

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อ
ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน



สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University
All rights reserved

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พฤศจิกายน 2557

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อ
ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน



วิทยานิพนธ์นี้เสนอต่อมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พฤศจิกายน 2557

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วย
ที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลชุมชน

ศรันย์ ปองนิมิตพร

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

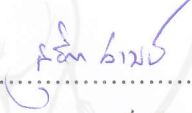
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

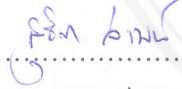
สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์


คณะกรรมการสอบ

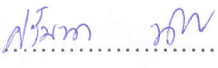
คณะกรรมการที่ปรึกษา

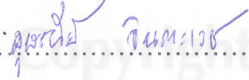

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เทียนสวัสดิ์)

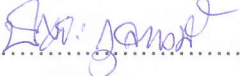

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(รองศาสตราจารย์สุธิศา ล่ามช้าง)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์สุธิศา ล่ามช้าง)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีมณา นิยมคำ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีมณา นิยมคำ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุษณีย์ จินตะเวช)


..... กรรมการ
(ศาสตราจารย์ เกียรติคุณ นพ.ปัญญา กุลพงษ์)

12 พฤศจิกายน 2557

© ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คือรองศาสตราจารย์ สุธิศา ล่ามช้าง และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรียานานิยมคำ ที่กรุณาให้ความรู้ คำแนะนำ และตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ รวมถึงช่วยสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยจนวิทยานิพนธ์สำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและแนวทางที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาและให้ความรู้แก่ผู้วิจัยในระหว่างทำการศึกษา อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ เจ้าหน้าที่ประจำโรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาลแม่วาง โรงพยาบาลแม่สะเรียงและโรงพยาบาลแม่ลาน้อย ผู้ช่วยวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ที่กรุณาอำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือให้การทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณอธิการบดี วิทยาลัยเชียงราย คณบดีและคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ที่ให้การสนับสนุนและให้กำลังใจระหว่างการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์

ท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบุคคลอันเป็นที่รักยิ่งทุกคนในครอบครัว ปองนิมิตพร และครอบครัวบุญไทย ที่คอยเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด และขอขอบคุณพี่น้องสาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ทุกท่านที่มีความรัก ความเอื้ออาทรและคอยช่วยเหลือผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา

คุณประโยชน์อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ศรันย์ ปองนิมิตพร

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วย
ที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

ผู้เขียน นายศรันย์ ปองนิมิตพร

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์)

คณะกรรมการที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ สุธิศา ล่ามช้าง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีมณา นิยมคำ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บทคัดย่อ

การติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กชาวกระเหรี่ยงเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน การศึกษาเชิงพรรณนาคั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติ และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกระเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลชาวกระเหรี่ยงที่ดูแลเด็กป่วยอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่ติดเชื้อทางเดินหายใจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดแม่ฮ่องสอน ระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2557 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 140 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลของเชปป์ (Schepp, 1995) แปลเป็นภาษาไทยด้วยการแปลย้อนกลับ (back translation) โดยนิชกานต์ ไชยชนะและคณะ (2545) ซึ่งนำมาแปลเป็นภาษากระเหรี่ยงนำมาทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient: α) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความต้องการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติ .87 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา การทดสอบที่การทดสอบวิลคอกชัน และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลชาวกระเหรี่ยง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 76.87, SD = 0.97$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านความต้องการการมีส่วนร่วม กิจกรรมที่ทำประจำ กิจกรรมการพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} =$

20.53, SD = 2.85; \bar{x} = 27.06, SD = 3.29; \bar{x} = 12.64, SD = 3.36 ตามลำดับ) ส่วนด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 16.64, SD = 5.01)

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวมในการดูแลเด็กป่วย คิดเชื่อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนในระดับมาก (\bar{x} = 75.86, SD = 11.73) และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ กิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยน ข้อมูลในระดับมาก (\bar{x} = 20.51, SD = 2.68; \bar{x} = 26.59, SD = 3.53; \bar{x} = 12.56, SD = 3.52 ตามลำดับ) ส่วนด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 16.19, SD = 5.14)

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ได้ปฏิบัติและความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกระเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่คิดเชื่อทางเดินหายใจโดยรวม ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้านการตัดสินใจไม่แตกต่างกัน แต่ด้านกิจกรรมการพยาบาล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ดูแลชาวกระเหรี่ยงได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในด้าน กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ โดยตระหนักว่าเป็นหน้าที่ของตนเอง ได้แสดงบทบาทเป็นบิดาและมารดา อย่างต่อเนื่อง และมีนโยบายของโรงพยาบาล และมีความต้องการที่จะปฏิบัติการมีส่วนร่วม ดังนี้ 1) ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ คือ ต้องการทำตามวิถีประจำวัน และตามความเชื่อของตนเอง 2) ด้าน กิจกรรมการพยาบาล คือ ความต้องการปฏิบัติภายใต้การดูแลหรือคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ และ ช่วยเหลือบางช่วงของการทำหัตถการ และ 3) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านการตัดสินใจ คือ ต้องการให้มีล่าม และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเด็กป่วยทุกเรื่อง

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้แนะให้บุคลากรพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยโรคทางเดินหายใจที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติและต้องการจะปฏิบัติ โดยเฉพาะควร จัดหาล่ามมาช่วยเหลือในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรทางการพยาบาล และสามารถนำผลวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลในการหาแนวทางส่งเสริมให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีส่วนร่วม ในการดูแลเด็กป่วยที่มีการคิดเชื่อระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ต่อไป

Thesis Title Participation of Karen Caregivers in Caring for Children with Respiratory Tract Infections Admitted to Community Hospital

Author Mr. Sarun Pongnimitporn

Degree Master of Nursing Science (Pediatric Nursing)

Advisory Committee Associate Professor Suthisa Lamchang Advisor
Assistant Professor Dr. Srimana Niyomkar Co-advisor

ABSTRACT

Respiratory tract infections have been one of the major causes for Karen children being admitted to community hospitals. This descriptive research aimed to study actual and preferred parent participation in caring for children with respiratory tract infections, among Karen caregivers in community hospitals. The purpose of this study was also to make comparisons. The sample of the study were Karen caregivers of children with respiratory tract infections, from newborn to 5 years old, admitted in community hospitals in Chiang Mai and Mae Hong Son provinces during January to March, 2014. Purposive sampling was employed, and 140 Karen caregivers were selected to participate in this study. The Parent Participation Scale of Schepp, translated into Thai by Chaichana et al (2002) was used, and then translated into Karen language. The reliability was tested using Cronbach's alpha Coefficient. The confidence of the actual and preferred participation in caring for children were .87 and .88 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, Wilcoxon Matched Pair Signed Ranks test, and content analysis.

The study found that the Karen caregivers had a score of preferred at a high level ($\bar{x} = 76.87$, $SD = 0.97$) . When considering each aspect, preferred participation in routine care, technical care and information sharing were also at a high level ($\bar{x} = 20.53$, $SD = 2.85$; $\bar{x} = 27.06$,

SD = 3.29; $\bar{x} = 12.64$, SD = 3.36, respectively). Moreover, preferred participation in decision-making was at moderate levels ($\bar{x} = 16.64$, SD = 5.01).

The caregivers had a mean score of actual participation at high level ($\bar{x} = 75.86$, SD = 11.73). When considering each aspect, actual participation in routine care, technical care and information sharing were also at a high level ($\bar{x} = 20.51$, SD= 2.68; $\bar{x} = 26.59$, SD= 3.53; $\bar{x} = 12.56$, SD= 3.52, respectively). Moreover, their actual participation in decision-making at moderate level ($\bar{x} = 16.19$, SD = 5.14).

There were no significant differences between actual participation and preferred participation in routine care, information sharing, and decision-making. However, there was statistically significant actual participation, and preferred participation in technical care at the level of .05

Data from interviews revealed that Karen caregivers participated in routine caregiving since they were aware of their responsibilities in their constantly played role as parents. Moreover, the hospital's policy was supportive and the caregivers preferred to participate in 1) routine care: they expressed their needs to act according to their daily activities and their own beliefs, 2) technical care: they desired to practice under the supervision or guidance of staffs as well as to receive their assistance during procedures, and 3) information sharing and decision-making: a translator was needed, and caregivers' participation in every decision regarding treatment for their children was required.

The results of this study suggest that nurses should realize the importance of caregivers' participation and their needs to participate in child care. Providing a translator to support the information exchange between caregivers and nursing staffs was required. Moreover, the results could be used to mobilize Karen caregiver's participation in providing effective care for children with respiratory tract infections admitted to community hospitals.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
ABSTRACT	ฉ
สารบัญตาราง	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
คำถามการวิจัย	6
นิยามศัพท์	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล	8
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	10
ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	16
โรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก	18
ความเชื่อและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของชาวกะเหรี่ยง	28
กรอบแนวคิดในการวิจัย	31
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	33
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36

	การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	37
	ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล	37
	การวิเคราะห์ข้อมูล	38
บทที่ 4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล	40
	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	40
	การอภิปรายผล	51
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	62
	สรุปผลการวิจัย	62
	ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	64
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	65
เอกสารอ้างอิง		66
ภาคผนวก		74
	ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย	75
	ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล	76
	ภาคผนวก ค การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	86
	ภาคผนวก ง จำนวนและร้อยละความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน	91
	ภาคผนวก จ ราชนามผู้ทรงคุณวุฒิ	94
ประวัติผู้เขียน		95

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล	41
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล	43
ตารางที่ 3	คะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน	45
ตารางที่ 4	การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนโดยการทดสอบที	46
ตารางที่ 5	การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติรายด้านของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนโดยการทดสอบวิลคอกชัน	47
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน	91
ตารางที่ 7	จำนวนและร้อยละการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน	92

Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยในเด็กเป็นปัญหาสำคัญ พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประมาณ 10-20 ล้านคนมีการเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในทุกๆ ปี (United Nations Children's Fund [UNICEF] & World Health Organization [WHO], 2009) ซึ่งมีเด็กเจ็บป่วยและเสียชีวิตกว่า 8 ล้านคนต่อปี สาเหตุของความเจ็บป่วยที่พบบ่อยคือการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ อุจจาระร่วง มาลาเรีย และภาวะขาดสารอาหาร (WHO, 2011) โดยประมาณ 1.8 ล้านคน เสียชีวิตจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ (UNICEF & WHO, 2009) จากรายงานของประเทศไทยพบว่าสถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็กไทยในปี พ.ศ. 2552 มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 50,000 คนต่อประชากรแสนคน โดยส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยด้วยระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบเฉียบพลันและหลอดลมเล็กอักเสบเฉียบพลัน การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่นๆ ระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการท้องร่วง ภาวะอาหารและลำไส้อักเสบ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2552)

การเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เด็กเจ็บป่วยจากการติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มีอาการไข้ มีน้ำมูกและเสมหะ หายใจลำบากส่งผลให้เด็กไม่สุขสบาย รับประทานอาหารได้ลดลง มีอาการอ่อนเพลีย (อมรรักษ์ งามสวย และฐิติมา สุขเลิศตระกูล, 2551) และพักผ่อนได้น้อย (อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ, สุธิศา ถ้าม้าง, และวิมล ธนสุวรรณ, 2550.; เกศรา เสนงาม, ศรีกัลยา ภิญโญสโมสร, พิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์ และสุริรัตน์ อ่องสกุล, 2550) ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กอาจพลัดพรากจากคนในครอบครัวหรือผู้ดูแล ทำให้เครียด และกลัวการรักษาพยาบาล และยังทำให้เด็กมีพฤติกรรมแยกตัว ก้าวร้าว และไม่ยอมรับการรักษา นอกจากนี้เด็กต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่น่าคุ้นเคย ทำให้เด็กร้องไห้มองหาบิดามารดา ไม่ให้คนแปลกหน้าแตะ

ต้องตั้งรับบิดามารดาเข้าหาตัว หรือเรียกร้องมากกว่าเดิม (อมรรักษ์ งามสวย และฐิติมา สุขเลิศ
ตระกูล, 2551)

การเจ็บป่วยของเด็กเนื่องจากการติดเชื้อทางเดินหายใจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ยังส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลเหล่านี้อาจเกิดความเครียด ความกลัว
และความวิตกกังวลว่าบุตรจะได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมานหรือเป็นอันตรายแก่ชีวิต ส่งผลให้
ผู้ดูแลต้องการทราบข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรหลาน (สุจิรา ศรีรัตน์ และ
จริยา สาขาวารี, 2551) นอกจากนี้ขณะที่เด็กเจ็บป่วย เด็กจะมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่มากกว่า
ปกติโดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ยังไม่สามารถดูแลตัวเองหรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
(นิตยา คชภักดี, 2554) ไม่สามารถสื่อสารความรู้สึกของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ได้อย่างชัดเจน เนื่องจาก
มีพัฒนาการด้านภาษายังไม่สมบูรณ์ ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือในเรื่องการสื่อสาร
ความต้องการของเด็กแก่ผู้รักษาพยาบาล

การมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นการดูแลเด็กป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ซึ่งเป็น
หลักการสำคัญในการดูแลเด็กป่วยที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเป็นที่ยอมรับกันอย่าง
กว้างขวาง ทั้งจากแพทย์และพยาบาล ที่ได้เล็งเห็นความสำคัญของการให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมใน
ด้านการป้องกัน และการลดปัญหาทางด้านจิตใจและอารมณ์ในเด็ก โดยทางโรงพยาบาลได้เปิด
โอกาสให้ผู้ดูแลอยู่เฝ้าเด็กในโรงพยาบาลและได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็ก
ได้ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กได้ช่วยเหลือให้เด็กป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการได้รับการดูแลที่
ใกล้ชิด จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผลกระทบของการเจ็บป่วยในโรงพยาบาลต่อเด็กและ
ครอบครัวจะลดลงเมื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย โดยมีผลทำให้เด็กได้รับความสุข
สบาย (Lam Chang, & Morrissey, 2006) และยังทำให้เด็กป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ลดความเครียด
และความวิตกกังวล (Pongjaturawit, 2001; Shields, 2001) นอกจากนี้ยังลดปัญหาในด้านการ
ปรับตัวต่อการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และปัญหาพฤติกรรม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวต่อต้าน
เป็นต้น (Stull & Deatrick, 1986) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กยังส่งผลให้เด็กป่วย
ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กป่วย ผู้ดูแลและบุคลากรพยาบาล
(Johnson & Lindschau, 1996) และจากการสนับสนุนของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วย พบว่าการให้
ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยทำให้เกิดการตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของเด็ก
ป่วย ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล (Glacia de Lima, Melo Rocha, Scochi, & Callery,
2001; Wheeler, 2005) และผู้ปกครองมีความพึงพอใจในการรักษา (แสงตะวัน บุญรอด, 2553) จะ
เห็นได้ว่าการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีประโยชน์
ต่อเด็ก ผู้ปกครอง และพยาบาล

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลตามแนวคิดของเชปปี้ (Schepp, 1995) เป็นการให้ผู้ดูแลได้เข้าร่วมและเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเชปปี้ได้อธิบายแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลเป็น 2 ลักษณะคือ การมีส่วนร่วมที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติ และต้องการที่จะมีส่วนร่วม ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยของผู้ดูแลมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมที่ทำประจำ เช่น การให้อาหาร การทำความสะอาดร่างกาย 2) การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมการพยาบาล เช่น การอยู่กับเด็กป่วย การช่วยเหลือและปลอบโยนเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษา 3) การมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองกับบุคลากรพยาบาล เช่น การสอบถามและอธิบายเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาพยาบาล และ 4) การมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาพยาบาลที่บุตรควรได้รับ

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ปกครองมีบทบาทในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วย โดยเฉพาะในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทางการพยาบาลและการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับน้อย (อัมพร รอดสุทธิ, ศรีพรรณ กันธวัง, และ วิมลชนสุวรรณ, 2549) นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประกอบด้วย ปัจจัยด้านเด็กป่วย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ดูแล ปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กป่วย ได้แก่ ประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยของผู้ดูแล ความรู้ของผู้ดูแล การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรพยาบาล สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล รวมถึงปัจจัยด้านบุคลากรพยาบาล และนโยบายของโรงพยาบาล ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งสิ้น

อย่างไรก็ตามการศึกษาดังกล่าวข้างต้น เน้นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลชาวไทย แต่ปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนมีประชากรที่เป็นชนเผ่าหรือชาวไทยภูเขามารับบริการมากขึ้น โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนในเขตภาคเหนือ ที่มีผู้รับบริการเป็นกลุ่มชาวไทยภูเขาเป็นจำนวนมาก จากสถิติประชากรชาวไทยภูเขาที่อาศัยอยู่ทางภาคเหนือในประเทศไทย พบว่ากะเหรี่ยงเป็นกลุ่มประชากรชาวไทยภูเขาที่มีจำนวนประชากรมากที่สุด ร้อยละ 46.18 ของจำนวนประชากรชาวไทยภูเขาในประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตจังหวัดเชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน และลำพูน (กรมพัฒนาการสังคมและสวัสดิการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555)

ชาวไทยภูเขาที่มีวิธีการดูแลสุขภาพอนามัยซึ่งถูกกำหนดมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อที่สืบทอดกันมา (พิทยา สายนำทาน, 2540) เช่นเดียวกับชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงที่มีความเชื่อ วิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม และภาษาของตัวเอง ในด้านการดูแลสุขภาพอนามัยชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยว่า เกิดจากความผิดปกติของอวัยวะในร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลจากการรับประทานอาหารผิดและการสูญเสียสมดุลของร่างกาย และนอกจากนี้สาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วยก็คืออำนาจเหนือธรรมชาติและสาเหตุจากเคราะห์กรรม ทำให้ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงมีวิธีการในการดูแลสุขภาพโดยมีหมอพื้นบ้าน รวมถึงมีพิธีกรรมต่างๆ เกี่ยวกับความเชื่อในการรักษาอาการเจ็บป่วย และ โรคภัยที่เกิดขึ้น ซึ่งได้มีการถ่ายทอดสู่กลุ่มชนรุ่นหลังต่อมา (ทัศนีย์ นิรมิต, 2542) แต่ในปัจจุบันชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงได้มีการพัฒนาความรู้ซึ่งได้รับอิทธิพลจากการศึกษา การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การพัฒนาทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมถึงการมีสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การเรียนรู้ผ่านสื่อมวลชน ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพสมัยใหม่มากขึ้น ทำให้ประชากรกลุ่มนี้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ที่ชาวไทยภูเขาดั้งถิ่นฐานอยู่ (สิริวรงค์ ปัญญาแก้ว, 2548) ทั้งนี้ในส่วนของสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงยังไม่มีการบันทึกไว้อย่างชัดเจน แต่จากการประมาณการแล้วพบว่า มีจำนวนเด็กป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจอายุแรกเกิดถึง 5 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่วาง โรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาล แม่ลาน้อยและโรงพยาบาลแม่สะเรียงรวมจาก 4 โรงพยาบาลประมาณ 190 รายต่อปี

โรงพยาบาลชุมชนมีนโยบายในการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล แต่ยังไม่มีความชัดเจนในการปฏิบัติที่ชัดเจน เมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยการติดเชื้อทางเดินหายใจ เด็กป่วยจะมาด้วยอาการไข้ มีน้ำมูก เสมหะหรืออาการหายใจลำบาก (วิภากริชชัยพิชิตกุล, 2550) ทำให้เด็กป่วยต้องได้รับกิจกรรมการพยาบาลหลายอย่างในการวินิจฉัยและการรักษาโรค เช่น การเจาะเลือด การได้รับออกซิเจนด้วยวิธีการต่างๆ การได้รับยาโดยวิธีรับประทานและฉีดเข้าหลอดเลือดดำ การพ่นยาขยายหลอดลม การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวอาจทำให้เด็กป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ เด็กป่วยอาจร้องไห้มองหาบิดามารดา ไม่ให้คนแปลกหน้าสัมผัส ดังนั้น การดูแลเด็กป่วยที่มีกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวนี้ จึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยจากผู้ดูแล นอกจากนี้เด็กป่วยยังต้องได้รับการดูแลในการเช็ดตัวลดไข้ ทำความสะอาดร่างกาย และให้การดูแลขณะที่ได้รับยาและได้รับออกซิเจน เมื่อผู้ดูแลได้มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้เด็กป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาได้รับการตอบสนองความต้องการ ผู้ดูแลได้มีโอกาสดูแลเด็กป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจเป็นผลจากการได้รับการถ่ายทอดความรู้ ความเชื่อจากประสบการณ์จากบรรพบุรุษ ทำให้ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมักจะมีการสอดแทรกในพิธีกรรม ประเพณี และวัฒนธรรมในการ ดูแลสุขภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่ชาวกะเหรี่ยงยึดถือปฏิบัติกันมา (สิริวรงค์ ปัญญาแก้ว, 2548) ความเชื่อ เกี่ยวกับสุขภาพในด้านสาเหตุของการเจ็บป่วยและวิธีการในการดูแลเด็กยังมีผลต่อพฤติกรรมของ ชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ปทุมพร เตชะ, 2547) นอกจากนี้ความแตกต่างในลักษณะของภาษา ความเชื่อ อาจมีโอกาสดเกิด ความเข้าใจไม่ถูกต้องได้ และอาจมีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยติดเชื้ ทางเดินหายใจชาวกะเหรี่ยงที่ผ่านมา พบว่า ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีการแสวงหาวิธีการรักษา และการ บำบัดที่แตกต่างกันไป ได้แก่ การซื้อยามารับประทานเอง การใช้ยาสมุนไพร การประกอบพิธีกรรม ตามความเชื่อ และการไปพบแพทย์ เป็นต้น ในด้านการปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยเมื่อเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล พบว่าผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงไม่เข้าใจวิธีการให้ยาเด็ก ไม่มาพบแพทย์ตามนัด และไม่ ปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ (ปทุมพร เตชะ, 2547) ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ อาจเนื่องมาจากบริบทที่ แตกต่างกันจึงอาจมีผลต่อการปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่มีการติดเชื้ ทางเดินหายใจได้

นอกจากนี้การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนของเด็กชาวกะเหรี่ยง มักพบปัญหาใน การติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงกับบุคลากรในโรงพยาบาล ดังการศึกษาความต้องการ ของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงของเด็กป่วยมาลาเรียที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ อรพร ปัญญา, สุธิศา ล่ามช้าง, และวิมล ธนสุวรรณ (2548) พบว่า ผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงมีอุปสรรคใน การสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากร ทำให้ผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงมีความต้องการที่จะ ให้มีล่ามประจำหอผู้ป่วยเพื่อช่วยในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ใน โรงพยาบาล เนื่องจากความ แตกต่างกันระหว่างภาษา วัฒนธรรม และความเชื่อของผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงกับบุคลากรใน โรงพยาบาล ทำให้การสื่อสารและการปฏิบัติไม่ตรงกัน การให้ข้อมูลและการสื่อสารที่ไม่ตรงกัน อาจทำให้เกิดความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย ซึ่งอาจมีผลต่อการมีส่วนร่วมของ ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่มีการติดเชื้ทางเดินหายใจได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพและพฤติกรรม การแสวงหาแนวทางในการรักษา และแบบแผนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง รวมถึงการเลี้ยงดูและ การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กชาวกะเหรี่ยง แต่ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทการมีส่วนร่วมของ ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเด็กป่วยที่มีการติดเชื้ทางเดิน

หายใจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจมีความต้องการการมีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจมากน้อยเพียงใด เพื่อให้พยาบาลและบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ ได้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ตลอดจนหาวิธีส่งเสริมให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน
3. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

คำถามการวิจัย

1. ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนอย่างไร
2. ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนอย่างไร
3. ความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

นิยามศัพท์

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง หมายถึง การที่บิดา มารดา หรือผู้ดูแลหลักชาวกะเหรี่ยง ได้ปฏิบัติหรือต้องการปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับบุคลากรทางพยาบาล แบ่งออกเป็น 4 ด้านคือ ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรทางการพยาบาล และด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย ประเมินจากแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยใน โรงพยาบาลของเซปป์ แปลเป็นไทยด้วยการแปลย้อนกลับโดย ฉิชกานต์ ไชยชนะและคณะ (2546) และนำมาแปลเป็นภาษากะเหรี่ยง

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง หมายถึง บิดา มารดาหรือญาติผู้ดูแลหลักชาวกะเหรี่ยงที่ให้การดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจอายุแรกเกิด ถึง 5 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

เด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ หมายถึง เด็กชาวกะเหรี่ยงอายุแรกเกิด ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจในโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาคำรา วารสาร เอกสาร และผลงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล
2. โรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก
3. ความเชื่อและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของชาวกะเหรี่ยง

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล

การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพสำหรับเด็กและครอบครัว (Jones, 1994; Kristensson-Hallstrom, 2000) อาจช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นในขณะที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Coyne & Cowley, 2007) โรงพยาบาลส่วนใหญ่จึงมีนโยบายให้ผู้ดูแลอยู่เฝ้าเด็กป่วย ซึ่งจะทำให้เกิดผลดีทั้งสำหรับตัวเด็กป่วยและผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลเป็นแนวคิดสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพ (Kristensson-Hallstrom, 2000) ซึ่งได้มีผู้อธิบายแนวคิดไว้ ดังนี้

สตรัลล์และดีทริค (Stull & Deatrck, 1986) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลว่าเป็นการพยาบาลที่ผู้ดูแลต้องการที่จะปฏิบัติและได้มีโอกาสในการปฏิบัติกิจกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรง ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำประจำและการดูแลด้านจิตใจ เมื่อได้รับกิจกรรมการพยาบาล ทางอ้อม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและบุคลากรพยาบาล

กาลเลอร์รีและสมิธ (Callery & Smith, 1991) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลว่าเป็นการที่ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลเด็กป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยมีพยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ

นีล (Neill, 1996) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลว่าเป็นการที่ผู้ดูแลได้มีปฏิบัติหรือได้รับอนุญาตให้มีปฏิบัติในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย การประเมินผลการดูแลเด็กป่วยและการเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลเด็กป่วย

คอยน์ (Coyne, 2007) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลว่าเป็นการพยาบาลโดยให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย การอนุญาตให้ผู้ดูแลได้อยู่ดูแลอาการของเด็กป่วยในหอผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาได้ตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและกระบวนการรักษาพยาบาลร่วมกับแพทย์และบุคลากรพยาบาล โดยเน้นให้ผู้ดูแลได้ตระหนักว่าผู้ดูแลมีส่วนสำคัญในช่วยให้เด็กหายจากความเจ็บป่วยและเป็นบุคคลสำคัญที่จะดูแลเด็กป่วยต่อที่บ้าน

เชปปี้ (Schepp, 1995) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยว่าเป็นการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลประสบ เมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติ (actual participation) และต้องการที่จะปฏิบัติ (preferred participation) 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ การมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ

อาจกล่าวได้ว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยเป็นการพยาบาลโดยให้ผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลเด็กป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยประกอบด้วยส่วนที่ได้ปฏิบัติและต้องการปฏิบัติ ซึ่งอาจแบ่งได้ 4 ด้านคือ การมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (participation in routine care) การมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมการพยาบาล (participation in technical care) การมีส่วนร่วมในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (participation in information sharing) และ การมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ (participation in decision making)

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของเชปปี้ (Schepp, 1995) ได้อธิบายไว้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเป็นการปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยในสถานการณ์ หรือเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลประสบ เมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติ 4 ด้าน ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำขณะเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ได้แก่ การอยู่กับเด็กป่วยใน โรงพยาบาลการดูแลความสะอาดร่างกาย การให้อาหารหรือช่วยเหลือเด็กป่วยในการรับประทานอาหารหรือนม การดูแลการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ การดูแลเรื่องการพักผ่อน และการดูแลเรื่องความปลอดภัย

2. การมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้เข้าร่วมในการดูแลเด็กป่วยเมื่อเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ขณะเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ได้แก่ การอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างได้รับการตรวจรักษา การทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำการทำหัตถการต่างๆ และการเป็นผู้ดูแลในกิจกรรมพิเศษที่เด็กป่วยต้องได้รับ

3. การมีส่วนร่วมในด้านกรแลกเปลี่ยนข้อมูล หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้มีโอกาสให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแลรักษาพยาบาลของเด็กป่วยร่วมกับบุคลากรพยาบาล ได้แก่ การสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาพยาบาลที่เด็กป่วยได้รับ การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่บุคลากรพยาบาล การได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของเด็กป่วย และการได้รับแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กป่วยตามความเป็นจริง

4. การมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล โดยการเป็นผู้เลือกและตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ด้านตัวเด็ก

1.1 อายุของเด็กป่วย

เด็กแต่ละวัยจะมีความแตกต่างด้านพัฒนาการ โดยเฉพาะการช่วยเหลือตัวเอง เด็กอายุน้อย โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะมีความต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมาก เนื่องจากเด็กวัยนี้ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่เข้าใจเด็กมากกว่าผู้อื่น (Novak & Broom, 1999) นอกจากนี้เด็กวัยนี้ยังมีพัฒนาการด้านภาษายังไม่สมบูรณ์ ทำให้เด็กป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือบอกความต้องการ ให้นักคนอื่นเข้าใจได้ เมื่อเด็กป่วยมีการ

เจริญเติบโตทางด้านร่างกายและพัฒนาการต่างๆ เพิ่มขึ้นตามลำดับ ความต้องการการพึ่งพาจากผู้ดูแลจะค่อยๆ ลดลง และความสามารถในการดูแลตนเองจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นตามวัย (Hockenberry & Wilson, 2007; James & Ashwill, 2007)

บอลลิงและแมคคับบิน (Balling & McCubbin, 2001) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ดูแลที่มีบุตรอายุน้อยต้องการที่จะมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำมากกว่าผู้ดูแลที่มีบุตรอายุมาก ซึ่งสอดคล้องกับกับผลการศึกษาของเจนภา รัตนพิบูลย์ และคณะ (2554) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 90 ราย พบว่า อายุของเด็กป่วยมีความสัมพันธ์กับความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย ($r = -.30, p < .01$) แต่แตกต่างกับผลการศึกษาของสิรินาตยา วงศ์वाल และคณะ (2552) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันอายุแรกเกิดถึง 5 ปีจำนวน 200 ราย พบว่าอายุของเด็กป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันเนื่องจากในการศึกษากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53 เป็นมารดาของเด็กป่วยที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี โดยในช่วงวัยดังกล่าวเด็กป่วยยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ทำให้ผู้ปกครองต้องปฏิบัติกิจกรรมการดูแลให้กับเด็กป่วยทั้งหมด อีกทั้งอาจเกิดจากความเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เกิดขึ้น ผู้ปกครองไม่ได้คาดคิดว่าเด็กป่วยจะต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ปกครองต้องทำทุกอย่างเพื่อให้เด็กป่วยมีอาการดีขึ้น และการศึกษาของธันยมนย์ วงษ์ศิริและคณะ (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 127 ราย พบว่าอายุของเด็กป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากไม่ว่าเด็กป่วยจะมีอายุเท่าใด เมื่อเด็กเกิดความเจ็บป่วยผู้ปกครองยังคงต้องการดำรงบทบาทหน้าที่การเป็นผู้ดูแลหรือผู้ดูแลเด็กเช่นเดียวกันกับเมื่ออยู่ที่บ้าน จากการศึกษาที่ผ่านมายังมีความขัดแย้งกันจึงไม่อาจบอกได้ว่า อายุของเด็กป่วยมีความสัมพันธ์หรือไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

1.2 ระยะเวลาที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากขึ้นถ้าเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน (Casey, 1999) โดยระยะเวลาที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีผลต่อประสิทธิภาพของผู้ดูแลด้วย กล่าวคือ ถ้าเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนาน จะทำให้ผู้ดูแลมีประสิทธิภาพในการดูแลเด็กป่วย มีความคุ้นเคยกับบุคลากรพยาบาล คุ้นเคยกับสภาพเด็ก

ป่วย รวมถึงหัตถการและการรักษาต่างๆ ที่เด็กป่วยได้รับ จะทำให้ผู้ดูแลปรับตัวได้ดีขึ้น (Whaley & Wong, 1995) ผู้ดูแลจะใช้เวลาในการพัฒนาทักษะต่างๆ ให้คุ้นเคยกับการรักษาพยาบาลและการอยู่โรงพยาบาล เมื่อผู้ดูแลมีทักษะก็จะเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในกิจกรรมที่นอกเหนือจากกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น การป้อนอาหารและการอาบน้ำ (De Limma et al., 2001) ซึ่งจากการศึกษาของสิรินาทยา วงศ์वाल และคณะ (2552) พบว่า ระยะเวลาที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่มีการคิดเชิงewayใจส่วนล่างเฉียบพลัน เนื่องจากผู้ปกครองต้องอาศัยเวลาในการปรับตัว จึงจะทำให้เกิดความคุ้นเคยชำนาญในการปฏิบัติ ซึ่งมีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย (James & Ashwill, 2007) ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าระยะเวลาที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วย

1.3 ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ดูแลเป็นความเข้าใจของผู้ดูแลต่อการป่วย สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ปรากฏขึ้นจากโรคหรือความผิดปกติของเด็กป่วยที่มีผลต่อสุขภาพ และความปลอดภัยของเด็กป่วย โดยผู้ดูแลจะประเมินความรุนแรงของโรค จากการที่เด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการและอาการแสดง การรักษาและความซับซ้อนในการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ การพยากรณ์โรค และโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ กับเด็กป่วย การเจ็บป่วยและอาการของเด็กป่วยมีความสัมพันธ์กับการรักษาที่เด็กป่วยได้รับเมื่อมีการเจ็บป่วยจนเป็นสาเหตุให้เด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลถือว่าค่อนข้างรุนแรง เด็กป่วยจำเป็นต้องได้รับหัตถการต่างๆ เช่น การสอดใส่เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย เพื่อการวินิจฉัยและการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลไม่คุ้นเคยทำให้รู้สึกกลัว และวิตกกังวล (Leifer, 2007) ในส่วนของการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยของเด็กป่วยในผู้ดูแลแต่ละคนนั้น มีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้ดูแลที่รับรู้ว่าการรักษามากกว่าผู้ดูแลที่รับรู้ว่าการไม่รุนแรง เนื่องจากกลัวการสูญเสียบุตร และพยายามจะปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรพยาบาลอย่างเต็มความสามารถเพื่อให้เด็กป่วยได้รับความสุขสบายมากที่สุด (จันทนา ผ่องคำพันธุ์, 2537) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การศึกษาของสิรินาทยา วงศ์वाल และคณะ(2552) พบว่า ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่มีการคิดเชิงewayใจส่วนล่างเฉียบพลัน และการศึกษาของธันยมนย์ วงษ์ศิริ และคณะ (2554) พบว่า ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณีพร ตูลานบุตร

และคณะ (2554) พบว่า ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของมารดาจำนวน 85 ราย ในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันอายุ 1 เดือนถึง 5 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทั้งนี้เนื่องจากการป่วยที่เกิดขึ้นเป็นการป่วยเฉียบพลันเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กป่วยจะได้รับกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่หลากหลาย ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษาของแชนภา รัตนพิบูลย์ และคณะ (2554) พบว่าความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ปกครองไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง เนื่องจากผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีความรักความห่วงใยในตัวเด็กป่วย จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังมีความขัดแย้งกัน จึงไม่อาจบอกได้ว่า ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์หรือไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. ด้านผู้ดูแลเด็กป่วย

2.1 ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กป่วยของผู้ดูแล

ผู้ดูแลเด็กป่วยในแต่ละครอบครัวมีความต้องการและความสามารถในการดูแลเด็กป่วยแตกต่างกัน ผู้ดูแลที่มีบุตรคนแรกอาจมีประสิทธิภาพและความมั่นใจในการทำกิจกรรมทางการพยาบาลน้อย หรือผู้ดูแลบางคนอาจรู้สึกว่าการพยาบาลบางอย่างทำให้เด็กเกิดความเจ็บปวดและกลัว จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมการพยาบาล (รัตนวดี ขอนตะวัน, 2542) แต่เมื่อผู้ดูแลสามารถปรับตัวและมีประสิทธิภาพเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ จะทำให้เกิดความคุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมและการรักษาพยาบาล มีความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้กับเด็กป่วยมากขึ้น (Hockenberry & Wilson, 2007) จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาของแลม และคณะ (Lam et al., 2006) เกี่ยวกับประสิทธิภาพของผู้ดูแลกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพในการดูแลเด็กป่วยมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยใกล้เคียงกับผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้ดูแลต้องการให้บุคลากรพยาบาลอธิบายกิจกรรมต่างๆ และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย และการศึกษาของสิรินาตยา วงศ์वाल และคณะ (2552) พบว่า ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กป่วยของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน เช่นเดียวกับการศึกษาของธัญมณีย์ วงษ์ชีรี และคณะ (2554) พบว่า ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กป่วยของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าประสิทธิภาพในการดูแลเด็กป่วยของ

ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 ความรู้ของผู้ดูแล

ความรู้ของผู้ดูแลเป็นความรู้เกี่ยวกับความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนและวิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก ผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กป่วย จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติและดูแลเด็กป่วยได้มากขึ้น การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาของมณีนร ตูลาบุตร และคณะ (2554) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยเย็บแผลที่เข้ารับการรักษา พบว่า ความรู้ของมารดาเกี่ยวกับการป่วยมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยเย็บแผล โดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .05$) ทั้งนี้ความรู้ของผู้ดูแลอาจมาจากการให้ข้อมูลของบุคลากรทางการแพทย์ที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลมากขึ้น ดังการศึกษาของจริยา สามีตร และคณะ (2556) พบว่า การสนับสนุนข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเย็บแผลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .46, p < .001$) ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า ความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการป่วยมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยเย็บแผลที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.3 การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรพยาบาล

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เนื่องจากบิดามารดาต้องการข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การที่แพทย์และบุคลากรพยาบาลมีการสื่อสารหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กป่วยและดูแลเด็กป่วยด้วยความเป็นมิตรและเต็มใจจะช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยของผู้ดูแล (Pongjaturawit, 2006; Pyke-Grimm, Stewart, Kelly, & Degner, 2006) และการศึกษาของชั้นขมมนย์ วงษ์ชีรี และคณะ (2554) พบว่าการสื่อสารระหว่างผู้ปกครองกับพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27, p < .01$) ผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการสื่อสารมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.4 สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล

สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลที่จะตัดสินใจ หรือดำเนินการปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จตามที่คาดไว้ตามการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้านการตัดสินใจ จากการศึกษาของจรรยา สามิตร และคณะ (2556) พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .51, p < .001$) ดังนั้น อาจกล่าวได้ว่า สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. ด้านบุคลากรพยาบาล

บุคลากรพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล (Neill, 1996b) บุคลากรพยาบาลที่มีเจตคติในการให้การพยาบาลเด็ก โดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และเห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย ซึ่งจากการศึกษาของ กิลล์ (Gill, 1993) พบว่า หากบุคลากรพยาบาลมีสถานภาพสมรสคู่ มีบุตร มีความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล มีประสบการณ์ในการทำงาน และมีเจตคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วย สามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยได้ นอกจากนี้จากการศึกษาของสิรินาตยา วงศ์वाल และคณะ(2552) เรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า การได้รับความรู้เรื่องการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยของพยาบาล สถานภาพสมรสของพยาบาล และนโยบายของโรงพยาบาลในเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าบุคลากรพยาบาลเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

4. ด้านนโยบายของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่า ช่วยลดผลกระทบของการอยู่โรงพยาบาลของผู้ดูแลและเด็กป่วย และได้มีโอกาสดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องเพื่อช่วยลดความเครียดของเด็กได้

โดยมีการสนับสนุนให้มีการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยมาใช้มากขึ้น และในส่วนของโรงพยาบาลได้ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ที่สนับสนุนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาของแมคคิล (McKiel, 2002) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อบุคลากรพยาบาลในการให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารงานในองค์กร โดยเฉพาะนโยบายที่มีการปรับปรุงรูปแบบและการทำงานของบุคลากร โดยการสนับสนุนอุปกรณ์ มีการอำนวยความสะดวกด้านสถานที่ และการกำหนดนโยบายให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย จะช่วยส่งเสริมให้การทำงานของบุคลากรพยาบาลในการที่ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมีคุณภาพมากขึ้น จากเหตุผลข้างต้น อาจกล่าวได้ว่าปัจจัยด้านนโยบายของโรงพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยได้

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยนั้นมีประโยชน์ทั้งต่อเด็กป่วย ผู้ดูแล และต่อกรพยาบาล โดยในขณะที่เด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ เช่น การที่ต้องอยู่กับสิ่งแวดล้อมใหม่ที่ไม่น่าคุ้นเคย การที่ต้องได้รับการตรวจรักษา จะส่งผลให้เกิดผลกระทบต่างๆ กับเด็กป่วยได้ ซึ่งการที่ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยจะช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ โดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยนั้นมีประโยชน์ทั้งเด็กป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรพยาบาล ดังนี้

1. ประโยชน์ต่อเด็กป่วย

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยจะช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้นได้ เมื่อผู้ดูแลอยู่ด้วยและมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยจะเป็นการดำรงไว้ซึ่งปฏิสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด ทำให้เด็กป่วยรู้สึกปลอดภัยจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ลดความวิตกกังวลจากความพลัดพราก ลดความกลัว และลดความเจ็บปวดจากการได้รับการทำกิจกรรมการรักษา (Evan & French, 1995; Neill, 1996) ความเครียดและความวิตกกังวลของเด็กป่วยจะลดลงเมื่อผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Just, 2005; Lau, 2002) นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้ดูแลสามารถให้ข้อมูลแก่บุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับอาการที่ผิดปกติหรืออาการที่เปลี่ยนแปลงของเด็กป่วยซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาลได้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ (Neill, 1996) จากการศึกษาของวีเลอร์ (Wheeler, 2005) เกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยการสนับสนุนของผู้ดูแล พบว่า เมื่อผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย

ในด้านต่างๆ ทำให้เด็กได้รับการตอบสนองตามความต้องการที่แท้จริง ลดผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการให้การพยาบาล ส่งผลระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย

2. ประโยชน์ต่อผู้ดูแล

การเจ็บป่วยของเด็กทำให้เด็กมีอาการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย พฤติกรรมและอารมณ์ เนื่องจากเด็กต้องได้รับการตรวจและรักษา ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (วาสนา ไชยวงศ์, สุธิศา ล่ามช้าง, และวิมล ธนสุวรรณ, 2547) จากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า การที่ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนมีคุณค่า สามารถดูแลเด็กป่วย ตลอดจนได้ทราบอาการที่เปลี่ยนแปลงของเด็กป่วยทำให้ผู้ดูแลคลายความวิตกกังวลลงได้ (Lam, Chang, & Morrissey, 2005) นอกจากนี้ยังเป็นการสนับสนุนให้ผู้ดูแลปฏิบัติตามพันธกิจของตน และส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่นได้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2540)

3. ประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดเด็กป่วยมากที่สุด จะทราบอาการ พฤติกรรม หรือสิ่งที่ผิดปกติของเด็กป่วยได้ดีที่สุด ซึ่งทำให้บุคลากรพยาบาลได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยได้อย่างละเอียด ส่งผลให้เป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล สามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลเด็กป่วยได้ดียิ่งขึ้น (Espezel, & Canam, 2003) นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลได้ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กป่วย ทำให้เด็กป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น (รัตนาวดี ขอนตะวัน, 2542) ทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างเด็กป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรพยาบาล (Johnson & Lindschau, 1996)

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก (respiratory tract infection in children) พบบ่อยทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและเป็นโรคที่มีอัตราการตายในเด็กสูงสุด (World Health Organization [WHO], 2011) จากรายงานพบว่า สถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็กไทยพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 50,000 คนต่อประชากรแสนคนโดยการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ เป็นการเจ็บป่วยในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ปอดอักเสบ (pneumonia) หลอดลมอักเสบเฉียบพลันและหลอดลมเล็กอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchitis and acute bronchiolitis) การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลันอื่นๆ และพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส รองลงมาคือ เชื้อแบคทีเรีย (ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ, 2552; วิชา ธีรชัยพิชิตกุล, 2550) ซึ่งอาการสำคัญที่พบบ่อย ได้แก่ มีไข้ ไอ มีน้ำมูก มีเสมหะ และหายใจลำบาก ทั้งนี้เนื่องจาก เด็กอายุแรกเกิด ถึง 5 ปีมีทางเดินหายใจแคบ และการไอเพื่อขับเสมหะออกยังไม่มีประสิทธิภาพ จึงทำให้มีการอุดตันของทางเดินหายใจจากการบวมอักเสบของท่อทางเดินหายใจและมีเสมหะ สาเหตุดังกล่าวทำให้เด็กมีอาการหายใจลำบาก ขาดออกซิเจน และอาจจะหยุดหายใจได้ (Goodman & Brady, 2000)

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจ หมายถึง การติดเชื้อของทางเดินหายใจตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงกล่องปอด ซึ่งโรคติดเชื้อของระบบหายใจแบ่งได้เป็น โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (สุภรี สุวรรณจุฑะ, 2549, นวลจันทร์ ปราบพาล และจิตต์กาศิโรจนวงศ์, 2549; Wilson, 2009) ในการศึกษาครั้งนี้ จะกล่าวถึงการติดเชื้อทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยในเด็ก ดังต่อไปนี้

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน หมายถึง การติดเชื้อตั้งแต่ช่องจมูกจนถึงกล่องเสียง โรคที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน ที่พบบ่อยได้แก่ ไข้หวัด (common cold) ช่องหูส่วนกลางอักเสบ (otitis media) และการอักเสบของโพรงจมูก (sinusitis) คออักเสบ (pharyngitis) ต่อมทอนซิลอักเสบ (tonsillitis)

1. ไข้หวัด (common cold) เป็นโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็ก และอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อไปยังส่วนอื่นๆ ของทางเดินหายใจที่อยู่ใกล้เคียง สาเหตุของโรคเกิดจากเชื้อไวรัส เชื้อที่พบบ่อยคือ Rhinovirus และ Coronavirus ในเด็กแรกเกิด ถึง 5 ปี ระยะเวลาจะมีอาการไข้ ต่อมาจะเริ่มมีน้ำมูกไหล จาม ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการหายใจลำบากจนนอนได้น้อย บางคนอาจจะมีอาเจียนหรืออุจจาระร่วงด้วย หวัดไม่มีการรักษาจำเพาะ นอกจากรักษาตามอาการ เช่น ให้ยาลดไข้ อาจบรรเทาอาการแน่นจมูกในเด็กเล็กโดยให้ decongestant ชนิดรับประทาน และแนะนำให้ใช้น้ำเกลือหยอดจมูกเพื่อล้างน้ำมูกที่เหนียวออกจากโพรงจมูก ควรแนะนำให้ผู้ปกครองทราบถึงการดำเนินโรค การดูแลรักษาทั่วไป และลักษณะอาการต่างๆ ซึ่งบ่งชี้ว่าอาจมีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ อาการหอบ หายใจลำบาก เด็กอาจดื่มนมและน้ำได้น้อย และรับประทานอาหารได้น้อย จึงควรให้ดื่มน้ำมากๆ อาจให้น้ำหวานหรือน้ำผลไม้ได้ การให้น้ำอย่างเพียงพอจะทำให้มีน้ำมูกไม่เหนียว ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ คือ การติดเชื้อแบคทีเรียไปยังอวัยวะของระบบที่ใกล้เคียง ได้แก่ หูชั้นกลางอักเสบ ซึ่งเป็นโรคแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2549; Wilson, 2009)

2. คออักเสบ (pharyngitis) เป็น การติดเชื้อบริเวณ คอ หอยรวม ทั้งการอักเสบที่ต่อมทอนซิลด้วย พบได้บ่อยในเด็ก เชื้อที่เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ เชื้อไวรัส แต่แบคทีเรียที่เป็นสาเหตุสำคัญและจำเป็นต้องวินิจฉัยให้ได้ ลักษณะอาการทางคลินิกไม่สามารถแยกได้ชัดเจนว่าสาเหตุเกิดจากเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย คออักเสบจากเชื้อไวรัส มีอาการสำคัญ คือ ไข้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร เจ็บคอ จะเป็นมากขึ้นในวันที่ 2 และ 3 อาจมีเสียงแหบ ไอ และน้ำมูกไหลได้ ส่วนใหญ่จะมีอาการไม่นานเกิน 5 วัน ส่วนคออักเสบจากเชื้อสเตรปโตค็อกคัส (Streptococcal pharyngitis) มักพบในเด็กอายุเกิน 2 ปีขึ้นไป อาการสำคัญ คือ ไข้สูง มักเป็นอยู่ 1-4 วัน ในเด็กที่มีอาการรุนแรง อาจเป็นนานถึง 2 สัปดาห์ มีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง อาเจียน เจ็บคอ กลืนลำบาก คอแดง พบว่า 1 ใน 3 ของเด็กป่วยจะมีต่อมทอนซิลโต อาจมีหนองอยู่ในบริเวณคอร่วมด้วยและมักพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณคออักเสบด้วยเสมอ (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2549; Wilson, 2009)

3. ต่อมทอนซิลอักเสบ (tonsillitis) เป็น ได้ทุกกลุ่มอายุ พบบ่อยคือ เด็กอายุต่ำกว่า 9 ปี สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจาก group A β -hemolytic streptococcus ในเด็กโตจะมีอาการเจ็บคอ และกลืนลำบาก ในเด็กเล็กจะไม่กินอาหาร มีไข้ อ่อนเพลีย อาเจียน ไข้สูง บางครั้งมีอาการหนาวสั่น ลิ้นขาวเป็นฝ้า คออักเสบแดง ต่อมทอนซิลโต แดง และมีหนองปกคลุม (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2549; Wilson, 2009)

4. ไซนัสอักเสบ (sinusitis) เป็นปัญหาที่พบได้เสมอในเด็กที่เป็นหวัดอยู่นาน และมีการอักเสบร่วมด้วย มีอาการสำคัญคือ มีน้ำมูกไหลทางจมูกหรือลงคอ น้ำมูกมีลักษณะใสหรือเป็นหนองเป็นเวลานาน ปวดศีรษะหรือปวดบริเวณไซนัส แน่นหรือคัดจมูกมาก หายใจไม่ค่อยสะดวก ไอมานาน โดยไม่มีสาเหตุ มีกลิ่นเหม็นภายในช่องจมูก โดยผู้ที่มีอาการอักเสบรุนแรงจะมีไข้และอ่อนเพลียได้ (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2549; Wilson, 2009)

5. หูชั้นกลางอักเสบ (otitis media) มักเกิดจากเชื้อแบคทีเรีย พบบ่อยในเด็ก และมักจะเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการที่เป็นหวัดอยู่และไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง โรคนี้ยังมีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัส virus, mycoplasma pneumonia หรือ chlamydia pneumonia โดยมีการอักเสบบริเวณเยื่อภายในช่องหูชั้นกลาง ทำให้มีการบวมแดงและต่อมาจะเปลี่ยนเป็นหนอง ในเด็กจะบ่นเจ็บหู หูบวมๆ ถ้าเป็นมากเด็กจะร้องกวนเนื่องจากความเจ็บปวด ถ้าเป็นเรื้อรังอาจพบว่ามีอาการหูตึงหรือหูหนวกร่วมด้วย (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2549; Wilson, 2009)

6. คroup (croup) ได้แก่ กลุ่มอาการ acute laryngotracheitis, laryngotracheobronchitis พบบ่อยในเด็กอายุระหว่าง 6 เดือนถึง 3 ปี ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการของหวัดนำมาก่อนอาจมีไข้ต่ำๆ หรือบางครั้งอาจสูงก็ได้ ประมาณ 1-3 วัน หลังจากนั้นเมื่อการอักเสบลุกลามไปที่กล่องเสียง (larynx) บริเวณเส้นเสียงในลำคอ (vocal cord) และบริเวณ subglottic จะทำให้บวม และเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้หายใจลำบากและมีเสียงแหลมที่เรียกว่า stridor ชัดเจน โดยเฉพาะเวลาหายใจเข้า สาเหตุที่พบบ่อยเกิดจากเชื้อไวรัสที่ อาการของโรคในผู้ป่วยที่เป็นมากจะไอเสียงก้อง หายใจลำบาก และมีเสียง stridor ทั้งตอนหายใจเข้าและออก ในกรณีมีอาการไม่รุนแรงควรให้การรักษาตามอาการ แนะนำให้ดื่มน้ำมากๆ อาจให้ยาแก้ไอขับเสมหะ หรือยาขยายหลอดลม ถ้ามีอาการเกร็งตัวของหลอดลมร่วมด้วย ในรายที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง ควรต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด (นวลจันทร์ ปราบพาล และจิตต์ดาดีโรจนวงศ์, 2549; James & Ashwill, 2007)

โรคติดเชื้อหายใจส่วนล่าง

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง หมายถึง การติดเชื้อตั้งแต่ส่วนบนของหลอดลมคอบนไปจนถึงถุงลมในปอด โรคที่จัดอยู่ในกลุ่มโรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่างที่พบบ่อยได้แก่ หลอดลมอักเสบ (bronchitis) หลอดลมฝอยอักเสบ (bronchiolitis) และโรคปอดบวม (pneumonia) (นวลจันทร์ ปราบพาล และจิตต์ดาดีโรจนวงศ์, 2549; Wilson, 2009)

1. หลอดลมอักเสบ (bronchitis) อาจมีสาเหตุจากโรคมึแพ้ การติดเชื้อทั้งเชื้อแบคทีเรีย และไวรัส จะมีอาการไอแรงๆแบบมีเสมหะ ถ้าเป็นหลอดลมอักเสบที่มีสาเหตุจากการติดเชื้อมักจะ เริ่มด้วยอาการไอ น้ำมูกไหล ไอนามาก่อน ต่อมาอาการไอรุนแรงขึ้นแรงและถี่ ปกติหลอดลม อักเสบที่เกิดจากเชื้อไวรัสส่วนใหญ่จะหายเอง

2. หลอดลมฝอยอักเสบ (bronchiolitis) เป็นการติดเชื้อที่ทำให้มีการอักเสบในหลอดลม ฝอย ส่วนใหญ่สาเหตุจากเชื้อ RSV มักพบในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 ปี เริ่มด้วยอาการน้ำมูกไหล ไอ ต่ำๆ จากนั้นจะเริ่มหายใจเร็ว หอบและไอมาก และจะได้ยินเสียงหวีด (wheezing) ได้ทุกๆ ไป ในช่วงหายใจออกรวมทั้งอาจได้ยินเสียง (fine crepitation) ร่วมด้วยในบางครั้ง ส่วนในคนที่ มีอาการไม่รุนแรงจะดีขึ้นภายใน 2 - 3 วัน (นวลจันทร์ ปรามพาล และจิตต์คา คีโรจนวงศ์, 2549)

3. โรคปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นการติดเชื้อที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอด ประกอบด้วย หลอดลมฝอยส่วนปลายถุงลม ตลอดจนเนื้อเยื่อโดยรอบ สาเหตุการเกิดปอดอักเสบ ในเด็ก ได้แก่

3.1 การติดเชื้อไวรัส ปอดอักเสบในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส (วนพร อนันตเสรี, 2550; Schuchat & Dowell, 2004) จากการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า สาเหตุ ของปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เกิดจากเชื้อไวรัส ถึงร้อยละ 90 และในเด็กอายุ 3 สัปดาห์ ถึง 4 ปี เกิดจากเชื้อไวรัสร้อยละ 60 (Schuchat & Dowell, 2004) การศึกษาในประเทศไทย พบว่า มี เด็กอายุ 1-5 ปี ป่วยด้วยปอดอักเสบที่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัสและเชื้อที่พบบ่อยที่สุด คือ RSV กว่าร้อยละ 40 ของจำนวนเด็กป่วยด้วยปอดอักเสบทั้งหมด (Siritantikorn et al., 2002)

3.2 การติดเชื้อแบคทีเรีย เชื้อแบคทีเรียมักพบเป็นสาเหตุของปอดอักเสบในเด็ก แรกเกิด ส่วนใหญ่เกิดจาก Streptococcus group B (O'Brien et al., 2009) รองลงมาคือ Enteric bacilli Streptococcus pneumonia และ Haemophilus influenza ตามลำดับ (วนพร อนันตเสรี, 2550; หฤทัย กมลภรณ์, 2550; UNICEF, 2006; WHO, 2009) เด็กป่วยด้วยปอดอักเสบส่วนใหญ่มีอาการ ไอ ไอ หายใจเร็วกว่าปกติ

โรคปอดอักเสบมักพบหลังจากมีการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนมาก่อน อาการสำคัญ ได้แก่ ไอสูง ไอ หายใจเร็ว รายที่มีอาการรุนแรง จะมีหายใจหอบ หายใจลำบาก ชายโครงนูน มีเสียงหายใจผิดปกติ และอาจมีอาการแสดงที่ไม่ชี้เฉพาะร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง ปวดศีรษะ ครั่นเนื้อครั่นตัว เป็นต้น (Correa & Starke, 1998)

ผลกระทบของการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก

การเจ็บป่วยของเด็กที่ติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กจำเป็นต้องเข้ารับการรักษามีผลกระทบต่อเด็กและผู้ดูแล ดังนี้

1. ผลกระทบต่อเด็ก

การติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี ส่งผลต่อเด็ก ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ จากการเจ็บป่วยทำให้เด็กเกิดความไม่สุขสบาย จากอาการไอ หายใจเร็ว หอบเหนื่อย หายใจลำบาก และอ่อนเพลีย (เหตุย กมลภรณ์, 2550) การเจ็บป่วยของเด็กยังทำให้เด็กรับประทานอาหาร น้ำ และนมน้อยลง (เกศรา เสนงาม, ศรีกัลยา ภิญโญส โมสร, พิภุรรัตน์ วงศ์พานิชย์ และสุรรัตน์ อ่องสกุล, 2550) และการพักผ่อนนอนหลับน้อยลง (อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณและคณะ, 2550) หากเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับ การทำหัตถการต่างๆ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว จากการตรวจรักษา และการพยาบาล (Ball & Bindler, 2003) ทำให้เด็กเกิดความกลัว เครียด จากความเข้าใจ การเรียนรู้ และการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ มีจำกัด (Wilson, 2009) รวมทั้งมีต้องการให้ผู้ดูแลคอยดูแลใกล้ชิดตลอดเวลา หากไม่ได้รับการตอบสนองก็จะแสดงปฏิกิริยาที่สื่ออารมณ์ออกมาอย่างชัดเจน (Woodgate & Kristjanson, 1995) เช่น ร้องไห้มองหาบิดามารดา ไม่ให้คนแปลกหน้าแตะต้อง มีพฤติกรรมดื้อรั้นบิดามารดาเข้าหาตัว หรือเรียกร้องมากกว่าเดิม (อมรรักษ์ งามสวย และ จุติมา สุขเลิศตระกูล, 2551) หากเกิดความเจ็บป่วยบ่อยครั้ง อาจทำให้เกิดพัฒนาการล่าช้าได้

2. ผลกระทบต่อผู้ดูแล

การเจ็บป่วยของเด็กทำให้ผู้ดูแลต้องแสวงหาวิธีการดูแลเด็ก ต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กมากขึ้นในเรื่องการดูแลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลในชีวิตประจำวันทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาพักผ่อน (นวลจันทร์ ปราบพาล และ จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, 2549) และยังก่อให้เกิดความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการป่วยของเด็ก จากการเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็ก ทำให้ผู้ดูแลไม่คุ้นเคย (Felice & Friedman, 1997) ทำให้สภาพอารมณ์ของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Curley & Moloney-Harmon, 2001) ผู้ดูแลอาจเกิดความรู้สึกผิดที่ดูแลเด็กไม่ดี เมื่อเด็กเริ่มมีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย เด็กไม่ยอมดื่มนม หรือรับประทานอาหาร มีไข้ ไอ หายใจเร็ว หรือมีอาการหอบกระสับกระส่าย เด็กซึมลง (Ashwill & Droske, 1997) เกิดความรู้สึกกลัวในสิ่งต่างๆ กลัวว่าเด็กจะได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและการรักษา (Carey, 1999) หากเด็กป่วยรุนแรง ผู้ดูแลอาจจะต้องมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ หากผู้ดูแลเป็นมารดาไม่สามารถทำหน้าที่เดิมได้ บิดาอาจต้องทำหน้าที่แทนมารดา (Kristensson-

Hallstrom,2000) สำหรับผู้ดูแลที่เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องเข้ามาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยของโรงพยาบาล ทำให้เกิดความสับสนเกี่ยวกับบทบาทที่เหมาะสมของตน ขาดความมั่นใจไม่รู้ว่าจะทำอะไรได้บ้าง ทำอย่างไรจึงจะปลอดภัยสำหรับเด็ก บางรายเกิดความกังวลที่จะให้การดูแลเด็ก เพราะรู้สึกว่าคุณไม่มีความสามารถ บางรายอาจเกิดความรู้สึกผิด คับข้องใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือ ป้องกัน ปลอดภัยในขณะที่เด็กป่วยได้ (Whaley & Wong, 1999) ทำให้ผู้ดูแลเครียดมากขึ้น ส่งผลต่อความสามารถ และประสิทธิภาพในการดูแลตอบสนองความต้องการเด็กลดลง นอกจากนี้อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลียจากการดูแลเด็กป่วย และมีเวลาในการนอนหลับน้อยลง ทำให้รับประทานอาหาร และพักผ่อนไม่เพียงพอ (Carey, 1999)

การรักษาการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็ก

เด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มักจะมีอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อย มีน้ำมูกและเสมหะ ได้รับการรักษา ดังนี้

1. การรักษาแบบประคับประคอง เป็นการรักษาเพื่อประคับประคอง และดูแลรักษา ระบบทางเดินหายใจที่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เด็กป่วยหายจากโรค โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน การรักษาดังกล่าว ได้แก่

1.1 การให้ออกซิเจนในรายที่มีอาการเขียว หายใจเร็ว หอบชายโครงบวม ภาวะวณ ภาวะวาย หรือซึม หากเด็กมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนต่ำกว่าร้อยละ 94 ขณะหายใจในอากาศปกติ ควรได้รับออกซิเจนเพื่อรักษาระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่าร้อยละ 94 ผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลว หรือหยุดหายใจพิจารณาใส่ท่อหลอดลมคอ และเครื่องช่วยหายใจ (นวลจันทร์ ปรามพาล และจิตลัดดา ตีโรจนวงศ์, 2549)

1.2 การให้สารน้ำให้เพียงพอ เด็กป่วยในรายที่มีอาการรุนแรงมาก แพทย์จะพิจารณาให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และงดอาหารทางปาก โดยจะหลีกเลี่ยงการใส่สายยางให้อาหารทางจมูก โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กเล็กที่มีรูจมูกเล็ก และในเด็กป่วยที่มีอาการรุนแรงมาก หากจำเป็น ต้องเลือกสายที่มีขนาดเล็กที่สุด หรือใส่ทางปากแทน (นวลจันทร์ ปรามพาล และจิตลัดดา ตีโรจนวงศ์, 2549)

1.3 การทำกายภาพบำบัดตรวจออกตามความจำเป็น โดยการจัดท่าระบายเสมหะ และเคาะปอดให้กับเด็กที่มีเสมหะคั่งค้างในหลอดลม เพื่อช่วยให้เสมหะถูกขับออกจากปอดและหลอดลมได้ดีขึ้นในเด็กป่วยที่อาการหนักอาจใช้เพียงการสั่นสะเทือนบริเวณทรวงอก และช่วยดูดเสมหะก็จะช่วยระบายเสมหะที่คั่งค้างในหลอดลมออกมาได้ (British Thoracic Society,2002)

2. การรักษาตามอาการ ได้แก่ การให้ยาแก้ปวดลดไข้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่มีไข้ ปวดหู ปวดข้อ และมีเจ็บหน้าอก อาจไม่ยอมหายใจลึกๆ ทำให้ไม่สามารถไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรพิจารณาให้ยาขับเสมหะหรือยาละลายเสมหะ (British Thoracic Society, 2002) หรือให้ยาพ่นขยายหลอดลมในรายที่ฟังปอดได้ยินเสียงหวีด เด็กบางรายอาจพิจารณาให้ยาแก้ปวด เพื่อช่วยลดการปวดและทำให้เด็กป่วยสามารถไอได้ดีขึ้น (British Thoracic Society, 2002)

3. การรักษาแบบจำเพาะ ในกรณีที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างจากเชื้อไวรัส ไม่มียารักษาที่จำเพาะ ส่วนในกรณีที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้ออื่นๆ จะพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะ (British Thoracic Society, 2002)

การพยาบาลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ

เด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ มักจะมีอาการไข้ทำให้มีความไม่สบาย ไอ หายใจลำบากจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจเด็กป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจจึงจำเป็นต้องได้รับการพยาบาล ดังนี้

1. การดูแลให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ในกรณีที่เด็กป่วยเฉียบพลันมีอาการหายใจเร็ว เหนื่อยหอบจะได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจน โดยอาจให้ออกซิเจนด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การให้ออกซิเจนทางสายยางผ่านรูจมูกให้ออกซิเจนผ่านทางหน้ากาก ให้ออกซิเจนผ่านทางหน้ากากที่มีถุงเก็บออกซิเจน เป็นต้น ขณะที่เด็กได้รับออกซิเจน ควรมีประเมินอาการเด็กป่วย และติดตามระดับออกซิเจนในเลือดด้วยเครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอย่างสม่ำเสมอ (สุชาดา ศรีทิพย์วรรณ, จิตลัดดา ตีโรจนวงศ์, และนวลจันทร์ ปรามพาล, 2553) ซึ่งเด็กป่วยที่ได้รับออกซิเจนควรได้รับการเฝ้าระวัง และติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเกี่ยวกับอัตราการเต้นของหัวใจ อุณหภูมิของร่างกาย อัตราการหายใจ ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงลักษณะการหายใจ เช่น หายใจหน้าอกบวม หรือการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ อย่างน้อยทุก 4 ชั่วโมง (British Thoracic Society, 2002)

2. การดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอ เนื่องจากเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ มักจะมีอาการไข้ เบื่ออาหาร ประกอบกับมีอาการไอ หายใจเหนื่อย อาจต้องงดอาหารทางปาก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้เด็กป่วยได้รับสารน้ำ และอาหารไม่เพียงพอ จึงจำเป็นต้องให้ สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และ หรือต้องให้อาหารทางสายยาง ดังนั้น จึงควรแนะนำให้มารดา หรือผู้ดูแล ให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมากๆ และดูแลให้เด็กป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอด้วย (นวลจันทร์ ปรามพาล และ จิตลัดดา ตีโรจนวงศ์, 2549)

3. การดูแลให้ได้รับความชื้นหรือการบำบัดด้วยฝอยละออง โดยเด็กป่วยที่มีอาการหายใจลำบาก การมีเสมหะอุดตัน หรือมีการตีบแคบของทางเดินหายใจ จะได้รับการดูแลรักษาด้วยการให้ความชื้นหรือการบำบัดด้วยยาพ่นฝอยละออง เพื่อขยายหลอดลม หรือให้เสมหะอ่อนตัว และระบายออกได้ง่าย ป้องกันการสูญเสียน้ำจากทางเดินหายใจ และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซและการทำงานของปอด ซึ่งก่อนที่จะทำการให้ความชื้นหรือการบำบัดด้วยฝอยละออง พยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการช่วยจับหรืออุ้มเด็กป่วยในท่านั่ง หรือนอนท่าศีรษะสูง ขณะได้รับการบำบัดด้วยฝอยละออง และดูแลให้หน้ากากครอบจมูกให้ได้มากที่สุด และประเมินอาการเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจเป็นระยะๆ ในขณะที่ได้รับการบำบัดด้วยฝอยละออง เนื่องจากยาที่มีผลต่อการทำงานของหัวใจและหลอดเลือด หลังจากพ่นยาควรประเมินอาการและความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดซ้ำ กรณีเด็กป่วยอาการไม่รุนแรง หากร้องไห้ควรพักการบำบัดด้วยฝอยละอองไว้ก่อน และพ่นฝอยละอองต่อจนหมดเมื่อเด็กป่วยอาการสงบ (สุชาติ ศรีทิพย์วรรณ และคณะ, 2553)

4. การดูแลให้ได้รับยา ซึ่งยาที่เด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจอาจเป็นยาที่ให้เพื่อรักษาอาการติดเชื้อ หรือให้เพื่อบรรเทาอาการความเจ็บป่วย โดยเด็กป่วยอาจได้รับยาด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ โดยการรับประทาน โดยการให้ทางหลอดเลือดดำ ซึ่งพยาบาลควรที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการให้ยา หรือคุณสมบัติของยา หรืออาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดจากยา ลักษณะอาการที่เกิดขึ้นจากการแพ้ยา เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น (เฉลิมศรี สุวรรณเจดีย์ และจุฬารัตน์ สมรูป, 2550)

5. การดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในโรงพยาบาลเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็กป่วยโดยให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแล ได้แก่ การพยาบาลในการดูแลการทำความสะอาดร่างกาย การดูแลสุขภาพของช่องปาก ดูแลการรับประทานอาหาร และการดื่มนม การดูแลการขับถ่ายปัสสาวะหรืออุจจาระ และการดูแลเรื่องพักผ่อนนอนหลับ

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่ติดเชื้ทางเดินหายใจในโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนเป็นสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีเตียงรับผู้ป่วยไว้รักษาภายในตั้งแต่ 10-120 เตียง ไม่เกิน 150 เตียง โดยเป็นศูนย์บริการ และวิชาการทางด้านส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การปรับปรุงสุขภาพและสิ่งแวดล้อมชุมชน และการฟื้นฟูสภาพในระดับอำเภอ ตลอดจนส่งต่อเพื่อการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น โดยให้บริการครอบคลุมประชากรในเขตพื้นที่บริเวณรอบที่ตั้ง โรงพยาบาล เป็นหน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อสำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัด โดยโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่มี 25 โรงพยาบาล ซึ่งให้บริการที่เน้นบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ และทุติยภูมิครอบคลุมประชาชนทุกวัยในพื้นที่รับผิดชอบ ผู้ดูแลจะพาเด็กป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ส่วนใหญ่เด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนจะพักรักษาในหอผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยผู้ใหญ่ แต่แยกเป็นหอผู้ป่วยชายและหญิง ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยต้องดูแลทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่ เมื่อเทียบสัดส่วนระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน พบว่า บุคลากรยังขาดแคลน ทำให้การดูแลเด็กป่วยไม่ทั่วถึง ผู้ปกครองจึงได้ร่วมปฏิบัติกิจกรรมการรักษาพยาบาลนอกเหนือจากกิจวัตรประจำวันของเด็กที่ไม่ซับซ้อน เช่น การดูแลเด็กขณะได้รับการพ่นยา การดูแลการไหลของสารน้ำที่ให้ทางหลอดเลือดดำ การดูแลเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง การให้ยาทางปาก และการดูแลขณะเด็กได้รับออกซิเจน เป็นต้น

ส่วนใหญ่เด็กที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนเป็นการป่วยจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ เด็กป่วยอายุแรกเกิด ถึง 5 ปีที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับกิจกรรมพยาบาลตามแผนการรักษาตามอาการของเด็ก เช่น การเจาะเลือดเพื่อวินิจฉัยหาเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค ได้รับยาชนิดรับประทาน หรือยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ รายที่มีอาการหายใจเหนื่อยหรือหายใจลำบากอาจจะต้องได้รับออกซิเจนชนิดสายสอดทางจมูก อาจต้องงดน้ำ นม อาหาร และให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแทน บางรายอาจได้รับยาพ่นขยายหลอดลม เคาะปอด ดูแลเสมหะ เป็นต้น จากกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ดังกล่าว นอกจากได้รับการดูแลจากบุคลากรพยาบาลแล้ว ทางหอผู้ป่วยได้อนุญาตให้ผู้ปกครองได้อยู่ดูแลด้วย เนื่องจากเด็กเล็กมักไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม จึงจำเป็นต้องให้ผู้ดูแลมาช่วยเหลือ ซึ่งผู้ดูแลทำการดูแลในเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย การให้อาหาร และการขับถ่าย เป็นต้น

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนนั้น มีกิจกรรมที่ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (participation in routine care) เด็กอายุแรกเกิด ถึง 5 ปีซึ่งเป็นวัยที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ผู้ดูแลต้องปฏิบัติกิจกรรมดูแลเด็กด้วยตนเองเกือบทั้งหมด (Novak & Broom, 1999) จากการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลบุตรเจ็บป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า กิจกรรมส่วนใหญ่ที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติในการดูแลบุตร คือการดูแลด้านร่างกาย ซึ่งประกอบไปด้วย การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลให้นมหรืออาหาร การดูแลการขับถ่าย การดูแลการพักผ่อน และการดูแลความปลอดภัย (สุคนธา คุณาพันธ์, 2545) เมื่อเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลต้องป้อนนมหรืออาหารให้เด็ก เนื่องจากเด็กอาจมีอาการเบื่ออาหาร และในขณะที่

ที่เด็กมีอาการหายใจเหนื่อยหรือไอ เด็กอาจได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ร้องไห้กวน อาจตื่นนอนบ่อยและหลับยาก ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยปลอบโยนให้เด็กสงบ อาจต้องอุ้มจนกว่าเด็กจะหลับ

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล (participation in technical care) เด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาการของเด็กที่มักพบได้แก่ ไข้สูง ไอ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก เด็กจะได้รับกิจกรรมการพยาบาล เช่น ได้รับยา รับประทาน ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาอาการจากเชื้อที่เป็นสาเหตุ บางรายมีอาการหายใจลำบาก หอบ เด็กอาจจะดุนนมหรือรับประทานอาหารได้น้อย แพทย์จะให้ออกซิเจนให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เด็กที่มีอาการเหนื่อยหอบ อาจได้รับยาพ่นขยายหลอดลมหรือยาละลายเสมหะ เด็กส่วนใหญ่จะมีเสมหะในทางเดินหายใจ เด็กเหล่านี้จะได้รับการเคาะปอดดูดเสมหะเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง รวมทั้งเด็กเกือบทุกรายจะมีไข้ ซึ่งเด็กอาจจะได้รับยาลดไข้ และการเช็ดตัวลดไข้ (Dinwiddie, 1995; Loughlin, 1998; Wohl, 1998) กิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวอาจทำให้เด็กเกิดความเจ็บปวด กลัว เด็กจึงแสดงอาการขัดขืน หรือพยายามดิ้นรนในการรักษาออก เช่น สายยางให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และดึงสายยางให้ออกซิเจน ดังนั้น ในการดูแลเด็กป่วยที่มีกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว โดยการให้ผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล อาจช่วยให้เด็กลดความกลัว และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากขึ้น (สุคนธา คุณาพันธ์, 2545)

ในการดูแลเด็กป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจด้านกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ เช่น การเช็ดตัวลดไข้ที่ต้องทำบ่อยครั้งเนื่องจากเด็กมีไข้สูง การช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำเป็นประจำ เช่น การวัดสัญญาณชีพ การวัดปริมาณออกซิเจนในร่างกาย การปลอบโยนเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษา เช่น เจาะเลือด การเคาะปอด ดูดเสมหะ พ่นยา ฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อหรือหลอดเลือดดำ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่สายยางทางจมูก หรือปากในรายที่หายใจเหนื่อยมาก รับประทานอาหารได้น้อย การให้ยารับประทานแก่เด็กป่วย การสังเกตอาการผิดปกติของเด็กป่วย เช่น หายใจลำบาก มีอาการเขียว อาเจียน ท้องเสีย เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลและบุคลากรพยาบาล (participation in information sharing) เด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนใหญ่มักมีอาการไข้ ไอ บ่อย หายใจเร็ว หรือหายใจเหนื่อยหอบ ดุนนมหรือรับประทานอาหารน้อยลง ซึม อาการของเด็กมักเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2549) อาการและอาการแสดงดังกล่าวเป็นอาการที่เปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติของเด็กที่ผู้ดูแลไม่เคยพบเห็นมาก่อน จึงทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล และกลัวว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต การให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรพยาบาล อาจทำให้ผู้ปกครอง คลายความเครียด วิตกกังวล

และเป็นประโยชน์ต่อการรักษาพยาบาล คือ บุคลากรพยาบาลได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็ก ทำให้วางแผนการรักษาพยาบาลเด็กได้รวดเร็วยิ่งขึ้น (Novak & Broom, 1999) การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล เช่น บุคลากรพยาบาลอธิบายเรื่องการให้ยาปฏิชีวนะในเด็กป่วย ว่าให้เพื่ออะไร การให้ออกซิเจนวิธีต่างๆ และประโยชน์ของการเคาะปอด ดูแลเสมหะ พ่นยาขยายหลอดลม การบอกแผนการรักษาและความก้าวหน้าของอาการของเด็กให้ผู้ปกครองทราบ ความต้องการที่จะให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในด้านต่างๆ และการที่ผู้ดูแลให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยของเด็ก ประวัติการได้รับวัคซีน และกิจกรรมที่ผู้ปกครองต้องปฏิบัติ เป็นต้น

4. การมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย (participation in decision making) เนื่องจากเด็กที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจจะมีขั้นตอนต่างๆ ในการตรวจวินิจฉัยและรักษา ซึ่งอาจประกอบไปด้วยการให้ยาด้วยวิธีต่างๆ การให้ออกซิเจนในรูปแบบต่างๆ และการตรวจวินิจฉัยต่างๆ เพื่อหาสาเหตุของโรค ช่วยในการวินิจฉัยและการรักษาดังกล่าว ผู้ปกครองอาจต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จากการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กด้านการตัดสินใจในระดับน้อยแต่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในระดับมาก (ณิษกานต์ ไชยชนะและคณะ, 2545; อัมพร รอดสุทธิและคณะ, 2547)

ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของชาวกะเหรี่ยง

กะเหรี่ยงเป็นชาวเขาเผ่าที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย โดยรวมตัวกันอยู่หนาแน่นในพื้นที่ป่าเขาทางทิศตะวันตกของประเทศไทย บริเวณชายแดน ไทย-พม่า (ขวัญชีวัน บัวแดง, 2549) กะเหรี่ยงในประเทศไทย มีประมาณ 347,242คน คิดเป็นร้อยละ 46.80 ของจำนวนประชากรชาวไทย กระจายตัวอยู่ในจังหวัดกาญจนบุรี กำแพงเพชร เชียงราย เชียงใหม่ ตาก ประจวบคีรีขันธ์เพชรบุรี แพร่ แม่ฮ่องสอน ราชบุรีลำปาง ลำพูน สุโขทัย สุพรรณบุรีและอุทัยธานี ทั้งนี้ยังไม่นับถึงชาวกะเหรี่ยงที่อพยพเข้ามาในดินแดนไทยอย่างผิดกฎหมายในปัจจุบันนี้ (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555)

ชาวกะเหรี่ยงเป็นชาวไทยภูเขากลุ่มหนึ่งที่มีวิธีการดูแลสุขภาพอนามัยซึ่งถูกกำหนดมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อที่สืบทอดกันมา (พิทยา สายนำทาน, 2540) ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงมีวิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และภาษาของตัวเอง ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยมีความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วยว่าเกิดจากความผิดปกติของอวัยวะในร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลจากการ

รับประทานอาหารผิดและการสูญเสียสมดุลของร่างกาย และยังมีความเชื่อถือในอำนาจเหนือธรรมชาติและเคราะห์กรรมว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ทั้งนี้ ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงมีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตัวเอง มีหมอพื้นบ้าน รวมถึงความเชื่อและพิธีกรรมต่างๆ ในการรักษาอาการเจ็บป่วย และ โรคภัยที่เกิดขึ้น และได้มีการถ่ายทอดสู่กลุ่มชนรุ่นหลังต่อมา (ทัศนีย์ ฉิมสุค, 2542: สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์, 2553)

ความเชื่อของชาวกะเหรี่ยงดั้งเดิมยังส่งผลและมีอิทธิพลมากต่อการประพฤติปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ชาวกะเหรี่ยงให้ความสำคัญในทางศาสนาмаกนั้นคือ การนับถือผีและศาสนาพุทธรวมกัน ผีที่ชาวกะเหรี่ยงนับถือที่มีความสำคัญ ได้แก่ ผีเจ้าที่และผีต่างๆ ที่สิงสถิตอยู่ตามป่า ภูเขา ลำห้วย ในไร่ และในหมู่บ้าน ฯลฯ ผีที่ถือกันว่าเป็นผีร้ายนั้นเชื่อว่าเป็นผีที่จะทำให้ประสบภัยพิบัติทั้งปวง จึงต้องมีการเซ่นสังเวยด้วยอาหารต่างๆ ซึ่งได้แก่ หมู ไก่ ฯลฯ (สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์, 2553) นอกจากนี้มีความเชื่อในเรื่องผีต่างๆ มีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันต่อพวกเขาแล้ว ยังพบอีกว่าความเชื่อในเรื่องขวัญซึ่งมีประจำตัวของแต่ละคน เชื่อกันว่าขวัญชอบที่จะหนีไปท่องเที่ยวตามความต้องการของมันเป็นเอง และก็จะอาจจะถูกผีร้าย ต่างๆ ทำร้ายหรือกักขังไว้ซึ่งจะทำให้ผู้นั้นล้มป่วย การรักษาพยาบาลหรือวิธีที่จะช่วยเหลือคนเจ็บป่วยได้ก็คือการเรียกขวัญให้กลับมาสู่บุคคลที่เจ็บป่วยพร้อมกับทำพิธีผูกข้อมือรับขวัญด้วย ในสังคมของชาวกะเหรี่ยงนั้นเป็นปกติธรรมดา จะทำพิธีเลี้ยงผีและการเรียกขวัญของคนเจ็บป่วยแทนการรักษาสมัยใหม่ ถึงแม้จะมีระบบบริการสุขภาพสมัยใหม่เข้าไปรักษาก็ตาม ในปัจจุบันพิธีกรรมต่างดังกล่าวก็ยังคงมีอยู่ (ทัศนีย์ ฉิมสุค, 2542)

พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของชาวกะเหรี่ยง

ความรู้ในการรักษาพยาบาลพื้นบ้านของชาวกะเหรี่ยง เกิดจากการปฏิบัติและความเข้าใจในวิถีชีวิตประจำวัน ความรู้ดังกล่าวจึงแฝงไปด้วยความคิดที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างมนุษย์ ธรรมชาติ และสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ (พิทยา สายนำทาน, 2540) ด้วยเหตุนี้ความรู้ในการรักษาพยาบาลของกะเหรี่ยงจึงไม่ได้ขึ้นอยู่กับผู้ใดผู้หนึ่งเพื่อเข้ามาจัดการความรู้ในการรักษาพยาบาลของกะเหรี่ยงทั้งหมด แต่กะเหรี่ยงมีความรู้ในการรักษาพยาบาลพื้นบ้านที่กระจัดกระจายอยู่ในครอบครัว หรือ เครือญาติ ในความคิดทางด้านจักรวาลวิทยาของกะเหรี่ยง ความเจ็บป่วยเกิดขึ้น 3 ทางหลัก คือ การที่ขวัญหนีออกจากร่างกาย ผีเป็นผู้กระทำให้เกิดความเจ็บป่วย และความเจ็บป่วยเกิดจากธรรมชาติทั้งนี้กะเหรี่ยงจะมีวิธีการเพื่อวินิจฉัยว่าความเจ็บป่วยเกิดจากสาเหตุใด แล้วจึงรักษาตามสาเหตุของความเจ็บป่วยนั้น (ทัศนีย์ ฉิมสุค, 2542)

การค้นหาสาเหตุความเจ็บป่วย

เมื่อมีความเจ็บป่วยชาวกะเหรี่ยงจะยังไม่ทราบว่าตนเองเจ็บป่วยจากสาเหตุใด จะต้องมีการค้นหาสาเหตุการเจ็บป่วยของกะเหรี่ยง โดยผู้ทำนายหรือผู้เสี่ยงทาย การเสี่ยงทายเพื่อค้นหาสาเหตุของความเจ็บป่วยมีอยู่หลายวิธีการ ส่วนการเสี่ยงทายนั้นจะใช้วิธีการใดนั้นขึ้นอยู่กับความถนัดของผู้ทำนาย วิธีการเสี่ยงทายโดยทั่วไป มีดังนี้ การเสี่ยงทายด้วยหว่าย ด้วยกระดูกไก่ ด้วยไข่ไก่ ด้วยการนับเมล็ดข้าว ด้วยการนับชิ้นถ่าน ด้วยไม้ไผ่ และการเสี่ยงทาย โดยการถอนขนไก่ (กรมพัฒนาการสังคมและสวัสดิการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2555) ทั้งนี้ เนื่องจากความเชื่อของสาเหตุของการเจ็บป่วยชาวกะเหรี่ยงยังมีความเชื่อที่เกิดจากความผิดปกติของอวัยวะในร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลจากการรับประทานอาหารผิด และการสูญเสียสมดุลของร่างกาย และยังมีเชื่อถือในอำนาจเหนือธรรมชาติและเคราะห์กรรมว่าเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเจ็บป่วย ทั้งนี้ ชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงมีการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตัวเอง มีหมอพื้นบ้าน รวมถึงความเชื่อ และพิธีกรรมต่างๆ ในการรักษาอาการเจ็บป่วย และ โรคภัยที่เกิดขึ้น และได้มีการถ่ายทอดสู่กลุ่มชนรุ่นหลังต่อมา (ทัศนีย์ ฉิมสุค, 2542)

การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วย

การดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยของชาวกะเหรี่ยง จะใช้ความรู้ในเรื่องการใช้พืชสมุนไพร ซึ่งพ่อแม่จะเป็นผู้สอนให้ลูกให้รู้จักพืช รวมทั้งได้สอนให้รู้จักการใช้พืชนั้น ไม่ว่าจะเป็นพืชอาหารหรือพืชสมุนไพร การถ่ายทอดความรู้ดังกล่าวมักเกิดขึ้นในช่วงที่พ่อแม่อยู่กับลูก ไม่ว่าจะเป็นช่วงไปทำงานในไร่ หรือไปหาของป่า การเข้าไปล่าสัตว์ในป่า การถ่ายทอดความรู้ดังกล่าวต้องอาศัยการจดจำ และความคุ้นเคยใกล้ชิด นอกจากนี้พืชสมุนไพรกระจายในทุกพื้นที่ที่ชาวกะเหรี่ยงได้เข้าไปเกี่ยวข้อง เช่น พื้นที่ป่า พื้นที่ไร่ข้าว หรือบริเวณบ้าน เป็นต้น (ขจิตกัญ บุรุษพัฒน์, 2538) ทั้งนี้ ในส่วนขององค์ความรู้ในการรักษาพยาบาลของชาวกะเหรี่ยงนั้น กลับไม่เพียงพอที่จะเยียวยาความเจ็บป่วยได้ทั้งหมด เพราะ โรคที่เกิดขึ้นในปัจจุบันมีหลากหลายโรค ซึ่งชาวกะเหรี่ยงไม่รู้จักมาก่อน ซึ่งทำให้กะเหรี่ยงต้องพึ่งพาความรู้จากภายนอก จำเป็นต้องพึ่งพาสถานบริการสาธารณสุข เป็นผลทำให้การใส่ใจดูแลตนเอง หรือการศึกษาวิธีการพึ่งพาตนเองในการแพทย์พื้นบ้านลดลงด้วย (ทัศนีย์ ฉิมสุค, 2542)

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมืองการปกครอง รวมถึง การพัฒนาทางการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นปัจจัยภายนอกที่สนับสนุนให้เกิดกระบวนการ เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของชาวกะเหรี่ยง ที่มีลักษณะของกระบวนการเรียนรู้จากบุคคลภายนอก ชุมชน การเรียนรู้ผ่านสื่อมวลชน การได้รับการศึกษา การรู้จักโรค การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขมากขึ้น (สิริวรงค์ ปัญญาแก้ว, 2548) จึงทำให้ชาวกะเหรี่ยงมีการเปลี่ยนแปลง วัฒนธรรมประเพณี พิธีกรรม และความเชื่อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ โดยชาวกะเหรี่ยงได้มีการ เข้าถึงบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น รวมถึงเด็กชาวกะเหรี่ยงที่เจ็บป่วยได้มี โอกาสเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองของเชปปี้ (Schepp, 1995) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ในการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ เชปปี้ (Schepp, 1995) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง คือ การที่ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติ การดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล และผู้ปกครองต้องการที่จะปฏิบัติกรมีส่วนร่วม 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรม การพยาบาล การมีส่วนร่วมในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจในโรงพยาบาลชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาค้นครั้งนี้คือ ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ดูแลเด็กป่วยอายุแรกเกิดถึง 5 ปีที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ดูแลเด็กป่วยอายุแรกเกิดถึง 5 ปีที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่วาง และโรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาลชุมชน 2 แห่ง ในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ลาน้อยและโรงพยาบาลแม่สะเรียง ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2557 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาอย่างน้อย 24 ชั่วโมง
2. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด การได้ยินและการมองเห็น
3. มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการศึกษาค้นครั้งนี้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในครั้งนี้ใช้จากประชากรเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจอายุแรกเกิดถึง 5 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่วาง โรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาลแม่ลาน้อยและโรงพยาบาลแม่สะเรียงรวมจาก 4 โรงพยาบาลประมาณ 190 รายต่อปี โดยการเปิดตารางประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่ร์และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตันรากร, 2553) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 127 ราย แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 140 ราย และเลือกตามสัดส่วนของจำนวนประชากรทั้งหมดของแต่ละโรงพยาบาลได้กลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลแม่วาง โรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาลแม่ลาน้อย และโรงพยาบาลแม่สะเรียง เท่ากับ 30 44 33 และ 33 ราย ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อปี และความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วยที่คิดเชื่อกันทางเดินหายใจ ประกอบด้วย เพศ อายุ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับในปัจจุบันและระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

ชุดที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปปี้ (Schepp, 1995) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับ (back translation) โดยณิษกานต์ ไชยชนะ และคณะ (2545) และนำมาแปลเป็นภาษากะเหรี่ยง ประกอบด้วย ความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้านการตัดสินใจ แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีข้อคำถาม 24 ข้อ ให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่ต้องการมีส่วนร่วม
คะแนน 2	หมายถึง	ต้องการมีส่วนร่วมระดับน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	ต้องการมีส่วนร่วมระดับปานกลาง
คะแนน 4	หมายถึง	ต้องการมีส่วนร่วมในระดับมาก

การแปลผลความต้องการการมีส่วนร่วมโดยรวมและรายด้านจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลโดยรวม คะแนนรวม 24 – 96 การแปลผล ดังนี้

คะแนน 24 – 47 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับน้อย

คะแนน 48 – 71 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับปานกลาง

คะแนน 72 – 96 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับมาก

ความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลรายด้าน ดังนี้

1. ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ คะแนนรวม 6 – 24 การแปลผล ดังนี้

คะแนน 6 – 11 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับน้อย

คะแนน 12 – 17 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับปานกลาง

คะแนน 18 – 24 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับมาก

2. ด้านกิจกรรมการพยาบาล คะแนนรวม 8 – 32 การแปลผล ดังนี้

คะแนน 8 – 15 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับน้อย

คะแนน 16 – 23 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับปานกลาง

คะแนน 24 – 32 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับมาก

3. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล คะแนนรวม 4 – 16 การแปลผล ดังนี้

คะแนน 4 – 7 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับน้อย

คะแนน 8 – 11 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับปานกลาง

คะแนน 12 – 16 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับมาก

4. ด้านการตัดสินใจ คะแนนรวม 6 – 24 การแปลผล ดังนี้

คะแนน 6 – 11 หมายถึง มีต้องการมีส่วนร่วมระดับน้อย

คะแนน 12 – 17 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับปานกลาง

คะแนน 18 – 24 หมายถึง ต้องการมีส่วนร่วมระดับมาก

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแนวคำถามที่สร้างขึ้นเป็นคำถามปลายเปิด ได้แก่ ท่านต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย (บุตรหลาน) ของท่านขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงได้แสดงความคิดเห็น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีข้อคำถาม 24 ข้อ ให้คะแนน ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีส่วนร่วม
คะแนน 2	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับปานกลาง
คะแนน 4	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับมาก

การแปลผลการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวมและรายด้านจากคะแนนเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ดังนี้

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่ได้ปฏิบัติโดยรวม คะแนนรวม 24 - 96 การแปลผล ดังนี้

คะแนน 24 – 47	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับน้อย
คะแนน 48 – 71	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับปานกลาง
คะแนน 72 – 96	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับมาก

การมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลรายด้าน ดังนี้

1. ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ คะแนนรวม 6 – 24 การแปลผล ดังนี้

คะแนน 6 – 11	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับน้อย
คะแนน 12 – 17	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับปานกลาง
คะแนน 18 – 24	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับมาก
2. ด้านกิจกรรมการพยาบาล คะแนนรวม 8 – 32 การแปลผล ดังนี้

คะแนน 8 – 15	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับน้อย
คะแนน 16 – 23	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับปานกลาง
คะแนน 24 – 32	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับมาก
3. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล คะแนนรวม 4 – 16 การแปลผล ดังนี้

คะแนน 4 – 7	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับน้อย
คะแนน 8 – 11	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับปานกลาง
คะแนน 12 – 16	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับมาก
4. ด้านการตัดสินใจ คะแนนรวม 6 – 24 การแปลผล ดังนี้

คะแนน 6 – 11	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับน้อย
คะแนน 12 – 17	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับปานกลาง
คะแนน 18 – 24	หมายถึง	มีส่วนร่วมระดับมาก

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชวากะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่คิดเชื่อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งแนวคำถามที่สร้างขึ้นเป็นคำถามปลายเปิด ได้แก่ ท่านมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย (บุตรหลาน) ของท่านขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลชวากะเหรี่ยงได้แสดงความคิดเห็น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การแปลย้อนกลับ (back translation)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่คิดเชื่อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน แปลเป็นภาษากะเหรี่ยงและแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 ท่าน ที่เชี่ยวชาญภาษากะเหรี่ยงและเชี่ยวชาญในด้านการแปลภาษาไทยเป็นภาษากะเหรี่ยง (ภาคผนวก จ) หลังจากนั้นผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบเครื่องมือโดยเปรียบเทียบเครื่องมือที่ผู้ทรงคุณวุฒิแปลย้อนกลับเป็นภาษาไทยกับต้นฉบับว่ามีเนื้อหาตรงกันหรือไม่ เมื่อพบว่ามีเนื้อหาไม่ตรงกัน เช่น ข้อคำถามที่ถามว่า ท่านเป็นผู้ทำการดูแลพิเศษที่บุตรต้องได้รับ เช่น เปลี่ยนผ้าพันแผล แต่เครื่องมือที่แปลย้อนกลับแปลเป็น ท่านเป็นผู้ทำการดูแลในกิจกรรมที่บุตรต้องได้รับ ซึ่งไม่ตรงกับเนื้อหาของเครื่องมือต้นฉบับ ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาจึงร่วมกันพิจารณาและให้ผู้ทรงคุณวุฒิปรับแก้และแปลข้อคำถามให้ถูกต้องและมีความหมายตรงกับข้อคำถามต้นฉบับ และดำเนินการปรับปรุงเครื่องมือจนได้ความหมายตรงกับข้อคำถามต้นฉบับทุกข้อ

2. การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลฉบับภาษากะเหรี่ยง ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กป่วยชวากะเหรี่ยงในโรงพยาบาลแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient: α) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความต้องการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้ปฏิบัติเท่ากับ .87 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ภาคผนวก ก) และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงดำเนินการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยใช้ภาษากะเหรี่ยง ชี้อ้างวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูลและสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัย โดยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมในการวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่เด็กในการปกครองได้รับ ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้อ่านในเชิงวิชาการและภาพรวมไม่มีการระบุชื่อหรือลักษณะส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การเชื่อมโยงกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและจะดำเนินการทำลายทิ้งภายหลังผู้วิจัยได้รับการอนุมัติให้สำเร็จการศึกษา ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้โอกาสกลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติม และมีเวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในเอกสารที่จัดพิมพ์เป็นภาษากะเหรี่ยง (ภาคผนวก ก)

ขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่าน ซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่สามารถสื่อสารด้วยการพูด ฟังและอ่านภาษากะเหรี่ยงได้ช่วยในการรวบรวมข้อมูล การดำเนินงานในการรวบรวมข้อมูลมีขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อผ่านการรับรองของคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เสนอต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลแม่วาง โรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาลแม่สะเรียงและโรงพยาบาลแม่ลาน้อย เพื่อขออนุญาตรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วย
2. เมื่อได้รับอนุญาตให้รวบรวมข้อมูลแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยที่เป็นสถานที่วิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ พร้อมกับขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและวิธีการรวบรวมข้อมูลให้ผู้ช่วยวิจัยทราบ และอธิบายการใช้แบบสอบถามให้กับผู้ช่วยวิจัย โดยเน้นการรวบรวมข้อมูลให้

อ่านข้อความตามแบบสอบถามโดยไม่มีกรอบขยายเพิ่มเติม สำหรับข้อมูลในส่วนคำถามปลายเปิด ให้ผู้ช่วยวิจัยถามคำถามที่ระบุในข้อคำถามและสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจด้วยคำถามปลายเปิดตามแนวคำถามที่สร้างขึ้น พร้อมทั้งจดบันทึกและขออนุญาตบันทึกเสียงขณะทำการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้วิจัย จนสามารถรวบรวมข้อมูลตามแบบประเมินและสามารถสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างได้ถูกต้องและได้ข้อมูลครบถ้วน จึงให้ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปสัมภาษณ์ เมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนเป็นการบ่งบอกว่าผู้ช่วยวิจัยมีความพร้อมจึงให้เริ่มเก็บข้อมูลด้วยตัวเอง

4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยมีขั้นตอน ดังนี้

4.1 สํารวจรายชื่อเด็กป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด

4.2 เข้าพบผู้ดูแลเด็กป่วย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ดูแลรวมทั้งแจ้งสิทธิของผู้ปกครองเด็กป่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

4.3 เมื่อผู้ดูแลเด็กป่วยแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ดูแลเด็กป่วย ลงลายมือชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4.4 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้ผู้ดูแลตอบ โดยใช้เวลาในการตอบแบบประเมินและสัมภาษณ์เพิ่มเติมประมาณ 30 นาที

4.5 ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยและผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้าน

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้สถิติ Paired t-test เมื่อทดสอบข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ การมีส่วนร่วมรายด้าน

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Wilcoxon Matched Pair Signed Ranks test เมื่อทดสอบข้อมูลไม่มีการแจกแจงปกติ

4. ข้อมูลส่วนคำถามปลายเปิดที่ได้มาถอดเทปการสัมภาษณ์ แล้ววิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ดูแลเด็กป่วยอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่วาง โรงพยาบาลจอมทอง และโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ลาน้อย โรงพยาบาลแม่สะเรียง จำนวน 140 ราย ในระหว่างเดือนมกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2557 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงและเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ

ส่วนที่ 2 ความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 3 ความแตกต่างระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงและเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ

1.1 ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (n=140)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วย		
มารดา	94	67.1
บิดา	31	22.1
อื่นๆ (ย่า ยาย ตา ญาติ)	15	10.8
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	28	20.0
21-30 ปี	44	31.4
31-40 ปี	39	27.9
41-50 ปี	23	16.4
มากกว่า 50 ปีขึ้นไป	6	4.3
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	58	41.4
มัธยมศึกษา	32	22.9
อาชีวศึกษาหรืออนุปริญญา	3	2.1
ปริญญาตรี	5	3.6
อื่นๆ (ไม่ได้เรียนหนังสือ)	42	30.0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	94	67.2
รับจ้าง	43	30.7
ข้าราชการ	1	0.7
อื่น ๆ (แม่บ้าน ไม่ได้ประกอบอาชีพ)	2	1.4
รายได้ของครอบครัวต่อปี		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20,000 บาท	47	33.6
มากกว่า 20,000 – 50,000 บาท	55	39.3
มากกว่า 50,000 – 80,000 บาท	22	15.7
มากกว่า 80,000 – 110,000 บาท	10	7.2
มากกว่า 110,000 – 140,000 บาท	3	2.1
มากกว่า 140,000 บาท	3	2.1
ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย		
มาก	25	17.9
ปานกลาง	78	55.7
น้อย	31	22.1
ไม่ได้เลย	6	4.3

จากตารางที่ 1 แสดงลักษณะของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 140 ราย พบว่า ร้อยละ 67.1 มีความสัมพันธ์กับเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจโดยเป็นมารดา ร้อยละ 31.4 มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี ร้อยละ 41.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 67.2 ประกอบอาชีพเกษตรกรและร้อยละ 39.3 มีรายได้เฉลี่ยต่อปี มากกว่า 20,000 – 50,000 บาท ร้อยละ 55.7 มีความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทยระดับปานกลาง

1.2 ลักษณะส่วนบุคคลของเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน จำนวนวันที่เข้ารับการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล
(n=140)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	75	53.6
ชาย	65	46.4
อายุ		
1 เดือน - 1 ปี	29	20.8
มากกว่า 1 - 3 ปี	52	37.1
มากกว่า 3 - 5 ปี	59	42.1
(Range = 1 เดือน - 5 ปี, \bar{x} = 2.9 ปี, SD = 1.5)		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
1 ครั้ง	45	32.1
2 ครั้ง	34	24.3
3 ครั้ง	49	35.0
มากกว่า 3 ครั้ง	12	8.6
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน*		
ได้รับยาทางปาก	126	90.0
ได้รับยาพ่นฝอยละออง	102	72.86
ได้รับยาทางหลอดเลือดดำ	54	38.57

หมายเหตุ * = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน*		
ได้รับออกซิเจนด้วยวิธีต่าง ๆ	49	35.0
ได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ	27	19.29
อื่น ๆ	4	2.86
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล		
1 - 3 วัน	93	66.4
4 - 6 วัน	42	30.0
7 - 9 วัน	5	3.6

หมายเหตุ * = ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 2 แสดงลักษณะส่วนบุคคลของเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 140 ราย พบว่า ร้อยละ 53.6 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 42.1 มีอายุระหว่าง 3 – 5 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 2.9 ปี ร้อยละ 35.0 เข้ารับการักษาในโรงพยาบาล จำนวน 3 ครั้ง ร้อยละ 90.0 และร้อยละ 72.86 ได้รับการรักษาด้วยวิธีการได้รับยาทางปาก และด้วยวิธีได้รับยาพ่นฝอยละอองตามลำดับ และร้อยละ 66.4 เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 1-3 วัน

ส่วนที่ 2 ความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 3

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ตารางที่ 3 คะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาว
กะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ชุมชน (n=140)

ตัวแปร	พิสัย	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับ
ความต้องการการมีส่วนร่วมโดยรวม	39 - 96	76.87	0.97	มาก
ความต้องการการมีส่วนร่วมรายด้าน				
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	9 - 24	20.53	2.85	มาก
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	14 - 32	27.06	3.29	มาก
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	4 - 16	12.64	3.36	มาก
ด้านการตัดสินใจ	6 - 24	16.64	5.01	ปานกลาง
การมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวม	46 -95	75.86	11.73	มาก
การมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติรายด้าน				
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	14 - 24	20.51	2.68	มาก
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	16 - 32	26.59	3.53	มาก
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	4 - 16	12.56	3.52	มาก
ด้านการตัดสินใจ	6 - 24	16.19	5.14	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 คะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาว
กะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน
โดยรวมและรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 140 ราย มีความต้องการ
การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน
โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 76.87$, $SD = 0.97$)
โดยพบว่า มีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมที่
ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 20.53$,
 $SD = 2.85$; $\bar{x} = 27.06$, $SD = 3.29$; $\bar{x} = 12.64$, $SD = 3.36$ ตามลำดับ) และค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการ
ตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 16.64$, $SD = 5.01$)

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงทุกรายในการศึกษานี้ มีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 75.86, SD = 11.73$) โดยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล อยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 20.51, SD = 2.68$; $\bar{x} = 26.59, SD = 3.53$; $\bar{x} = 12.56, SD = 3.52$ ตามลำดับ) และด้านการตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 16.19, SD = 5.14$)

ส่วนที่ 3 ความแตกต่างระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ดังแสดงในตารางที่ 4 และตารางที่ 5

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนโดยการทดสอบที ($n=140$)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p-value
ความต้องการการมีส่วนร่วมโดยรวม	75.85	11.83	1.638	.104
การมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวม	76.87	11.52		

จากตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวมในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงพบว่า ความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติรายด้านของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนโดยการทดสอบวิลคอกชัน (n=140)

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล	Z	p-value
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	-2.252	.801
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	-2.186	.029
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	-1.189	.850
ด้านการตัดสินใจ	-1.682	.092

จากตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างของความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติรายด้านของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง พบว่า ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้านการตัดสินใจไม่แตกต่างกัน ส่วนในด้านของกิจกรรมการพยาบาล พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

จากการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงจำนวน 30 ราย ที่ยินดีตอบคำถามในส่วนที่เป็นคำถามปลายเปิดในประเด็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติและความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ได้รายละเอียด ดังนี้

1. ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ

1.1 การมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วย

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยติดเชื้ระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ซึ่งได้แก่ การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเปลี่ยนผ้าปูที่นอนของเด็กป่วย การดูแลเรื่องความสะอาดทั่วไป โดยให้เหตุผล 3 ประการ คือ

1) การรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของตนเอง

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงระบุว่า การดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ถือเป็นหน้าที่ของตนเอง เพราะรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของพ่อแม่หรือผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลขั้นพื้นฐานสำหรับเด็ก ซึ่งครอบคลุมในเรื่องของความสุขสบายทั่วไป การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยของเด็ก เพื่อตอบสนองความต้องการของเด็ก ซึ่งในขณะที่เด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลถึงแม้ว่าจะมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้การดูแลเด็กในด้านนี้แล้ว ตนเองก็ยังต้องทำหน้าที่นี้ด้วย เพื่อช่วยให้บุตรของตนได้รับการดูแลอย่างมีความสุข และมีความคิดว่าการที่ได้ทำหน้าที่นี้จะส่งผลให้ พ่อแม่หรือผู้ดูแลมีความเครียดหรือความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของลูกลดลงด้วย

2) การแสดงบทบาทของความเป็นบิดาและมารดาอย่างต่อเนื่อง

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงให้ข้อมูลว่า ในขณะที่เด็กป่วยอยู่ที่บ้าน บิดามารดาหรือผู้ดูแลจะมีบทบาทในการดูแลเด็กในทุกๆ เรื่อง ได้แก่ เรื่องรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การดูแลป้องกันการเกิดโรคต่างๆ เมื่อเด็กเกิดอาการเจ็บป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน บิดามารดาหรือผู้ดูแลจะมีบทบาทในการดูแลเด็กในด้านกิจกรรมที่ทำในทุกเรื่องเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีอาการที่ดีขึ้น หากเด็กเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลก็จะพยายามที่จะดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ตามบทบาทหน้าที่ที่ตนเองปฏิบัติมาตามความสามารถและไม่ขัดต่อระเบียบ ข้อบังคับของทางหอผู้ป่วยต่อเนื่องตามบทบาทที่ได้ทำจากที่บ้าน ทั้งนี้เชื่อว่า การที่ตนเองได้แสดงบทบาทความเป็นบิดามารดาอย่างต่อเนื่องนั้น มีส่วนช่วยให้ได้อยู่ใกล้ชิดกับเด็กป่วย และสามารถให้ความรักความอบอุ่นแก่เด็กป่วย ช่วยลดความวิตกกังวลของตนเองเกี่ยวกับอาการของเด็ก รวมทั้งช่วยลดความรู้สึกกับข้อใจในตัวบิดามารดาที่บางครั้งรู้สึกว่าการเจ็บป่วยในครั้งนี้ เกิดจากการที่ตนเองบกพร่องในบทบาทหน้าที่ของตนเองได้

3) นโยบายของโรงพยาบาล

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ให้ข้อมูลว่า เนื่องจากทางโรงพยาบาลมีนโยบายให้ผู้ดูแลสามารถอยู่ดูแลเด็กได้ตลอดเวลา รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กเป็นสิ่งที่เอื้อให้ตนเองสามารถปฏิบัติกรมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ รวมทั้งกิจกรรมในด้านอื่น ๆ ด้วย

1.2 ความต้องการการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ดังรายละเอียด ดังนี้

1) ความต้องการทำตามวิถีประจำวันเดิมของตนเอง

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง สะท้อนความคิดเห็นว่า ในขณะที่เด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กป่วยจะต้องให้การดูแลเด็กป่วยในด้านกิจกรรมที่ทำประจำภายใต้การดูแลของบุคลากรทางโรงพยาบาล ซึ่งในบางครั้ง กิจกรรมบางอย่างไม่เป็นไปตามวิถีดั้งเดิมของตนเอง เช่น ในเรื่องของการรับประทานอาหารของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 เดือน บุคลากรจะให้คำแนะนำและเน้นย้ำให้มารดาดูแลให้เด็กได้ดื่มนมมารดาเพียงอย่างเดียว แต่ในขณะที่อยู่ที่บ้าน มารดาจะป้อนกล้วย ข้าวและน้ำให้เด็กได้รับประทานร่วมกับนมมารดาด้วย เมื่อได้ปฏิบัติตามวิถีประจำวันของตนเอง กลับถูกบุคลากรตำหนิหรือถูกมองว่าให้การดูแลแบบไม่ถูกต้อง และรู้สึกวิตกกังวลกลัวลูกจะหายจากการเจ็บป่วยซ้ำเนื่องจากไม่ได้รับการดูแลตามวิถีประจำวันเดิมของตนเอง

2) ความต้องการปฏิบัติตามความเชื่อของตนเอง

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง สะท้อนความคิดเห็นว่า หากได้ปฏิบัติตามความเชื่อที่สืบทอดกันมาของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงจะสามารถส่งผลให้เด็กป่วยหายได้เร็วขึ้น โดยผู้ดูแลจะพยายามที่จะปฏิบัติตามความเชื่อ โดยปกปิดหรือแอบกระทำโดยไม่ให้เจ้าหน้าที่รู้ เช่น ผู้ดูแลเชื่อว่าการเช็ดตัวลดไข้ให้เด็กป่วยแต่ละครั้ง เป็นเสมือนการอาบน้ำให้แกเด็ก จึงคิดว่าไม่จำเป็นที่จะต้องอาบน้ำตามเวลาที่เจ้าหน้าที่กำหนด ถึงแม้ว่าเจ้าหน้าที่จะบอกว่าเป็นสิ่งที่ควรทำ เพื่อให้ร่างกายเด็กสะอาดแล้ว ทำให้เด็กมีความสุขสบายทางร่างกายก็ตาม ผู้ดูแลจะทำเพียงดูแลทำความสะอาดเฉพาะบางส่วนของร่างกาย เช่น การแปรงฟัน ล้างหน้าเพิ่มเติมเท่านั้น หากมีเจ้าหน้าที่มาบอกให้ผู้ดูแลเด็กให้อาบน้ำหรือนำผ้ามาให้สำหรับเปลี่ยนหลังอาบน้ำ ก็จะพาเด็กไปเปลี่ยนเสื้อผ้า พร้อมกับล้างหน้า ล้างมือและเท้า เท่านั้น สาเหตุที่ต้องปกปิดเจ้าหน้าที่เพราะกลัวถูกตำหนิและถูกห้ามปรามจากเจ้าหน้าที่

2. ด้านกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมการพยาบาล ดังรายละเอียด ดังนี้

1) ความต้องการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลภายใต้การดูแลหรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ให้ข้อมูลว่า ผู้ดูแลมีความต้องการที่จะปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนเอง เช่น การป้อนยา การพ่นยา หรือการทำหัตถการอื่นๆ ด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมให้เด็กร่วมมือต่อการรักษาพยาบาล ซึ่งในบางครั้งตนเองไม่สามารถได้ทำตามความต้องการได้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ให้เหตุผลว่า การที่ผู้ดูแลปฏิบัติอาจจะทำให้เด็กป่วยได้รับยาไม่ครบ หรือจะให้การพยาบาลที่ไม่ถูกขั้นตอนได้ ส่งผลเสียต่อตัวของเด็กป่วย ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงจึงตั้งเห็นว่า หากตนเองได้รับคำแนะนำหรือสามารถปฏิบัติการพยาบาลเด็กป่วยภายใต้การดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาล จะช่วยให้การดูแลเด็กป่วยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถนำความรู้ที่ได้รับนั้นไปใช้ในการดูแลเด็กป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลได้อีกด้วย

2) ความต้องการที่จะเข้าไปช่วยเหลือบางช่วงของการทำหัตถการ

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ให้ข้อมูลว่า การที่เด็กป่วยต้องถูกแยกออกจากผู้ดูแลไปทำหัตถการห้องอื่น หรือในขณะที่ทำหัตถการต่างๆ ต้องแยกผู้ดูแลออกจากเด็กป่วย ทำให้ตนเองเกิดความรู้สึกวิตกกังวลและรู้สึกสงสารลูกที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวด และความกลัวตามลำพัง ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมองว่า หากเจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ตนเองได้เข้าไปช่วยเหลือในบางช่วงของการทำหัตถการ ถือว่าได้เข้าไปให้กำลังใจเด็กป่วย อาจช่วยส่งผลให้เด็กป่วยมีกำลังใจ และขอมร่วมมือต่อการทำหัตถการมากยิ่งขึ้น

3. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านการตัดสินใจ

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านการตัดสินใจ รายละเอียด ดังนี้

1) การแจ้งแผนการรักษาหรือแผนการพยาบาลเด็กป่วยทุกครั้งก่อนให้การดูแล

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ให้ข้อมูลว่า อยากให้เจ้าหน้าที่แจ้งตนเองทุกครั้งก่อนที่จะให้การรักษาหรือการพยาบาลเด็กป่วย ซึ่งการที่เจ้าหน้าที่ได้ทำการแจ้งหรืออธิบายเกี่ยวกับสิ่งที่จะ

ปฏิบัติต่อเด็กป่วยนั้น จะทำให้ผู้ดูแลเข้าใจขั้นตอนและวิธีการรักษาพยาบาลรวมทั้งวิธีที่เจ้าหน้าที่พยาบาลหรือแพทย์จะกระทำต่อเด็กป่วย ผู้ดูแลจะสามารถบอกขั้นตอนหรือวิธีการปฏิบัติให้แก่เด็ก เพื่อให้เด็กเข้าใจช่วยปลอบใจเด็กให้ลดความกลัวลงได้ นอกจากนี้เด็กร่วมมือต่อการรักษามากยิ่งขึ้น

2) ต้องการล่าม

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ให้ข้อมูลว่า ในกรณีที่ผู้ดูแลพูดภาษาไทยไม่ได้ ทางหอผู้ป่วยควรจัดให้มีล่ามเพื่อสื่อสารกับผู้ดูแล เพราะบางครั้งการที่เจ้าหน้าที่ใช้ภาษาไทยในการสื่อสารกับผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่เข้าใจในสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องการจะปฏิบัติ แต่ก็ต้องยอมให้เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามที่ต้องการ เพราะเชื่อว่าสิ่งที่เจ้าหน้าที่ทำนั้น เป็นสิ่งที่จะช่วยให้เด็กมีอาการดีขึ้น แต่ตนเองก็จะวิตกกังวลและรู้สึกเป็นห่วงเด็กตลอดเวลา หากมีล่ามมาช่วยเหลือในการสื่อสาร จะสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจแผนการรักษา การปฏิบัติการตามแผนการรักษาของเจ้าหน้าที่พยาบาล รวมทั้งสามารถช่วยในเรื่องของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลด้วย

3) ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเด็กป่วยในทุกๆ เรื่อง

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ให้ข้อมูลว่า อยากมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเด็กป่วยในทุกๆ เรื่อง ไม่ว่าจะเป็นการฉีดยา การให้น้ำเกลือ หรือการให้ออกซิเจน เป็นต้น ซึ่งบางครั้งผู้ดูแลมีความรู้สึกว่าการรักษาหรือการทำหัตถการบางอย่างไม่เหมาะสมกับบุตรของตน เช่น เห็นว่าบุตรของตนมีอาการดีขึ้นแล้ว แต่ยังคงได้รับน้ำเกลือและการฉีดยาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้รู้สึกวิตกกังวลกับอาการเจ็บป่วยของบุตร ทั้งนี้อยากให้เจ้าหน้าที่ได้อธิบายรายละเอียดและความจำเป็นของการให้การรักษาด้วยวิธีต่างๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ประกอบกับการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ตัดสินใจเลือกด้วย

การอภิปรายผล

การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์และคำถามการวิจัย ดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาว
กะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

คำถามการวิจัยข้อที่ 1 ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก
ป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนอย่างไร

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วม
ในระดับมาก ($\bar{x} = 76.87$, $SD = 0.97$) โดยผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงร้อยละ 71.4 ต้องการมีส่วนร่วมใน
ระดับมาก ร้อยละ 25 ต้องการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง และร้อยละ 3.6 ต้องการมีส่วนร่วมใน
ระดับน้อย ตามลำดับ (ภาคผนวก ง) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงต้องการมีส่วน
ร่วมในแต่ละด้าน ดังต่อไปนี้

ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ

ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ พบว่า ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการมี
ส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจในระดับมาก ($\bar{x} = 20.53$, $SD = 2.85$) โดยมีความ
ต้องการการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 76.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.9 และระดับน้อย
ร้อยละ 0.7 (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจในการศึกษาคั้งนี้
มีอายุแรกเกิด ถึง 5 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยที่ 2.9 ปี ซึ่งในเด็กวัยนี้จะมีความต้องการพึ่งพาบุคคลอื่นมากจึง
ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลมาก เพราะยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย
ผู้ดูแลจะเป็นผู้ที่เข้าใจเด็กมากกว่าผู้อื่น (Novak & Broom, 1999) ผู้ดูแลจึงมีความต้องการการมีส่วน
ร่วมในการดูแลเด็กมาก เพราะถือเป็นหน้าที่ของตนเอง รับรู้หน้าที่ของพ่อแม่หรือผู้ดูแลจะต้อง
ให้การดูแลขั้นพื้นฐานสำหรับเด็ก ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมทำประจำเป็น
การดูแลในเรื่องของความสุขสบายทั่วไป การรับประทานอาหาร การดูแลสุขอนามัยของเด็ก เพื่อ
ตอบสนองความต้องการของเด็ก (Schepp, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ แชนภา รัตนพิบูลย์
และคณะ, (2554) พบว่า ผู้ปกครองมีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรม
ที่ทำประจำอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 18.67 ($SD = 3.26$) เนื่องจาก ผู้ดูแลถือว่าเป็นหน้าที่ของ
ตนเอง หน้าที่ของพ่อแม่หรือผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลขั้นพื้นฐานสำหรับเด็ก จากการศึกษาครั้งนี้
พบว่า ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงร้อยละ 67.1 เป็นมารดา ซึ่งเป็นบุคคลที่มีความผูกพันและดูแลเด็กป่วยติด
เชื้อทางเดินหายใจอย่างใกล้ชิดมาโดยตลอด และถือว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กขณะ
อยู่ที่บ้าน และเมื่อเด็กเกิดความเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาจึงต้องการที่
จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เพื่อแสดงบทบาทความเป็นบิดาและมารดาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้อง

กับการศึกษาของณิกานต์ ไชยชนะ และคณะ (2545) อัมพร รอดวิสุทธิ์และคณะ (2549) ที่พบว่า การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กทำให้มารดาได้คงบทบาทเป็นผู้ปกครองในการดูแลเด็กใน โรงพยาบาลอีกด้วย นอกจากนี้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ร้อยละ 10.8 เป็นญาติใกล้ชิด เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย เป็นต้น ที่เป็นผู้ดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจาก ลักษณะครอบครัว และสังคมของชาวกะเหรี่ยงส่วนใหญ่จะมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในกลุ่มญาติ และครอบครัว ซึ่งเมื่อเด็กในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย ผู้ดูแลที่เป็นญาติใกล้ชิดจะพร้อมให้ความช่วยเหลือ และเป็นผู้มาดูแลเด็กป่วยที่โรงพยาบาลได้ ชาวกะเหรี่ยงเป็นชาวเขากลุ่มหนึ่งที่มีความเชื่อ วิถีชีวิต ประเพณี วัฒนธรรม และภาษาของตัวเอง รวมถึงมีวิธีการดูแลสุขภาพอนามัยซึ่งถูก กำหนดมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อที่สืบทอดกันมา (พิทยา สายนำทาน, 2540) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงต้องการที่จะทำตามวิถีประจำวันเดิมของตนเองและต้องการปฏิบัติตาม ความเชื่อของตนเอง เพื่อส่งผลให้เด็กป่วยสามารถหายได้เร็วขึ้น ซึ่งชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยงมีการใช้ภูมิ ปัญญาท้องถิ่นในการดูแลตัวเอง มีหมอพื้นบ้าน รวมถึงความเชื่อและพิธีกรรมต่างๆ ในการรักษา อาการเจ็บป่วย และโรคร้ายที่เกิดขึ้น โดยมีการถ่ายทอดสู่กลุ่มชนรุ่นหลังต่อมา (ทัศนีย์ นิรมิต, 2542)

ด้านกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาลในระดับมาก ($\bar{x} = 27.06$, $SD = 3.29$) โดยมีความต้องการการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.4 และระดับน้อย ร้อยละ 0.7 (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้อาจ เนื่องจากเด็กป่วยที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนมักพบอาการ ไข้ ไอ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก ซึ่งจะได้รับกิจกรรมการพยาบาล เช่น ได้รับยาบรรเทาอาการ ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาอาการจากเชื้อที่เป็นสาเหตุ เด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดิน หายใจที่มีอาการหายใจลำบาก หอบ อาจจำเป็นต้องได้รับออกซิเจน พ่นขยายหลอดลมหรือยา ละลายเสมหะ ดังผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า เด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ ร้อยละ 90 ได้รับการ รักษาด้วยการได้รับยาทางปาก ร้อยละ 72.86 การรักษาด้วยวิธีได้รับยาพ่นฝอยละออง ร้อยละ 38.57 ได้รับยาทางหลอดเลือดดำ และร้อยละ 35 ได้รับออกซิเจน ซึ่งกิจกรรมการพยาบาล ดังกล่าว อาจทำ ให้เด็กเกิดความเจ็บปวด ความกลัว เด็กอาจจะแสดงอาการชัดเจน หรือพยายามดิ้นรนในการ รักษาออก เช่น สายยางให้สารน้ำทางหลอดเลือด และดึงสายยางให้ออกซิเจน ดังนั้น ในการดูแลเด็ก ป่วยที่มีกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าว โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล อาจทำให้เด็กป่วยลดความกลัว และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากขึ้น (สุคนธา คุณาพันธ์, 2545) จากเหตุผลข้างต้น ส่งผลให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความต้องการที่จะปฏิบัติ

กิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อนด้วยตนเอง เช่น การป้อนยา การพ่นยา หรือช่วยในการทำหัตถการของพยาบาล เพื่อให้ได้ร่วมมือต่อการรักษาพยาบาล ซึ่งในบางครั้งผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงไม่สามารถได้ทำตามความต้องการ เพราะอาจรบกวนหรือขัดกับหลักของการพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงส่วนหนึ่งไม่มีความรู้ในเรื่องหลักการดูแล กลัวทำผิดหลักการพยาบาล กลัวบุคลากรทางการพยาบาลตำหนิ จึงต้องการให้พยาบาลได้บอกหรืออธิบายวิธีการดูแลที่ถูกต้อง จะได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมพยาบาลบางอย่างได้และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติเมื่อเด็กออกจากโรงพยาบาล

ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงกับพยาบาลผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในระดับมาก ($\bar{x} = 12.64$, $SD = 3.36$) โดยมีความต้องการการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 67.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 20 ระดับน้อย ร้อยละ 4.3 และไม่ต้องการมีส่วนร่วม ร้อยละ 8.6 (ภาคผนวก ง) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิรินาตยา วงศ์वालและ (2552) ที่พบว่า ร้อยละ 54 ผู้ปกครองได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่างด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้การติดเชื้ทางเดินหายใจในเด็กส่วนใหญ่มักมีอาการไข้ ไอ หายใจเร็ว หรือหายใจเหนื่อยหอบ ทำให้เด็กดูคนมหรือรับประทานอาหารน้อยลง ซึม อาการของเด็กมักเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2549) อาการที่เปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติของเด็ก อาจทำให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงเกิดความเครียด วิตกกังวล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงส่วนหนึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ร้อยละ 30 ไม่ได้เรียนหนังสือ จึงทำให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงต้องการข้อมูลในการดูแล เพื่อให้มีความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และเมื่อพบเด็กมีอาการเปลี่ยนแปลงจึงมีความต้องการที่จะแจ้งอาการให้พยาบาลทราบ และสอบถามอาการของเด็กเป็นระยะๆ รวมทั้งซักถามแนวทางการดูแลรักษา การปฏิบัติตัว และการดูแลเด็ก เพื่อคลายความเครียด และวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของเด็ก อย่างไรก็ตามผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงส่วนหนึ่งยังมีอุปสรรคในการสื่อสารด้วยภาษาไทยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูล จึงต้องการให้มีล่ามที่จะช่วยสื่อสารระหว่างผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงและบุคลากรทางการพยาบาล เพราะบางครั้งการที่เจ้าหน้าที่ใช้ภาษาไทยในการสื่อสารกับผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ ทำให้ผู้ดูแลไม่เข้าใจในสิ่งที่เจ้าหน้าที่ต้องการสื่อสาร หากมีล่ามมาช่วยเหลือในการสื่อสาร จะช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจแผนการรักษา การปฏิบัติตามแผนการรักษาของเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรพร ปัญญา, สุริสา ล่ามช้าง, และวิมล ธนสุวรรณ (2548) พบว่า ผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงมีอุปสรรคในการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพกับ

บุคลากร ทำให้ผู้ปกครองชาวกะเหรี่ยงมีความต้องการที่จะให้มีล่ามประจำหอผู้ป่วยเพื่อช่วยในการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่พยาบาล ซึ่งจะสามารส่งเสริมให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความเข้าใจแผนการรักษา การปฏิบัติการตามแผนการรักษาของเจ้าหน้าที่พยาบาลได้

ด้านการตัดสินใจ

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 16.64$, $SD = 5.01$) โดยมีความต้องการการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 37.8 ระดับปานกลาง ร้อยละ 40.7 ระดับน้อย ร้อยละ 12.9 และไม่ต้องการมีส่วนร่วม ร้อยละ 8.6 (ภาคผนวก ง) ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงร้อยละ 30 ของการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้เรียนหนังสือ และผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ในระดับปานกลาง น้อย และไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ คือ ร้อยละ 55.7, 22.1 และ 4.3 ตามลำดับ ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงกลุ่มนี้อาจขาดความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย และแนวทางในการดูแลรักษาเด็กป่วยขณะรักษาในโรงพยาบาล ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทยที่น้อยทำให้มีอุปสรรคในการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงและบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงจึงมอบให้บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย เพราะเชื่อว่าบุคลากรมีความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กป่วยมากกว่า และสามารถให้การดูแลรักษาบุตรให้อាកาศดีขึ้นได้ จึงอาจมีผลต่อค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจของผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลาง จากการที่เด็กป่วยต้องได้รับหัตถการในการตรวจวินิจฉัย และการรักษา ทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กและหัตถการที่เด็กป่วยได้รับในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความเห็นว่า การรักษาหรือการทำหัตถการบางอย่างไม่เหมาะสมกับบุตรของตน ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงจึงมีความต้องการการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา นอกจากนี้ยังมีผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงส่วนหนึ่งที่มีความรู้ ประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยจากการดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในครั้งที่ผ่านๆ มา ได้รับความรู้จากการศึกษาหาข้อมูล จากสื่อต่างๆ และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้นั้น ทำให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แนวทางการดูแลรักษาที่ถูกต้องทำให้มีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษา และการพยาบาลได้ ทำให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจในระดับมากด้วย อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความ มีความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเด็กป่วยในทุกๆ เรื่อง เนื่องจากกังวลว่าหัตถการดังกล่าวจะทำให้เด็กได้รับความเจ็บปวด ไม่สุขสบาย หรือรู้สึกว่าการรักษาหรือการทำหัตถการบางอย่างไม่เหมาะสมกับบุตรของตนจึงอยากมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

คำถามการวิจัยข้อที่ 2 ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนอย่างไร

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงทุกรายมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยที่การติดเชื้ทางเดินหายใจโดยรวมและรายด้าน ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 75.86$, $SD = 11.73$) โดยผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงร้อยละ 66.4 ได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 29.3 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 4.3 อยู่ในระดับน้อยตามลำดับ (ภาคผนวก ง) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในแต่ละด้าน ดังนี้

ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ

การมีส่วนร่วมที่ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงได้ปฏิบัติด้านกิจกรรมที่ทำประจำ พบว่า ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติด้านกิจกรรมที่ทำประจำในระดับมาก ($\bar{x} = 20.51$, $SD = 2.68$) โดยได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 74.3 และระดับปานกลาง ร้อยละ 25.7 ได้ (ภาคผนวก ง) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจมีอายุแรกเกิดถึง 5 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 2.9 ปี เป็นวัยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อย ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่เข้าใจเด็กมากกว่าผู้อื่นเป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงจึงต้องมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ซึ่งประกอบไปด้วยกิจวัตรประจำวันต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานให้กับเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุคนธา คุณาพันธ์ (2545) ที่พบว่า เด็กที่มีการติดเชื้ทางเดินหายใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนผู้ดูแลจะปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำ ได้แก่ การป้อนนมหรืออาหารให้เด็ก เนื่องจากเด็กอาจมีอาการเบื่ออาหารไม่ยอมรับประทานอาหาร และในขณะที่เด็กมีอาการหายใจเหนื่อย ไอ เด็กอาจได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ร้องไห้กวน อาจตื่นนอนบ่อยและหลับยาก ทำให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงต้องคอยปลอบโยนให้เด็กสงบ หรืออาจต้องอุ้มจนกว่าเด็กจะหลับ และการที่ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการศึกษารั้งนี้มีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติด้านกิจกรรมที่ทำประจำในระดับมากนั้น อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของตนเองได้แสดงบทบาทของความเป็นบิดาและมารดาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงรับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของพ่อแม่

หรือผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็ก ไม่ว่าจะอยู่บ้านหรือโรงพยาบาล ก็จะพยายามที่จะดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ตามบทบาทหน้าที่ที่ตนเองปฏิบัติมาตามความสามารถที่ทำให้ได้เพื่อให้บุตรมีอาการดีขึ้น ถึงแม้ว่าจะมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้การดูแลเด็กอยู่ก็ตาม ในส่วนของปัจจัยด้านโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลชุมชนมีนโยบายให้ผู้ดูแลสามารถอยู่ดูแลเด็กได้ตลอดเวลา รวมทั้งได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในขณะที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงเป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกรมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ รวมทั้งกิจกรรมในด้านอื่นๆ ด้วย นอกจากนี้ในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำพบว่า ชาวกะเหรี่ยง มีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยว่าเมื่อเด็กเกิดเจ็บป่วยไม่ควรอาบน้ำเพราะอาจจะทำให้เด็กอาการทรุดลง และอาจทำให้เด็กหายจากการเจ็บป่วยช้าลง การดูแลดังกล่าวผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงจึงไม่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในข้อนี้ จึงเป็นผลทำให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงส่วนหนึ่งมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจในด้านการกิจกรรมที่ทำประจำในระดับปานกลาง

กิจกรรมด้านกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติด้านกิจกรรมการพยาบาลในระดับมาก ($\bar{x} = 26.59$, $SD = 3.53$) โดยได้ปฏิบัติกรมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 75 ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.3 และ ระดับน้อย ร้อยละ 0.7 (ภาคผนวก ง) เนื่องจากเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนมักพบอาการ ไข้ ไอ มีน้ำมูก มีเสมหะ หายใจลำบาก เด็กจะได้รับกิจกรรมการพยาบาล เช่น ได้รับยารับประทาน ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำเพื่อรักษาอาการจากเชื้อที่เป็นสาเหตุ เด็กที่มีอาการหายใจลำบาก หอบ อาจจำเป็นต้องได้รับออกซิเจน พ่นขยายหลอดลมหรือยาละลายเสมหะ บางรายจำเป็นต้องได้รับการเคาะปอดดูดเสมหะ เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง ในรายที่ดูคนหรือรับประทานอาหารได้น้อย จำเป็นที่จะต้องได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพื่อให้ได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ และเด็กทุกรายจะมีไข้ ซึ่งเด็กอาจจะได้รับยาลดไข้ และการเช็ดตัวลดไข้ร่วมด้วย (Dinwiddie, 1995; Loughlin, 1998; Wohl, 1998) กิจกรรมการพยาบาล ดังกล่าวอาจทำให้เด็กเกิดความเจ็บปวด กลัว เด็กจึงแสดงอาการดื้อรน ขัดขืน ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ผู้ดูแลจึงได้มีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อให้เด็กลดความกลัว และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลมากขึ้น (สุคนธา คุณาพันธ์, 2545) กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ดูแลปฏิบัติเป็น การช่วยเหลือกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อน ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การวัดสัญญาณชีพ การวัดปริมาณออกซิเจนในร่างกาย การป้อนโยนเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษา เช่น เจาะ

เลือด การเกาะปอด จุดเสมหะ ฟันยา หรือหลอดเลือดดำ ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และการสังเกตอาการผิดปกติของเด็กป่วย เช่น หายใจลำบาก มีอาการเขียว เป็นต้น ทั้งนี้เหตุผลที่ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กด้านกิจกรรมการพยาบาลในระดับมาก อาจเนื่องมาจากจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษของเด็กป่วยป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจ ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนครั้งเฉลี่ยของการเข้ารับการรักษายู่ที่ 2 ครั้ง ทำให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงมีความคุ้นเคยกับบุคลากรพยาบาล คุ้นเคยกับสภาพ อาการของเด็กป่วย และการรักษา และกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ที่เด็กป่วยได้รับ ทำให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น และพัฒนาทักษะต่างๆ ให้คุ้นเคยกับการรักษาพยาบาลและการอยู่โรงพยาบาล จึงส่งผลให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมการพยาบาลมากขึ้นด้วย นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมการพยาบาลบางอย่าง เช่น การช่วยเหลือขณะฟันยา หรือได้รับออกซิเจน ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงส่วนหนึ่งอาจไม่กล้าที่จะปฏิบัติเนื่องจาก ไม่มีความรู้กลัวจะผิดพลาด กกลัวทำผิด กกลัวบุคลากรทางการพยาบาลตำหนิ จึงทำให้ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีส่วนร่วมด้านในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลดังกล่าวในระดับน้อย จึงส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนอยู่ในระดับปานกลางและระดับน้อย

ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล

ในด้านการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงกับพยาบาล ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{x} = 12.56$, $SD = 3.52$) โดยได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 61.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.8 ระดับน้อย ร้อยละ 7.9 และ ไม่มีส่วนร่วม ร้อยละ 7.9 (ภาคผนวก ง) เนื่องจากเด็กที่มีการติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนใหญ่มักมีอาการไข้ ไอ หายใจเหนื่อยหอบ คุณนมหรือรับประทานอาหารน้อยลง ซึม อาการของเด็กมักเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2549) อาการและอาการแสดงดังกล่าวเป็น อาจทำให้ผู้ดูแลให้เกิดความเครียด วิตกกังวล และกลัวว่าจะเป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้ดูแลจึงได้แลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรพยาบาล เพื่อรับแจ้งอาการจากพยาบาล สอบถามอาการของเด็กป่วย รวมทั้งแนวทางการดูแลรักษาและการปฏิบัติเพื่อดูแลเด็ก เพื่อคลายความเครียด วิตกกังวล ทำให้เป็นประโยชน์ต่อการดูแลของผู้ดูแล การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้ดูแลของบุคลากรพยาบาลทำให้ได้รับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็ก นำไปสู่การวางแผนการรักษาพยาบาลเด็กได้ถูกต้อง (Novak & Broom, 1999) เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนเป็น โรงพยาบาลขนาดเล็ก ทำให้มีความใกล้ชิดกัน

ระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีโอกาสในการแลกเปลี่ยนข้อมูลมาก อย่างไรก็ตามการสื่อสารระหว่างผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงและบุคลากรทางการแพทย์ ยังมีอุปสรรคในการแลกเปลี่ยนข้อมูล เนื่องจากผู้ดูแลมีปัญหาด้านการสื่อสารด้วยภาษาไทย จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ร้อยละ 22.1 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ในระดับน้อย และร้อยละ 4.3 ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย จึงทำให้เป็นอุปสรรคในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจ เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถสื่อสารความต้องการ ให้ความคิดเห็น หรือสื่อสารเพื่อตัดสินใจกับบุคลากรทางการแพทย์ได้ รวมทั้งผู้ดูแลอาจไม่เข้าใจในสิ่งที่บุคลากรสื่อสารออกมาได้ นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 30 ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ต้องสื่อสารกับผู้ดูแลให้มากขึ้นในการให้คำแนะนำ อธิบายและสาธิตวิธีการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจ การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรทำให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงอาจส่งผลให้การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงอยู่ในระดับมากด้วย

ด้านการตัดสินใจ

ในการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนที่ได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 16.19, SD = 5.14$) โดย ได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในระดับมาก ร้อยละ 39.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 35.7 ระดับน้อย ร้อยละ 17.1 และไม่มีส่วนร่วม ร้อยละ 7.9 (ภาคผนวก ง) เนื่องจากเด็กป่วยโรกระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อาจจะได้รับเหตุการณ์ในการตรวจวินิจฉัย เพื่อหาสาเหตุของโรค ได้แก่ การเจาะเลือด ตรวจเสมหะ ถ่ายภาพรังสีทรวงอก เด็กต้องการการดูแลรักษาด้วยการให้ยา กิน ยาฉีดเข้าทางหลอดเลือด เด็กป่วยติดเชื้ทางเดินหายใจที่มีอาการหอบเหนื่อยจำเป็นต้องได้รับออกซิเจนในรูปแบบต่างๆ และการรักษาดังกล่าวเป็นการดูแลเฉพาะ ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์และทางการแพทย์ ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงส่วนหนึ่ง ได้มีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจในระดับน้อย และไม่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงส่วนหนึ่งขาดความรู้ ประสบการณ์ ไม่ได้รับการศึกษา และไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้นั้น ทำให้ไม่ได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย แนวทางการดูแลรักษาที่ถูกต้อง ทำให้มีข้อมูลในการตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษา และการพยาบาลไม่เพียงพอ จากปัญหาในการสื่อสาร ทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลรักษาเด็กได้จึงปล่อยให้บทบาทหน้าที่ของบุคลากรเพราะเชื่อว่าบุคลากรมีความสามารถให้การดูแลรักษาบุตรให้อาการดีขึ้นได้ นอกจากนี้ลักษณะทางด้านวัฒนธรรมของคนไทยภาคเหนือ จะมีความเกรงใจบุคลากรทางการแพทย์และการพยาบาลซึ่งได้ช่วยเหลือบุตร

หลานของตน จึงให้ความไว้วางใจและเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาล การตัดสินใจในเรื่องต่างๆ จึงขึ้นอยู่กับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ (ฉันทานต์ ไชยชนะและคณะ, 2545)

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

คำถามการวิจัยข้อที่ 3 ความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

จากผลการศึกษา พบว่า ความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนโดยรวม ไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ .05 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบรายด้านพบว่า ความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้านการตัดสินใจไม่แตกต่างกัน ส่วนในด้านของกิจกรรมการพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ พบว่าไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง รับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของตนเอง และเป็นการแสดงบทบาทของความ เป็นบิดาและมารดาอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเด็กจะอยู่ที่บ้านหรือโรงพยาบาล ผู้ดูแลก็ต้องทำตามหน้าที่ของตน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาด การดูแลป้องกันการเกิดโรคต่างๆ เมื่อเด็กเกิดอาการเจ็บป่วยในขณะที่อยู่ที่บ้าน บิดามารดาหรือผู้ดูแลก็จะมีบทบาทในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจในด้านการปฏิบัติในทุกรื่องเพื่อส่งเสริมให้เด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจมีอาการที่ดีขึ้น หากเด็กเกิดความเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลก็จะพยายามที่จะดูแลเด็กป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยจะปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตามความสามารถและไม่ขัดต่อกฎระเบียบ ข้อบังคับของทางหอผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการที่ตนเองได้แสดงบทบาทความ เป็นบิดามารดาอย่างต่อเนื่องมีส่วนช่วยให้เด็กอาการดีขึ้น

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจ ด้านกิจกรรมการพยาบาล พบว่า มีความแตกต่างกันในด้านการปฏิบัติและความต้องการปฏิบัติทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความต้องการที่จะปฏิบัติตามความเชื่อของตนเอง และอยากมีส่วน

ร่วมในกิจกรรมการพยาบาลบางกิจกรรมแต่ถูกจำกัด จึงทำให้การมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติและที่
ต้องการปฏิบัติไม่ตรงกัน นอกจากนี้ความรู้ ประสบการณ์ การสื่อสารและความเชื่ออาจทำให้มี
ความแตกต่างระหว่างการมีส่วนร่วมที่ความต้องการจะปฏิบัติและได้ปฏิบัติได้

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจ ด้าน
การแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันถึงแม้ว่าผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง
ส่วนหนึ่งจะไม่ได้รับการศึกษา ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้แต่ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ก็ยังคงมี
ความต้องการการมีส่วนร่วมและได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและตัดสินใจใน
การดูแลเด็ก เนื่องจากบริบทของโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดเล็ก ทำให้บุคลากร
ทางการพยาบาลมีความใกล้ชิดกับผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง ได้มากกว่าในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้
เอื้อต่อการสื่อสารกันระหว่างผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงและบุคลากรทางการพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้
ในการทำหัตถการต่างๆ จะเป็นลักษณะที่ไม่ซับซ้อนมากนัก จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงได้
มีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน รวบรวมข้อมูลโดยทำการศึกษาในผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ดูแลเด็กป่วยอายุแรกเกิด ถึง 5 ปีที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่วาง โรงพยาบาลจอมทอง และโรงพยาบาลชุมชนในเขตจังหวัดแม่ฮ่องสอน ได้แก่ โรงพยาบาลแม่ลาน้อย โรงพยาบาลแม่สะเรียง ระหว่างเดือน มกราคม ถึง มีนาคม พ.ศ. 2557 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักชาวกะเหรี่ยงที่ดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 140 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเซปป์ แปลเป็นไทยด้วยการแปลย้อนกลับโดย ฉิชกานต์ ไชยชนะและคณะ (2546) และนำมาแปลเป็นภาษากะเหรี่ยง แล้วทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กป่วยชาวกะเหรี่ยงในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย คำนวณหาความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient: α) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง เท่ากับ .87 และ .88 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 76.87$, $SD = 0.97$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความต้องการการมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำ กิจกรรมการพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} =$

20.53 , SD = 2.85; \bar{x} = 27.06, SD = 3.29; \bar{x} = 12.64, SD = 3.36) (ตามลำดับ) ส่วนด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 16.64, SD = 5.01)

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวมในการดูแลเด็กป่วย ดิเคเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนในระดับมาก (\bar{x} = 75.86, SD = 11.73) และมีคะแนนเฉลี่ยด้านกิจกรรมที่ทำประจำ กิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับ มาก (\bar{x} = 20.51, SD= 2.68; \bar{x} = 26.59, SD= 3.53; \bar{x} = 12.56, SD= 3.52) (ตามลำดับ) ส่วนด้านการตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 16.19, SD = 5.14)

2. ความแตกต่างระหว่างความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ดิเคเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

2.1 ความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ดิเคเชื้อทางเดินหายใจไม่แตกต่างกัน

2.2 ความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ดิเคเชื้อทางเดินหายใจโดยรวม ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้านการตัดสินใจไม่แตกต่างกัน แต่ด้านกิจกรรมการพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ดิเคเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

จากการวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ข้อมูลที่ได้จากการจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงจำนวน 30 ราย ที่ยินดีตอบคำถามในส่วนที่เป็นคำถามปลายเปิดในประเด็นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติและความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ดิเคเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน สามารถสรุปได้ ดังนี้

3.1 ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยดิเคเชื้อระบบทางเดินหายใจขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ ซึ่งได้แก่ การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การเปลี่ยนผ้าปูที่นอนของเด็กป่วย การดูแลเรื่องความสุขสบายทั่วไป โดยให้เหตุผล 3 ประการ คือ รับรู้ว่าเป็นหน้าที่ของตนเอง ได้แสดงบทบาทของความเป็นบิดาและมารดาอย่างต่อเนื่อง และมีนโยบายของโรงพยาบาล

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความต้องการที่จะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำ คือ ต้องการทำตามวิถีประจำวันเดิมของตนเอง และต้องการปฏิบัติตามความเชื่อของตนเอง

3.2 ด้านกิจกรรมการพยาบาล

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ มีความต้องการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลภายใต้การดูแลหรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ และมีความต้องการที่จะเข้าไปช่วยเหลือบางช่วงของการทำหัตถการ

3.3 ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านการตัดสินใจ

ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านการตัดสินใจ คือ อยากให้มีล่าม และมีต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเด็กป่วยในทุกๆ เรื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการบริหาร

ผลการศึกษาครั้งนี้จะช่วยเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะช่วยให้ผู้บริหารโรงพยาบาลงานการพยาบาล และบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่มีผู้ดูแลเป็นชาวกะเหรี่ยง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจ โดยเฉพาะในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ซึ่งชี้แนะว่า ควรจัดจ้ระบบการสื่อสารเกี่ยวกับการดูแลรักษาเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจ ด้วยการจัดล่ามมาช่วยเหลือในการสื่อสารและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงและบุคลากรทางการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงมีส่วนร่วมในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจมากขึ้น นอกจากนี้ควรจัดระบบการให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจ โดยเฉพาะในด้านกิจกรรมที่ทำประจำ และกิจกรรมทางการพยาบาล โดยคำนึงถึงวิถีดั้งเดิมความเชื่อ ของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยง โดยหลีกเลี่ยงการตำหนิหรือห้ามกระทำโดยปราศจากความเข้าใจทางวัฒนธรรม เพื่อจะช่วยเหลือส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กได้มากยิ่งขึ้น

ด้านการศึกษา

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอน เพื่อให้ให้นักศึกษามีความเข้าใจความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาร่วมกันของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในลักษณะวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านความเชื่อและการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วยให้มีความละเอียดและลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

2. ควรทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมในการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้านการตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เอกสารอ้างอิง

- กรมพัฒนาการสังคมและสวัสดิการกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ .
(2555).กะเหรี่ยง.เชียงใหม่ : สำนักส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 10 จังหวัดเชียงใหม่.
- เกศรา เสนงาม, ศรีกัลยา ภิญโญส โมสร, พิกุลรัตน์ วงศ์พาณิชย์ และสุรรัตน์ อ่องสกุล. (2550).
ปัจจัยทำนายความเครียดและการจัดการความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤติที่
รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก. รายงานการวิจัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
จัดทํา บรูซพัฒน์, (2538) . ชาวเขา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แพรวพิทยา.
- ขวัญชีวัน บัวแดง.(2549) . กะเหรี่ยง: หลากหลายชีวิตจากขุนเขาสู่เมืองเชียงใหม่ .สถาบันวิจัยสังคม
(หน้า 6-13) เชียงใหม่ : โรงพิมพ์มิ่งเมือง.
- แขนภา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และอัจฉริยา ปทุมวัน. (2554). การมีส่วนร่วมของ
ผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*,
7(12), 232-247.
- จริยา สามิตร, สุธิศา ล่ามช้าง, และจุฑารัตน์ มีสุข โข. (2556) การสนับสนุนข้อมูล สมรรถนะแห่ง
ตนและการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 40(4), 114-125.
- ฉันทนา ผ่องคำพันธุ์. (2537). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดา
ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณิชกานต์ ไชยชนะ, ศรีพรรณ ก้นธวัง, และนันทา เลี้ยววิริยะกิจ. (2546). การมีส่วนร่วมของ
ผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล.
พยาบาลสาร, 30(4), 58-71.
- ทัศนีย์ ฉิมสุต. (2542). แบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองด้วยวิธีการพื้นบ้านของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง
บ้านมอเกอ์ยาง อำเภอพบพระ จังหวัดตาก. วิทยานิพนธ์สาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธันยมนย์ วงษ์ชีรี, นุจรี ไชยมงคล, และยุณี พงศ์ตุรวิทย์. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม
ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล. *วารสารคณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(3), 23-36.

- ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ, (2552). Pediatric pulmonary: Evolving issues in 2009. ใน จิตรลัดดา ดีโรจนวงศ์, คุณิต สถาวร, และ นวลจันทร์ ปราบพาล (บรรณาธิการ), *Pediatric pulmonary 2009: Current knowledge and practice*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บียอนด์เอนเตอร์ไพรซ์ จำกัด.
- นวลจันทร์ ปราบพาล และจิตรลัดดา ดีโรจนวงศ์. (2549). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: หนังสือดีวัน.
- นิตยา คชภักดี. (2554). พัฒนาการเด็ก. ใน ทิพวรรณ หรรษคุณาชัย, รวิวรรณ รุ่งไพวัลย์, ชาคริยา ธีรเนตร, อติศรีสุดา เฟื่องฟู, สุรียลักษณ์ สุจริตพงศ์, และพงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ (บรรณาธิการ), *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็กทั่วไปสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป* (หน้า 205-218). กรุงเทพมหานคร: บียอนด์เอนเตอร์ไพรซ์.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์ระบาดวิทยา*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเทอร์เน็ต จำกัด.
- ปทุมพร เตชะ. (2547). การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง. การค้นคว้าอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิทยา สายนำทาน. (2540). กระบวนการเรียนรู้ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยชุมชนพื้นที่สูง. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มณีนร ตูลาบุตร, สุธิศา ล่ามช้าง, และพัชราภรณ์ อารีย์. (2554). การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร* 40(1), 102-114.
- รัตนาวดี ขอนตะวัน. (2542). การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาล. ใน วรรณวิไล ชุ่มภิรมย์ และศรีมณา นิยมคำ (บรรณาธิการ), *การปฏิบัติการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 1* (หน้า 62-68). เชียงใหม่: นันทพันธ์.
- วนพร อนันตเสรี. (2550). ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนเฉียบพลัน. ใน ประยงค์ เวชานิชสนองและวนพร อนันตเสรี (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ทั่วไป* (หน้า 223-240). สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- วาสนา ไชยวงศ์, สุธิศา ล่ามช้าง, และวิมล ธนสุวรรณ. (2547). สิ่งก่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน. *พยาบาลสาร*, 31(3), 29-45.

- วิภา รัชชพิชิตกุล.(2550). โรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนา
วิทยา
- สิรินาถยา วงศ์वाल, สุธิศา ล่ามช้าง, และศรีพรรณ กันธวัง. (2552). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง
ในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.
พยาบาลสาร, 36(3), 22-33.
- สิริวรงค์ ปัญญาแก้ว.(2548).กระบวนการเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของชาวเขาเผ่ากะเหรี่ยง.
วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุคนธา คุณาพันธ์, วัฒวันชัย พิเชียรเสถียร, และวิมล ธนสุวรรณ. (2546). การปฏิบัติของมารดาใน
การดูแลบุตรเจ็บป่วยเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 30(4),
72-86.
- สุชาดา ศรีทิพวรรณ, จิตลัดดา ศิโรจนวงศ์, และนวลจันทร์ ปราบพาล. (2553). *แนวทางการ
บำบัดรักษาทางระบบหายใจในเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สุภรี สุวรรณจุกะ และ อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์. (2549). โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง
เฉียบพลัน ใน สุวรรณมา เรื่องกาญจนเศรษฐ์, อมรศรี ชุณหรัศม์, นิชรา เรื่องคารกานนท์,
และ อติศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ (บรรณาธิการ), *Ambulatory Pediatric 2* (หน้า 544-550).
กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พลัสลิซซิ่ง.
- สุรสิทธิ์ เทียมทิพย์,(2553). พฤติกรรมแสวงหาบริการด้านสุขภาพของชนเผ่าปกากะญอที่ป่วย
ด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอถ้ำก้อยนิวัฒนา จังหวัดเชียงใหม่ . วิทยานิพนธ์
สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจิรา ศรีรัตน์ และจรรยา สายาวารี. (2551). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ
ของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(5), 481-489.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2552).*สรุปรายงานการป่วย*.
กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรม
ราชูปถัมภ์.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สถิติ
สาธารณสุข พ.ศ. 2553*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
- เสาวนีย์ ไคว้ตระกูล. (2544).การเลี้ยงดูแลพัฒนาการเด็กชาวกะเหรี่ยงอายุ 0-5 ปีในหมู่บ้านพะ
มอลอ อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- แสงตะวัน บุญรอด.(2553). ผลของโปรแกรมการพยาบาลโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วมต่อความสามารถและความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- หุทัย กมลภรณ์. (2550). Pneumonia. ใน อรุณวรรณ พงษ์พิพันธุ์, ธิดิตา ชัยสุภมวงคผลลาภ, จงรักษ์ อุดรราชต์กิจ, หุทัย กมลภรณ์ และ ชีรเดช คุปตานนท์ (บรรณาธิการ), *ตำราการบำบัดรักษาทางระบบหายใจในเด็ก สำหรับแพทย์และพยาบาล The Essentials of pediatric respiratory care* (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 413-423). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- อรพร ปัญญา, สุธิศา ล่ามช้าง, และวิมล ธนสุวรรณ. (2548).ความต้องการของผู้ปกครองชวกะเหรี่ยงของเด็กป่วยโรคมาลาเรียที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร* 32(3), 86-98.
- อมรรักษ์ งามสวย และจิตติมาสุขเลิศตระกูล. (2551). ผลกระทบของความเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลต่อผู้ป่วยเด็ก. ในมาลี เอื้ออำนวย, สุธิศา ล่ามช้าง และจรัสศรี เย็นบุญ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็ก เล่มที่ 1* (หน้า 15-32). เชียงใหม่: บริษัท นันทพันธ์ ปริ๊มติ้ง จำกัด.
- อัมพร รอดสุทธิ, ศรีพรรณ กันธวัง, และวิมล ธนสุวรรณ. (2549). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน. *พยาบาลสาร*, 33(3), 22-33.
- อัมไพวรรณ บุญแก้ววรรณ, สุธิศา ล่ามช้าง, และวิมล ธนสุวรรณ. (2550). แบบแผนการนอนหลับและปัจจัยรบกวนการนอนหลับของผู้ป่วยเด็กในโรงพยาบาลชุมชน. *พยาบาลสาร*, 33(3), 18-28.
- Ashwill, J. W., & Droske, S. C. (1997). *Nursing care of children: Principle and practice*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Ball, J., & Bindler, R. (1995). *Pediatric nursing: Caring for children*. New York: Appleton & Lange.
- Ball, J. W., & Bindler, R. C. (2003). *Pediatric nursing caring for children* (3rd ed.). New Jersey: Pearson education.
- Balling, K., & McCubbin, M. (2001). Hospitalized children with chronic illness: Parental caregiving needs and valuing parental expertise. *Journal of Pediatric Nursing*, 16, 110 - 119.

- British Thoracic Society of Standards of Care Committee [BTS]. (2002). BTS Guidelines for the management of community acquired pneumonia in childhood. *Thorax* 57, i1-i24.
- Callery, P., & Smith, L. (1991). A study of role negotiation between nurses and the hospitalized child. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 772-781.
- Carey, W.B. (1999). Acute minor illness. In M.D. Levine, W.B. Carey, & A.C. Crocker (Eds.), *Developmental-behavioral pediatric* (3rd ed., pp. 321-329). Philadelphia:W.B. Saunders.
- Correa, A.G., & Starke, J.R. (1998). Bacterial pneumonia. In V.C.Chernick, T.F.Boat, & E.L.Kendig (Eds.), *Kendig's disorder of the respiratory tract in children* (6th ed., pp.485 - 502). New York: W.B.Saunders.
- Coyne, I.T., & Cowley, S. (2007). Challenging the philosophy of partnership with parents: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 893-904.
- Curley, M. A. Q., & Moloney-Harmon, P. A. (2001). *Critical care nursing of infants and children*(2nd. ed). Philadelphia: W. B. Saunders.
- De Limma, R. A., Rocha, S. M., Scochi, C. G., & Callery, P. (2001). Involvement and fragmentation: A study of parental care of hospitalized children in Brazil. *Pediatric Nursing*.
- Dinwiddie, R. (1995). Respiratory tract disorder. In B.S.A. Prasad, J. Hussey, & J. Camping (Eds.), *Pediatric respiratory care: A guide for Physiotherapists and health professional* (pp. 151-174). London: Chapman & Hall.
- Dunn, & N.B. Starr (Eds.), *Pediatric primary care: A handbook for nurse practitioners* (2nd ed., pp.858-890). New York: W.B Saunders.
- Evan, J.C., & French, D.G. (1995). Sleep and healing in intensive care setting. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 14, 189-212.
- Espezel, H. J., & Canam, C. J. (2003). Parent-nurse interactions: Care of hospitalized children. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 34-41.
- Felice, M. E., & Friedman, S. D. (1997). The ill child. In. A. B. Hoeklman, S. B. Friedman, N. M. Glacia de Lima, R.A., Melo Rocha, S.M., Scochi, C.G.S., & Callery, P. (2001). Involvement and fragmentation: A study of parental care of hospitalized children in Brazil.*Pediatric Nursing*, 27, 559-564

- Gill, K. M. (1993). Parent participation with a family health focus: Nurse attitudes. *Pediatric Nursing, 13*(2), 94-96.
- Goodman, M.K., & Brady, M.A. (2000). Respiratory disorder. In C.E. Burns, M.A. Brady, A.M. Hockenberry M. J., & Wilson, D. (2007). *Wong's nursing care of infants and children* (8th ed.). St. Louis: Mosby.
- James, S. R., & Ashwill, J. W. (2007). *Nursing care of children*. St. Louis: Saunders
- Johnson, A., & Lindschau, A. (1996). Staff attitudes toward parent participation in the care of children who are hospitalized. *Pediatric Nursing, 22*, 99-102.
- Jones, D.C. (1994). Effect of parental participation on hospitalized child behavior. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 17*(2), 81-92.
- Just, A.C. (2005). Parent participation in care: Bridging the gap in the pediatric ICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews, 5*(4), 179-187.
- Kristensson-Hallstrom, I. (2000). Parental participation in pediatric surgical care. *AORN Journal, 71*, 1021-1029.
- Lam, W. L., Chang, A.M., & Morrissey, J. (2006). Parents' experiences of participation in the care of hospitalized children: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 43*, 535-545.
- Lau, A.S., Uba, S., Lehman, D., Geertsna, F., & Supattapone, S. (1998). In A.M. Rudolph, & R.K. Kamei (Eds.), *Rudolph's fundamental of pediatrics* (2nd ed., pp235-318). New York: Appleton and Lange.
- Loughlin, G.M. (1998). Bronchitis. In V.C. Chernick, T.F. Boat, & E.L. Kendig (Eds.), *Kendig's disorder of the respiratory tract in children* (6th ed., pp 478-485). New York: W.B. Saunders.
- McKiel, E. (2002). Impact of organizational restructuring on nurses' facilitation of parental participatory care. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 15*(1), 14-17.
- Neill, S. J. (1996). Parent participation 1: Literature review and methodology. *British Journal of Nursing, 5*(1), 34-40.
- Novak, J.C., & Broom, B.L. (1999). *Maternal and child health nursing*. St. Louis: Mosby.

- O'Brien, K. L., Wolfson, L. J., Watt, J. P., Henkle, E., Deloria-Knoll, M., McCall, M., et al. (2009). Burden of disease caused by *Streptococcus pneumoniae* in children younger than 5 years: global estimates [Electronic version]. *Journal of The Lancet*, 374, 893-902. Retrieved January 10, 2013 from <http://www.who.int/nuvi/pneumococcus/pneumococcus.pdf>
- Pongturawit, Y. (2006). Parent participation in the care of hospitalized young children with chronic illness. Unpublished manuscript, Chiang Mai University
- Pyke-Grimm, K. A., Stewart, J. L., Kelly, R. P., & Degner, L. F. (2006). Parents' of children with cancer: Factors influencing their treatment decision making roles. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(5), 350-361.
- Schepp, K. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children*. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA.
- Schuchat, A., & Dowell, S. F. (2004). Pneumonia in children in the developing world: New challenges, new solutions. *Journal of Seminars in Pediatric Infectious Diseases.*, 15(3), 181-189.
- Shields L. (2001). A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. *International Nursing Review*, 48, 29-37
- Stull, M.K., & Deatrick, J.A. (1986). Measuring parental participation: Part I. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 9, 157-165.
- United Nations Children Fund[UNICEF] & World Health Organization [WHO]. (2009). Pneumonia the forgotten killer of children. Retrieved December 20, 2011, from <http://www.childinfo.org/pneumonia.html>
- Whaley, L.F., & Wong, D.L. (1995). *Nursing care of infants and children* (5th ed.). St Louis: Mosby.
- Wheeler, H.J. (2005). The importance of parental support when caring for the acutely ill child. *Nursing in Critical Care*, 10(2), 56-62.
- Wilson, D. (2009). The child with respiratory dysfunction. In M. J. Hockenberry., & D. Wilson., (Eds.), *Essentials pediatric nursing*. St. Louis: Mosby.

Wohl, M.B. (1998). Bronchiolitis. In V.C. Chernick, T.F. Boat, & E.L. Kendig (Eds.), *Kendig's disorder of the respiratory tract in children* (6th ed., pp 473-485). New York: W.B. Saunders.

World Health Organization [WHO]. (2011). Acute respiratory infection in children. Retrieved December 20, 2011, from http://www.who.int/fch_defits/cah/resp_infections/en/.

Woodgate, R., & Kristjanson, L. J. (1995). Young children's behavioral responses to acute pain strategies fear getting better. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 243-249.



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved



ภาคผนวก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโครงการวิจัย



เอกสารเลขที่ ๑๕๔/๒๕๕๖

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอรับรองว่า
โครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์เรื่อง : การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อ
ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน (Participation of Karen Caregivers in Caring for Children
with Respiratory Tract Infections Admitted to Community Hospital)

ของ : นายศรัณย์ ปองนิมิตพร

สังกัด : นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ แผนก ก.
ภาคปกติ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ได้ผ่านการพิจารณาแล้ว เห็นว่าไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิด
ภัยอันตรายแก่ผู้ถูกวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออก
หนังสือรับรองฉบับนี้จนถึงวันที่ ๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๗

หนังสือออกวันที่ ๒๖ กรกฎาคม ๒๕๕๖

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ลงนาม.....
(ศาสตราจารย์ ดร.วิภาดา คุณาวิกติกุล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
คำชี้แจง แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ฉบับนี้แบ่งออกเป็น 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็ก

ชุดที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาล

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓/หรือเติมคำลงในช่อง หน้าข้อความให้สมบูรณ์ตาม
ความเป็นจริง

1. ท่านเกี่ยวข้องกับเด็กป่วยโดยเป็น

1. บิดา 2. มารดา อื่นๆ ระบุ.....

2. ท่านมีอายุอยู่ในช่วง

1. ต่ำกว่า 20 ปี 2. 21-30 ปี
 3. 31-40 ปี 4. 41-50 ปี
 5. มากกว่า 50 ปีขึ้นไป

3. ระดับการศึกษา

1. ประถมศึกษา 2. มัธยมศึกษา
 3. อนุปริญญา 4. ปริญญาตรี
 5. อื่นๆ (โปรดระบุ).....

4. อาชีพ.....
5. รายได้บาท/ต่อปี
6. ความสามารถในการสื่อสารด้วยภาษาไทย
- ไม่ได้เลย น้อย ปานกลาง มาก

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็ก (สำหรับผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย)

1. เด็กป่วยอายุ.....ปี
2. เพศ
- ชาย หญิง
3. เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งที่
1. ครั้งที่ 1 2. ครั้งที่ 2
3. ครั้งที่ 3 4. อื่น ๆ ระบุ.....
4. การวินิจฉัยโรค
5. การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)
1. ได้รับยาทางปาก
2. ได้รับยาฉีดทางหลอดเลือดดำ
3. ได้รับยาฉีดเข้ากล้ามเนื้อ
4. ได้รับยาพ่นฝอยละออง
5. ได้รับออกซิเจนด้วยวิธีต่างๆ
6. อื่นๆ.....
6. วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....
7. วันที่รวบรวมข้อมูล.....

ชุดที่ 2 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
ส่วนที่ 1

1) แบบประเมินความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับความต้องการในการมีส่วนร่วมของท่านในการปฏิบัติกรดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กรุณาทำเครื่องหมายถูก ในช่องที่แสดงถึงความต้องการของท่านในการมีส่วนร่วมในแต่ละข้อคำถาม โดยคำตอบของท่านจะไม่มีถูกหรือผิด ในข้อคำถามจะมีตัวเลือกตั้งแต่ ไม่ต้องการ ถึงมีความต้องการระดับมาก

ข้อความ	ความต้องการที่จะปฏิบัติ			
	ไม่ต้องการ	น้อย	ปานกลาง	มาก
1. ช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ เช่นการวัดอุณหภูมิ หรือความดัน โลหิต หรือการตรวจร่างกาย				
2. อาบน้ำให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรอาบน้ำ				
3. อยู่กับบุตรขณะที่บุตรอยู่ในโรงพยาบาล				
4. ให้อาหารปากแก่บุตรของท่าน				
5. ช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษา เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการเจาะเลือด				
6.				
7.				
8.				
24. . ปลอบโยนบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด				

2) ข้อคำถามเกี่ยวกับความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับความต้องการและการมีส่วนร่วมของท่านในการดูแลเด็กป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ท่านสามารถตอบคำถามตามความรู้ ความรู้สึก ประสบการณ์และความต้องการของท่าน โดยคำตอบของท่านจะไม่มีถูกหรือผิด

1. ท่านมีความต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย (บุตรหลาน) ของท่านขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใด

.....

.....

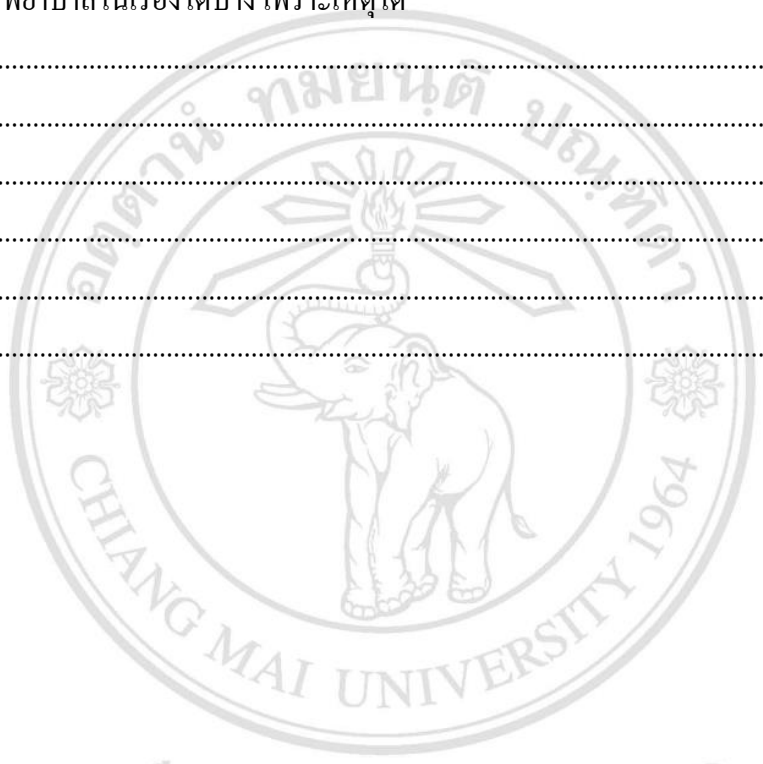
.....

.....

.....

.....

.....



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ส่วนที่ 2

1) แบบประเมินการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาล

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้จะเกี่ยวกับการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของท่านในการปฏิบัติการ
ดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กรุณาทำเครื่องหมายถูก ในช่องที่แสดงถึงการ
ปฏิบัติที่ท่านได้มีส่วนร่วมในแต่ละข้อคำถาม โดยคำตอบของท่านจะไม่มีถูกหรือผิด ในข้อคำถาม
จะมีตัวเลือกตั้งแต่ ไม่ได้ทำถึง ได้ทำทุกครั้ง ซึ่งแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ข้อความ	การปฏิบัติ			
	ไม่ได้ปฏิบัติ	บางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
1. ช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการทำ กิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ เช่นการวัดอุณหภูมิ หรือความดันโลหิต หรือการ ตรวจร่างกาย				
2. อำนวยน้ำให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรอาบน้ำ				
3. อยู่กับบุตรขณะที่บุตรอยู่ในโรงพยาบาล				
4. ให้อาหารทางปากแก่บุตรของท่าน				
5. ช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจ รักษา เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการเจาะเลือด				
6.				
7.				
8.				
24. . ปล่อยให้บุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจ รักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด				

2) ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของท่านในการดูแลเด็กป่วยขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ท่านสามารถตอบคำถามตามความรู้ ความรู้สึก ประสบการณ์และความต้องการของท่าน โดยคำตอบของท่านจะไม่มีถูกหรือผิด

1. ท่านได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย (บุตรหลาน) ของท่านขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใด

.....

.....

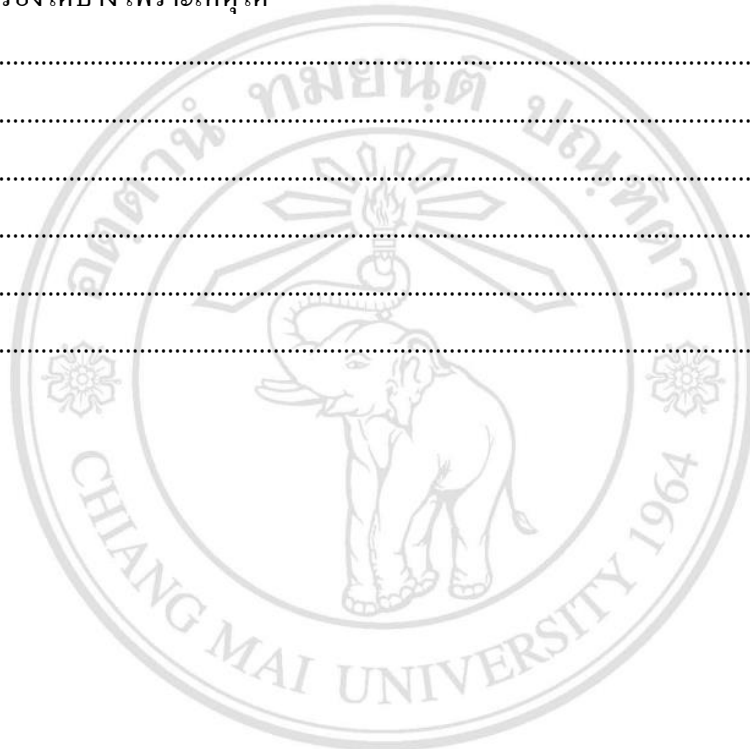
.....

.....

.....

.....

.....



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล (ฉบับแปล)

လိာ်တၢ်သံကွၢ်ပုၤကညီလၢအမၤစၢၤကွၢ်ထွဲပုၤဆိးကုလၢအဘၣ်ယးကလံၤကျိၤအတၢ်ဆါလၢအဟဲထီၣ်ညိၣ်သဝီတၢ်ဆါဟံၣ်တဖၣ်

တၢ်ကတိၤဒုးသ့ၣ်ညါလိာ်တၢ်သံကွၢ်ပုၤကညီလၢအမၤစၢၤကွၢ်ထွဲပုၤဆိးကုလၢအဘၣ်ယးကလံၤကျိၤအတၢ်ဆါလၢအဟဲထီၣ်ညိၣ်သဝီတၢ်ဆါဟံၣ်တဖၣ်အံၤအိၣ်ဝဲခံကလုာ်

၁.တကလုာ်မ့ၢ်တၢ်ဟံးန့ၢ်တဂ့ၢ်ထီၣ်လၢအဘၣ်ယးဒီးတၢ်ခံမ့ၢ်

၁.တမ့ၢ်မ့ၢ်တၢ်ကွဲးနီၣ်ယာ်ပုၤလၢအကွၢ်ထွဲပုၤဆိးကုအဂ့ၢ်အကျိၤ

၂.တမ့ၢ်မ့ၢ်တၢ်ကွဲးနီၣ်ယာ်ဖိသၣ်လၢအဘၣ်တၢ်ကွၢ်ထွဲအိၤအဂ့ၢ်အကျိၤ

၂.တကလုာ်မ့ၢ်တၢ်ဟံးန့ၢ်ပုၤလၢအကွၢ်ထွဲပုၤဆါလၢအဟဲထီၣ်တၢ်ဆါဟံၣ်တဖၣ်အတၢ်ဖံးတၢ်မၤ

၁.တကလုာ်မ့ၢ်တၢ်ဟံးန့ၢ်ပုၤလၢအကွၢ်ထွဲပုၤဆါလၢအဟဲထီၣ်တၢ်ဆါဟံၣ်တဖၣ်အတၢ်ဖံးတၢ်မၤ

၂.တကလုာ်မ့ၢ်တၢ်ဟံးန့ၢ်ပုၤလၢအကွၢ်ထွဲပုၤဆါတဖၣ်အတၢ်လိာ်ဘၣ်တဖၣ်

အခိၣ်ထံးတခါမ့ၢ်တၢ်ကွဲးနီၣ်ယာ်တၢ်ဂ့ၢ်ထီၣ်တဖၣ်

အခိၣ်ထံးတပတီၢ်မ့ၢ်တၢ်ကွဲးနီၣ်ယာ်ပုၤကွၢ်ထွဲပုၤဆါအဂ့ၢ်

တၢ်ဒုးသ့ၣ်ညါဝံးသးစူၤမၤတၢ်ပနီၣ် မ့ၢ်တၢ်ကွဲးလီၤတၢ်ကတိၤလၢ အမဲၣ်ညါ တၢ်မ့ၢ်တၢ်တီၤအသိး

၁.နတၢ်ဘၣ်ထွဲလိာ်သးဒီးပုၤဆါ

၁.ပၢ် ၂.မိာ် အဂ့ၢ်အဂၤ.....

၂.နသးအိၣ်ပဲၤနီၣ်လဲၣ်

၅၀၀နီၣ်

- 1. ၅၀၀နီၣ်
- 2. 21-30 နီၣ်
- 3. 31-40 နီၣ်
- 4. 41-50 နီၣ်
- 5. အါန့ၢ် 50နီၣ်ဆူအဖီခိၣ်

3. တၢ်မၤလိမၤဒီး

- 1. တီၤဖုၣ်ကွီ
- 2. တီၤထီကွီ
- 3. ဒီလုၣ်ကွီ
- 4. ဖျၢၣ်စိမိၤ
- 5. တၢ်မၤလိအဂ့ၢ်အဂၤကွဲးလီၤဖဲအံၤ

4. တၢ်ဖံးအိၣ်မၤအိၣ်.....

5. ဝံးန့ၢ်ဘူးလဲဘး/နီၣ်

6. တၢ်သ့သ့ကွီၣ်တဲၣ်ကျိၣ်

- တန့ၢ်ပၢ်ဘၣ်
- ဆံးကိာ်ဖိ
- သ့ဖဲကကြား
- သ့သ့လီၤတၢ်လီၤဆဲး

တၢ်ခဲတခါမ့ၢ်တၢ်ကွဲးနီၣ်ဃၢ်ဖိသၣ်လၢအဆိးကုအဂ့ၢ်(ပုၤလၢအယိထံတၢ်ဂ့ၢ်အဂီၢ်)

1. ဖိသၣ်ဆိးကုအနီၣ်.....
2. ဖိၣ်မုၢ် ဖိၣ်ခွါ
3. ဖိသၣ်အံၤဟဲထီၣ်တၢ်ဆါဟံၣ်ပဲၤဘျီလဲလဲၣ်
 1. ဝတဘျီ 2. ခံဘျီတဘျီ
 3. ၃ဘျီတဘျီ 4. အဂုၤအဂၤတဖၣ်.....
4. တၢ်ယိထံကွဲးတၢ်ဆါ
5. တၢ်ကုးဆါယါဘျီလၢဇးန့ၢ်ဘၣ်ခဲအံၤ(စံးဆၢသ့ၣ်အါန့ၢ်တခါဆူအဖီခိၣ်)
 1. ဇးန့ၢ်ကသံၣ်လၢအိၣ်ကသံၣ်
 2. ဇးန့ၢ်ကသံၣ်ခိဖျိဆဲးန့ၢ်လီၤလၢသ့ၣ်သူအကျိၤ
 3. ဇးန့ၢ်ကသံၣ်ခိဖျိဆဲးန့ၢ်လီၤလၢညၣ်ကျါ
 4. ဇးန့ၢ်ကသံၣ်ခိဖျိတၢ်သွံးန့ၢ်လီၤလၢကိၣ်ပူၤ
 5. ဇးန့ၢ်ကသံၣ်ခိဖျိတၢ်ကသါလၢအိးစံးကွဲးနီၣ်
 6. ဇးန့ၢ်လၢကျဲအဂုၤအဂၤတဖၣ်.....
6. မ့ၢ်နံၤလၢဟဲန့ၢ်လီၤတၢ်ဆါဟံၣ်.....
7. မ့ၢ်နံၤလၢကွဲးနီၣ်တၢ်အဆၢကတီၢ်.....

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

တၢ်သံကွၢ်ခဲခါတၢ်ကွၢ်ဃိထံပုၤကွၢ်ထွဲဖိသၢ်လၢအဘၣ်တၢ်ဆါလၢအဟဲသတူၢ်ကလၢ်လၢတၢ်ဆါဟံၣ်
သိးကန့ၢ်ဘၣ်တၢ်ကူးဆါယါဘျါအခိၣ်ထံးတတီၤ

၁)တၢ်ကွၢ်ဃိထံပုၤကွၢ်ထွဲပုၤဆါအတၢ်လိၣ်ဘၣ်တဖၣ်လၢတၢ်ကူးဆါယါဘျါပုၤဆိးကုလၢတၢ်ဆါ
ဟံၣ်တၢ်ကတိၤန့ၢ်သ့ၣ်ညါတၢ်သံးကွၢ်တဖၣ်အံၤဘၣ်ထွဲဖိပုၤလၢအမၤစၢၤတၢ်အတၢ်လိၣ်ဘၣ်သိးက
သ့မၤစၢၤပုၤဆိးကုလၢအဟဲထီၣ်တၢ်ဆါဟံၣ်တဖၣ်မၤတၢ်ပနီၣ်လၢအဘၣ်တၢ်မၤဖၢ်အီၤတၢ်လၢနလိၣ်
ဘၣ်တၢ်ဖၣ်နတၢ်စံးဆါတဖၣ်မၤန့ၣ်သ့တဘၣ်ယီၣ်လၢနတၢ်စံးဆါဘၣ်မ့တမ့ၢ်ကမၢ်တဂ့ၤ
ကွၢ်ဃုထၢဖဲအဘၣ်လိၣ်အသးန့ၢ်တၢ်ထံၣ်

တၢ်စ့ၢ်တဖၣ်	တၢ်လၢနအဲၣ်မၤတဖၣ်			
	တအဲၣ် မၤ ဘၣ်	အဲၣ် မၤ တ ဖဲးဖိ	အဲၣ် မၤ အ ကး	အဲၣ် မၤ အါ
၁.န့ၢ်မၤစၢၤဖိဖဲအိးန့ၢ်တၢ်ကူးဆါယါဘျါလၢအမ့ၢ်တၢ်ထီၣ်ကွၢ်တၢ်ကီၢ်တၢ်ခုၢ် ထီၣ်ကွၢ်သ့ၣ်တၢ်လဲၤ				
2. မၤစၢၤလုၢ်အထံ				
3. အိၣ်မၤဖဲအအိၣ်လၢတၢ်ဆါဟံၣ်အခါ				
4. ဟ့ၣ်အိၣ်အိၣ်လၢကသံၣ်				
5. မၤစၢၤအီၤလၢဆဲးကသံၣ်ဆူသ့ၣ်ကျိၤမ့တမ့ၢ်ဆဲးဟံးန့ၢ်အသ့ၣ်				
6.				
7.				
8.				
24. မ့ၢ်ပုၤကတိၤမၤမုၢ်မၤခုၣ်ဖိဖဲအဘၣ်တၢ်ကူးဆါယါဘျါလၢဘၣ်တူၢ်တၢ်ဆါနး အခါ				

၂) တၢ်သံးကွၢ်ဘၣ်လးပုၤမၤစၢၤကွၢ်ပုၤဆါအတၢ်လိၣ်ဘၣ်တဖၣ်ဖဲအအိၣ်ကွၢ်မၤစၢၤတၢ်ဖဲလၢတၢ်ဆါဟံၣ်ပုၤ
တၢ်န့ၢ်သ့ၣ်ညါတၢ်သံးကွၢ်တဖၣ်အံၤဘၣ်လးပုၤမၤစၢၤတၢ်လၢတၢ်ဆါဟံၣ်အတၢ်လိၣ်ဘၣ်တဖၣ်ဖဲအမၤစၢၤ
တၢ်လၢတၢ်ဆါဟံၣ်အခါနစံးဆါတၢ်သံးကွၢ်တဖၣ်သ့ၣ်နတၢ်ထံၣ်န့ၢ်တၢ်အဲၣ်မၤတဖၣ်တဘၣ်ဘၣ်ယီၣ်လၢ
နတၢ်စံးဆါဘၣ်တဘၣ်န့ၣ်တဂ့ၤ

1. နအဲၣ်မၤစၢၤတၢ်ကွၢ်ထွဲနဖိဖဲအဟဲထီၣ်တၢ်ဆါဟံၣ်လၢတၢ်ဂ့ၢ်မနုၤတမံၤလဲၣ်ဟ့ၣ်ထီၣ်နတၢ်ထံၣ်
ဘၣ်မနုၤလၢနလိၣ်ဘၣ်တၢ်အံၤလဲၣ်
.....
.....
.....

ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารคำชี้แจงข้อมูลสำหรับอาสาสมัคร

ข้าพเจ้า นายสรณ์ย์ ปองนิมิตพร เป็นนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาศาสาวิชา การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กำลังศึกษาการวิจัยเพื่อ วิทยานิพนธ์เรื่องการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่ เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลชาว กะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาตัวใน โรงพยาบาลชุมชน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย คือ บิดามารดาหรือผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ดูแลเด็กป่วยอายุ แรกเกิดถึง 5 ปีที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนใน จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ โรงพยาบาลแม่วาง และโรงพยาบาลจอมทอง โรงพยาบาลชุมชนในเขต จังหวัดแม่ฮ่องสอนได้แก่ โรงพยาบาลแม่ลาน้อย และโรงพยาบาลแม่สะเรียง จำนวนทั้งหมด 140 ราย ท่านได้รับเชิญให้เป็นอาสาสมัครครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีประสบการณ์ในการดูแล เด็กที่เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

เมื่อท่านได้รับทราบวัตถุประสงค์ รายละเอียดแนวทางในการเข้าร่วมโครงการวิจัย และ ตัดสินใจตกลงที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะได้รับหนังสือแสดงความยินยอมของ อาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย เพื่อให้ท่านลงลายมือชื่อกำกับในหนังสือแสดงความยินยอม การเข้าร่วมโครงการวิจัยไว้ 1 ฉบับ ในบริเวณที่เป็นสัดส่วนและทำให้ท่านรู้สึกผ่อนคลายในการ ตอบแบบสอบถาม หลังจากนั้นท่านจะได้ตอบแบบสอบถาม 2 ชุดได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก โดยจะมีผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอ่านข้อ คำถามและคำตอบให้ท่านพิจารณาตอบคำถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20 – 30 นาที และมีการ บันทึกเสียงการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจากแบบสอบถาม ซึ่งการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้แม้จะไม่เป็น ประโยชน์ต่อตัวท่านโดยตรง แต่ข้อมูลดังกล่าวที่ได้จากท่านจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปใช้ในการ วิจัยเพื่อพัฒนาวิธีการส่งเสริมและสนับสนุนให้ท่านได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรหลานของ ท่านที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามความสมัครใจของท่าน โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ นอกเหนือจากค่ารักษาเดิมที่ท่านได้จ่ายตามปกติ ท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากโครงการโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผลได้ตลอดเวลา โดยในการตกลงหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาลของบุตรหลานของท่านที่พึงจะได้รับและจะไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตอยู่ในภูมิลำเนาของท่าน หากบุตรหลานของท่านมีอาการรุนแรงขึ้นหรือต้องได้ย้ายไปรักษาในแผนกผู้ป่วยหนัก ท่านจะถูกยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยทันที ข้อมูลที่ได้รับจากท่านจะเก็บเป็นความลับและผู้วิจัยจะทำลายเอกสารภายหลังการอนุมัติจบการศึกษา การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะนำเสนอในภาพรวม และสิทธิประโยชน์อื่นอันเกิดจากผลการวิจัยจะปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ นอกจากนี้จะไม่มี การอ้างอิงชื่อของท่านและบุตรหลานของท่านในรายงานใดๆ ที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับท่านจะถูกทำลายเมื่อเสร็จสิ้นโครงการวิจัย ท่านมีสิทธิตามกฎหมายที่จะเข้าถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน ถ้าท่านต้องการใช้สิทธิดังกล่าวกรุณาแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ

หากท่านมีคำถามเกี่ยวกับการศึกษาครั้งนี้สามารถติดต่อผู้วิจัยคือ นายศรันย์ ปองนิมิตพร ได้ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย ต. ป่าอ้อคอนชัย อ.เมือง จ. เชียงราย 0-5317-0331 หรืออาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์สุธิศา ล่ามช้าง โทรศัพท์ 0066-53949005 (ในเวลาราชการ) หรือหากท่านต้องการทราบข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับสิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อสอบถามได้ที่ ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หมายเลขโทรศัพท์ 0066-53946080 (ในเวลาราชการ)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved

ลงนาม.....ผู้ให้ข้อมูล
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เอกสารแสดงการยินยอมของอาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ข้าพเจ้า มีความยินยอมเข้าเป็นอาสาสมัคร/ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ โดย
ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูล และเข้าใจเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ตามที่ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ชี้แจงให้ทราบ
ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ข้าพเจ้ามีความยินดีที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

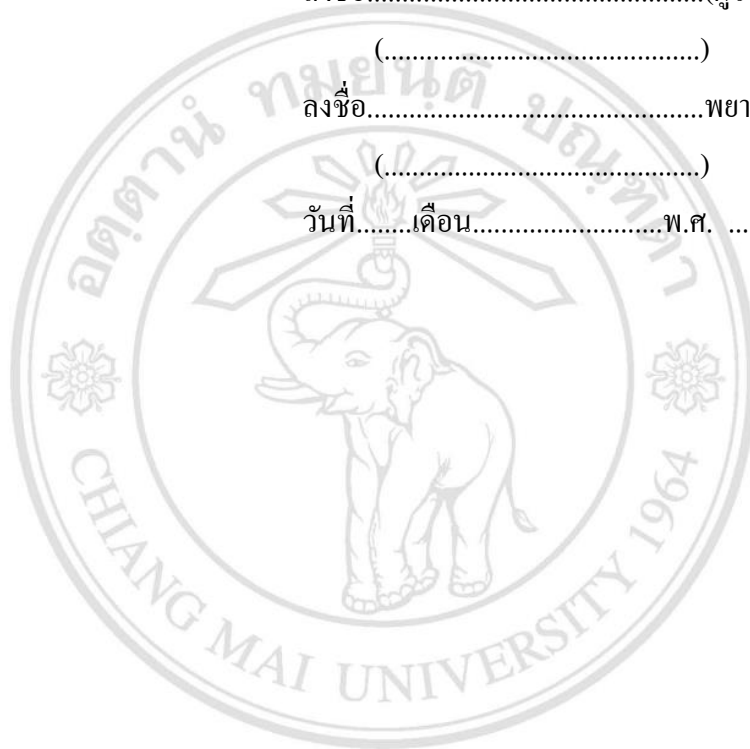
ลงชื่อ.....(ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัย)

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

တတူလိတ်တံးမသကိးအဝဲအံးဒီးဖဲနလိတ်ဘၣ်လၢကထူးထီၣ်ကွံၣ်နသးလၢတံးမအံးနမၤသုတလိတ်လၢနကဘၣ်တဲဖျါထီၣ်တံးဂ့ၢ်တံးကျါကဲထီၣ်အသးဘၣ်မ့ၢ်လၢတံးအၢၣ်လီၤန့ၣ်ယီၤမသကိးတံးမ့ၢ်ဂ့ၢ်တံးတတူလိတ်တံးန့ၣ်ယီၤမသကိးတံးတံးကျါတံးမတဘျီအံၤတကဲထီၣ်တံးမဘၣ်ဒီးတံးယါဘျါတံးအံးထွဲကွံၣ်ထွဲနဖိနလံၤအတံးဆါလၢတြးဒီးန့ၣ်ဝဲနိတမံၤဘၣ်ဒီးတမၤဘၣ်ဒီးစ့ၢ်ကိးနတံးအိၣ်လၢနတံးအိၣ်မူလၢနတံးအိၣ်တံးဆိးအလီၢ်ဘၣ်ဘၣ်ဆၣ်နဖိအတံးဆါမုးနးထီၣ်ဘၣ်တံးသုးအလီၢ်ဆူပုၤဆါနးအလီၢ်နကဘၣ်တံးထူးထီၣ်ကွံၣ်နလၢတံးမအံၤတဘျီယီၤပုၤမလိယုသ့ၣ်ညါတံးဂ့ၢ်ကဟ်ယၢ်န့ၣ်တံးဂ့ၢ်တံးကျါတဖၣ်လၢမၤန့ၣ်ဘၣ်ဝဲလၢနအိၣ်ဒီးတံးဂ့ၢ်တဖၣ်ကဘၣ်တံးမလိမၤမ့ၢ်ကွံၣ်အံၤဖဲပုၤမလိတံးဖိတကဲအံၤဘၣ်တံးအၢၣ်လီၤဒုးဖျါထီၣ်အံၤလၢတံးမလိန့ၣ်လီၤတံးသုတံးဂ့ၢ်လၢဘၣ်တံးဟ်ဖျါအံၤတဖၣ်အံၤလၢတံးကတိၤဂ့ၢ်လိၣ်သကိးတံးဂ့ၢ်မ့ၢ်တမ့ၢ်ဖဲကျိးရၤလီၤဒုးန့ၣ်ဟ်ဖျါတံးဂ့ၢ်လၢပဟ်ယုၣ်တံးတဖၣ်ကိးမံၤဒဲးဒီးတံးန့ၣ်ဘျးအကဲထီၣ်ဒိဖျါတံးယုသ့ၣ်ညါတံးဂ့ၢ်ကဘၣ်တံးမအံၤဒ်ကံၢ်မဲကွံၣ်ဒိတံးထီၣ်တံးသိၣ်တံးသီတံးဘျါအိၣ်ဝဲအသိးလၢန့ၣ်အမဲၣ်ညါတံးတဟ်ဖျါနမံၤဒီးနဖိနလံၤအမံၤလၢတံးမလိယုသ့ၣ်ညါတံးဂ့ၢ်တံးဟ်ဖျါအပူၤဘၣ်နမ့ၢ်လိၣ်ဘၣ်နတံးဂ့ၢ်တံးကျါဒဲးနဲလၢဘၣ်တံးဟ်ဖျါအံၤတဖၣ်နအိၣ်ဒီးတံးခွဲးတံးယၢ်လၢကမၤန့ၣ်အံၤသ့ဝံသးစူၤတဲဘၣ်ပုၤမလိယုသ့ၣ်ညါတံးဂ့ၢ်တက့ၢ်

နမ့ၢ်အိၣ်ဒီးတံးသံကွံၣ်ဘၣ်ယးတံးမလိယုသ့ၣ်ညါတံးဂ့ၢ်အတံးတံးကျါတဘျီအံၤပုၤလၢနကဆဲးကျါအီၤသ့မ့ၢ်စါစးရၤန ပီၤနံးမံးထီၣ်ဖိနတံးလီၢ်ဆဲးကျါ တံးကွံၣ်ပုၤဆါတံးမလိ တံးထီၣ်ဆဲးစါရဲတၢ်မံၤဒ်ဒီးဆဲးအၤဖၤမုၢ်စါ ဆဲးစါရဲ(คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศกษัตริย์ อำเภอเมือง ข.ราชภัฏวชิรเวศกษัตริย์)

ကွဲၤကလုာ်နီၢ်ဂံၢ် ၀-၅၃၁၇-၀၃၃၁မ့ၢ်တမ့ၢ်သရၣ်ဟ့ၣ်ကွံၣ်တံးသရၣ်စူးထံးစါ

လးမံဆးကွဲၤကလုာ်နီၢ်ဂံၢ်၀၀၆၆-၅၃၉၄၉၀၀၅(ရူတံးမဆါကတီၢ်)မ့ၢ်တမ့ၢ်နအိၣ်ဒီးသ့ၣ်ညါအါထီၣ်တံးဂ့ၢ်ဘၣ်ယးပုၤန့ၣ်ယီၤမသကိးတံးလၢတံးမလိယုသ့ၣ်ညါတံးဂ့ၢ်တံးတံးကျါအတံးမအတံးခွဲးတံးယၢ်နသံကွံၣ်တံးဂ့ၢ်လၢသရၣ်ဝံးကွံၣ်တံးစံးဖုၤနတံးမလိယုသ့ၣ်ညါတံးဂ့ၢ်အတံးသိၣ်တံးသီကမံတံးအပုၤပၤလီၢ်ဆ့ၣ်နီၤအအိၣ်သ့ကွဲၤကလုာ်နီၢ်ဂံၢ်-၀၀၆၆-၅၃၉၄၆၀၈၀(ရူတံးမဆါကတီၢ်)

ဆၢမုၢ်လၢလၢနကတူၢ်လိတ်တံးစုလီၤယုၣ်မသကိးအတံးမဂ့ၢ်ဂ့ၢ်ဘၣ်ဘၣ် တံးဘျးဒိၣ်မးလီၤ

ဆဲးလီၤ.....ပုၤမလိယုသ့ၣ်ညါတံးဂ့ၢ်
(.....)

မုၢ်နံၤ.....လါနံၣ်.....

ภาคผนวก ง

จำนวนและร้อยละความต้องการการมีส่วนร่วมและการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาว
กะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้อทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงที่ต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่
ติดเชื้อทางเดินหายใจขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน (n=140)

ข้อมูล	ระดับความต้องการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการการมีส่วนร่วมในการ ดูแลเด็กป่วยโดยรวม	ไม่ต้องการมีส่วนร่วม (24)	0	0.0
	ระดับน้อย (25 -48)	5	3.6
	ระดับปานกลาง (49-72)	35	25.0
	ระดับมาก (73-96)	100	71.4
ความต้องการการมีส่วนร่วมในการ ดูแลเด็กป่วยรายด้าน	ไม่ต้องการมีส่วนร่วม (6)	0	0.0
	ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ		
	ระดับน้อย (7-12)	1	0.7
	ระดับปานกลาง (13-18)	32	22.9
	ระดับมาก (19-24)	107	76.4
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	ไม่ต้องการมีส่วนร่วม (8)	0	0.0
	ระดับน้อย (9-16)	1	0.7
	ระดับปานกลาง (17-24)	30	21.4
	ระดับมาก (25-32)	109	77.9
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	ไม่ต้องการมีส่วนร่วม (4)	12	8.6
	ระดับน้อย (5-8)	6	4.3
	ระดับปานกลาง (9-12)	28	20.0
	ระดับมาก (13-16)	94	67.1

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูล	ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการตัดสินใจ	ไม่มีส่วนร่วม (6)	12	8.6
	ระดับน้อย (7-12)	18	12.9
	ระดับปานกลาง (13-18)	57	40.7
	ระดับมาก (19-24)	53	37.8

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละการมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติของผู้ดูแลชาวกะเหรี่ยงในการดูแลเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน (n=140)

ข้อมูล	ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ	
การมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติโดยรวม	ไม่มีส่วนร่วม (24)	0	0.0	
	ระดับน้อย (25 -48)	6	4.3	
	ระดับปานกลาง (49-72)	41	29.3	
	ระดับมาก (73-96)	93	66.4	
การมีส่วนร่วมที่ได้ปฏิบัติรายด้าน	ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	ไม่มีส่วนร่วม (6)	0	0.0
		ระดับน้อย (7-12)	0	0.0
		ระดับปานกลาง (13-18)	36	25.7
		ระดับมาก (19-24)	104	74.3
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	ไม่มีส่วนร่วม (8)	0	0.0	
	ระดับน้อย (9-16)	1	0.7	
	ระดับปานกลาง (17-24)	34	24.3	
	ระดับมาก (25-32)	105	75.0	

ตารางที่ 7 (ต่อ)

ข้อมูล	ระดับการมีส่วนร่วม	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	ไม่มีส่วนร่วม (4)	11	7.9
	ระดับน้อย (5-8)	11	7.9
	ระดับปานกลาง (9-12)	32	22.8
	ระดับมาก (13-16)	86	61.4
ด้านการตัดสินใจ	ไม่มีส่วนร่วม (6)	11	7.9
	ระดับน้อย (7-12)	24	17.1
	ระดับปานกลาง (13-18)	50	35.7
	ระดับมาก (19-24)	55	39.3

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 Copyright© by Chiang Mai University
 All rights reserved

ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

สังกัด

ศาสตราจารย์ ชันนี แคนพงพี

เลขาธิการคณะคริสตจักรกะเหรี่ยง
คริสตจักรกะเหรี่ยงในประเทศไทย

คุณถาวร กัมพลกุล

หัวหน้าฝ่ายประสานงานแพร์ธรรมสังฆมณฑลเชียงใหม่
มิสซังโรมันคาทอลิกเชียงใหม่



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

นายศรันย์ ปองนิมิตพร

วัน เดือน ปีเกิด

7 ธันวาคม พ.ศ. 2527

ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2545

มัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนแม่ลาน้อยจรูณสิกข์

พ.ศ. 2550

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2550 -2553

พยาบาลวิชาชีพ แผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

พ.ศ. 2553-ปัจจุบัน

อาจารย์สังกัดกลุ่มการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น

คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย



วิทยาลัยเชียงใหม่
ight© by Chiang Mai University
rights reserved