดปกติ มีข้อคำถาม 7 ข้อ
 5. ด้านการดูแลเรื่องลดไข้ มีข้อคำถาม 8 ข้อ

6. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีข้อคำถาม 6 ข้อ
7. ด้านการจัดสภาพแวดล้อม มีข้อคำถาม 5 ข้อ
8. ด้านการรู้จักแหล่งประโยชน์ในชุมชน มีข้อคำถาม 5 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งเป็นนักวิชาการในตำแหน่งอาจารย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในเรื่องการพยาบาลเด็ก และเขียนคำรាយทางการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 คน พยาบาลระดับปฏิบัติการผู้ปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมาเป็นเวลา 20 ปี จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพตำแหน่งผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายกุมารเวชศาสตร์ จำนวน 1 คน กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางโรกระบบทางเดินหายใจในเด็ก และเขียนคำรายเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรกระบบทางเดินหายใจ จำนวน 1 คน ดังรายนามในภาคผนวก ก. ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความครอบคลุม และสำนวนภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยหาค่าความสอดคล้องของความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) = .84 และได้ปรับคำสำนวนภาษาที่ใช้เพื่อความชัดเจนของข้อความแบบสอบถาม ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเล็กน้อย ดังนี้

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่า

- 1) ด้านการให้อาหาร มีข้อคำถาม 6 ข้อ ปรับสำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ และ ตัดข้อคำถามในข้อที่ 2 ออกเนื่องจากเมื่อปรับแก้ข้อคำถามแล้ว ข้อคำถามข้อที่ 2 ซ้ำกับข้อคำถามที่ 1 เหลือข้อคำถาม 5 ข้อ
- 2) ด้านวิธีการดูแลให้ดูคนหรือดูคนน้ำ มีข้อคำถาม 7 ข้อ ปรับสำนวนข้อคำถาม 5 ข้อ ตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ เนื่องจากไม่อยู่ในยาม เหลือข้อคำถาม 6 ข้อ
- 3) ด้านการสังเกตอาการหายใจผิดปกติ มีข้อคำถาม 7 ข้อ ปรับสำนวนเล็กน้อย ยังคงไว้ซึ่งข้อคำถามเดิม 7 ข้อ
- 4) ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีข้อคำถาม 6 ข้อ ปรับสำนวนเล็กน้อย ยังคงไว้ซึ่งข้อคำถามเดิม 6 ข้อ
- 5) ด้านการจัดสภาพแวดล้อม มีข้อคำถาม 6 ข้อ ปรับสำนวนเล็กน้อย ยังคงไว้ซึ่งข้อคำถามเดิม 6 ข้อ

2. นำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับแก้ไขตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำ มาพิจารณาร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ปรับปรุงการใช้คำเพื่อความถูกต้อง ได้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่มีข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน

4. วิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมีค่าเท่ากับ 0.91 ซึ่งเป็นที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์ของ DeVellis (1999: 85) และหาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยแยกรายข้อในข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ โดยการหาค่าความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) และใช้เกณฑ์ค่าความสัมพันธ์มากกว่า 0.30 ถือว่าเป็นข้อคำถามที่ดี (Jacobson, 1988) พบว่า มีข้อคำถามที่มีค่าความสัมพันธ์น้อยกว่า 0.30 จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 10, 12, 13, 14, 17, 26, 35, 36, 37, 38, 40, 42, 43, 44 แต่ไม่สามารถตัดข้อคำถามทิ้งได้ เนื่องจากจะทำให้เนื้อหาของคำนิยามขาดความสมบูรณ์ไป จึงพิจารณาปรับข้อคำถามให้ชัดเจนมากขึ้น สรุปได้ข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ

การนำไปใช้และเกณฑ์การให้คะแนน

แบบสอบถามแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เครื่องมือมีลักษณะวัดเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ซึ่งในแต่ละคำตอบมีเกณฑ์การให้คะแนน และความหมาย ดังนี้

เกณฑ์การให้คะแนน	ความหมาย
4 = ทำทุกครั้ง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ในข้อนั้น ๆ เกิดขึ้น
3 = ส่วนใหญ่ทำ	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นแทบทุกครั้งที่มีเหตุการณ์ในข้อนั้น ๆ เกิดขึ้น
2 = ไม่ค่อยได้ทำ	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งที่มีเหตุการณ์ในข้อนั้นเกิดขึ้น
1 = ไม่เคยทำเลย	ไม่เคยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยเมื่อมีเหตุการณ์ในข้อนั้น ๆ เกิดขึ้น

คะแนนรวมทั้งหมดของแบบสอบถามแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ คือ คะแนนรวมต่ำสุดเท่ากับ 49 คะแนน คะแนนรวมสูงสุด เท่ากับ 196 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้

คะแนนรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้องมาก
คะแนนรวมน้อย หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้องน้อย

3. แบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

การสร้างเครื่องมือ

แบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งประกอบด้วย ชื่อของผู้ป่วย อายุ วันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาครั้งแรก วันที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย วันที่เข้ารับการรักษาครั้งที่ 2 และโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เพื่อบันทึกอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยการติดตามจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และการโทรศัพท์สอบถามจากครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำแบบบันทึกการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ซึ่งผ่านการตรวจสอบและได้รับการแก้ไขขั้นต้นจากอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ที่ตรวจสอบโครงการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและครอบคลุมของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลชุดนี้ด้วย

เกณฑ์การพิจารณาความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิใช้เกณฑ์ความคิดเห็นตรงกัน 80% คือผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 คน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 คน แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหา

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา พบว่า

1. ในแบบบันทึกอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำไม่ควรใส่ชื่อของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบลงไป ให้บันทึกเฉพาะเพศหญิงหรือเพศชาย

การดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2548 ในระยะนี้ เป็นการจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและดำเนินการติดต่อโรงพยาบาลเพื่อขอเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.2 เตรียมสถานที่ โดยการทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความร่วมมือในการทำการทดลองเก็บรวบรวมข้อมูล ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้าแล้ว ผู้วิจัยจึงขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมาร

เวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน และวิธีการ ดำเนินการทดลองระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้และการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย

1.3 เตรียมพยาบาล โดยการฝึกอบรม เรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริการ พยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่ได้รับการอนุมัติจากหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมาร โดยแบ่งพยาบาลออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ กลุ่มละ 9 คน เข้ารับการอบรมกลุ่มละ 1 วัน ให้ดำเนินการในวันที่ 23-24 กุมภาพันธ์ 2549 เป็นการอบรมเชิงปฏิบัติการตามแผนการสอนที่สร้างขึ้น มีรายละเอียด ดังนี้

1.3.1 ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ในการดำเนินการวิจัยแก่พยาบาลประจำหอผู้ป่วย ขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง การดำเนินการทดลอง และการประเมินผลการทดลอง

1.3.2 ให้ความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ ประกอบด้วย สาเหตุของโรค อาการและอาการแสดง พยาธิสรีระภาพของโรคปอดอักเสบ กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบควรได้รับ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็ก

1.3.3 ให้ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้พูดถึงประสบการณ์ของบิดามารดาว่า “เมื่อบุตรป่วย เขาได้มีประสบการณ์ที่ดีอย่างไร และที่ไม่พึงพอใจอย่างไร” ให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ฟัง โดยครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบกล่าวว่า “การที่ลูกป่วยจนต้องเข้าโรงพยาบาล ทำให้รู้สึกว่พ่อแม่ต้องเอาใจใส่ลูกมากขึ้นในการดูแลหรือการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ และจากผลการรักษาที่ได้รับก็รู้สึกพอใจ แต่ในระหว่างการรักษา อยากให้พยาบาลมีเวลาในการดูแลเด็กมากกว่านี้อีกสักนิด เพราะบางครั้งมีเรื่องสงสัย อยากปรึกษา หรืออยากขอความช่วยเหลือก็ไม่กล้า เพราะเห็นพยาบาลกำลังยุ่ง ๆ กันอยู่”

1.3.4 ให้ผู้เข้าอบรมร่วมกันระดมสมองในการเพิ่มเติมเนื้อหาของรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อสรุปเป็นแนวทางในการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และนำไปใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย ผลของการระดมสมอง มีดังนี้

1) พยาบาลผู้เข้าอบรมได้ทดลองประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการในการได้รับการดูแลรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่ประเมินสภาพผู้ป่วยและความต้องการของครอบครัวได้ถูกต้อง โดยให้ทดลองกับกรณีศึกษา 4 กรณี ที่ผู้วิจัยเตรียมให้

2) พยาบาลผู้เข้าอบรมร่วมวางแผนการพยาบาลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยให้ทดลองกับกรณีศึกษา 4 กรณี ที่ผู้วิจัยเตรียมให้ ส่วนใหญ่สามารถวางแผนการจำหน่ายได้ถูกต้อง ส่วนขั้นตอนของการให้

ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมบางขั้นตอนยังมีไม่ครบ ผู้วิจัยจะแนะนำในส่วนที่ต้องเพิ่มเติม จนผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจทุกขั้นตอน

1.3.5 ทดลองนำรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้เป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเข้าไปให้คำแนะนำและเป็นพี่ปรึกษา และสังเกตการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาล

1.3.6 จัดประชุมสรุปผลการทดลองใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค หาข้อสรุปเพื่อให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ครอบคลุมและเหมาะสมในการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พบว่ามีอุปสรรค ดังนี้

1) ในบางครั้งมีผู้ป่วยรับใหม่พร้อม ๆ กันหลายราย และมีผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยจำนวนมาก ทำให้การใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกขั้นตอน

2) บุคคลในครอบครัวที่มาดูแลผู้ป่วย ในบางรายมีการหมุนเวียนกันในแต่ละวัน บางครั้งทำให้การใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไม่เป็นไปอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่มาดูแลแทนก็ไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและวิธีการดูแลของครอบครัว

2. ระยะดำเนินการทดลอง ระยะนี้เป็นการดำเนินการเพื่อรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยกุมาร โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม 2549 ถึงวันที่ 15 เมษายน พ.ศ. 2549 เมื่อมีผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดมาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยขอพบครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากได้รับความยินยอมจากครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ จึงดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม

คัดเลือกผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบตามคุณสมบัติที่วางไว้ จำนวน 15 ราย ตั้งแต่วันที่ 1-15 มีนาคม 2549 เข้ากลุ่มควบคุม และให้การบริการพยาบาลตามปกติตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยพยาบาลเป็นผู้ประเมินปัญหา วินิจฉัยปัญหา วางแผนทางการพยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบจะได้รับการให้ความรู้ และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านในวันที่แพทย์จำหน่ายผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ปกครองมาติดต่อบุคลากรผู้ป่วยกลับบ้าน

กลุ่มทดลอง

คัดเลือกผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบตามคุณสมบัติที่วางไว้ จำนวน 15 ราย ตั้งแต่ วันที่ 15 มีนาคม 2549 ถึง 15 เมษายน 2549 เข้ากลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มควบคุม โดยมารดาเป็นผู้ดูแลเด็ก มีอายุ และระดับการศึกษา อยู่ในระดับเดียวกันหรือเทียบเท่ากัน และให้การบริการพยาบาลโดยปฏิบัติตามรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเป็นเวลา 6 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยเข้าไปให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา และสังเกตกิจกรรมพยาบาลในการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของพยาบาล และประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ขั้นตอนการนำรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้

ในการนำรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปปฏิบัติ ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ได้รับการพยาบาล ดังนี้

1. ในวันแรกที่รับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเข้าไว้ใน การดูแล พยาบาล จะเข้าไป สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ โดยการแนะนำตัวด้วยกิริยา และน้ำเสียงที่สุภาพ อ่อนโยน หลังจากนั้นประเมินความต้องการของเด็กโรคปอดอักเสบและครอบครัว โดยใช้แบบประเมินสภาพเด็กโรคปอดอักเสบและผู้ดูแลในการสอบถามร่วมกับการสังเกตจากครอบครัว เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปัญหาของเด็กที่เกิดขึ้นแล้ว หรือมีโอกาที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กที่บ้านของครอบครัว นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ปัญหา และทำการตรวจสอบการรับรู้ปัญหาร่วมกันกับครอบครัว กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของเด็กแต่ละรายโดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที และให้การพยาบาลเด็กกระยะวิกฤติจะเป็นผู้ประเมินสภาพร่างกายเด็กทุกระยะ สัญญาณชีพและให้การพยาบาลในระยะวิกฤติ เช่นการพ่นยาขยายหลอดลม การดูดเสมหะ การเช็ดตัวลดไข้ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลังจากนั้นจึงมาส่งต่อข้อมูลให้แก่พยาบาลคนอื่น ๆ เพื่อส่งต่อข้อมูลแก่หัวหน้าเวรต่อไป

2. พยาบาลกำหนดปัญหาร่วมกันกับครอบครัว โดยใช้แบบประเมินสภาพเด็กโรคปอดอักเสบและครอบครัว โดยวิธีสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล แบบแผนการเลี้ยงดู ความรู้ สถานะทางการเงิน ระบบสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งความเชื่อ ทักษะคติ และวัฒนธรรม การรับรู้ปัญหาในปัจจุบันของผู้ดูแล และความต้องการการช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรในชุมชน ซึ่งพยาบาลต้องทำการประเมินแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และสรุปประเด็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างพยาบาลและครอบครัว

3. พยาบาลวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล ให้กับเด็กแต่ละราย ร่วมกับครอบครัวในการนำทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่มากำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ กิจกรรมและ ตั้งเกณฑ์ในการประเมินผล เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ให้เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความ ต้องการของเด็กแต่ละราย บันทึกลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล จากนั้นทำการกำหนดกิจกรรม ในการวางแผนจำหน่ายซึ่งเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา โดยเลือกเป้าหมายและกิจกรรม ต่าง ๆ จากแผนการพยาบาลหลักตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ในขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที พยาบาลและครอบครัวร่วมกันกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ที่จะปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย การสอน การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การประสานงานในกลุ่มสหสาขาวิชา การรู้จักแหล่ง ทรัพยากรในชุมชน

4. พยาบาลปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนที่วางไว้ร่วมกับครอบครัวโดยใช้ แผนการพยาบาล การดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ประกอบในการปฏิบัติกิจกรรม โดยกำหนดให้ เหมาะสมทั้งด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและจิตสังคมของทารกแต่ละราย ผู้นิเทศทำหน้าที่ให้การ ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติการ ในการจัดเตรียมอุปกรณ์และอำนวยความสะดวก เกี่ยวกับการสอน สาธิตและการฝึกทักษะครอบครัว อย่างเพียงพอต่อการใช้งาน กิจกรรมของ พยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว มีดังต่อไปนี้คือ

4.1 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ ถูกต้องและเหมาะสมในขณะที่ยังมีอาการแสดงอยู่ ให้มีการฟื้นฟูเป็นปกติ ลักษณะกิจกรรมจะ เป็นการให้ข้อมูลโดยการสอน สาธิตและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลเรื่องไข้ การเช็ดตัว ลดไข้ การดูแลให้ออกซิเจน การพ่นยาขยายหลอดลม การดูดเสมหะด้วยลูกยางแดง และการ ประสานงานการดูแลกับทีมสหสาขา ผู้วิจัยให้การสนับสนุนพยาบาลในการประสานการดูแลเด็ก โรคปอดอักเสบร่วมกับทีมสหสาขา โดยจัดทำแผนการประสานงานที่ง่ายต่อการปฏิบัติงาน และ ใช้ความสามารถในการสื่อสาร มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน สื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจและ ชัดเจนในเป้าหมายของงาน เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ร่วมแก้ไขปัญหา และเป็นทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

4.2 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกัน ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในเด็กจากการป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ลักษณะของกิจกรรมการ พยาบาล จะเป็นการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเด็ก โดยการสอน สาธิตและให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแล รักษาอาการปอดอักเสบที่บ้าน ในด้านการให้อาหาร การให้ยา การดูดเสมหะ ด้วยลูกยางแดง การสังเกตและการดูแลเมื่อมีอาการรุนแรง และแจกคู่มือการดูแลเด็กโรคปอด อักเสบที่บ้านแก่ครอบครัว

4.3 กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ครอบครัวมีพฤติกรรมในการป้องกัน ไม่ให้เด็กเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำ ลักษณะกิจกรรมจะเป็นการสอน สาธิตและให้ครอบครัวฝึก

ปฏิบัติเกี่ยวกับการป้อนนมเด็กอย่างถูกวิธี การดูแลสุขภาพด้วยลูกยางแดง การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก และการติดต่อแหล่งทรัพยากรในชุมชน การปฏิบัติกิจกรรมอาจกระทำโดยพยาบาลคนเดียวเป็นผู้กระทำกิจกรรมทั้งหมด แต่ถ้าพยาบาลในแต่ละเวรมีภาระงานมาก พยาบาลอื่นในเวรเดียวกันจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน และให้การพยาบาลเด็กและครอบครัวตามที่กำหนดในแผนการพยาบาล โดยพยาบาลทุกคนสามารถให้การสนับสนุน แนะนำ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลเด็กที่บ้านแก่ครอบครัว การแนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อฉุกเฉิน ติดต่อประสานการดูแลกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น และประสานการปฏิบัติพยาบาลของเด็กแต่ละราย รายงานผลการปฏิบัติให้กับพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อจะได้ส่งข้อมูลให้แก่เวรต่อไป

4.4 ในเวรต่อไป พยาบาลหัวหน้าเวรรับฟังการส่งเวรจากพยาบาลเวรก่อน และมอบหมายให้พยาบาลในเวรทำการประเมินปัญหาพร้อมกับผู้ดูแลว่า ปัญหาใดได้รับการแก้ไขหมดไปแล้ว หากพบว่ายังมีปัญหาเหลืออยู่ หรือมีปัญหาใหม่เกิดขึ้น พยาบาลที่ได้รับมอบหมายจะร่วมกันกับผู้ดูแลกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล กำหนดเป้าหมายและให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่วางไว้จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายและปฏิบัติเช่นเดียวกันทุกเวร จนกว่าเด็กจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

4.5 พยาบาลและครอบครัวร่วมกันประเมินผลกิจกรรมว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด พยาบาลต้องเริ่มประเมินสภาพเด็กและครอบครัวใหม่ตั้งแต่ต้นจนกระทั่งบรรลุเป้าหมายที่กำหนด ผู้นิเทศชมเชยและให้รางวัลเมื่อพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมาย ให้ความรับผิดชอบและให้รางวัลสำหรับผู้ทำดี ให้อภัยและยอมรับถ้าเกิดความผิดพลาดขึ้น เช่น ไม่ดำเนินเมื่อพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนไม่ครบถ้วน แต่ให้คำชี้แนะถึงวิธีการปรับปรุง และเมื่อพยาบาลพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมได้ถูกต้องครบถ้วน ให้คำชมเชยและยกย่องให้เป็นผู้ชี้แนะคนอื่นต่อไป

จุดเน้นที่สำคัญในระหว่างดำเนินการทดลอง คือ เรื่องการประสานงานระหว่างพยาบาลในเวรที่แรกกับเด็กไว้ใน การดูแล กับพยาบาลในเวรต่อไป และการประสานงานระหว่างพยาบาลกับทีมสหสาขา ร่วมกับครอบครัว โดยพยาบาลทุกคนสามารถติดต่อประสานงานและส่งต่อการดูแลแก่พยาบาลหัวหน้าเวรถัดไป เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง โดยให้ประเมินปัญหาเพิ่มเติมและค้นหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมกับผู้ดูแลรวมทั้งนัดหมายให้ผู้ดูแลหลักมาเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลในวันรุ่งขึ้นและตรวจสอบแผนการพยาบาลว่าครบถ้วนหรือไม่ การจัดการประสานงานดังกล่าวผู้วิจัยได้เขียนระบุไว้ในแผนการพยาบาลหลักการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน

หลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 6 สัปดาห์ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยกุมารสรุปประเด็นกับผู้ร่วมวิจัย และนำข้อสรุปมาเรียบเรียงเป็นแนวทางในการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อนำไปใช้ในหน่วยงานต่อไป ผลการประเมินผล ดังนี้

1. พยาบาลเห็นด้วยกับแนวทางการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการสร้างทุกขั้นตอน เนื่องจากทุกคนมองเห็นความสำคัญว่าครอบครัวสำคัญต่อผู้ป่วยเด็กมากที่สุด และครอบครัวมีส่วนช่วยในการหายของโรค

2. พยาบาลเห็นว่าครอบครัวที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสามารถแบ่งเบากิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบได้ในบางกิจกรรม เช่น การพ่นยา การเช็ดตัวลดไข้ การเคาะปอดให้ผู้ป่วย และการใช้ลูกยางแดงในการดูดเสมหะ ซึ่งเป็นความรู้และประสบการณ์การดูแลที่สามารถนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่อง

3. ระยะเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการดำเนินการทดลองเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เก็บรวบรวมข้อมูลอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 15 วันหลังจากการทดลองทุกราย โดยการติดตามจากเวชระเบียนของผู้ป่วย และการโทรศัพท์สอบถามจากครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

2. เก็บรวบรวมข้อมูลความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในวันที่ผู้ป่วยได้รับการจำหน่าย และเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ในวันที่แพทย์นัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัด และการโทรศัพท์สอบถามในรายที่ไม่มาตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งมีจำนวน 4 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาทำการวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ SPSS ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. หาค่าความถี่และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. ทดสอบการแจกแจงข้อมูล คะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ในการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม กลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติและ

กลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่าไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติแบบนอนพารามตริก Wilcoxon matched-pairs signed-ranks test และ Mann Whitney U-Test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติทดสอบของ Mann Whitney U-Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้สถิติของ Mann Whitney U-Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

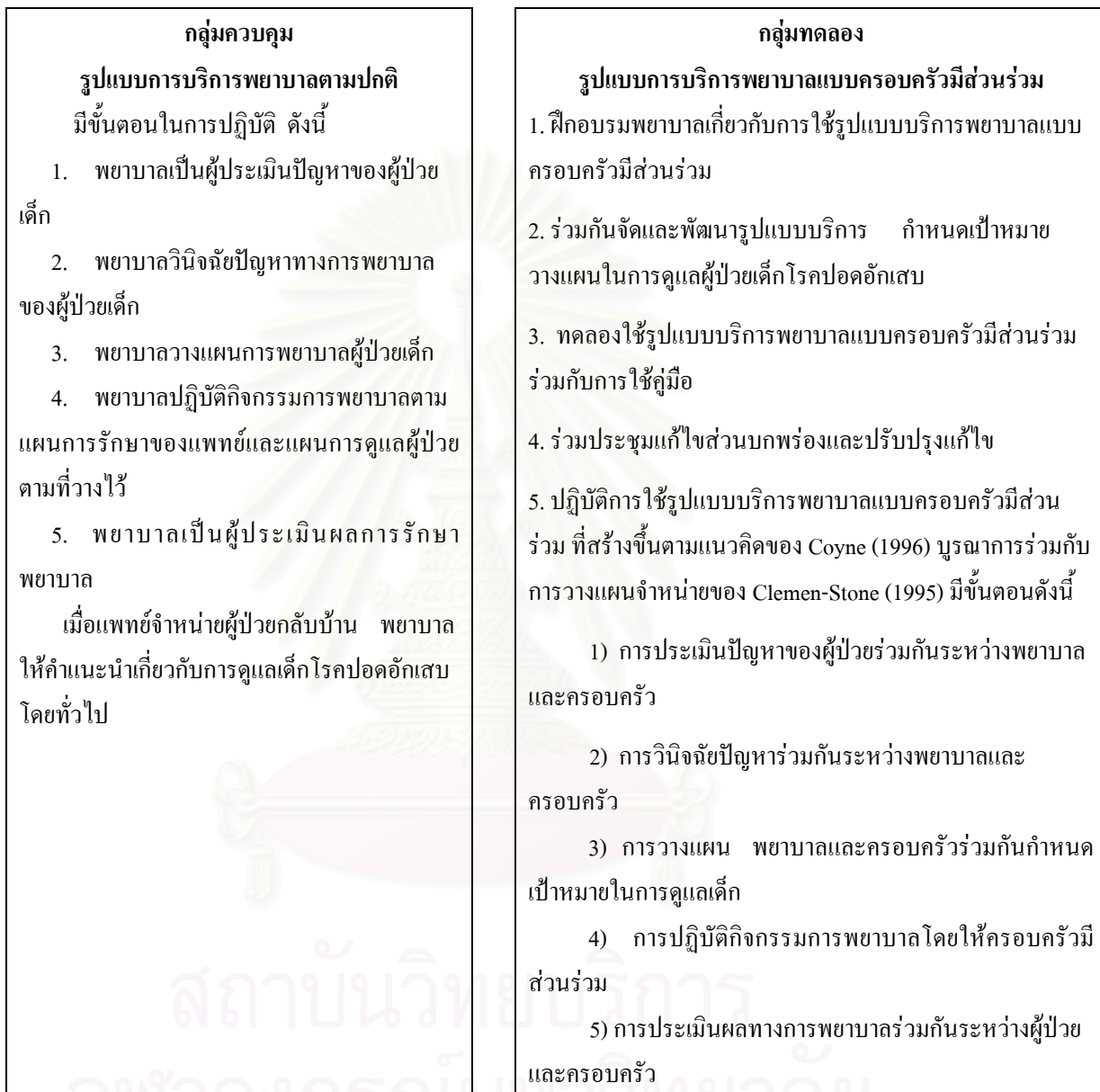
5. เปรียบเทียบจำนวนการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบปกติและกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยทำการแนะนำตัวเองแก่ครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือการเข้ารับการรักษาแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัย หากครอบครัวของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา ผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบสามารถบอกเลิกได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการพยาบาลที่ได้รับ ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ นำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

เด็กโรคปอดอักเสบและครอบครัวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง



เมื่อจำหน่ายเด็กโรคปอดอักเสบกลับบ้าน 1) ให้ครอบครัวทำแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล 2) ติดตามการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายใน 15 วัน และ 3) ให้ครอบครัวทำแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวในวันที่มาตรวจตามแพทย์นัด และการโทรศัพท์สอบถาม

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ในหอผู้ป่วยกุมาร โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ 1) ระยะการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลโดยการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และ 2) ระยะดำเนินการทดลองนำรูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้ในหอผู้ป่วย โดยเปรียบเทียบผลอัตราการกลับเข้ารับการรักษาค่าของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ความพึงพอใจในบริการพยาบาล และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติกับกลุ่มที่ได้รับการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลจะเสนอในรูปแบบของตารางประกอบบรรยาย โดยแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้ คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาค่าของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 3 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 4 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 5 ผลการตรวจสอบการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนของการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ อายุและระดับการศึกษาของครอบครัว

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n ₁ =15 คน)		กลุ่มควบคุม (n ₂ = 15 คน)		รวม (n= 30 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	เพศของผู้ป่วยเด็ก					
ชาย	11	73.33	9	60.00	20	66.67
หญิง	4	26.67	6	40.00	10	33.33
อายุของมารดา						
ต่ำกว่า 20 ปี	1	6.67	1	6.67	2	6.67
20-30 ปี	8	53.33	8	53.33	16	53.33
31-40 ปี	5	33.33	5	33.33	10	33.33
41 ปีขึ้นไป	1	6.67	1	6.67	2	6.67
ระดับการศึกษาของ มารดา						
ประถม	5	33.33	5	33.33	10	33.33
มัธยม	7	46.67	7	46.67	14	46.67
ปวช.	1	6.67	1	6.67	2	6.67
ปริญญาตรี	2	13.33	2	13.33	4	13.33

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาทั้งหมด 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กเพศชาย มากที่สุด (ร้อยละ 66.67) มารดาของผู้ป่วยเด็กมีอายุระหว่าง 20 – 30 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 53.33) และมีการศึกษาระดับมัธยมมากที่สุด (ร้อยละ 46.67)

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

	กลุ่มควบคุม ($n_1 = 15$)	กลุ่มทดลอง ($n_2 = 15$)
อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ	0.00	0.00

จากตารางที่ 3 อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไม่มีความแตกต่างกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 3 การเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัวของกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัวของกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่จับคู่ Matched pair

กลุ่มตัวอย่าง คู่ที่	คะแนนพฤติกรรมการดูแล (คะแนนเต็ม = 196)	
	กลุ่มควบคุม (n ₁ = 15)	กลุ่มทดลอง (n ₂ = 15)
1	118	160
2	117	158
3	121	149
4	158	168
5	160	171
6	170	170
7	160	161
8	148	156
9	144	148
10	137	166
11	111	164
12	162	166
13	145	158
14	85	165
15	133	145
	$\bar{x} = 137.93$	$\bar{x} = 160.33$
	SD = 23.67	SD = 8.07

จากตารางที่ 4 แสดงถึงคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว จากข้อคำถามทั้งหมด 49 ข้อ คะแนนแต่ละข้อ คือ 1-4 รวมคะแนนทั้งหมดสูงสุด 196 คะแนน และต่ำสุด 49 คะแนน โดยแต่ละกลุ่มมีคะแนน ดังนี้

กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม มีคะแนนสูงสุด 171 คะแนน ต่ำสุด 145 คะแนน มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 160.3 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.07

กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ มีคะแนนสูงสุด 170 คะแนน ต่ำสุด 85 คะแนน มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 137.93 คะแนน และมีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 23.67



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลโดยรวม และรายด้าน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

พฤติกรรมการดูแล	จำนวน ข้อ	Mean Rank		Mdn	Q.D.	U
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง			
1. ด้านการดูแลให้อาหาร	5	13.27	17.73	3.30	.62	-1.41
2. ด้านวิธีการดูแลให้ดื่มน้ำหรือดุนม	6	10.03	20.70	3.17	.62	-3.43*
3. ด้านการดูแลให้ยา	7	13.47	17.53	3.43	.37	-1.28
4. ด้านการสังเกตอาการหายใจผิดปกติ	7	11.77	19.23	3.14	.78	-2.33*
5. ด้านการดูแลเรื่องการลดไข้	8	10.87	20.13	3.13	.40	-2.91*
6. ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	6	14.70	16.30	3.33	.37	-.51
7. ด้านการจัดสภาพแวดล้อม	5	16.47	14.53	3.40	.50	-.61
8. ด้านการรู้จักแหล่งประโยชน์ในชุมชน	5	11.93	19.07	3.00	.84	-2.23*
รวม	49			3.16	.32	-3.01*

* $p < .05$

U = Mann-Whitney Test

จากตารางที่ 5 พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวมกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมดีกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลด้านวิธีการดูแลให้ดื่มน้ำหรือดุนม ด้านการสังเกตอาการหายใจผิดปกติ ด้านการดูแลเรื่องการลดไข้ และด้านการรู้จักแหล่งประโยชน์ในชุมชน กลุ่มที่ใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วมดีกว่ากลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 4 การเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ตารางที่ 6 คะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลของกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม จำแนกตามกลุ่มตัวอย่างที่จับคู่ Matched pair

กลุ่มตัวอย่าง คู่ที่	คะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาล (คะแนนเต็ม = 210)	
	กลุ่มควบคุม ($n_1 = 15$)	กลุ่มทดลอง ($n_2 = 15$)
1	138	172
2	138	163
3	167	173
4	161	165
5	107	159
6	154	157
7	139	159
8	95	134
9	101	170
10	153	159
11	154	164
12	140	153
13	151	171
14	173	185
15	136	167
	$\bar{x} = 140.47$	$\bar{x} = 163.40$
	SD = 23.29	SD = 11.41

จากตารางที่ 6 แสดงถึงคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัว จาก
ข้อคำถามทั้งหมด 42 ข้อ คะแนนแต่ละข้อ คือ 1 - 5 ทั้งหมด สูงสุด 210 คะแนน ต่ำสุด 42
คะแนน โดยแต่ละกลุ่มมีคะแนนดังนี้

กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมีคะแนนสูงสุด 185 คะแนน
ต่ำสุด 134 คะแนน มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 140.47 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 23.29

กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติมีคะแนนสูงสุด 173 คะแนน ต่ำสุด 95
คะแนน มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 163.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.41



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลโดยรวม และรายด้านระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติกับกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ความพึงพอใจของครอบครัว	จำนวน ข้อ	Mean Rank		Mdn	Q.D.	U
		กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง			
1. ศิลปะการดูแล	8	13.50	17.50	3.94	.58	-1.25
2. คุณภาพการดูแลทางเทคนิค	9	8.83	22.17	3.72	.45	-4.16*
3. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ	6	14.47	16.53	4.00	.49	-.65
4. ความพร้อมในการบริการ	8	9.40	21.60	4.00	.66	-3.84*
5. ความต่อเนื่องในการดูแล	6	12.23	18.77	4.00	.58	-2.04*
6. ประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์ การดูแล	5	10.13	20.87	3.80	.54	-3.40*
รวม	42			3.91	.45	-3.34*

* $p < .05$

U = Mann-Whitney Test

จากตารางที่ 7 พบว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาลโดยรวมของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณารายด้านแล้วพบว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาล ด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค ความพร้อมการดูแล ความต่อเนื่องในการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และประสิทธิภาพหรือผลลัพธ์การดูแล

กลุ่มที่ใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการ
บริการพยาบาลแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 5 แบบตรวจสอบการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนของการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ตารางที่ 8 แสดงผลการปฏิบัติ ตามคู่มือการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

กิจกรรมการพยาบาล	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. พยาบาลได้สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวทันทีที่รับเด็กเข้าไว้ในารดูแล	15 (100%)	--
2. พยาบาลได้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยตามแบบประเมินสภาพเด็กและครอบครัวครบทุกข้อ	15 (100%)	--
3. พยาบาลได้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยปัญหา	15 (100%)	--
4. พยาบาลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	15 (100%)	--
5. พยาบาลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล	15 (100%)	--
6. พยาบาลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล	15 (100%)	--
7. พยาบาลและครอบครัวร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเป็นระยะตามที่กำหนดในแผนการพยาบาล	15 (100%)	--
8. พยาบาลและครอบครัวร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำทุกเวร	15 (100%)	--
9. ในกรณีที่ผลของการปฏิบัติไม่เป็นไปตามเป้าหมายพยาบาลให้พยาบาลและครอบครัวร่วมให้การพยาบาลจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย	15 (100%)	--

จากการตรวจสอบการปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนของการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม พบว่าพยาบาลได้ปฏิบัติตามขั้นตอนของการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วมครบทุกขั้นตอนในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและครอบครัว จำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 100

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในรูปแบบ (Non-equivalent control group posttest – only design) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองได้รับการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลแบบปกติ และมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ เปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาล และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัวระหว่างกลุ่มเด็กที่ได้ใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับกลุ่มเด็กที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยศึกษาในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมาร 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ตั้งแต่วันที่ 1 มีนาคม ถึง 15 เมษายน พ.ศ. 2549 จำนวน 30 คน โดยครอบครัวเด็กทั้งหมดคือมารดาของผู้ป่วยเด็ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ส่วน คือ รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย โครงการอบรมการพัฒนา รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม แผนการสอนพยาบาล คู่มือในการจัดรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม และคู่มือในการเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ที่มีความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่ง 4 ใน 5 ท่านมีความเห็นตรงกันแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว และแบบสอบถามความพึงพอใจบริการพยาบาล ซึ่งมีความตรงตามเนื้อหาที่พิจารณาตามเกณฑ์ CVI ได้ 0.84 และ 0.97 ตามลำดับโดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91 และ 0.94 ตามลำดับ

เมื่อมีผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและครอบครัวมีคุณสมบัติตรงตามกำหนดมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้วิจัยจัดเข้ากลุ่มทดลอง โดยจับคู่กับกลุ่มควบคุมด้วยอายุและระดับการศึกษาของมารดาได้ทั้งหมด 15 คู่ ผู้วิจัยจะขอพบครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบเพื่อแนะนำตัวเองและสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการวิจัย หลังจากได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป กลุ่มทดลองจะได้รับการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากพยาบาลในหอผู้ป่วย และเมื่อได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความพึงพอใจบริการพยาบาล พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ และติดตามการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำภายหลังกลับบ้านจากโรงพยาบาล 15 วัน เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม นำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U-Test

สรุปผลการวิจัย

1. การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไม่มีความแตกต่างกัน
2. พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบระหว่างครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบกลุ่มทดลองที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของกลุ่มทดลองที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

1. การวิจัยนี้พบว่า การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไม่มีความแตกต่างกัน อาจมีสาเหตุเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองนั้นมีปริมาณน้อย โอกาสเกิดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำจึงน้อย และอาจเนื่องจากโรงพยาบาลได้พัฒนาคุณภาพของโรงพยาบาลอยู่ตลอดเวลา จึงทำให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ดีที่สุด ซึ่งการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำก็เป็นตัวชี้วัดคุณภาพของการดูแลของโรงพยาบาลอย่างหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (2549) ได้กล่าวไว้ว่า การกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ เป็นตัวชี้วัดอย่างหนึ่ง โดยแนะนำให้เก็บตัววัดการกลับมานอนซ้ำในผู้ป่วยโรกระบบทางเดินหายใจ โรคปอดอักเสบ ถ้าพบการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 15 วัน สะท้อนถึงคุณภาพการดูแลของโรงพยาบาล ถ้ามานอนโรงพยาบาลใน 31 วัน สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบทุกกลุ่มได้รับการดูแลรักษาพยาบาล และได้คำแนะนำที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริง เกิดผลดีต่อผู้ป่วยเด็ก ทำให้การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลงอย่างมาก จนไม่มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ถึงแม้ผลที่ได้จะอยู่ในระดับที่น่าพอใจ แต่เราในฐานะของผู้ให้บริการทางสุขภาพ ควรที่จะมีการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยอยู่เสมอ และผู้ป่วยเด็กก็มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ที่ดีและถูกต้องจากบุคคลในครอบครัว แม้ในการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และต้องดูแลต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน

2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่บ้านของครอบครัว กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว กลุ่มที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมถูกต้องกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่จากคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในรายด้าน จะพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบบางด้านแตกต่างกันและบางด้านไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากพฤติกรรมการดูแลบางด้านเป็นพฤติกรรมการดูแลที่ปฏิบัติอยู่ในชีวิตประจำวันของครอบครัว เช่น พฤติกรรมด้านการดูแลให้อาหาร ด้านการดูแลให้ยา ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการจัดสภาพแวดล้อม และครอบครัวอาจได้รับคำแนะนำในด้าน พฤติกรรมการดูแลเหล่านี้มาบ้างแล้ว จากการพาเด็กไปพบแพทย์เพื่อตรวจโรค ไปรับวัคซีนจากสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ วิทยุ หรือจากคำแนะนำจากบุคคลรอบข้าง จึงทำให้ครอบครัวมีความรู้ในพฤติกรรมการดูแลเหล่านี้และสามารถปฏิบัติได้ จึงทำให้คะแนนก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน ในขณะที่พฤติกรรมการดูแลด้านการดูแลให้คูนน้ำหรือคูนนม ด้านการสังเกตลักษณะการหายใจ ด้านการดูแลเรื่องการลดไข้ และด้านการรู้จักแหล่งประโยชน์ เป็นพฤติกรรมการดูแลที่มีโอกาสเกิดน้อยครั้ง รวมทั้งสื่อต่าง ๆ ก็มีน้อย จึงทำให้ครอบครัวขาดความรู้หรือความสนใจในพฤติกรรมการดูแลนี้

พฤติกรรมการดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่ครอบครัวหรือผู้รับบริการทางสุขภาพจะได้รับคำแนะนำหรือการสอนสาธิตเมื่ออยู่โรงพยาบาล ทั้งนี้การใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เป็นแผนที่จะช่วยกำหนดกิจกรรมการพยาบาลซึ่งเริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมทั้งกิจกรรมที่ผู้ป่วยหรือครอบครัวต้องนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้หายเป็นปกติ โดยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและป้องกันไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ ตามแนวคิดการวางแผนจำหน่ายของ Clemen-Stone, et al. (1995) รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Coyne (1996) โดยใช้ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหา การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผล เป็นการประสานความร่วมมือของทีมสหสาขา ซึ่งจะสำเร็จได้ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัว จึงเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และต้องพิจารณาถึงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและจิตสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย

กิจกรรมการดูแล ได้แก่ การสอน การสาธิต และให้ครอบครัวได้ลงมือปฏิบัติจริง ที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล และนำไปใช้เมื่อเด็กกลับบ้าน เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ เมื่อคนเราเกิดการเรียนรู้จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ สอดคล้องกับ

การศึกษาของจุฬารัตน์ มีสุขโข (2540) จิราพร สิมากร และยุพิน อังสุโรจน์ (2546) ที่พบว่า การสอน การสาธิต และได้ทดลองปฏิบัติจริง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถนำไปปฏิบัติได้ใน สถานการณ์จริง โดยพยาบาลทำหน้าที่ให้การสนับสนุน แนะนำให้คำปรึกษาอย่างเหมาะสม รวมถึงการประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่องทุกแคว และเมื่อพยาบาลมีการส่งต่อข้อมูลกันในแต่ละแคว ทำให้รู้ว่าปัญหาใจของผู้ป่วยเด็กที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือยังไม่ได้รับการประเมิน พยาบาลจะดำเนินการแก้ไขจนกว่าปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวิธีการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ถูกต้องจะหมดไป แล้วจึงประเมินผลการดูแลต่อเนื่อง จนกระทั่งผู้ป่วยเด็กได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน

การใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมพบว่า รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ส่งผลต่อผู้ป่วยและครอบครัวโดยตรง และช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มีความต่อเนื่องของการดูแล กิจกรรมที่กำหนดขึ้นมีการคำนึงถึง ทรัพยากรสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และจิตสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในแต่ละราย พยาบาลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็กแต่ละคน ทั้งนี้ต้องมีการรวบรวมปัญหาในการดูแลผู้ป่วยเด็กของครอบครัว มีการตกลงปัญหาร่วมกันและมีกิจกรรมในการพยาบาลมากขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การสอน การสาธิตและการส่งเสริมให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมในการกลับไปดูแลเด็กต่อได้เองที่บ้านตั้งแต่อยู่ในโรงพยาบาล ส่งผลให้ครอบครัวเกิดพฤติกรรม การดูแลที่เหมาะสม ดังการศึกษาของจินะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ (2539) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมองพบว่า การทำให้ครอบครัวเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการเรียนรู้และการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กสูงขึ้น และทำให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลเด็กที่บ้านสูงขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของนฤมล เพียรเจริญ (2539) ที่พบว่า การสอนต้องเริ่มจากความเข้าใจในทฤษฎี แล้วจึงโยงความรู้ภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติ จำเป็นต้องใช้การสอนแบบสาธิต เพื่อให้ผู้เรียนได้เห็นขั้นตอนการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และจะช่วยให้เกิดความเข้าใจดีขึ้น สามารถปฏิบัติตามได้ สอดคล้องกับการศึกษาของวิทยา ฝึกฝน (2001) พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล จะทำให้ผู้ดูแลเด็กสามารถกลับไปดูแลเด็กเองได้ในสถานการณ์จริงที่บ้าน จากผลการวิจัยเหล่านี้ สามารถสนับสนุนงานวิจัยได้ว่า การใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมทำให้ครอบครัวมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้องมากขึ้น

3. คะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ระบุว่า ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบกลุ่มที่ครอบครัวได้รับการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านศิลปะการดูแล และด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากโดยบุคลิกลักษณะของพยาบาลในฐานะผู้ให้บริการทางสุขภาพอยู่แล้ว จึงทำให้มีลักษณะที่อ่อนโยน สุภาพ นุ่มนวล พุดจาไพเราะ และผู้ป่วยเด็กก็เป็นผู้รับบริการที่น่ารัก น่าทะนุถนอม จึงทำให้บุคลิกลักษณะเหล่านี้มีอยู่ในตัวพยาบาลได้ไม่ยาก ทำให้การแสดงออกซึ่งศิลปะการดูแลก่อนและหลังไม่แตกต่างกัน ส่วนด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงยากหรือบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เลย จึงทำให้ความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพก่อนและหลังใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน

ส่วนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านคุณภาพการดูแลทางเทคนิค ความพร้อมในการบริการ ความต่อเนื่องในการดูแล และประสิทธิผลหรือผลลัพธ์การดูแล เมื่อมีการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วมทำให้พยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่ชัดเจน และมีความพร้อมมากขึ้น ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการด้านการดูแลรักษาหรือการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและครอบครัวได้ จึงทำให้ความพึงพอใจในบริการพยาบาลหลังใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เนื่องจากรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนี้สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Coyne (1996) และแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายของ Cleman-Stone (1995) ซึ่งเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วย มาใช้ในการประเมินสภาพผู้ป่วยเด็กแต่ละบุคคล เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งกลับบ้าน ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วยการสอน การสาธิต และการสนับสนุนให้ครอบครัวได้ลงมือปฏิบัติจริง โดยมีพยาบาลคอยให้กำลังใจ เพื่อให้ครอบครัวเกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและสามารถกลับไปดูแลเด็กต่อที่บ้านได้ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริการพยาบาล ที่ทำให้พยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจน พยาบาลมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและครอบครัว มีการประเมินปัญหา กำหนดเป้าหมาย และมีการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ทำให้ครอบครัวเกิดความพึงพอใจบริการพยาบาลมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุมนา แสนมาโนช (2541) พบว่าผลของการส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัว และก่อให้เกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล

การพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนั้น พยาบาลในแต่ละเวรมีการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมชุดเดียวกันในการรวบรวมปัญหาของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เป็นการปรับใช้ตามสภาพปัญหาของเด็กในแต่ละระยะ จึงรู้ปัญหา

ของเด็กและครอบครัวแต่ละรายและมีการส่งต่อข้อมูลกันในระหว่างการผลัดเปลี่ยนเวร ทำให้พยาบาลได้รู้ถึงปัญหาในการดูแลเด็กของครอบครัว สามารถให้การพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง จากการจัดอบรมพยาบาลในโครงการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ก่อนที่จะมีการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อให้พยาบาลในหอผู้ป่วยได้มีทิศทางเดียวกัน รวมทั้งมีการประสานงานกับทีมสหสาขา เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างเป็นองค์รวม

ในระหว่างการทดลองใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สังเกตให้คำปรึกษาและแนะนำวิธีการอย่างใกล้ชิด สรุปประเด็นปัญหาและเสนอเป็นแนวทางการแก้ปัญหา ผู้สังเกตใช้แรงจูงใจ โดยการชมเชยและให้การช่วยเหลือเท่าที่จำเป็น เพื่อให้ระบบขับเคลื่อน พยาบาลจะใช้เวลาหลังจากให้การพยาบาลดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการพักผ่อนแล้ว เข้าไปพูดคุยและให้ข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ซึ่งเป็นระยะเวลาที่ครอบครัวพร้อมที่จะพูดคุยและให้ข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งประสบการณ์ในการดูแลแก่พยาบาล พยาบาลได้ใช้เวลาอยู่กับครอบครัวของผู้ป่วยเด็ก เพราะต้องเก็บรวบรวมข้อมูลมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการตกลงปัญหาร่วมกัน สอนและสาธิต ตลอดจนการให้ครอบครัวได้มีโอกาสลงมือปฏิบัติจริง จนกระทั่งผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เหมาะสม การกระทำเช่นนี้ เป็นการแสดงความสุภาพ ความเข้าใจของพยาบาลเกี่ยวกับความพร้อมของครอบครัวในการรับฟังพูดคุยปัญหาและปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันกับพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจในบริการ ซึ่งต่างจากการพยาบาลตามปกติที่พยาบาลจะเป็นผู้สอน ให้คำแนะนำตามความเข้าใจของพยาบาลเอง และให้เวลาในการพูดคุยกับผู้ดูแลเวลาที่จำกัด สอดคล้องกับงานวิจัยของ คณิงนิต บุรีเทศน์ (2540) ศึกษาเรื่องผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยวิกฤติ พบว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวที่ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การได้รับข้อมูล การได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการให้กำลังใจและระบายความรู้สึก ทำให้ระดับความวิตกกังวลของครอบครัวลดลง และมีความพึงพอใจบริการพยาบาลมากขึ้น

ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่พอมีความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ แต่ไม่ลึกซึ้งพอที่จะหาสาเหตุและผลของการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบได้ ดังที่ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองรายหนึ่งกล่าวว่า “ฉันก็คิดว่าลูกเป็นแค่ไข้หวัดธรรมดา ก็ซื้อยาจากร้านขายยามาให้กิน พอเริ่มมีไอ มีน้ำมูก ก็พาไปคลินิก หมอก็ให้ยามากินอีก แต่อาการก็ไม่ดีขึ้น ยิ่งหายใจเหนื่อยมากขึ้น กินนมก็ได้น้อยลง ฉันก็เลยต้องพามาโรงพยาบาล แต่ตอนนี้พออาการดีขึ้น ฉันก็ดีใจ และพยาบาลก็ให้คำแนะนำหลายอย่าง สอนวิธีการดูแลลูกด้วย ก็รู้สึกมั่นใจมากขึ้น ถ้ามีปัญหาก็คงโทรมาปรึกษาพยาบาลได้ ปรึกษาได้ทุกคน” เมื่อพยาบาลมีการวางแผนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยทำการตกลงปัญหาร่วมกันกับครอบครัว ทำให้ครอบครัวได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบมากขึ้น จึงมีความพึงพอใจมากขึ้นเมื่อได้รับข้อมูลตามความคาดหวัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิราพร สิมากร และยุพิน อังสุโรจน์ (2546) และ Potts & Mandleco

(2002) ที่พบว่า การได้รับข้อมูล การมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นบริการที่สอดคล้องกับความคาดหวัง ทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในบริการ

ผลการศึกษานี้เป็นข้อสนับสนุนงานวิจัยนี้ว่า การใช้รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ทำให้ครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลมากขึ้น ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้กิจกรรมการพยาบาลเป็นรูปธรรมและส่งผลให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การมีส่วนร่วมปรึกษาหารือกันในระหว่างพยาบาลและครอบครัว เกี่ยวกับการใช้ทรัพยากรที่เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เป็นการส่งเสริมให้ครอบครัวรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าจากการศึกษาของพรจันทร์ พงษ์พรหม (2534) พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแล แล้วร่วมแก้ปัญหาโดยวิธีทางการพยาบาล ช่วยเพิ่มความพึงพอใจได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการวิจัยของคุชฎี ใหญ่เรืองศรี (2541) พบว่า คุณภาพบริการตามความคาดหวังมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ โดยผู้รับบริการมีความต้องการให้พยาบาลเอาใจใส่ผู้ป่วย พูดยาสุขภาพและให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค ซึ่งผลการวิจัยเหล่านี้ รวมถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูลยืนยันว่า การใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมทำให้ครอบครัวมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลสูงขึ้น

จากการทำวิจัยครั้งนี้ พบว่า การใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ต้องใช้ระยะเวลาในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมากขึ้น เนื่องจากพยาบาลต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเอง จากที่เคยเป็นผู้ให้การพยาบาลเพียงอย่างเดียว มาเป็นทั้งผู้ให้คำปรึกษา เป็นผู้สอนและสาธิต และจากที่เคยมุ่งเน้นให้การพยาบาลผู้ป่วยเพียงคนเดียว เปลี่ยนมาเป็นการพยาบาลโดยมุ่งเน้นที่ครอบครัวของผู้ป่วยร่วมด้วย และบางครั้งปริมาณผู้ป่วยมีมาก หรือรับผู้ป่วยพร้อมกันหลายราย อาจทำให้ขั้นตอนของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ไม่ได้ครบทุกขั้นตอน แต่การใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมนั้น ทำให้พยาบาลใช้เวลาในการปฏิบัติการพยาบาลใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากขึ้น เพราะต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูล การสอน การสาธิต และให้ครอบครัวได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อให้ครอบครัวปฏิบัติได้ถูกต้อง รวมทั้งการติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด ทำให้ครอบครัวพึงพอใจในบริการพยาบาล (เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์, 2543) และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

การนำรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องให้การสนับสนุนอย่างเป็นระบบ และต่อเนื่อง จึงจะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดทั้งต่อวิชาชีพและผู้รับบริการ โดยมีการจัดเตรียมอุปกรณ์เกี่ยวกับการสอน การสาธิต สถานที่สำหรับการทำกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเป็นสัดส่วน อำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาและแหล่งประโยชน์ในผู้ป่วยเด็กอาศัยอยู่ เปิดโอกาสให้พยาบาลได้มีการตกลงร่วมกันถึงแนวทางติดต่อประสานงานร่วมกับครอบครัว การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยที่ชัดเจน รวมถึงการประเมินผล

2. การใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม นั้น พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยและครอบครัวเป็นระยะและต่อเนื่อง เพื่อให้คำปรึกษาและคำแนะนำ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้องมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในส่วนของแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล หากมีการนำไปใช้ในงานวิจัยอื่นควรมีการปรับเกณฑ์ในการให้คะแนนให้เกิดความสมดุล โดยเพิ่มคำตอบ เช่น ไม่พึงพอใจบริการ

2. ควรมีการศึกษารูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมกับผู้ป่วยเด็กโรคอื่น เช่น โรคติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร โรคไข้เลือดออก เพราะผู้ป่วยเด็กทุกรายต้องมีครอบครัวเป็นผู้ดูแล การให้ความรู้แก่ครอบครัวจะสามารถป้องกันไม่ให้เด็กป่วยและสร้างความพึงพอใจหรือพฤติกรรมดูแลเด็กที่บ้านของแต่ละโรคได้

3. ควรศึกษาผลของการดูแลเด็กแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในระยะยาว เช่น การวัดการเจ็บป่วยของเด็ก การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของเด็กป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- เกสร แถวโนนจิ๋ว, วันทนา กลางบุรัมย์, มยุรี สุทธิประภา และคณะ. 2545. การประเมินการควบคุมโรคอุจจาระร่วงปละโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ระดับชุมชนจังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2542. รวมบทคัดย่อโครงการวิจัยของกรมควบคุมโรคติดต่อที่ดำเนินการในช่วงแผนฯ 8 (พ.ศ. 2540-2544). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณิงนิจ บุรีเทศน์. 2540. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวของผู้ป่วยภาวะวิกฤติต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิณรัตน์ ศรีภักทธิญาญ. 2540. ผลของการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิราพร สิมากร และยุพิน อังสุโรจน์. 2546. ผลของการใช้การจัดการผู้ป่วยรายกรณี ในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ ต่อค่าใช้จ่ายจำนวนวันนอนความพึงพอใจของผู้ป่วยและความสัมพันธ์ในทีมสหสาขา. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 15(2): 31-42 .
- ฉันทนา ผ่องคำพันธุ์. 2537. ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เฉลิม วงษ์จันทร์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของผู้ดูแลเด็กสมองพิการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชลิดา เลหพันธ์. 2547. Recurrent/Persistent Pneumonia. **Pediatric Respiratory & Critical care**. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ชื่นฤดี แก้วบุตร. 2540. ความพร้อมของมารดาในการดูแลบุตรและความผูกพันในครอบครัวของเด็กกลุ่มอาการซีก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ช่อลัดดา พันธุเสนาและทัศนีย์ สุวรรณเทพ. 2543. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด

ช่องท้อ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 20 (2):154-167.

- ณิกานต์ ไชยชนะ. 2545. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วย
เรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงตา อุทูปถุภย์พร. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมา
รักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดารณี จามจรี, ชุศักดิ์ ชัมภลิจิต, จินตนา ยูนิพันธุ์ และมนัส บุญประกอบ. 2545. การพัฒนา
รูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. วารสารกองการ
พยาบาล. 29(3): 7.
- คุษฎี ใหญ่เรืองศรี. 2541. คุณภาพบริการพยาบาลตามความคาดหวังที่มีความสัมพันธ์กับความ
พึงพอใจในการบริการรักษาพยาบาลของพระภิกษุอาพาธในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
สงฆ์ กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการ
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทวีสุข พันธุ์เพ็ง. 2546. แนวคิดในการสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อสุขภาพเด็ก. วารสารอนามัย
สิ่งแวดล้อม. 7(2): 21-29.
- นที เกื้อกูลกิจการ. 2541. การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นฤมล เพียรเจริญ. 2539. ผลการสอนเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยใช้ทฤษฎีการดูแลต่อ
ความรู้ความพึงพอใจและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- นารศ วงศ์ไพฑูรย์. 2544. Recurrent/Persistent Pneumonia. **Pediatric Respiratory & Critical
care.** กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นิลาวรรณ ทวีกันต์. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคัดสรรด้านภูมิหลังกับระดับการดูแล
ของผู้ปกครองที่มีต่อโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
ภาควิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เนตรทราย รุ่งเรืองธรรม. 2535. พฤติกรรมการดูแลเด็กวัยก่อนเรียน เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุริมรพี คำรงค์รัตน์. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการนิเทศทางการพยาบาล เจตคติ

ต่อกรณีเทศบาลการพยาบาลและสภาพแวดล้อมในการทำงานกับการปฏิบัติ
บทบาทการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวง
สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปรกิต วิชานนท์. 2543. แนวทางในการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในผู้ป่วยเด็กของประเทศไทย.
กุมารเวชศาสตร์ 39(2): 171-179.

ประกริต รัชวัตร. 2536. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตร
ป่วยและไม่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรียะดา กัทธสัจธรรม. 2546. ผลของการโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่
เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรค
หอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พรจันทร์ พงษ์พรหม. 2534. ผลของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อการฟื้นฟู
สภาพภายหลังผ่าตัดช่องท้องและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา. 2544. การพยาบาลเด็กเล่ม 2. นนทบุรี: ยูทรินทร์การพิมพ์.

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2546. ชุมปัญญาทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: พระราม 4 พรินติ้ง.

พิรุณ รัตนวิช. 2543. คุณภาพบริการด้านสาธารณสุขสำหรับพยาบาล. ตรัง: วิทยาลัยบรมราช
ชนนีตรัง.

เพ็ชรจิตต์ ภูมิศิริกุล. 2546. ผลของการจัดรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการดูแลครอบครัวต่อ
ความวิตกกังวลของผู้ป่วยและครอบครัวและความพึงพอใจของพยาบาล. วิทยานิพนธ์
ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฟาริดา อิบราฮิม. 2542. สารระกอบบริหารการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.

กัทธนิธิ หิมะมาน, ปัทมา วาจามั่น, จิราพร ชนยุทธ และมูจจินทร์ อัสวพัฒน์. 2546. การพัฒนา
ระบบการดูแลสุขภาพต่อเนื่อง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
วารสารกองการพยาบาล. 30(2): 32-43.

มยุรี นภาพรรณสกุล. 2543. การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติด้านโภชนาการ. สงขลา: ชานเมือง
การพิมพ์.

- เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. 2543. ผลของการใช้ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อความพึงพอใจในงานของพยาบาล ความพึงพอใจในและความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุณี พงศ์จตุรวิทย์. 2534. ผลการสอนสุขอนามัยโดยใช้หนังสือการ์ตูนประกอบต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุภาวดี คำหอมกุล. 2544. ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลทารกของมารดาวัยรุ่น จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2525. พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2537. การพยาบาลครอบครัว. แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. การพยาบาลครอบครัว. แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.
- รุจิรา จงสกุล, สิวลี เปาโรหิตย์, วรรณภา แห้วดี, เพ็ญศิริ สมใจ, และวัชนี หัตถพนม. 2540. ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน. วารสารกรมสุขภาพจิต. 4(1): 21-35.
- รุ่งทิพย์ วีระกุล. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลักขณา ขอดกลกิจและคณะ. 2543. ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมสุขศึกษา ต่อพฤติกรรมของมารดาในการเลี้ยงดูทารกน้ำหนักน้อย. วารสารสภาการพยาบาล. 15(2): 81-64.
- วันดี วราวิทย์, และคณะ. 2537. โรคระบบทางเดินอาหารและโภชนาการในเด็ก. กรุงเทพฯ: สหมิตรเมดิเพรส.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ. 2545. การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย: แนวคิดและการประยุกต์ใช้. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิยมวิทยา.
- วรรตมา สุขวัฒนานันท์. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างวิถีชีวิตของบิดามารดา การฝึกอบรมบุตร ด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลกับภาวะสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนในกรุงเทพมหานคร.

- วิทยานิพนธ์ปริญญาคุุณบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรุณวรรณ ผาโคตร. 2538. **ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงในทารกแรกเกิด.** กรุงเทพฯ: วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
สำนักงานแพทย์
- วิภาดา คุณาวิกตีกุล. 2543. การพัฒนาระบบการจัดการด้านคุณภาพการพยาบาล. **พยาบาลสาร.**
27(1): 29 – 42
- วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์. 2540. ความต้องการของครอบครัวเมื่อบุตรเจ็บป่วยอยู่โรงพยาบาล.
Health & Wealthy 30. 12 (3): 40.
- ศิริชัย พงษ์วิชัย. 2547. **การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วยคอมพิวเตอร์.** พิมพ์ครั้งที่ 14.
กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมพร โชติวิทยธารากร, สมใจ ทุนกุล และวิไล ลีสุวรรณ. 2546. ผลของโปรแกรมพัฒนาการ
การรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. **วารสารกองการ
พยาบาล.** 30(1): 12-22.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ: วี. เจ. พรินติ้ง.
- สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. **นวัตกรรมการรอมยและวัดคุณภาพ.**
เอกสารแนวคิดสำหรับการประชุมครั้งที่ 7 HA/National: HORUM.14-17 มีนาคม 49.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. 2544.
แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545- 2549). กรุงเทพฯ:
ครุสภา.
- สรานัญจิตร กาญจนานา. 2540. เทคนิคการทำลายเชื้อและการทำให้อุปกรณ์เครื่องใช้สะอาด
ปราศจากเชื้อที่บ้าน ใน ชนิดา มณีวรรณ: บรรณาธิการ, **คู่มือการปฏิบัติการพยาบาลที่
บ้าน.** กรุงเทพฯ: บรรณศิลป์พรินติ้ง.
- ส่องแสง ธรรมศักดิ์. 2542. **ผลของการจัดการดูแลแบบพยาบาลเจ้าของไข้ต่อคุณภาพบริการ
พยาบาล: กรณีศึกษาในศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ.**
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาตี เฉลิมวรรณพงษ์ และเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2544. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้กระบวนการ
พยาบาลของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย. **วารสารวิจัยทางการแพทย์.**
5(3): 281-292.
- สุดาพร กุมพล. 2544. การพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพต่อเนื่องในโรงพยาบาลขอนแก่น.

ขอนแก่นวารสาร. 25(4): 144-157.

สุมนา แสนมาโนช. 2541. ผลของการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ กระดูกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ความวิตกกังวลของญาติและความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวดี ศรีเลณวัดี. 2530. จิตวิทยากับการพยาบาลเด็ก. กรุงเทพฯ: ฟิสิกเซ็นเตอร์.

ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย. 2544. เศรษฐศาสตร์สาธารณสุข ในยุคปฏิรูประบบสุขภาพ. พิษณุโลก: สุรสิทธิ์กราฟฟิค.

อัจฉริยา ปทุมวรรณ. 2534. แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟไฟบาส. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. 2541. การบริหารทารกและเด็กวัยก่อนเรียน. กรุงเทพฯ: บั๊กเนท.

ภาษาอังกฤษ

Alexander D., Powell, P.M., Williams, P., White, M., and Conlon, M. 1988. Anxiety levels of rooming - in and non - rooming - in parents of young hospitalized children. **Maternal - Child Nursing Journal**. 17(3): 79-99.

Ayer, A.H. (1978). Is partnership with parents reply possible. **American Journal of Maternal-Child Nursing**. 7(2): 107-109.

Balling, K., and McCubbin, M. 2001. Hospitalized children with chronic illness: Parental caregiver needs and valuing parental expertise. **Journal of Pediatric Nursing**. 16(2): 110-119.

Blochler, V., H, and Magill-Evans, J. 2003. Father - children teaching interactions: The relationship to father involvement in caregiving. **Journal of Pediatric Nursing**. 27(5): 463-470.

Callery, P., and Smith, L. 1993. A study of role negotiation between nurses and the Parents of hospitalized child. **Journal of Advanced Nursing**. 16(2): 772-781.

Carpenter, S. 1980. Observations of mothers living in on a pediatric unit. **Journal of Maternal Child Health**. 9(5): 368-373.

Clemen, S.A., Eigsti, D.C., and McGuire, S.L. 1995. **Comprehensive community health nursing**. St. Louis: Mosby.

- Coyne, T. 1996. Parent participation in care: A critical review of the literature. **Journal of Advanced Nursing**. 21(4): 716-722.
- Donabedian, A. 1980. **The definition of quality and approaches to its assessment**
AnnArbor: Health Administration Press.
- DeVillis, R.F. 1991. Scale development: **Theory and applications**. Newbury Park: Sage.
- Erb, J.K., Discharge planning. In M.D. Harris (Ed). 1997. **Handbook of home health care administration**. 2nd ed. Gaithersburg: An Aspen.
- Eriksen, L. 1988. Measuring patient satisfaction with nursing care: A magnitude estimation approach. **In Measurement of Nursing Outcomes**. Newyork: Springer.
- Gill, K.M. 1987. Parent participaton with a family health focus: Nurse attitudes
Journal of Pediatric Nursing. 13(3): 94-96.
- Friedman, M.M. 1986. **Family Nursing: Theory and Assessment**. 2nd ed. Connecticut: Appleton-Century-Crofts.
- Hanson, S.M., and Boyd, S.T. 1996. **Family health care nursing: Theory practice and research**. Newyork: F.A. Davis.
- Lim, P.C., and Tang, N. (2000). A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals. **International of Health Care Quality Assurance**. 13 (7): 290-299.
- Mayers, M., and Jacobson, A. 1995. **Clinical care plans: Pediatric nursing**. NewYork: McGraw-Hill.
- Mercer, T.R. 1981. A theoretical framework for study than impact on the mother role. **Nursing Research**. 30(1): 73-77.
- McClelland. E., Kelly. K., and Buckwalter, K. 1985. **Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning**. London. Grune & Stratton.
- Neill, S.J. 1996. Parent participation 1: Literature review and methodology. **British Journal of Nursing**. 5(1): 34-40.
- Newton, M.S. (2000). Family-Centered Care: Current realities in parent participation. **Journal of Pediatric Nursing**. 26(4): 164-168.
- Orem, D.E. 1991. **Nursing concept of practice**. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Pass, M.D., & Pass, C. M. (1987). Anticipatory guidance for parents of hospitalized children. **Journal of Pediatric Nursing**. 3(5): 250-258.

- Palmer, S.J. 1993. Care of sick children by parents: A meaningful role. **Journal of Advanced Nursing**, 18(6): 185-191.
- Palmer, E.A. 2001. Family caregiver experiences with asthma in school-age children. **Journal of Pediatric Nursing**, 27(1): 75-81.
- Pender, N.J., & Pender, AR 1996. **Health promotion in nursing practice**. 3rd ed. Newyork: Appleton and Lange.
- Pike, S. 1989. Family participation in the care of central venous lines. **Journal of Nursing**, 33(6): 22-25.
- Polit, F.D., and Hungler, P.B. 1999. **Nursing research: Principles and methods**. Philadelphia: Lippincott.
- Polkki, T. 2002. Parental views on participation in their child's pain relief measures and recommendations to health care providers. **Journal of Pediatric Nursing**, 17(4): 270-278.
- Potts, N.L., and Manleco, B.L. 2002. **Pediatric Nursing: Caring for children and their families**. Delmar, Thomson Learning.
- Schepp, K. (1995). **Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children**. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle.
- Schulte, B. E., Price, L. D., and James, R. 1997. **Thompson's pediatric nursing: A introductory text**. 7th ed. Philadelphia. W.B. Saunders.
- Stull, M.K., & Deatrck, J.A. (1986). Measuring parental participation: Part I. **Issue in Comprehensive Pediatric Nusing**, 9(3): 157-165.
- Welk, G.J. 1999. Promoting physical activity in children: prenatal influences. (Online). Available from : [http:// www.ed.gov/databases/ERIC Digests/ed 436480.html](http://www.ed.gov/databases/ERIC_Digests/ed_436480.html) (2002, November 15)



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

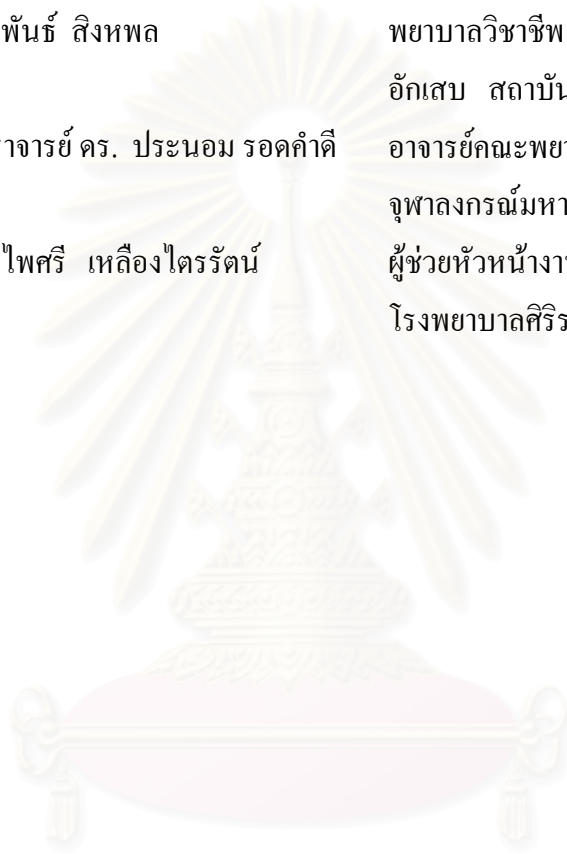


ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

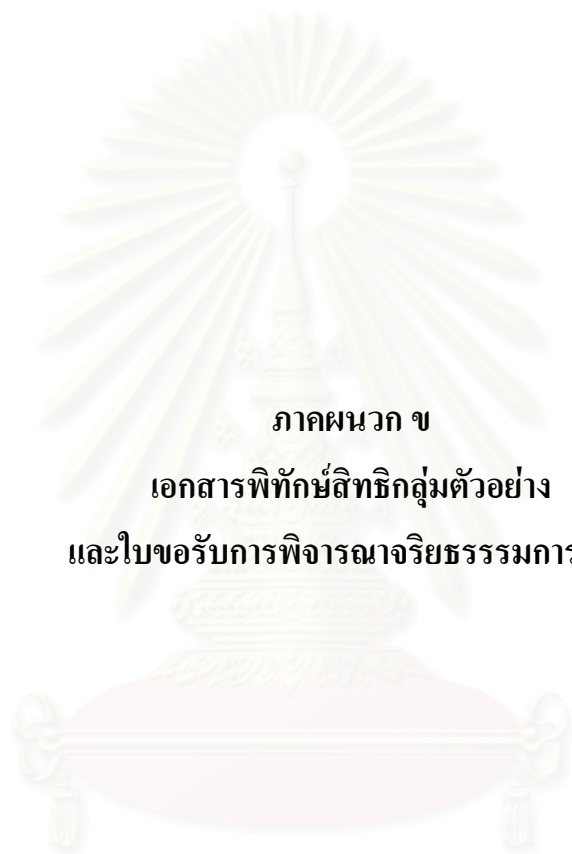
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|--|--|
| 1. อาจารย์ ดร. สุธิดา มาสุธน | อาจารย์พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็กโรคทั่วไป
โรงพยาบาลรามารับดี |
| 2. นาวาเอกหญิง สุพิชชา แสงโชติ | กุมารแพทย์เฉพาะทางโรกระบบทางเดินหายใจ
ในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า |
| 3. นางสาวอมรพันธ์ สิงหพล | พยาบาลวิชาชีพ 7 พยาบาลหอผู้ป่วยเด็ก โรคปอด
อักเสบ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 5. นางสาวประไพศรี เหลืองไตรรัตน์ | ผู้ช่วยหัวหน้างานกุมารเวชศาสตร์
โรงพยาบาลศิริราช |



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข
เอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
และใบขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พหุติกรรมการดูแลของครอบครัวและความพึงพอใจในบริการพยาบาล
2. ชื่อผู้วิจัย เรือตรีหญิงสรณี อักษรกวน ตำแหน่ง นายทหารพยาบาลตึกผู้ป่วยอายุรกรรมช่วยราชการแผนกกุมารเวชกรรม
3. สถานที่ปฏิบัติ หอผู้ป่วยกุมาร 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02 - 4752554 โทรศัพท์ที่บ้าน 02-4600000 ต่อ 1435
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 01 - 6231219 E-mail : soranee@chaiyo.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ประชาชนตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยควรประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
 1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พหุติกรรมการดูแลของครอบครัวและความพึงพอใจในบริการพยาบาล
 2. มีวัตถุประสงค์การวิจัย
 - 2.1 เพื่อเปรียบเทียบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
 - 2.2 เพื่อเปรียบเทียบพหุติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
 - 2.3 เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการพยาบาลก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
 3. กลุ่มตัวอย่างประชากร ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและครอบครัว ในหอผู้ป่วยกุมาร 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า ในช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษาจำนวน 40 คน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม คือ ก่อนการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 1 กลุ่ม และหลังการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 1 กลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง จึงเป็นคนละกลุ่มกัน ในการ

ดำเนินการทดลองเพื่อให้ผู้ป่วยมีลักษณะใกล้เคียงกันจึงดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยการจับคู่ (Matched pairs group) โดยใช้คุณสมบัติตามเกณฑ์

คุณสมบัติในการคัดเลือกผู้ป่วยเด็ก มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยเด็กเพศชาย หรือ เพศหญิงที่มีอายุ 1-3 ปี
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบ
- 3) ไม่มีอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษา และไม่มีโรคอื่นร่วม
- 4) มารับการตรวจโดยมีมารดามาด้วย
- 5) เป็นผู้ป่วยเด็กที่ทั้งตัวเด็กและบิดา/มารดามีความยินดี และเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษา

ครั้งนี้ โดยบันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

คุณสมบัติในการคัดเลือกมารดา มีดังนี้

- 1) มารดาเป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านของเด็กโรคปอดอักเสบภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
 - 2) มารดาต้องไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินหรือการใช้สายตา ยกเว้นสายตาสั้นหรือสายตายาว
 - 3) มารดาไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางระบบประสาทหรือโรคจิต
 - 4) มารดาสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
 - 5) มารดายินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาค้างนี้
4. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) และ ศึกษาอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ พฤติกรรมการดูแลของครอบครัว และความพึงพอใจในบริการพยาบาลในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและครอบครัวเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
5. ความรับผิดชอบของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยการให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อส่งกลับผู้วิจัย
 6. การวิจัยนี้มีวิธีการดำเนินการวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการทดลอง และในขั้นตอนของการทดลองจะมีการขอคูประวัติของผู้ป่วยร่วมด้วย
 7. ความไม่สะดวกที่อาจจะเกิดขึ้น แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ การตอบแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งนำแบบสอบถามส่งกลับผู้วิจัยโดยการใส่กล่องรับแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้จัดตั้งไว้ก่อนการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย
 8. ประโยชน์ที่อาจได้รับจากการวิจัยนี้ โดยผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์ของการวิจัยแก่ประชากรตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ว่า

8.1 เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนกำหนดกลวิธีที่เหมาะสมในการบริการพยาบาล ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยในทุกราย

8.2 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้บริการพยาบาล แก่ผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับสภาพปัญหาสอดคล้องกับชีวิต

8.3 เพื่อได้ทราบและตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลส่งเสริม สุขภาพแก่ผู้ป่วยเด็ก

8.4 เป็นแนวทางในการบริหารองค์การ โดยการใช้ทรัพยากรบุคคลให้เกิด ประโยชน์สูงสุดทั้งบุคคลในวิชาชีพ และบุคคลจากครอบครัว

8.5 เป็นแนวทางในการส่งเสริมการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานในหน่วยงานต่าง ๆ และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลไปสู่มาตรฐานที่กำหนด หรือการรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล

9. การวิจัยนี้ไม่มีวิธีการและรูปแบบการรักษาอื่นแก่ประชากรตัวอย่างใน การวิจัยครั้งนี้

10. การวิจัยนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ผู้รับบริการพยาบาลซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการ วิจัยครั้งนี้

11. การวิจัยนี้ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย

12. การวิจัยนี้ได้ระบุอย่างชัดเจนเกี่ยวกับผู้รับบริการพยาบาล ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการ วิจัยครั้งนี้ ในการตอบแบบสอบถามด้วยความอิสระโดยไม่มีการบังคับ และได้รับการชี้แจง วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการวิจัยและสิทธิที่จะยุติการวิจัยซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล มี อิสระเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง ซึ่งทุกท่านจะ ไม่ได้รับอันตราย ทั้ง ทางร่างกายและจิตใจ โดยกำหนดไว้ในมาตรการป้องกันผลกระทบด้าน จริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับ กลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนในการวิจัย

13. การวิจัยนี้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดมาตรการป้องกันผลกระทบด้าน จริยธรรมที่ อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยการป้องกันการละเมิดสิทธิ ของ ผู้ตอบแบบสอบถามด้วยความอิสระ โดยไม่มีการบังคับและได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ของการวิจัยและสิทธิที่จะยุติการวิจัยเมื่อใดก็ได้ และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล มี อิสระเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น ในการตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงซึ่งผู้ตอบ แบบสอบถามทุกท่านจะไม่ได้รับอันตรายทั้งทางร่างกายและจิตใจโดยมีการเซ็นในใบยินยอมของ ประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

14. การรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยให้ผู้ตอบแบบสอบถามบรรจุ แบบสอบ ถามใส่ซองปิดผนึกก่อนส่งคืนซึ่งผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามไว้เป็นความลับและ จะ

ทำลายแบบสอบถามเมื่อสิ้นสุดการวิจัยในการศึกษาค้นคว้าคณะเนนเฉลี่ย จะนำความคิดเห็นมารวมกัน และเสนอเป็นภาพรวม การป้องกันผลกระทบทางลบต่อภาพลักษณ์ของโรงพยาบาล โดยการวิจัย ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลคำตอบที่ได้รับจะถูกนำไปใช้ใน การวิเคราะห์ทางสถิติและแปรข้อมูลจะไม่มีทางอ้างอิงถึงตัวบุคคลและโรงพยาบาล และรายงานการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม

15. บุคคลที่ได้รับการติดต่อข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย ผู้วิจัยได้กำหนด มาตรการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

16. เหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้น หรือเหตุผลซึ่งจะต้องยกเลิกการเข้าร่วมในโครงการวิจัยของ กลุ่มตัวอย่าง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)**

ชื่อโครงการ ผลของการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ต่อการคัดับเข้ารับ
การรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ ผลดีกรรมภาครุคยของครอบครัวและสาม
พึงพอใจในบริการพยาบาล

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ เสือตรีหญิงสรณี อภัยพรทวน ที่อยู่ 504 รัช.สมเด็จพระปิ่น
เกล้า บุคคโล ชนบุรี กรุงเทพมหานคร 10600 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์
ลักษณะ และแนวทางการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น
ข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษานี้โดยสมัครใจ และอาจถอนตัวจาก
การเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และยอมรับผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่
อาจเกิดขึ้น และจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หาก บุตรของข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจาก
การศึกษาดังกล่าว บุตรของข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที
ในกรณีที่มีได้แจ้งให้ผู้ทำการวิจัยทราบในทันทีถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การ
คุ้มครองความปลอดภัยเป็นโมฆะ (ตามเทีกกฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของบุตรของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย
ครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดี ให้บุตรของข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้ว
ในข้างต้น

สถานที่ / วันที่	ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ผู้ปกครอง)
สถานที่ / วันที่	ลงนามผู้วิจัยหลัก
สถานที่ / วันที่	ลงนามพยาบาล



ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง มีดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

- 1) คู่มือการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
- 2) โครงการพัฒนาระบบบริการพยาบาล
- 3) แผนการจำหน่ายเด็กโรคปอดอักเสบที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องและเอกสาร

บันทึกแบบแผนการจำหน่าย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความพึงพอใจบริการพยาบาล และเครื่องมือประเมินพฤติกรรมดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว ภายหลังรับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับทดลอง คือ แบบตรวจสอบการปฏิบัติตามกิจกรรมพยาบาลตามขั้นตอนของแผนการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่เน้นการดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

คู่มือการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

การนำแผนการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในเด็กโรคปอดอักเสบไปใช้ เป็นการจักระบบบริการพยาบาล เพื่อให้มีแนวทางในการปฏิบัติงานไปในแนวทางเดียวกัน โดยการนำไปใช้ต้องมีการจักระบบโครงการอบรมระบบบริการพยาบาลโดยใช้แผนการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจให้แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันใช้แผนการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในเด็กโรคปอดอักเสบ โดยมีรายละเอียดตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

1.1 จัดโครงการอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลผู้ปฏิบัติการ โดยเนื้อหาของการอบรมประกอบด้วยแนวคิดการวางแผนจำหน่าย วิธีการใช้แบบประเมินเด็กโรคปอดอักเสบและครอบครัว วิธีการใช้แผนการพยาบาลหลักและการประเมินผลการปฏิบัติตามกิจกรรม รวมทั้งการฝึกปฏิบัติในการนำรูปแบบการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้จริง โดยเชิญวิทยากรผู้ทรงคุณวุฒิหรือผู้ที่ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่าย มาเป็นวิทยากรบรรยายในเรื่องของการปรับเปลี่ยนระบบบริการพยาบาลโดยแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายเด็กโรคปอดอักเสบที่เน้นการดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม เตรียมบทบาทผู้นิเทศ เพื่อให้ระบบขับเคลื่อน สามารถถ่ายทอดและนำเสนอวิธีนำแผนการจำหน่ายเด็กโรคปอดอักเสบที่เน้นการดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไป

ใช้ รวมทั้งดำเนินการให้ผู้เข้ารับการอบรมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการนำแผนการจำหน่ายเด็กโรคปอดอักเสบที่เน้นการดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้

1.2 จัดให้มีการนำแผนการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมเด็กโรคปอดอักเสบไปใช้จริงในหอผู้ป่วย ตามคู่มือที่ได้จัดทำให้เป็นระยะเวลา ตามแต่ที่ประชุมจะกำหนด และมีผู้นิเทศงานจัดเวลาขึ้นไปสังเกตการปฏิบัติ รับฟังปัญหา และให้คำแนะนำในการใช้แผนในเวลาดังกล่าว โดยผู้นิเทศทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมกำกับให้ระบบขับเคลื่อน ใช้แรงจูงใจในการปฏิบัติงานบริหารจัดการ

1.3 ภายหลังจากที่มีการนำรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้ระยะหนึ่ง ผู้นิเทศนัดประชุมเพื่อค้นหาปัญหา วิเคราะห์และหาแนวทางการแก้ปัญหาในการนำไปปฏิบัติ ผู้นิเทศยอมรับความเป็นบุคคลที่เกียรติเท่า ๆ กัน ให้ความไว้วางใจและยอมรับว่าคนทุกคนสามารถพัฒนาได้ เปิดโอกาสให้ทุกคนได้พูดคุย สอบถามความสมัครใจในการทำกิจกรรม ให้โอกาสในการแสดงความคิดเห็นในการปรับปรุงงาน

2. ขั้นตอนการนำรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้

2.1 นำแผนการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้ในการปฏิบัติงาน โดยผู้นิเทศมีการสร้างโอกาสและสนับสนุนให้ได้ปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้มีการพัฒนางานอย่างเต็มที่ช่วยเหลือให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และมีความเป็นอิสระในการทำงาน โดยจัดเตรียมเอกสารแบบฟอร์มต่าง ๆ เช่น แบบประเมินสภาพเด็กและครอบครัว แผนการพยาบาลหลัก จัดทำแบบบันทึกการพยาบาลที่ง่ายต่อการนำไปใช้ และจัดเตรียมคู่มือผู้ดูแล และเป็นพี่เลี้ยงให้ผู้ปฏิบัติในกรณีมีปัญหาในการใช้แผนการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมตลอด 24 ชั่วโมง ให้การประเมินผลย้อนกลับ โดยติดตามความก้าวหน้าในการนำแผนการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้ของพยาบาลทุกวัน ผู้นิเทศจะขึ้นให้คำปรึกษาเมื่อมีการนำแผนการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้ จนกว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยทุกคนจะมีความเข้าใจและสามารถใช้แผนการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมได้ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สร้างปฏิสัมพันธ์ในวันแรกที่รับเด็กโรคปอดอักเสบเข้าไว้ใน การดูแลพยาบาลจะเข้าไปสร้างปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ โดยการแนะนำตัวด้วยกิริยา และน้ำเสียงที่สุภาพ อ่อนโยน หลังจากนั้นประเมินความต้องการของเด็กโรคปอดอักเสบและครอบครัว โดยใช้แบบประเมินสภาพเด็กโรคปอดอักเสบและผู้ดูแลในการสอบถามร่วมกับการสังเกตจากครอบครัว เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ปัญหาของเด็กที่เกิดขึ้นแล้ว หรือมีโอกาสจะเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแล

เด็กที่บ้านของครอบครัวนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ปัญหา และทำการตรวจสอบการรับรู้ปัญหา ร่วมกันกับครอบครัว กำหนดเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของเด็กแต่ละรายโดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที ส่วนพยาบาล ซึ่งเป็นผู้ให้การพยาบาลเด็กระยะวิกฤติจะเป็นผู้ประเมินสภาพร่างกายเด็กทุกระบบ สัญญาณชีพและให้การพยาบาลในระยะวิกฤติ เช่นการพ่นยาขยายหลอดลม การดูดเสมหะ การเช็ดตัวลดไข้ การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น หลังจากนั้นจึงมาส่งต่อข้อมูลแก่พยาบาลหัวหน้าเวรต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 พยาบาลกำหนดปัญหาร่วมกันกับครอบครัว โดยใช้แบบประเมินสภาพเด็กโรคปอดอักเสบและครอบครัว โดยวิธีสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล แบบแผนการเลี้ยงดู ความรู้ สถานะทางการเงิน ระบบสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัวของผู้ดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน รวมทั้งความเชื่อ ทัศนคติ และวัฒนธรรม การรับรู้ปัญหาในปัจจุบันของผู้ดูแล และความต้องการการช่วยเหลือจากแหล่งทรัพยากรในชุมชน ซึ่งพยาบาลต้องทำการประเมินแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชน นำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์และสรุปประเด็นเพื่อให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างพยาบาลและครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3 วางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลให้กับเด็กแต่ละราย ร่วมกับครอบครัวในการนำทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่มากำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ กิจกรรมและตั้งเกณฑ์ในการประเมินผล เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ให้เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของเด็กแต่ละราย บันทึกลงในแบบบันทึกทางการพยาบาล จากนั้นทำการกำหนดกิจกรรมในการวางแผนจำหน่ายซึ่งเรียงลำดับตามความสำคัญของปัญหา โดยเลือกเป้าหมายและกิจกรรมต่าง ๆ จากแผนการพยาบาลหลักตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ในขั้นตอนนี้ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที พยาบาลและครอบครัวร่วมกันกำหนดกิจกรรมการพยาบาล ที่จะปฏิบัติซึ่งประกอบด้วย การสอน การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ การประสานงานในกลุ่มสหสาขาวิชา การรู้จักแหล่งทรัพยากรในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 พยาบาล ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนที่วางไว้ร่วมกับครอบครัว โดยใช้แผนการพยาบาลหลัก การดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ประกอบในการปฏิบัติกิจกรรม โดยกำหนดให้เหมาะสมทั้งด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและจิตสังคมของทารกแต่ละราย ผู้นิเทศทำหน้าที่ให้การช่วยเหลืออำนวยความสะดวกแก่ผู้ปฏิบัติการ ในการจัดเตรียมอุปกรณ์และอำนวยความสะดวกเกี่ยวกับการสอน สาธิตและการฝึกทักษะผู้ดูแล อย่างเพียงพอต่อการใช้งาน กิจกรรมมีดังต่อไปนี้คือ

1. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้อง และเหมาะสมในขณะที่ยังมีอาการแสดงอยู่ ให้มีการฟื้นฟูเป็นปกติ ลักษณะกิจกรรมจะเป็นการ

ให้ข้อมูลโดยการสอน สาธิตและให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับ การดูแลเรื่องไข้ การเช็ดตัวลดไข้ การดูแลให้ออกซิเจน การพ่นยาขยายหลอดลม การดูดเสมหะด้วยลูกยางแดง และการประสานงานการดูแลกับทีมสหสาขา ผู้นิเทศให้การสนับสนุนพยาบาลในการประสานการดูแลเด็ก โรคปอดอักเสบร่วมกับทีมสหสาขา โดยจัดทำแผนการประสานงานที่ง่ายต่อการปฏิบัติงาน และใช้ความสามารถในการสื่อสาร มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ร่วมงาน สื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจและชัดเจนในเป้าหมายของงาน เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการแสดงความคิดเห็น ร่วมแก้ไขปัญหา และเป็นทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกันการภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในเด็กจากการป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ลักษณะของกิจกรรมการพยาบาล จะเป็นการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวเด็ก โดยการสอน สาธิตและให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแล รักษาอาการปอดอักเสบที่บ้าน ในด้านการให้อาหาร การให้ยา การดูดเสมหะด้วยลูกยางแดง การสังเกตและการดูแลเมื่อมีอาการรุนแรง และแจกคู่มือการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่บ้านแก่ครอบครัว

3. กิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการป้องกันไม่ให้เด็กเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำ ลักษณะกิจกรรมจะเป็นการสอน สาธิตและให้ครอบครัวฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการป้อนนมเด็กอย่างถูกวิธี การดูดเสมหะด้วยลูกยางแดง การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้สะอาด อากาศถ่ายเทได้สะดวก และการติดต่อแหล่งทรัพยากรในชุมชน การปฏิบัติกิจกรรมอาการกระทำ โดยพยาบาลคนเดียวเป็นผู้กระทำกิจกรรมทั้งหมด แต่ถ้าพยาบาลในแต่ละเวรมีภาระงานมาก พยาบาลอื่นในเวรเดียวกันจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ยังไม่ครบถ้วน และให้การพยาบาลเด็ก และครอบครัวตามที่กำหนดในแผนการพยาบาล โดยพยาบาลทุกคนสามารถให้การสนับสนุน แนะนำ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลเด็กที่บ้านแก่ครอบครัว การแนะนำแหล่งประโยชน์ในชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อฉุกเฉิน ติดต่อประสานการดูแลกับบุคลากรในทีมสุขภาพอื่น และประสานการปฏิบัติพยาบาลของเด็กแต่ละราย รายงานผลการปฏิบัติให้กับพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อจะได้ส่งข้อมูลให้แก่วอร์ดต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 ในเวรต่อไป พยาบาลหัวหน้าเวรรับฟังการส่งเวรจากพยาบาลเวรก่อนและมอบหมายให้พยาบาลในเวรทำการประเมินปัญหาร่วมกับผู้ดูแลว่า ปัญหาใดได้รับการแก้ไขหมดไปแล้ว หากพบว่ายังมีปัญหาเหลืออยู่ หรือมีปัญหาใหม่เกิดขึ้น พยาบาลที่ได้รับมอบหมายจะร่วมกันกับผู้ดูแลกำหนดเป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาล กำหนดเป้าหมายและให้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามแผนที่วางไว้จนกว่าจะบรรลุเป้าหมายและปฏิบัติเช่นเดียวกันทุกเวร จนกว่าเด็กจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6 พยาบาลและครอบครัวร่วมกันประเมินผลกิจกรรมว่าบรรลุเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ ถ้าไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด พยาบาลต้องเริ่มประเมินสภาพเด็กและครอบครัวใหม่ตั้งแต่ต้นจนกระทั่งบรรลุเป้าหมายที่กำหนด ผู้นิเทศชมเชยและให้รางวัลเมื่อพยาบาลสามารถปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมาย ให้ความรับผิดชอบและให้รางวัลสำหรับผู้ทำดี ให้อภัยและยอมรับถ้าเกิดความผิดพลาดขึ้น เช่น ไม่คำหนิเมื่อพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมตามแผนไม่ครบถ้วน แต่ให้คำชี้แนะถึงวิธีการปรับปรุง และเมื่อพยาบาลมีการปฏิบัติกิจกรรมการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมได้ถูกต้องครบถ้วน ให้คำชมเชยและยกย่องให้เป็นผู้ชี้แนะคนอื่นต่อไป

จุดเน้นที่สำคัญในระหว่างดำเนินการทดลอง คือ เรื่องการประสานงานระหว่างพยาบาลในเวรที่แรกกับเด็กไว้ในการดูแล กับพยาบาลในเวรต่อไป และการประสานงานระหว่างพยาบาลกับทีมสหสาขาร่วมกับครอบครัว โดยพยาบาลทุกคน สามารถติดต่อประสานงานและส่งต่อการดูแลแก่พยาบาลหัวหน้าเวรดัดไป เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง โดยให้ประเมินปัญหาเพิ่มเติมและค้นหาแหล่งประโยชน์ในชุมชนร่วมกับผู้ดูแล รวมทั้งนัดหมายให้ผู้ดูแลหลักมาเข้าร่วมกิจกรรมการพยาบาลในวันรุ่งขึ้นและตรวจสอบแผนการพยาบาลว่าครบถ้วนหรือไม่ การจัดการประสานงานดังกล่าวผู้วิจัยได้เขียนระบุไว้ในแผนการพยาบาลหลักการดูแลเด็ก โรคปอดอักเสบ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน ไปในแนวทางเดียวกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โครงการอบรม

เรื่อง

การพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

หลักการและเหตุผล

การจัดรูปแบบบริการพยาบาลหรือการออกแบบระบบบริการพยาบาล มีความสำคัญต่อการบริหารงานเพื่อให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลซึ่งเป็นเป้าหมายสำคัญขององค์กร ในสถานการณ์ที่จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรให้คุ้มค่าและคุ้มค่า รวมทั้งให้มีประสิทธิภาพสูงสุด สนองตอบความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งได้แก่ความต้องการบริการที่ดี ต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพ รวมถึงการที่ผู้รับบริการไม่ต้องเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความพึงพอใจและสามารถกลับไปดูแลตนเองหรือครอบครัวต่อที่บ้านได้ ซึ่งการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมสามารถตอบสนองความต้องการบริการพยาบาลของผู้รับบริการได้ เป็นการใช้กระบวนการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการและเน้นให้การพยาบาลที่ต่อเนื่องตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย แต่ในปัจจุบันยังไม่มีรูปแบบการบริการพยาบาลที่เน้นการดูแลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่ชัดเจนและสามารถนำมาปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมครบทุกโรคได้ ทำให้พยาบาลขาดแนวทางในการปฏิบัติให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แม้แต่ผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ที่ไม่ค่อยมีความซับซ้อนในการดูแล มีจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลที่ไม่นาน และใช้ทีมสหสาขาน้อยกว่าการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ จึงเห็นควรว่ามีความเหมาะสมในการนำมาทดลองใช้ในรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

โรคปอดอักเสบในเด็กมีจำนวนผู้ป่วยมากติดอันดับต้น ๆ ของทุกโรงพยาบาลทั่วประเทศ ทำให้เด็กบางรายเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังกลับจากโรงพยาบาล หรือกลับเข้ารับการรักษาซ้ำด้วยโรคเดิมภายใน 28 วันหลังจำหน่าย โรงพยาบาลต้องสูญเสียทรัพยากรเป็นจำนวนมากในการรักษา และยังเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ถ้าผู้ดูแลหรือครอบครัวมีการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง และมีความมั่นใจในการดูแลเด็กได้เองที่บ้าน รู้จักแหล่งให้ความช่วยเหลือใกล้บ้าน แต่ถ้าผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลเด็ก จะทำให้เกิดความวิตกกังวลในการเจ็บป่วยของเด็ก และก่อให้เกิดความไม่พึงพอใจบริการพยาบาลได้ เนื่องจากการให้การพยาบาลในปัจจุบันเน้นการทำงานตามหน้าที่ขาดความต่อเนื่องของการดูแล ครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลและการฝึกทักษะที่เพียงพอในการกลับไปให้การดูแลเด็กได้เองที่บ้าน ดังนั้นการนำรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมาใช้ในการให้บริการพยาบาลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย โดยการให้ความรู้ ฝึกทักษะ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแล จะเป็นการส่งเสริมการปฏิบัติงานของพยาบาลที่เน้นกระบวนการพยาบาล ทำให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจสามารถดูแลเด็กได้เองที่บ้าน ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง ก่อให้เกิดคุณภาพบริการพยาบาลตามการรับรู้ของผู้รับบริการมากขึ้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพคนหนึ่ง มีความมุ่งมั่นที่จะปรับปรุงระบบการทำงานให้ได้มาตรฐาน เพื่อ

ผลักดันให้วิชาชีพของเราสามารถยืนอยู่แถวหน้าได้อย่างภาคภูมิใจ จึงเห็นควรให้มีการพัฒนารูปแบบการพยาบาลโดยนำรูปแบบบริการพยาบาลดูแลอย่างต่อเนื่องแบบครอบครัวมีส่วนร่วมมาใช้ปฏิบัติ จึงได้จัดโครงการพัฒนารูปแบบบริการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมขึ้น เพื่อให้บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจเป็นไปในทิศทางเดียวกันและเป็นการพัฒนาบริการพยาบาลต่อไป

การพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีขั้นตอนดำเนินการ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเตรียมการ

1.1 การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ผู้วิจัยทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลจากสถานการณ์จริงที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบสังเกตการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาล และแบบประเมินพฤติกรรมดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของครอบครัว ภายหลังได้รับการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

1.2 การเตรียมสถานที่ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอใช้ห้องประชุม 100/2 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า เป็นสถานที่ในการฝึกอบรมการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

1.3 การเตรียมกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยขออนุญาตจัดทำการศึกษาทดลองโดยประสานงานกับฝ่ายพัฒนาบุคลากร และขอความร่วมมือจากพยาบาลหอผู้ป่วยกุมาร 18 คน ในการเข้าอบรม

2. ระยะดำเนินการ

การดำเนินการทดลองใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมพัฒนาขึ้นแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนการทดลอง ระยะฝึกอบรม และระยะทดลองใช้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ระยะก่อนการทดลอง เตรียมการฝึกอบรมการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยแจ้งให้โรงพยาบาลและหน่วยงานทราบ เตรียมเอกสารที่ใช้สำหรับการอบรมให้พร้อม

2.2 ระยะฝึกอบรม ใช้ระยะเวลาในการฝึกอบรม 2 วัน ตั้งแต่เวลา 08.00-16.00 น. โดยมีกิจกรรมดังนี้

2.2.1 การสร้างสัมพันธภาพระหว่างทีมผู้วิจัยกับผู้เข้าอบรม หลังการลงทะเบียนและพิธีเปิดแล้ว วิทยากรแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งถึงกำหนดการอบรม บอกรัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม ทำความตกลงร่วมกันในการเข้าร่วมกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจถึง รูปแบบและกระบวนการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

2.2.2 การให้ความรู้เรื่องโรคปอดอักเสบ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

2.3 ระยะทดลองใช้ ผู้เข้าอบรมนำรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปปฏิบัติจริงในหอผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยมีการกำกับติดตามพร้อมให้คำแนะนำการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมตลอดระยะดำเนินการทดลองใช้

2. ระยะประเมินผล

ประเมินผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของครอบครัว แบบสอบถามความพึงพอใจของผู้รับบริการ เก็บข้อมูลจากผู้รับบริการจำนวน 30 คน ก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กำหนดการอบรม

เรื่องการพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ณ ห้องประชุม 100/2 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

วันที่ 23 - 24 กุมภาพันธ์ 2549

07.45-08.00 น.	ลงทะเบียน
08.00-08.30 น.	พิธีเปิด แนะนำวิทยากร
08.30-10.30 น.	บรรยายเรื่อง”โรคปอดอักเสบ แผนการพยาบาลและแผนการจำหน่ายผู้ป่วย เด็กโรคปอดอักเสบ”
10.30-10.45 น.	พักรับประทานอาหารว่าง
10.45-12.00 น.	บรรยายเรื่อง “รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วย เด็กโรคปอดอักเสบ และแผนการจำหน่าย”
12.00-13.00 น.	พักรับประทานอาหารร่วมกัน
13.00-16.00 น.	บรรยายเชิงปฏิบัติการเรื่อง “การนำรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมี ส่วนร่วมไปใช้” ปิดการประชุม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมได้รับความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในเด็กโรคปอดอักเสบ
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถนำรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมไปใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. เกิดความต่อเนื่องของการดูแลผู้ป่วย

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ร.ท.หญิงสรณี อักษรกวน

ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์

ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ที่ปรึกษาโครงการ

หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

ระยะเวลาของโครงการ

วันพฤหัสบดีที่ 23 กุมภาพันธ์ 2549 และ วันศุกร์ที่ 24 กุมภาพันธ์ 2549

ผู้เข้าร่วมโครงการ

วิทยาการและนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 4 คน

พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

จำนวน 13 คน

พยาบาลเทคนิคประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

จำนวน 5 คน

สถานที่

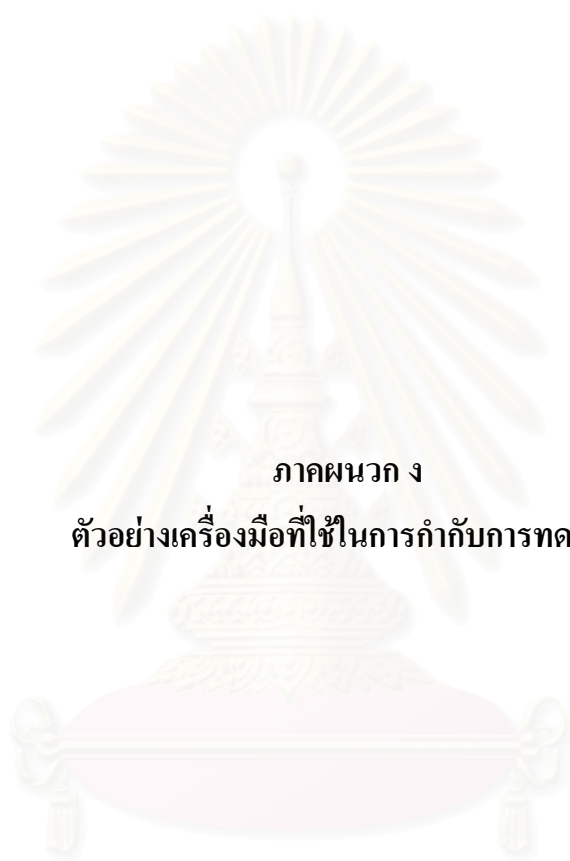
ห้องประชุม 100/2 โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า

งบประมาณ

ผู้รับผิดชอบโครงการ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เกิดการพัฒนากระบวนการพยาบาลโดยใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม
2. เด็กโรคปอดอักเสบได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบครัว
3. ครอบครัวเด็กเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาลและรับรู้ถึงคุณภาพบริการพยาบาล
4. ครอบครัวสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ดูแลเด็กได้ที่บ้าน
5. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้กับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบตรวจสอบกิจกรรมพยาบาลในการใช้รูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมของ
พยาบาล

1. ขั้นตอนการประเมินปัญหาและการกำหนดข้อวินิจฉัย	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1.1 พยาบาลได้สร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวทันทีที่รับเด็กเข้าไว้ในดูแล
1.2 พยาบาลได้ประเมินปัญหาของผู้ป่วยตามแบบประเมินสภาพเด็กและ ครอบครัวครบทุกข้อ
1.3 พยาบาลได้ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยปัญหา		
2. ขั้นตอนการกำหนดเป้าหมายและการปฏิบัติกิจกรรม		
1.1 พยาบาลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
1.2 พยาบาลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมกำหนดเป้าหมายทางการพยาบาล
1.3 พยาบาลให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล		
3. ขั้นตอนการประเมินผล		
3.1 พยาบาลและครอบครัวร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลเป็น ระยะตามที่กำหนดในแผนการพยาบาล
3.2 พยาบาลและครอบครัวร่วมกันประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมเป็นประจำทุก เวร.....		
3.3 ในกรณีที่ผลของการปฏิบัติไม่เป็นไปตามเป้าหมายพยาบาล ให้พยาบาลและ ครอบครัวร่วมให้การพยาบาลจนกว่าจะบรรลุเป้าหมาย



ภาคผนวก จ

ตัวอย่าง แผนการสอน เรื่องรูปแบบการบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
แบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการสอน เรื่อง รูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
1. เพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เข้าร่วมวิจัย	<p>ผู้วิจัยกล่าวต้อนรับพยาบาลที่เข้าร่วมการอบรม และชี้แจงให้ทราบถึงการดำเนินโครงการวัตถุประสงค์ของการอบรม คือ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ 2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ 3. สามารถอธิบายถึงขั้นตอนในการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ 	<p>- ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการจัดอบรม</p>	<p>- เอกสาร โครงการอบรม</p>	<p>- ผู้เข้ารับการอบรมสนใจฟังคำชี้แจง และให้ความร่วมมือในการเข้าอบรม</p>
2. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	<p>บรรยายเรื่อง “การพยาบาลผู้ป่วยแบบครอบครัวมีส่วนร่วม” ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว - แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว 	<p>- การบรรยาย</p>	<p>- สไลด์ประกอบ การบรรยาย</p>	<p>- สังเกตความตั้งใจในการฟังบรรยายของผู้เข้ารับการอบรม</p> <p>- การถาม-ตอบ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
3. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้เกี่ยวกับแผนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม	<p>การบรรยายเรื่อง “ แผนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ”เนื้อหาการบรรยาย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ความหมายของโรคปอดอักเสบ - สาเหตุและพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบ - อาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ - ภาวะแทรกซ้อน - การดูแลและการรักษาแบบครอบครัวมีส่วนร่วม - การวินิจฉัยโรค 	<ul style="list-style-type: none"> - การบรรยาย - ทดลองฝึกการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม 	<ul style="list-style-type: none"> -สไลด์ ประกอบการบรรยาย - เอกสารประกอบคำบรรยาย 	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตความตั้งใจในการฟังบรรยายของผู้เข้ารับการอบรม - การถามตอบ - การทำกลุ่มสร้างแผนการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

4. สามารถอธิบายขั้นตอนการพัฒนาารูปแบบบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม	ให้พยาบาลที่เข้ารับการอบรมร่วมกันสร้างรูปแบบบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม โดยสร้างจากแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายของ Cleman-Stone (1995) มีขั้นตอน ดังนี้ 1. ประเมินปัญหา 2. วินิจฉัยปัญหา 3. วางแผนการพยาบาลและจำหน่าย	- การบรรยาย -พยาบาลที่เข้ารับการอบรมร่วมกันระดมสมองเพื่อสร้างรูปแบบบริการพยาบาลและวางแผนจำหน่าย	- สไลด์ -ประกอบการบรรยาย -กระดาน whiteboard	พยาบาลที่เข้ารับการอบรมสามารถสร้างรูปแบบบริการพยาบาลและวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบ
วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	4.ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล 5. ประเมินผล	ผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ		ครอบครัวมีส่วนร่วมได้ครอบคลุมตามองค์ประกอบของการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ภาคผนวก จ

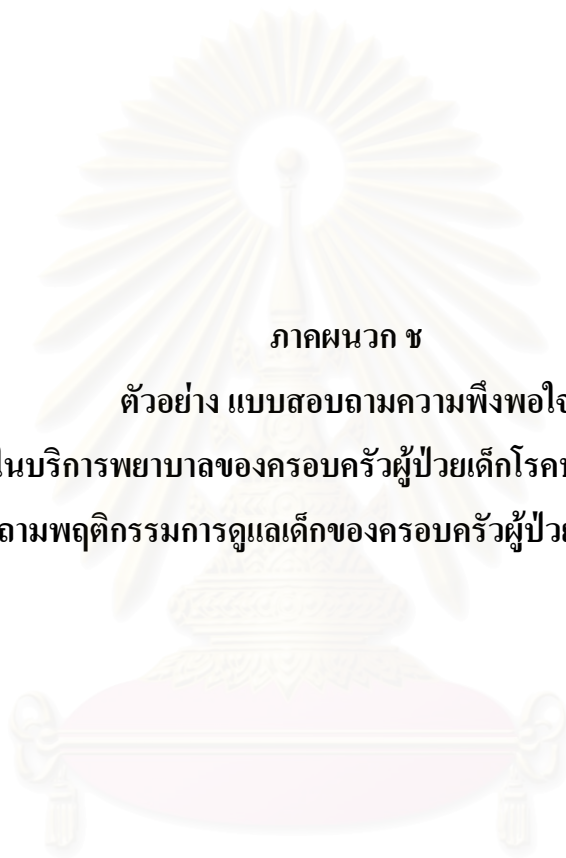
ตัวอย่าง แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบแบบครอบครัวมีส่วนร่วม

ปัญหา	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
<p>1. ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ</p>	<p>- ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และสามารถดูแลเด็กที่บ้านได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>สอนสุขศึกษา</p> <ul style="list-style-type: none"> - อธิบายสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบให้ครอบครัวรับทราบ - แนะนำครอบครัวให้ดูแลเด็กไม่ให้คลุกคลีกับคนที่ เป็นหวัด และไม่อยู่ในบริเวณที่แออัด และการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านที่เหมาะสม - แนะนำครอบครัวให้ดูแลให้เด็กออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รักษาสุขภาพให้แข็งแรง - แนะนำครอบครัวให้ดูแลให้เด็กรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และพักผ่อนให้เพียงพอ - แนะนำครอบครัวให้ดูแลพาเด็กไปรับวัคซีนให้ ครบตามกำหนดนัดของแพทย์ - แนะนำครอบครัวให้ดูแลรักษาร่างกายของเด็กให้ อบอุ่นอยู่เสมอ โดยเฉพาะเมื่ออากาศเปลี่ยนแปลง เช่น เย็นจัด ชื้นจัด 	<p>- ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบและการดูแลเด็กเพื่อป้องกันโรคปอดอักเสบ และสามารถตอบข้อซักถามได้</p>

ปัญหาการพยาบาล	วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	การประเมินผล
		<p>- แนะนำให้ครอบครัวดูแลให้เด็กได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์</p> <p>- แนะนำสถานพยาบาลใกล้บ้าน ที่ครอบครัวสามารถไปรับบริการได้สะดวก</p> <p>สาธิต</p> <p>- ดูแลสอนครอบครัวให้สังเกตลักษณะการหายใจของเด็กที่ปกติ และผิดปกติ</p> <p>- ดูแลสอนครอบครัวถึงวิธีการใช้ลูกยางแดงดูดเสมหะ</p> <p>โดยให้ครอบครัวได้ลองปฏิบัติ และติดตามสังเกตการปฏิบัติครั้งต่อ ๆ ไป</p> <p>- ดูแลสอนครอบครัวเกี่ยวกับวิธีการเช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี โดยให้ครอบครัวได้ลองปฏิบัติ และติดตามสังเกตการปฏิบัติครั้งต่อ ๆ ไป</p>	<p>- ครอบครัวสามารถสังเกตลักษณะการหายใจของเด็กได้</p> <p>- ครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลตามคำแนะนำของพยาบาลได้</p>



ภาคผนวก ข

ตัวอย่าง แบบสอบถามความพึงพอใจ

ในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัว

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง แต่ละข้อเพียงข้อเดียว

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ ปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)
2. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ประถมศึกษา
 - มัธยมศึกษา
 - ปริญญาตรี
 - อื่น ๆ ระบุ.....
3. จำนวนบุตร คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ
คำชี้แจง แบบสอบถามความพึงพอใจในบริการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบนี้
42 ข้อ

ขอให้ท่านพิจารณาทีละข้อและใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึก
ของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายดังนี้

พึงพอใจมากที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับตามข้อความที่ได้
ระบุไว้ระดับมากที่สุด

พึงพอใจมาก หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับตามข้อความที่ได้
ระบุไว้ระดับมาก

พึงพอใจปานกลาง หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับตามข้อความที่ได้
ระบุไว้ระดับปานกลาง

พึงพอใจน้อย หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับตามข้อความที่ได้
ระบุไว้ระดับน้อย

พึงพอใจน้อยที่สุด หมายถึง ท่านรู้สึกพึงพอใจที่ได้ปฏิบัติหรือได้รับตามข้อความที่ได้
ระบุไว้ระดับน้อยที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ				
	พึงพอใจมากที่สุด	พึงพอใจมาก	พึงพอใจปานกลาง	พึงพอใจน้อย	พึงพอใจน้อยที่สุด
1. ท่านพึงพอใจในอรรถศาสตร์อันดีของพยาบาลที่มีต่อท่านและบุตรหลาน					
2. ท่านพึงพอใจที่พยาบาลให้เกียรติท่านเสมือนท่านเป็นญาติคนหนึ่ง					
3. เมื่อท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยท่านได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจากพยาบาล					
4. ท่านพึงพอใจในกิจกรรมรยาทที่ได้รับจากการให้บริการพยาบาล					
5. พยาบาลให้การดูแลท่านและบุตรหลานอย่างใกล้ชิด					
6. พยาบาล.....					
7. พยาบาล.....					
8. พยาบาล.....					
9. พยาบาล.....					
10. พยาบาล.....					
11. พยาบาล.....					
12. ท่าน.....					
13. ท่าน.....					
14. ท่าน.....					

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

แบบสอบถามนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ลงใน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างตามความเป็นจริง แต่ละข้อเพียงข้อเดียว

1. ปัจจุบันท่านมีอายุ ปี (เกิน 6 เดือน คิดเป็น 1 ปี)
2. ระดับการศึกษาสูงสุด
 - ประถมศึกษา
 - มัธยมศึกษา
 - ปริญญาตรี
 - อื่น ๆ ระบุ.....
3. จำนวนบุตร คน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

คำชี้แจง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบมีทั้งหมด 49 ข้อ

ขอให้ท่านพิจารณาทีละข้อและใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ท่านเห็นว่าตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เพียงคำตอบเดียว โดยมีความหมายดังนี้

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

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อคำถาม	การปฏิบัติ			
	ทำทุก ครั้ง	ส่วน ใหญ่ ทำ	ไม่ ค่อย ได้ทำ	ไม่เคย ทำเลย
1. ท่านจัดให้เด็กรับประทานอาหารที่หลากหลาย ประกอบด้วย ข้าว เนื้อสัตว์ นม ผัก และผลไม้				
2. ท่านดูแลให้เด็กรับประทานอาหารที่ละน้อย แต่บ่อยครั้ง				
3. ท่านหลีกเลี่ยงไม่让孩子รับประทานขนมขบเคี้ยว ท็อปปี้ น้ำอัดลม				
4. ท่านจัดเตรียมผลไม้ให้เด็กรับประทานทุกวัน				
5. ขณะที่บุตรของท่านป่วย ท่านหลีกเลี่ยงไม่จัดอาหารที่ปรุงโดยการทอดให้เด็ก				
6. ท่าน.....				
7. ท่าน.....				
8. ท่าน.....				
9. ท่าน.....				

แบบบันทึกการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

กลุ่มทดลอง

ชื่อ-สกุล	อายุ	วันเข้ารับ การรักษา ครั้งที่ 1	วัน จำหน่าย	วันเข้ารับการ รักษา ครั้งที่2 (ป่วยซ้ำ)	โรงพยาบาล ที่เข้ารับการ รักษาซ้ำ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

แบบบันทึกการเข้ารับการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

กลุ่มควบคุม

ชื่อ-สกุล	อายุ	วันเข้ารับ การรักษา ครั้งที่ 1	วัน จำหน่าย	วันเข้ารับการ รักษาครั้งที่2 (ป่วยซ้ำ)	โรงพยาบาล ที่เข้ารับการ รักษาซ้ำ
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ เรือตรีหญิงสรณี อักษรกวน เกิดวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2522 ที่จังหวัดชุมพร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ปีการศึกษา 2543 เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2546 ปัจจุบันปฏิบัติงานระดับพยาบาลประจำการ ตำแหน่งนายทหารพยาบาล ตึกผู้ป่วยอายุรกรรม ช่วยราชการกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย