

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมหัวข้อเรื่อง ความเจ็บป่วยในเด็ก ผลกระทบของความเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลต่อเด็กป่วยและผู้ปกครอง ระบบการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล

ความเจ็บป่วยในเด็ก

ความเจ็บป่วยในเด็ก จากการศึกษาเอกสารต่างๆ สามารถแบ่งชนิดได้ตามลักษณะของความเจ็บป่วยคือ ความเจ็บป่วยเฉียบพลันและความเจ็บป่วยเรื้อรัง สำหรับเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนมีทั้งเด็กที่เจ็บป่วยเฉียบพลันและเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง โดยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 90 เป็นเด็กป่วยที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน (หน่วยเวชระเบียน, 2546) ส่วนใหญ่มีอาการของความเจ็บป่วยในระดับความรุนแรงปานกลางและไม่ค่อยมีปัญหาที่ซับซ้อนมาก

ความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็ก

ความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็ก หมายถึง ความเจ็บป่วยของเด็กที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงระยะเวลาสั้นๆ อาจจะไม่คุกคามชีวิต ที่พบได้บ่อย ได้แก่ ไข้หวัด การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบน (Ellis & Nowlis, 1994) และถ้ามีอาการรุนแรง อาจทำให้ต้องการพักรักษาในโรงพยาบาล (Marlow & Redding, 1988; Neff & Spray, 1996; Neill, 2000) ความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็ก สามารถแบ่งได้เป็น ชนิดที่ไม่รุนแรง (Minor illness) และชนิดที่รุนแรง (Serious illness) (Hunsberger, 1989; James & Mott, 1988; Neff & Spray, 1996) ความเจ็บป่วยเฉียบพลันชนิดไม่รุนแรง เป็นความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันของเด็ก ทำให้เด็กพักผ่อนได้น้อย รู้สึกไม่สุขสบาย ผู้ปกครองสามารถให้การดูแลรักษาอาการที่เกิดขึ้นที่บ้านได้ (Hunsberger, 1989; Neff & Spray, 1996) เช่น โรคหวัด พยาธิ อาการปวดท้อง และกระเพาะอาหารอักเสบ

เป็นต้น ความเจ็บป่วยเฉียบพลันชนิดรุนแรง เป็นความเจ็บป่วยที่อาจคุกคามต่อชีวิตของเด็กจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบุคลากรพยาบาล (Neff & Spray, 1996) เช่น อุจจาระร่วงเฉียบพลัน อาการชักจากไข้สูง ปอดบวม ไข้เลือดออก หลอดลมอักเสบ ไข้ดั่งอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น

สำหรับความเจ็บป่วยเฉียบพลันที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ อุจจาระร่วงเฉียบพลัน อาการชักจากไข้สูง ปอดบวม ไข้เลือดออก หลอดลมอักเสบ ไข้ดั่งอักเสบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ อาการไข้สูงจากการติดเชื้อไวรัส เด็กป่วยดังกล่าวได้รับการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือเข้าสู่ภาวะวิกฤต แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลในระดับสูงต่อไป

ความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก

ความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก หมายถึง ความเจ็บป่วยที่มีระยะเวลาการดำเนินการของโรคยาวนาน มีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ อาจถึงแก่ชีวิตได้หรือมีชีวิตรอดได้นาน และระยะเวลาที่เกิดขึ้นมีระยะเวลามากกว่า 3 เดือนใน 1 ปี หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกเป็นระยะเวลามากกว่า 1 เดือนใน 1 ปี (Neff & Spray, 1996) ซึ่งมุ่งที่ระยะเวลาการดำเนินการของโรคที่ยาวนาน และจำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลมากกว่าที่จะพิจารณาเฉพาะการวินิจฉัยโรค (J.M. Perrin, 1999) ความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก สามารถจำแนกตามความรุนแรง และการเกิดความเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยเรื้อรังจำแนกตามความรุนแรงของความเจ็บป่วยของเด็ก (Harkins, 1994; Neff & Spray, 1996) แบ่งได้เป็น ความเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น โรคมะเร็ง โรคไต โรคหัวใจแต่กำเนิด โรคเอดส์ วัณโรค เป็นต้น ความเจ็บป่วยที่ไม่คุกคามต่อชีวิต เช่น โรคลมชัก เบาหวาน หอบหืด กลุ่มอาการคาวนีย์ เป็นต้น ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่จำแนกตามการเกิดความเจ็บป่วยของเด็ก (Bowden, Dickey, & Greenberg, 1998; Neff & Spray, 1996) แบ่งได้เป็น ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นพันธุกรรม เช่น เบาหวาน หอบหืด โรคโลหิตจาง กลุ่มอาการคาวนีย์ เป็นต้น ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นมาแต่กำเนิด เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นต้น ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นหลังจากกำเนิด เช่น โรคเอดส์ วัณโรค เป็นต้น

สำหรับความเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบได้บ่อยในโรงพยาบาลชุมชน ได้แก่ หอบหืด และโลหิตจาง ส่วนเด็กป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาเพราะได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่าหรือมากกว่า ตามนโยบายบริการตามระบบสาธารณสุขของรัฐ เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

ผลกระทบของความเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลต่อเด็กป่วยและผู้ปกครอง

เด็กเป็นสมาชิกคนหนึ่งของคนรอบครัว เมื่อเด็กเกิดความเจ็บป่วยนอกจากจะกระทบต่อตัวเด็กโดยตรงแล้วยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวด้วย โดยเฉพาะผู้ปกครองของเด็กป่วย

ผลกระทบของความเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลต่อเด็กป่วย

ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กไม่ว่าจะมีอาการเพียงเล็กน้อยหรือมาก ย่อมส่งผลกระทบต่อเด็กป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคม ของเด็กแต่ละวัย ดังนี้

ทารก (แรกเกิด-12 เดือน) ทารกเป็นวัยที่ต้องการการดูแลเป็นอย่างมากเพราะยังเยาว์เกินไปที่จะเข้าใจความหมายของความเจ็บป่วย และการติดต่อสื่อสารยังไม่สมบูรณ์พอ (American Red Cross, 2001, para 3; Byrne & Hunsberger, 1989) การสื่อสารให้ผู้ปกครองทราบก็โดยการแสดงพฤติกรรมออกมา ซึ่งที่พบบ่อยคือ การร้องไห้ งอแง ซึ่งผู้ปกครองสามารถวิเคราะห์และตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม เมื่อทารกป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้มีอาการหงุดหงิดเพราะความเจ็บป่วยทำให้จำกัดความต้องการ (Leifer, 1999) เช่น โรคบางชนิดทารกจำเป็นต้องงดอาหารเพื่อเตรียมตรวจ หรือผ่าตัดหรือด้วยเหตุผลอื่นๆ ทำให้ทารกมีปฏิกริยาได้ตอบโดยการร้องไห้ตลอดเวลา ผลของความเจ็บป่วยทำให้ทารกได้รับความเจ็บปวดจากกิจกรรมการตรวจรักษาที่มีการสอดใส่เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย ได้รับการจำกัดการเคลื่อนไหว แขนขา ทำให้รบกวนแบบแผนชีวิตประจำวันโดยเฉพาะการนอนหลับ (Ball & Bindler, 1995) และถ้ามารดาและทารกแยกกันในขณะนี้ ทารกจะมีปฏิกริยาต่อการแยกจาก พฤติกรรมตอบสนองเริ่มด้วยการประท้วงโดยการร้องไห้ กรีดร้อง และต่อสู้ด้วยพฤติกรรมต่างๆ จนเมื่อเข้าสู่ระยะสิ้นหวังทารกจะหยุดร้องมีกิจกรรมน้อยลงและในที่สุดก็เข้าสู่ระยะปฏิเสธ (Ball & Bindler, 1995; Wong & Perry, 1998) กรณีทารกที่อยู่โรงพยาบาลในระยะเวลาสั้นจะมีผลเสียต่อเด็กน้อย แต่ก็มีรายงานว่าทารกที่อยู่โรงพยาบาลเพียง 2-3 วันแต่เมื่อกลับไปอยู่บ้านทารกจะมีนิสัยเกี่ยวกับการกินและการนอนที่เปลี่ยนแปลงไปและต้องการให้ผู้ปกครองอุ้มตลอดเวลา (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534) ฮาสกินและคณะ (Haskins et al. as cited in Hunsberger, 1989) ศึกษาทารกอายุ 6-12 เดือนในศูนย์ดูแลเด็กกลางวัน พบว่าผลของความเจ็บป่วยทำให้ทารกมีกิจกรรมลดลงและเกาะติดผู้ดูแลตลอดเวลา

เด็กวัยหัดเดิน (1-3 ปี) เด็กวัยหัดเดินหรือวัยเตาะแตะเริ่มมีพัฒนาการด้านความรู้สึกที่สัมพันธ์ระหว่างความเป็นจริงกับเวลา สถานที่ และเหตุผลมากขึ้น ความเจ็บป่วยและการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้เด็กพบกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทั้งผู้คน สถานที่ การให้การดูแล และการรักษาพยาบาล เป็นต้น เด็กจะเกิดความสับสนในกิจกรรมที่ทำประจำ เช่น เวลารับประทานอาหาร เวลานอน การเข้าห้องน้ำ ตารางเวลาที่เข้มงวด เสื้อผ้าที่แตกต่างไปจากที่คุ้นเคย (Wong & Perry, 1998) ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ความอยากอาหารของเด็กเปลี่ยนไป ประกอบกับความเจ็บป่วยและยาที่เด็กรับประทานอาจเป็นสาเหตุของอาการคลื่นไส้ อาเจียน นอกจากนี้จะทำให้เด็กขาดความเป็นตัวของตัวเอง ส่งผลให้เกิดความไม่ไว้วางใจบุคคลรอบข้าง และจากการที่การสื่อสารของเด็กยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ทำให้ขาดความเข้าใจสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้เกิดความกลัว ความกังวล ความคับข้องใจและความโกรธได้ ถ้าเด็กได้รับการผูกมัดจะเป็นการยับยั้งพัฒนาการในด้านการเคลื่อนไหว ถ้าขาดการทดแทนเด็กจะแสดงปฏิกิริยาโต้ตอบออกมาในรูปของความก้าวร้าว เช่น การให้เด็กนอนหงายนิ่งๆ ขณะที่กำลังให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เด็กจะไม่ให้ความร่วมมือและต่อต้านอย่างรุนแรง เด็กจะมีปฏิกิริยาต่อการแยกจากที่รุนแรง (Ball & Bindler, 1995; Leifer, 1999) เด็กต้องแยกจากผู้ปกครองและของส่วนตัวที่เขาชอบ นอกจากนี้กลไกการปรับตัวที่พบเสมอในเด็กวัยนี้คือ พฤติกรรมถดถอย เช่น ไม่ยอมดื่มน้ำจากถ้วย ถ่ายอุจจาระปีสภาวะรดกางเกง เป็นต้น (Wong, 1995) ได้มีการศึกษาเด็กต่ำกว่า 4 ปีถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบว่าเด็กมีความเชื่อช้าในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว เกิดความฉุนเฉียวกับผู้ปกครองโดยเฉพาะมารดา (Hunsberger, 1989) แต่อย่างไรก็ตาม ปาร์มาลี (Pamalee, 1986) ได้แสดงความคิดเห็นว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้นๆ ทำให้เด็กมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ต่างๆ สามารถช่วยให้พัฒนาการของความเข้าใจความเจ็บป่วยที่เหมาะสมขึ้นและมีพฤติกรรมที่ดีได้

เด็กวัยก่อนเรียน (3-6 ปี) เด็กวัยนี้สามารถจะเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้มากขึ้น แต่การอธิบายต้องตามความเป็นจริง ความเจ็บป่วยและการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้เด็กต้องอยู่ในสภาพเหมือนถูกกักขัง สูญเสียความเป็นอิสระไม่สามารถไปไหนได้ ต้องอยู่บนเตียง อยู่ภายใต้การควบคุมของผู้อื่น มีการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมที่ทำประจำ และถ้าเด็กต้องแยกจากผู้ปกครองจะทำให้เด็กเกิดความวิตกกังวล กลัว และปฏิเสธที่จะกิน นอน และอาจจะร้องไห้อย่างเงียบๆ (Wong, 1995; Wong & Perry, 1998) และอาจแปลความหมายของความเจ็บป่วยและการต้องเข้าอยู่โรงพยาบาลเป็นการลงโทษ (Leifer, 1999; M.L. Thompson, 1995; Novak & Broom, 1999; Wong & Perry, 1998) นอกจากนี้เด็กจะเกิดความกลัวร่างกายได้รับอันตรายโดยเฉพาะอย่างยิ่งหัตถการที่ต้องสอดใส่

เครื่องมือเข้าร่างกายเพื่อการรักษา (Leifer, 1999; Marlow & Redding, 1988; Pillitteri, 1999) เด็กอาจตอบสนองต่อความเจ็บปวดด้วยคำพูดที่ก้าวร้าวอาจจะผลักหรือหลีกหนี (Wong & Perry, 1998) แมทสัน และ ไวสเบิร์ก (Mattsson & Weisberg as cited in Hunsberger, 1989) ศึกษาเด็กวัยก่อนเรียนถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยเฉียบพลัน พบว่าเด็กมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงรวมถึงกิจกรรมและความอยากอาหารลดลง

เด็กวัยเรียน (6-12 ปี) เด็กวัยเรียนสามารถช่วยเหลือตัวเองเกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวันได้ อยู่ในระยะของพัฒนาการความมีเหตุผล (Ball & Bindler, 1995) เมื่อเด็กเกิดความเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กจึงต้องการคำอธิบายเกี่ยวกับโรค การรักษาพยาบาล (Wong, 1995) โดยปกติเด็กจะมีความต้องการที่จะแสดงกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง เด็กจะพยายามเคลื่อนไหวหรือการใช้ยาระงับความรู้สึกของร่างกายให้เต็มที่ ฉะนั้นเมื่อเด็กเจ็บป่วยมักจะถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการใช้ยาระงับความรู้สึกบางส่วน เด็กจะเกิดความท้อแท้ ความคับข้องใจ ความวิตกกังวล และรู้สึกผิด (ฉลองรัฐ อินทรีย์, 2522) การอยู่โรงพยาบาลจำต้องพักอยู่บนเตียง ต้องใช้หมอนอน มีผู้อบน้ำหรือเช็ดตัวให้ ต้องได้รับการเคลื่อนย้ายโดยใช้รถนั่งและเปลนอน ไม่มีสิทธิในการเลือกรายการอาหารขาดความเป็นตัวของตัวเอง (Leifer, 1999; Wong & Perry, 1998) สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดอาการกลัว เช่น กลัวร่างกายได้รับอันตราย (Neff & Spray, 1996; Pillitteri, 1999) กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวเพื่อนไม่ยอมรับ คิดถึงเพื่อนและกิจกรรมต่างๆ จึงเกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เบื่อหน่าย แยกตัว และซึมเศร้า (Ball & Bindler, 1995; Wong & Perry, 1998) อเล็กซ์ และ ริชชี (Alex & Ritchie as cited in Youngblut, 1998) ได้ศึกษาเด็กวัยเรียน 20 รายภายหลังได้รับการผ่าตัด พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้สึกวิตกกังวลและกลัวการถูกคุกคามร่างกาย และบาร์นส์ (Barnes as cited in Hunsberger, 1989) ศึกษาเด็กวัยเรียน 13 รายถึงผลกระทบของความเจ็บป่วย พบว่าเด็กมีความไวของความรู้สึกต่อสิ่งแวดล้อมและพบเด็กมีปัญหาเรื่องการนอนหลับเพราะจะต้องตื่นทุกครั้งเมื่อได้ยินเสียงหมอพูดคุย นอกจากนี้บริเชอร์ (Bricher, 2000) ศึกษาพลังอำนาจการตัดสินใจของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในออสเตรเลียโดยการสัมภาษณ์พยาบาล พบว่าเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีพลังอำนาจการตัดสินใจลดลง อาจเป็นเพราะว่าผู้ใหญ่คิดว่าไม่เหมาะสมที่จะให้เด็กป่วยตัดสินใจดูแลสุขภาพในสถานะที่เคร่งเครียด

เด็กวัยรุ่น (12-14 ปี) เด็กวัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องการอิสระภาพ (Ball & Bindler, 1995; Novak & Broom, 1999; Wong, 1995) ความเจ็บป่วยและการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กวัยรุ่นรู้สึกสูญเสียการควบคุมตัวเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่น ทำให้เด็กวัยรุ่นตอบสนองโดยการเก็บตัว

ปฏิเสธและไม่ให้ความร่วมมือ (Wong, 1995; Wong & Perry, 1998) การได้รับความเจ็บปวดอย่างรุนแรงหรือความเครียดทางด้านร่างกายโดยกระทันหัน เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับอุบัติเหตุจะต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งรีบ มักทำให้เด็กวัยรุ่นไม่สามารถทนต่อความเจ็บปวดและรอคอยเพื่อให้อาการดีขึ้นได้เอง (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2534) สำหรับเด็กวัยรุ่นตอนต้น มีความเครียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่มีผลต่อทางด้านร่างกาย หน้าที่ และการเคลื่อนไหว กลุ่มเพื่อนมีความสำคัญมากสำหรับเด็กวัยรุ่น เพราะฉะนั้นเด็กวัยรุ่นจึงกลัวการแยกจากเพื่อน (Ball & Bindler, 1995; Leifer, 1999; Neff & Spray, 1996; Wong & Perry, 1998) ในบางครั้งความต้องการคงไว้ใน การติดต่อสื่อสารกับเพื่อนอาจทำให้บทบาทในโรงพยาบาลเสียไป เช่น เด็กวัยรุ่นอาจจะออกโรงพยาบาลไปพบเพื่อน โดยไม่ได้รับอนุญาตจากทางโรงพยาบาล เป็นต้น (Bowden, Dickey, & Greenberg, 1998) การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยมีความสำคัญมากในเด็กวัยรุ่น เด็กวัยรุ่นอาจรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยว่าเป็นการถูกลลงโทษ รู้สึกผิดหวัง และอับอาย (Ball & Bindler, 1995) นอกจากนี้ความเจ็บป่วยอาจมีผลต่อพัฒนาการด้านสติปัญญาและจำกัดโอกาสการเรียนรู้ของเด็ก ทำให้เด็กวัยรุ่นมีความตึงเครียดมาก (ฉลองรัฐ อินทรีย์, 2522) มูนน์ และ ทิชี่ (Munn & Tichy as cited in Hunsberger, 1989) ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อเด็กวัยรุ่น พบว่าเด็กวัยรุ่นมีความเครียดจากปัจจัยที่ส่งเสริมคือสิ่งแวดล้อมความเจ็บป่วยทางร่างกาย สิ่งที่กระทบต่อจิตใจ รวมถึงการติดต่อกับครอบครัวและเพื่อน

สรุป จากการศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลของเด็กป่วยในแต่ละวัย จะเห็นได้ว่า เด็กเมื่อเกิดความเจ็บป่วยไม่ว่าจะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง และไม่ว่าเด็กป่วยจะอยู่ในวัยใดก็ตาม และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

ผลกระทบของความเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลของเด็กต่อผู้ปกครอง

ความเจ็บป่วยเมื่อเกิดขึ้นกับเด็กและทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นสาเหตุหนึ่งที่มีผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ปกครองซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กป่วย และจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ สามารถรวบรวมผลกระทบจากความเจ็บป่วยของเด็กต่อผู้ปกครองได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย เมื่อเด็กป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีผลกระทบต่อผู้ปกครองในด้านร่างกาย กล่าวคือ ผู้ปกครองต้องเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น (Carey, 1999; Hunsberger, 1989) ผู้ปกครอง

อาจเกิดความเหนื่อยล้าจากการพักผ่อนไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความเจ็บป่วยได้ นอกจากนี้ผู้ปกครองอาจมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไป เช่น เกิดอารมณ์ฉุนเฉียว และหงุดหงิดได้ง่ายขึ้น

2. ด้านจิตใจอารมณ์ ความเจ็บป่วยของเด็กที่เกิดขึ้นมีผลให้ผู้ปกครองเด็กป่วยอยู่ในภาวะเครียดทั้งจากความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลที่เด็กป่วยได้รับ ตลอดจนผลอันตรายที่อาจเกิดตามมา (Ball & Bindler, 1995; Newton, 2000; M.L. Thompson, 1995; Youngblut, 1998) มีความวิตกกังวลต่อการแยกจาก (Marlow & Redding, 1988) สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Carey, 1999; Leifer, 1999) รวมถึงกฎระเบียบของโรงพยาบาล (Wong, 1995; Wong & Perry, 1998) เกิดความรู้สึกผิดคิดว่าละเลยการป้องกันหรือการให้ภูมิคุ้มกันโรคแก่เด็กทำให้เด็กเกิดความเจ็บป่วย (Marlow & Redding, 1988; E.D. Thompson, 1995) กลัวในสิ่งต่างๆ เช่น ความไม่รู้ การดูแลเด็กป่วยไม่ถูกต้อง กลัวเกี่ยวกับความไม่เพียงพอของค่าใช้จ่าย กลัวเด็กได้รับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยและการรักษา กลัวต้องเข้าไปสัมผัสกับเชื้อโรค กลัวการที่จะต้องส่งต่อเด็กป่วยให้อยู่ในความดูแลของพยาบาล เป็นต้น (Carey, 1999; E.D. Thompson, 1995) ตามอนเทน เฮปเวิร์ธ พอลลัก และ เชียเฟอรี (LaMontagne, Hepworth, Pawlak, & Chiafery as cited in Youngblut, 1998) ศึกษาบิตามารดาของเด็กอายุ 1 เดือนถึง 17 ปี พบว่าพวกเขามีความวิตกกังวลสูงที่ 24-48 ชั่วโมง และที่ 72 ชั่วโมงของการเข้าอยู่โรงพยาบาลทำให้การเผชิญในการแก้ปัญหาได้น้อย นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ปกครองมีความวิตกกังวลในระดับสูงขณะอยู่ในโรงพยาบาล และลดลงสู่ระดับต่ำเมื่อจำหน่ายและหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Tiedeman, 1997)

3. ด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ เมื่อเด็กป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ปกครองเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ (Kristensson-Hallstrom, 2000) และเมื่อมารดาเป็นผู้ดูแลเด็กป่วย บิดาอาจต้องทำหน้าที่แทนมารดาขณะอยู่ที่บ้านซึ่งอาจทำให้เกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย สำหรับผู้ปกครองที่อยู่ดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลต้องเข้ามาอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยของโรงพยาบาล อาจทำให้เกิดความสับสนเกี่ยวกับบทบาทที่เหมาะสมของตน (Ferrell et al. as cited in Youngblut, 1998) ขาดความมั่นใจ ไม่รู้ว่าจะได้รับอนุญาตให้ทำอะไรได้บ้าง และทำอะไรจึงจะปลอดภัยสำหรับเด็กป่วย บางรายเกิดความลังเลใจที่จะปฏิบัติต่อเด็กป่วยเพราะรู้สึกว่าตนคือยกว่าและไม่มีความสามารถเท่าพยาบาล กลัวการวิจารณ์จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล บางรายอาจเกิดความรู้สึกผิด คับข้องใจที่ไม่สามารถช่วยเหลือ ป้องกัน ปลอดภัยในขณะที่เด็กป่วยได้รับความเจ็บปวดจากวิธีการรักษาพยาบาลได้ เนื่องจากต้องรออนอกห้อง บางรายไม่กล้าแตะต้องเด็กป่วยขณะกำลังให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ไม่กล้าอุ้มเด็กป่วย ไม่กล้าแม้แต่จะขยับเขยื้อนแขนที่กำลังให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำอยู่เพราะกลัวเด็กป่วยจะเจ็บมากขึ้น กลัวทำผิด กลัวผลเสียหายจะเกิดขึ้นกับเด็ก เพิ่มความเครียดให้แก่เด็กด้วย (ประนอม รอดคำดี, 2531) ผู้ปกครองไม่เข้าใจ

บทบาทของตนเองในโรงพยาบาล เพราะจากการที่ดูแลเด็กปกติที่บ้านต้องมาดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลไม่ทราบว่าจะทำเช่นเดียวกันกับที่บ้านหรือไม่ เช่น การอาบน้ำ การป้อนข้าว เป็นต้น (Callery, 1997; Leifer, 1999; Palmer, 1993) ลามอนเทน และ พอลลัก (LaMontagne & Pawlak, 1990) ศึกษาบิดาและมารดาของเด็กป่วยซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤต 30 ราย พบว่าเกิดความเครียดเกี่ยวกับการสูญเสียบทบาทของการเป็นบิดามารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ริคเคิล เฮนเนสซี เอเบอเลีย คาร์เทอร์ และ ไมล์ (Riddle, Hennessey, Eberly, Carter, & Miles as cited in Youngblut, 1998) ที่พบว่าความเครียดของมารดา คือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของการเป็นผู้ปกครอง

4. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว การที่เด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก่อให้เกิดความเครียดทางอารมณ์แก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว เนื่องจากผู้ปกครองต้องรับภาระดูแลเด็กป่วยจนบางครั้งไม่ได้ตอบสนองความต้องการของสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว (จุฑา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543) บางครั้งอาจเกิดอารมณ์ฉุนเฉียวได้ง่าย อาจทำให้เกิดการทะเลาะเบาะแว้งระหว่างสามีภรรยา โดยเฉพาะความเจ็บป่วยของทารกทำให้ความใกล้ชิดสนิทสนมและความคุ้นเคยระหว่างสามีภรรยาและทารกได้รับการขัดขวาง ทำให้มีผลต่อปฏิสัมพันธ์ด้านทัศนคติและการพัฒนาการความรู้สึกรักของเด็ก หรือในทางตรงกันข้ามอาจทำให้เกิดการเห็นใจกันมากขึ้นระหว่างบิดามารดา (Hunsberger, 1989)

5. ด้านเศรษฐกิจ การที่เด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ปกครองที่ทำงานประจำต้องลาหยุดงานเพื่อมาดูแลเด็กป่วย ทำให้ขาดรายได้ หรือรายได้ของครอบครัวลดลง ประกอบกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เพิ่มขึ้น เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอาหาร ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ต่าง ๆ ค่ายานพาหนะในการเดินทาง เป็นต้น (Bowden et al., 1998; Carey, 1999) ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำและปานกลางอาจจะพบกับปัญหาด้านการเงิน ซึ่งในขณะที่รายได้ลดลงแต่ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นทำให้บางครอบครัวอาจต้องไปกู้ยืมทำให้เกิดหนี้สินขึ้นได้ และกรณีที่เกิดความเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องพบว่า ผู้ปกครองไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้เพียงพอถึงร้อยละ 82 และเกือบทุกรายมีปัญหาเกี่ยวกับค่ารักษา (จุฑา ภูไพบูลย์ และคณะ, 2543)

สรุป จากการศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลของเด็กป่วยต่อผู้ปกครอง จะเห็นได้ว่า เมื่อเด็กป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกของครอบครัว โดยเฉพาะผู้ปกครอง ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ บทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในครอบครัวและด้านเศรษฐกิจ

ระบบการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานบริการสาธารณสุข ที่เน้นบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยมีหน้าที่ให้บริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน คือ ให้บริการด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนส่งต่อเพื่อการรักษาที่ซับซ้อนขึ้น โดยให้บริการครอบคลุมประชากรในเขตรับผิดชอบหรือตำบลที่ตั้งเป็นเป้าหมายหลัก และให้บริการอื่นๆ ที่มีความซับซ้อนขึ้นสำหรับประชาชนในอำเภอที่เป็นที่ตั้งของโรงพยาบาลชุมชน (สภากาชาดไทย, 2544) สำหรับโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดนครราชสีมา มีขนาดตั้งแต่ 10-150 เตียง มีจำนวนทั้งหมด 17 แห่ง แต่โรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาด 120-150 เตียง มีจำนวน 3 แห่ง โดยเน้นให้บริการสุขภาพในระดับทุติยภูมิ ให้บริการแก่ประชาชนครอบคลุมภายในพื้นที่รวมถึงประชาชนที่อยู่รอบนอก มีหอผู้ป่วยเด็กแยกออกจากหอผู้ป่วยผู้ใหญ่ มีอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่พร้อมกว่าโรงพยาบาลชุมชนที่มีจำนวนเตียงน้อยกว่า และมีกุมารแพทย์ให้การรักษาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาเมื่ออายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 14 ปี และส่วนใหญ่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาด้วยความเจ็บป่วยเฉียบพลัน ได้แก่ อุจจาระร่วงจากการติดเชื้อทางเดินอาหาร ไข้เลือดออก อาการชักจากไข้สูง ปอดบวม และอื่นๆ ระยะเวลาในการพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เท่ากับ 2 วัน ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยมีตั้งแต่รุนแรงเล็กน้อยถึงรุนแรงมาก (หน่วยเวชระเบียน, 2546)

หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนเตียงที่สามารถรองรับเด็กป่วยได้เฉลี่ยประมาณ 30 เตียง ซึ่งพบว่าเด็กป่วยที่เข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยมีจำนวนค่อนข้างมาก และมีการจัดให้เด็กป่วยนอนพักรักษาในหอผู้ป่วยโดยแยกเป็นการติดเชื้อตามระบบ เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร และการติดเชื้อระบบอื่นๆ เป็นต้น สำหรับเด็กป่วยที่มีอาการหนักที่ต้องคอยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ได้จัดให้เด็กป่วยนอนพักอยู่ใกล้กับที่ทำงานของพยาบาล สำหรับบุคลากรพยาบาลที่ประจำการบนหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมเป็นพยาบาลวิชาชีพ เมื่อเทียบสัดส่วนระหว่างบุคลากรพยาบาลกับเด็กป่วยโดยประมาณเท่ากับ 1:10 คน การทำงานส่วนใหญ่จึงมุ่งปฏิบัติตามแผนการรักษา ทำให้การดูแลเด็กป่วยทำได้ไม่เต็มที่

เด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม นอกจากได้รับการดูแลจากบุคลากรพยาบาลแล้ว ทางหอผู้ป่วยได้อนุญาตให้มีผู้ปกครองอยู่ดูแลอย่างน้อย 1 คน ซึ่งผู้ปกครองได้ให้การดูแลหลักในเรื่อง การให้อาหารและช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร ความสะอาดของร่างกายรวมถึงการเปลี่ยนเสื้อผ้าและการช่วยเหลือในการเปลี่ยนเสื้อผ้า และการขับถ่าย นอกจากนี้เมื่อเทียบสัดส่วนระหว่างบุคลากรพยาบาลกับเด็กป่วยพบว่าค่อนข้างสูง จึงทำให้ผู้ปกครองได้

ปฏิบัติกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่ซับซ้อนนอกเหนือจากกิจวัตรประจำวัน เช่น ดูแลการไหลของสารน้ำที่ทางหลอดเลือดดำ การดูแลเด็กป่วยได้รับการพ่นยา การดูแลหัดด้วยลูกสูบยางแดง และการดูแลเด็กป่วยได้รับออกซิเจน เป็นต้น และกิจกรรมบางอย่างถึงแม้ว่าก่อให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่ก็ตาม โดยเฉพาะเด็กเล็กจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือ จำเป็นที่จะต้องให้ผู้ปกครองคอยช่วยเหลือในการจับยึดรวมถึงการช่วยปลอบโยน ส่วนเด็กโตกิจกรรมบางอย่างก็ต้องอาศัยผู้ปกครองในการอธิบายหรือช่วยเตรียมเด็กป่วยก่อนเพื่อให้เกิดความร่วมมือ สำหรับการสอบถามข้อมูลเรื่องต่างๆ เช่น เรื่องเกี่ยวกับโรค การรักษาต่างๆ ที่เด็กป่วยได้รับ เป็นต้น ผู้ปกครองไม่ค่อยสอบถามอาจเนื่องจากความไม่กล้าหรือด้วยความเกรงใจ และจากการที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมมีเด็กป่วยจำนวนมากจึงทำให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลไม่มีเวลาซักถามเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือเพื่อการตัดสินใจกับผู้ปกครอง

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยเป็นแนวคิดที่สำคัญในการนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลเด็กและครอบครัวที่มีคุณภาพ (Callery & Smith, 1991; Coyne, 1996) ในต่างประเทศได้มีการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมาใช้อย่างแพร่หลาย ในประเทศไทยได้เริ่มนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมาใช้ในโรงพยาบาลระดับต่างๆ แต่การปฏิบัติยังไม่มีมาตรฐานชัดเจน สำหรับแนวคิดของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย ได้มีผู้อธิบาย ดังนี้

บราวน์ลี (Brownlea as cited in Coyne, 1996) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองว่าเป็นการที่ผู้ปกครองได้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย หรือผู้ปกครองเป็นบุคคลหนึ่งที่สามารถให้คำปรึกษาเรื่องการดูแลเด็กป่วย

คาลเลอร์รี และ สมิธ (Callery & Smith, 1991) ได้ให้ความหมายว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองคือการที่ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลเด็กป่วย โดยเป็นกิจกรรมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยขณะเด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาลโดยมีพยาบาลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ

เชปปี้ (Schepp, 1995) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองคือการที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติใน 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ (participation in

routine care) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล (participation in technical care) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล (participation in information sharing) และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย (participation in decision making)

สตัลล์ และ ดีทริก (Stull & Deatrck, 1986) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง หมายถึง สิ่งที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรงได้แก่ การดูแลกิจกรรมที่ทำประจำวัน และการดูแลทางด้านจิตใจเมื่อได้รับกิจกรรมการพยาบาล ทางอ้อมได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและทีมสุขภาพ

จากแนวคิดของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองดังกล่าวข้างต้นสามารถแบ่งได้เป็น การมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ (Brownlea as cited in Coyne, 1996; Callery & Smith, 1991; Schepp, 1995) และการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติ (Schepp, 1995; Stull & Deatrck, 1986) สำหรับองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (Callery & Smith, 1991; Schepp, 1995; Stull & Deatrck, 1986) ด้านกิจกรรมการพยาบาล (Schepp, 1995; Stull & Deatrck, 1986) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล (Schepp, 1995; Stull & Deatrck, 1986) และด้านการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย (Brownlea as cited in Coyne, 1996; Schepp, 1995) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองของเชปปี (Schepp, 1995) เป็นกรอบในการศึกษา เนื่องจากมีความครอบคลุมทั้งประเภทและองค์ประกอบภายในของการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยของผู้ปกครอง

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยนั้นมีประโยชน์ทั้งต่อตัวเด็ก ผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ประโยชน์ต่อเด็กป่วย

เด็กมีการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อเด็กป่วยและต้องเข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาล เคลลีย์ และคณะ และ วูดเทน (Cleary et al. & Wootten as cited in Palmer, 1993) เชื่อว่าผู้ปกครองเท่านั้นที่สามารถให้การดูแลเด็กในเรื่องต่างๆ ได้ดี เช่น การให้ความรัก สัมพันธภาพและบรรยากาศสังคมที่อบอุ่น ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพจิตและการพัฒนาของเด็ก การที่เด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษายอยู่ในโรงพยาบาล จะเกิดผลกระทบต่อเด็กมากมายและการที่ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยจะช่วยลดผลกระทบต่อการใช้โรงพยาบาลของเด็ก

ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ กล่าวคือ เด็กจะได้รับความสุขสบาย (Neff & Spray, 1996) ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่องจากผู้ปกครอง (Neill, 1996b) ทำให้สามารถฟื้นหายจากความเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น (Coyne, 1995a; Wong, 1995) ช่วยลดความเครียด (Broome, 1998; Gill, 1987) ลดความวิตกกังวลต่อการแยกจาก (Bowden, Dickey, & Greenberg, 1998; Jones, 1994; Neill, 1996b; Pillitteri, 1995) นาฟลี และคณะ (Knafli et al. as cited in Evans, 1994) กล่าวว่า ความเครียดและความวิตกกังวลของเด็กป่วยจะลดลงได้ ถ้าผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนั้นยังมีผู้ศึกษาถึงประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่มีต่อเด็กป่วยหลายๆ ด้าน ดังนี้ มาฮาฟฟี (Mahaffy as cited in Palmer, 1993) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กหลังผ่าตัดทอนซิล มีผลทางด้านร่างกายของเด็กป่วยคือ การอาเจียนลดลง ร้องไห้ลดลง และการได้รับสารน้ำทางปากเพิ่มมากขึ้น คุณมได้ตี ปัสสาวะได้เร็วหลังผ่าตัด นอกจากนี้ยังลดความเศร้าโศกของเด็กซึ่งสามารถวัดได้จากความดันโลหิตลดลง ชีพจรลดลง และอุณหภูมิลดลง และกลุ่มที่มีผู้ปกครองอยู่ด้วยมีความพึงพอใจสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของ เบรน และ แมกเลย์ (Brain & Maclay as cited in Muller, Harris, & Wattley, 1986) ศึกษาเด็กป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อมทอนซิลจำนวน 101 รายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งมีมารดาอยู่ด้วยและเด็กจำนวน 96 รายอยู่ตามลำพัง พบว่าการที่มีมารดาอยู่ด้วยและมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมีผลดีต่อจิตใจและลดการติดเชื้อของเด็ก อเล็กซานเดอร์ และคณะ (Alexander, Powell, Williams, White, & Conlon, 1988) ศึกษาเปรียบเทียบกลุ่มตัวอย่าง 50 รายที่มีผู้ปกครองอยู่ดูแล กับ 51 รายที่ไม่มีผู้ปกครองอยู่ดูแล พบว่าเด็กป่วยที่มีผู้ปกครองอยู่ดูแล มีพัฒนาการด้านสังคมดีกว่าและมีความเครียดน้อยกว่าเด็กป่วยที่ไม่มีผู้ปกครองอยู่ดูแล นอกจากนี้ เทย์เลอร์ และ โอคอนเนอร์ (Taylor & O'Connor, 1989) ศึกษาเด็ก 136 รายที่มีผู้ปกครองพักอยู่ด้วยระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล พบว่าระยะเวลาของการพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.88 วัน และเด็กจำนวน 450 รายที่ไม่มีผู้ปกครองพักอยู่ด้วยระหว่างที่อยู่ในโรงพยาบาล พบว่าระยะเวลาของการพักรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ย 4.16 วัน และเช่นเดียวกับการศึกษาของ แพรทท์ และ ชิตากิส (Pratt & Chitakis as cited in Shields, 2001) พบว่าเฉลี่ยระยะเวลาอยู่โรงพยาบาลของเด็กป่วยที่มีผู้ปกครองพักอยู่ด้วยสั้นกว่า 1 วัน จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ต่อเด็กทั้งทางตรงและทางอ้อม

ประโยชน์ต่อผู้ปกครอง

การที่ผู้ปกครองได้รับอนุญาตให้อยู่กับเด็กป่วยขณะเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยจะเกิดประโยชน์ต่อผู้ปกครอง กล่าวคือ ผู้ปกครองได้มีส่วนช่วยเตรียมในการดูแลเด็กและคอยช่วยเหลือให้กำลังใจ เป็นการคงไว้ซึ่งบทบาทของผู้ปกครอง และ

สายสัมพันธ์ของครอบครัว เป็นการสนับสนุนครอบครัวให้ดำเนินไปตามปกติและเกิดความต่อเนื่องของกิจวัตรประจำวัน (Gill, 1987; Hutchfield, 1999; Neff & Spray, 1996; Palmer, 1993) บุคลากรพยาบาลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของผู้ปกครองที่จะช่วยเหลือในการรักษาพยาบาล และทำให้ผู้ปกครองรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นประโยชน์ต่อเด็กป่วย (Marlow & Redding, 1988) เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นและสามารถให้การดูแลเด็กป่วยได้ (Glacia de Lima, Melo Rocha, Scochi, & Callery, 2001) การต้องพึ่งพาบุคลากรทางการแพทย์และคนอื่นๆ ลดลง ค่าใช้จ่ายต่างๆ ลดลง และสุดท้ายผู้ปกครองมีพลังอำนาจที่จะพัฒนาทักษะและความเชี่ยวชาญใหม่ๆ (Gibson as cited in Evans, 1994; Johnson & co-authors as cited in Ahmann, 1994b) ผู้ปกครองและเด็กป่วยได้อยู่ใกล้ชิดกันทำให้ลดความเครียดและความวิตกกังวล (Curley & Wallace, 1992; E.C. Perrin, 1999; Shields, 2001) และลดความรู้สึกผิดของผู้ปกครอง (Marlow & Redding, 1988) นอกจากนี้ผู้ปกครองจะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับความผิดปกติที่เกิดกับเด็กป่วย (Hunsberger, 1989) เกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก ได้รับข้อมูลและทักษะที่จะเพิ่มความสามารถของผู้ปกครองเพื่อสังเกตอาการของเด็ก (Neill, 1996b; E.C. Perrin, 1999) และในกรณีที่เด็กเกิดการประหม่นด้านจิตสังคมของเด็ก จะไม่สมบูรณ์ถ้าปราศจากการช่วยเหลือของผู้ปกครอง (Bowden et al., 1998)

ประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล

การที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล กล่าวคือ เมื่อเด็กเห็นผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยและเกิดความไว้วางใจบุคลากรพยาบาล ย่อมส่งผลให้เด็กป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้นและเกิดปฏิกิริยาตอบสนองในด้านลบน้อยที่สุด (Marlow & Redding, 1988) เช่น เด็กจะยอมรับและให้ความร่วมมือหลังจากที่ผู้ปกครองเป็นผู้ให้ยา เป็นต้น (Glacia de Lima et al., 2001) บุคลากรพยาบาลได้รับการช่วยเหลือจากผู้ปกครองในการดูแลเด็ก (Neill, 1996b) ทำให้ช่วยลดภาระการทำงานของเจ้าหน้าที่ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก (Taylor & O'Connor, 1989) นอกจากนี้ยังได้รับทราบข้อมูลต่างๆ ที่ถูกต้องแม่นยำของเด็กจากผู้ปกครอง เช่น ความเจ็บป่วยและการได้รับภูมิคุ้มกันของเด็กป่วย (Novak & Broom, 1999) ผู้ปกครองสามารถช่วยสังเกตและรายงานสิ่งที่เปลี่ยนแปลง พฤติกรรม และสิ่งที่ผิดหรือแตกต่างไปจากปกติของเด็กเพื่อเป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาล (Bowden et al., 1998; Callery, 1997) เพราะผู้ปกครองเท่านั้นที่ใกล้ชิดเด็กป่วยและสามารถรับรู้และสังเกตอาการของเด็กป่วยได้เป็นอย่างดี เช่น อาการปวดศีรษะ หายใจลำบาก อาเจียน ท้องเสีย และอาการเจ็บปวด เป็นต้น (Hunsberger, 1989; Melnyk & Feinstein, 2001) และเป็นโอกาสที่เหมาะสมสำหรับพยาบาลในการให้ความรู้แก่

ผู้ปกครอง นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ปกครองและพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันและผู้ปกครองมีเจตคติที่ดีต่อการให้บริการ (Gill, 1987)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้องต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยสามารถจำแนกปัจจัยเป็น 4 ด้าน คือ ด้านเด็กป่วย ด้านผู้ปกครอง ด้านบุคลากรพยาบาล และด้านนโยบายของหน่วยงาน มีรายละเอียดดังนี้

ด้านเด็กป่วย

1. อายุของเด็กป่วย เด็กป่วยที่มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 14 ปี พบว่าเด็กในแต่ละวัยจะมีความแตกต่างของการช่วยเหลือตัวเอง โดยเฉพาะวัยทารกเพราะเป็นวัยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือได้น้อยมาก จึงต้องการความช่วยเหลือ ต้องการการดูแลจากผู้ปกครองมากกว่าเด็กที่โตกว่า และเมื่อเข้าสู่วัยก่อนเรียน วัยเรียน และวัยรุ่น เด็กก็สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองมากขึ้นตามลำดับ ทำให้ความต้องการการดูแลจากผู้ปกครองลดลง และพบว่าผู้ปกครองที่มีเด็กป่วยอายุน้อยจะปฏิบัติในการดูแลเด็กแตกต่างกับผู้ปกครองที่มีเด็กป่วยอายุมาก ทั้งในด้านการพบปะผู้ปกครองและความสัมพันธ์ (Tiedeman, 1997) จากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองเด็กป่วยจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่อายุน้อยมากกว่าเด็กป่วยที่มีอายุมาก (พรนิภา ชัยโกศล, 2536; Newton, 2000; Schepp, 1992) และผู้ปกครองของเด็กป่วยที่อายุน้อยปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในด้านการปฏิบัติที่ประจำมากกว่าเด็กป่วยที่อายุมาก (Balling & McCubbin, 2001; Kristensson-Hallstrom, 1999) แต่ก็มีบางการศึกษาที่พบว่า ไม่ว่าเด็กป่วยจะมีอายุเท่าใด มีภาวะสุขภาพเป็นอย่างไร มารดาก็ยังต้องการดูแลเด็กป่วย (สกวรัตน์ พวงจันทร์, 2538; สุคนธา คุณาพันธ์, 2545)

2. อาการและการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ อาการของเด็กป่วยมีความสัมพันธ์กับการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ กรณีที่เด็กป่วยมีอาการที่ค่อนข้างรุนแรงก็จะได้รับการสอดใส่เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ปกครองไม่คุ้นเคย ทำให้ผู้ปกครองรู้สึกกลัวไม่กล้าจับต้องหรือเคลื่อนย้ายตัวเด็กป่วย (Leifer, 1999) และส่งผลให้การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในกิจกรรมด้านต่างๆ น้อยกว่าผู้ปกครองที่มีเด็กป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ต่างๆ มีการศึกษาของ กลาเซีย ดี ลิมา มีโล โลซ่า สโคชี และ คอลเลรี (Glacia de Limma, Melo Rocha, Scochi, & Callery, 2001) ศึกษามารดาที่มีเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเด็กของประเทศบราซิลจำนวน 10 ราย พบว่าในมารดาที่มีเด็กป่วยได้รับการสอดใส่สายต่างๆ เข้าสู่ร่างกาย เช่น การ

เผื่อติดตามคำสัญญาวิชาชีพ การใส่สายสวนปัสสาวะ และได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น จะไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการให้อาหารหรือการอาบน้ำ เนื่องจากราคาถือเป็นกิจกรรมที่ยุ่งยากมากกว่าขณะอยู่ที่บ้าน และมารดาจะขอความช่วยเหลือจากพยาบาลในการปฏิบัติกิจกรรมนั้น แต่ก็มีบางการศึกษาที่พบว่า มารดาโดยส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งเหมือนกันไม่ว่าเด็กป่วยจะได้รับการรักษาที่แตกต่างกัน เนื่องจากกิจกรรมโดยส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมที่มารดาเคยปฏิบัติให้กับเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน เมื่อมารดาอยู่โรงพยาบาลมารดาก็ยังคงสามารถปฏิบัติโดยไม่คำนึงว่าขณะนั้นเด็กป่วยได้รับอุปกรณ์การรักษาอย่างไร (สุคนธา คุณพันธ์, 2545)

ด้านผู้ปกครอง

1. อายุของผู้ปกครองเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะหรือความสามารถในการเผชิญปัญหา เมื่ออายุมากขึ้นบุคคลจะพัฒนาด้านความคิดมากขึ้น เกิดการเรียนรู้และมีความสามารถในการแก้ไขปัญหา (Kapland, 1980; Kristensson-Hallstrom, 1999) มีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก (Curley & Wallace, 1992) มีผลการศึกษาพบว่ามารดาที่มีอายุมากจะมีการเลี้ยงดูบุตรถูกต้องกว่ามารดาที่มีอายุน้อย (เฉลิม วงษ์จันทร์, 2539; ประกริต รัชวัตร, 2536; รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539) แต่มีผลการศึกษาที่ขัดแย้งกันที่พบว่าอายุของมารดากับพฤติกรรมในการดูแลบุตรไม่มีความสัมพันธ์กัน (พรนิภา ชัยโกศล, 2536; มณี ภูประสิทธิ์, 2539; สกาวรัตน์ พวงจันทร์, 2538)

2. ความเกี่ยวข้องกับเด็กป่วย ความเป็นบิดาหรือมารดา จะมีความต้องการมีส่วนร่วมในระดับที่แตกต่างกันในการดูแลเด็กป่วย (Kristjansdottir, 1991) บิดาเชื่อใจบุคลากรพยาบาลมากกว่ามารดาและดูแลเด็กเฉพาะกิจกรรมที่คุ้นเคย (Kristensson-Hallstrom, 2000) ในขณะที่มารดาปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากกว่าบิดา (Shields, 2001)

3. เจตคติของผู้ปกครองต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย ผู้ปกครองมีความเต็มใจต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล (Coyne, 1996) เพราะผู้ปกครองเห็นว่าพยาบาลมีงานยุ่งไม่สามารถเตรียมการดูแลเด็กป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ แต่ผู้ปกครองบางคนก็เต็มใจที่จะให้บุคลากรพยาบาลเป็นผู้ดูแลเด็กมากกว่าที่จะให้ผู้ปกครองเป็นผู้กระทำเอง แต่มีการระบุว่าขึ้นอยู่กับความพร้อม ความเต็มใจ และความสามารถของผู้ปกครองต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้วย (Coyne, 1995a) รอแลนด์สัน เดวิส เคลอร์ เกรย์ และ เซนส์นรี่ (Rowlandson, Davies, Cleary, Gray, & Sainsbury, 1986) พบว่าผู้ปกครองเห็นว่าการดูแลเด็กป่วยเป็นความรับผิดชอบของพยาบาล ดังนั้นจึงไม่เต็มใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเด็กป่วย แต่การศึกษาของ เวป ฮัล และ มาดิลีย์ (Webb, Hull, & Madeley, 1985) พบว่าผู้ปกครองคิดว่าพวกเขาสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้มากกว่าที่บุคลากรพยาบาลคิดไว้ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าเจตคติของผู้ปกครองต่อการมีส่วนร่วมใน

การดูแลเด็กป่วยมีผลโดยตรงต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล (Bishop, 1988; Coyne, 1995a; Palmer, 1993; Schepp, 1991, 1992)

4. ระดับการศึกษา การศึกษาทำให้บุคคลมีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้มีเหตุผลและใฝ่รู้ขึ้น สามารถตัดสินใจ หรือเลือกที่จะปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ดี และผู้ที่มีการศึกษาสูงจะตระหนักถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาที่มีความเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ความรู้และทักษะที่เคยมีมาแก้ไขปัญหา (Jalowiec & Powers อ้างใน เฉลิม วงษ์จันทร์, 2539) ผู้ปกครองที่มีการศึกษามิบทบาทดีที่สุดในการอาบน้ำ ให้ยา และช่วยเหลือการทำหัตถการ (Heuer, 1993) และมีการศึกษาที่พบว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยได้ดีกว่าผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ประกริต รัชวัตร, 2536; มณี คูประสิทธิ์, 2539; รุ่งทิพย์ วีระกุล, 2539; สกาวรัตน์ พวงจันทร์, 2538; อุบล อัมภินทรพย์, 2540) แต่ในขณะเดียวกันก็มีการศึกษาที่พบว่าระดับการศึกษาของผู้ปกครองไม่มีผลต่อการปฏิบัติกรดูแลเด็กป่วย (เฉลิม วงษ์จันทร์, 2539; พรนิภา ชัยโกศล, 2536; วณิดา ยืนยง, 2537)

5. ประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ปกครอง ผู้ปกครองเป็นผู้ที่สามารถพัฒนาเทคนิคและทักษะต่างๆ จากการที่เริ่มต้นคุ้นเคยกับการรักษาและการอยู่ในโรงพยาบาล แล้วค่อยๆ เริ่มเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลที่นอกเหนือจากกิจกรรมขั้นพื้นฐาน เช่น การให้อาหาร และการดูแลความสะอาดของร่างกาย (Glacia de Lima et al., 2001) นอกจากนี้การที่ผู้ปกครองมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลและมีความคุ้นเคยกับบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วย คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย สภาพของเด็กป่วยรวมถึงหัตถการและการรักษาต่างๆ ที่เด็กป่วยได้รับ จะทำให้การปรับตัวของผู้ปกครองต่อสิ่งเหล่านี้ดีขึ้น (Whaley & Wong, 1991) และกระตือรือร้นที่จะให้การดูแลเด็กป่วย (Rowlandson et al., 1986)

ด้านบุคลากรพยาบาล

1. เจตคติของบุคลากรพยาบาล มีทั้งที่สนับสนุนผู้ปกครองให้มีบทบาทในการดูแลเด็กป่วยระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล (Fagin & Nusbaum as cited in Gill, 1987; Goodwell, 1979) ในทางตรงกันข้ามบางคนก็ไม่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย เพราะเห็นว่าเป็นการคุกคามบทบาทหน้าที่ของเขา (Goodwell, 1979) ดังนั้นเจตคติของบุคลากรจึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและเป็นอุปสรรคต่อการร่วมมือกันในการดูแลเด็กป่วย (Johnson & Lindschau, 1996; Neill, 1996a) และเป็นการจำกัดการเข้ามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยของผู้ปกครองทั้งๆ ที่ผู้ปกครองปรารถนาที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในทุกๆ ด้าน

(Newton, 2000) ซึ่ง บิชอป (Bishop, 1988) กล่าวว่าถ้าบุคลากรพยาบาลมีเจตคติต่อการยึดกรอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลจะเป็นการสร้างมาตรฐานที่ดีของการดูแลเด็กป่วยและครอบครัว

2. ความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย หากบุคลากรพยาบาลมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโดยยึดกรอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทั้งเด็กป่วยเฉียบพลันหรือเด็กป่วยเรื้อรังก็จะสามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยได้ (Ahmann, 1994a; Daneman, Macaluso, & Guzzetta, 2003; Wells, DeBoard-Burns, Cook, & Mitchell, 1994) โดยไม่เห็นว่าเป็นว่าผู้ปกครองคือผู้เยี่ยมชมเท่านั้น แต่คือสมาชิกหนึ่งของทีมการรักษาพยาบาล (Bishop, 1988; Saint Joseph's Hospital, 2002, para 2) และเมื่อบุคลากรพยาบาลอธิบายให้ผู้ปกครองได้รับทราบถึงความสำคัญและประโยชน์ของการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย จะเป็นการช่วยลดผลกระทบของการอยู่โรงพยาบาลของเด็กป่วย (Neff & Spray, 1996) แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ปกครองไม่ปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กอาจจะเป็นอันตรายที่จะบังคับผู้ปกครองที่ไม่เต็มใจให้ความร่วมมือ (Waterworth & Luker, 1990) เพราะฉะนั้นบุคลากรพยาบาลจะต้องเข้าใจในหลักการรวมถึงการปฏิบัติ (Kawik, 1996) และมีการประเมินความต้องการ การเข้ามีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยเป็นเฉพาะราย และอธิบายอย่างชัดเจนตั้งแต่เริ่มพักอยู่ในโรงพยาบาล (Bowden, Dickey, & Greenberg, 1998)

3. การติดต่อสื่อสาร ในภาวะที่ผู้ปกครองอยู่ในภาวะเครียดการติดต่อสื่อสารที่ดีระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ปกครองเป็นทักษะที่จำเป็นที่สุด (Bowden et al., 1998) เพราะการติดต่อเจรจาจะช่วยลดความวิตกกังวลและเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรพยาบาล เด็กป่วย และผู้ปกครอง (Powers, Goldstein, Plank, Thomas, & Conkright, 2000) และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยจะมีประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับ การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลและหน่วยงาน (Kristensson-Hallstrom, 2000) อัทแมน (Ahmann, 1994b) กล่าวว่าบุคลากรพยาบาลเป็นผู้ที่มีพลังอำนาจที่จะเจรจากับผู้ปกครองเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลเด็กป่วย เพราะบุคลากรพยาบาลมีความคุ้นเคยกับสถานที่ ไม่มีความวิตกกังวล มีความรู้ และมีความพร้อมในบทบาท (Callery & Smith, 1991) สามารถให้ความรู้ทางสุขภาพได้ดีและลดการกลับเข้าอยู่โรงพยาบาลซ้ำของเด็กป่วย (Rowlandson et al., 1986) ไลน์เนิน (Laitinen, 1992) เสนอแนะว่าการเพิ่มการติดต่อสื่อสารระหว่างกัน มีการเจรจาต่อรองเพื่อร่วมมือในการแบ่งหน้าที่การดูแลผู้ป่วยระหว่างบุคลากรพยาบาลกับญาติ โดยญาติได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จะทำให้เกิดความชัดเจนในบทบาทการดูแลเด็กป่วยระหว่างบุคลากรพยาบาลและผู้ปกครอง (Kawik, 1996)

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ปกครอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ (Newton, 2000) สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้ผู้ปกครองเชื่อมั่น ไว้วางใจ และช่วยเหลืออำนวยความสะดวก

พยาบาลสามารถปรับหรือพัฒนาการใช้ความสามารถของผู้ปกครองให้ดูแลเด็กป่วยได้อย่างเหมาะสม การสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็กป่วยและผู้ปกครองทำให้นุคลากรพยาบาลเรียนรู้ปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของเด็กป่วยและผู้ปกครอง ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล (Darbyshire, 1995; Hutchfield, 1999) สัมพันธภาพที่ดีจะก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย และเกิดความร่วมมือกันในการวางแผนการรักษาพยาบาล และในขณะเดียวกันสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรพยาบาล เด็กป่วย และผู้ปกครองจะมีความแน่นแฟ้นมากขึ้น (Coyne, 1995a; Glacia de Lima et al., 2001; Powers et al., 2000; Wells et al., 1994) แต่ในทางตรงกันข้ามสัมพันธภาพที่มีลักษณะแบบพ่อปกครองลูก จะขัดขวางการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองโดยจำกัดการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล (Neill, 1996a) นอกจากนี้การเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลช่วงสั้นๆ อาจส่งผลให้ยากต่อการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ปกครอง (Neill, 1996b) แต่มีรายงานว่าช่วงระยะเวลาสั้นๆ เมื่อผู้ปกครองได้รับการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย จะก่อให้เกิดสัมพันธภาพอย่างแน่นแฟ้นระหว่างบุคลากรพยาบาลและผู้ปกครอง (Powers et al., 2000) แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรพยาบาลกับผู้ปกครองยังมีไม่เพียงพอ (Callery & Smith, 1991)

ด้านนโยบายของหน่วยงาน

ปัจจุบันโรงพยาบาลต่างๆ เริ่มมีการนำเอาแนวคิดและมีการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยมาใช้มากขึ้น เพราะสามารถอำนวยความสะดวกให้กับบุคลากรพยาบาลและผู้ปกครองร่วมมือกันในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย (Kawik, 1996) จะช่วยลดผลกระทบจากการอยู่โรงพยาบาลที่จะตามมา เพราะผู้ปกครองได้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องและสามารถช่วยลดความเครียดของเด็กได้ (M.L.Thompson, 1995) ซึ่งหน่วยงานสามารถส่งเสริมสนับสนุนผู้ปกครองให้มีความรู้สึก มีคุณค่าโดยการส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย (Wells, DeBoard-Burns, Cook, & Mitchell, 1994) แต่โรงพยาบาลต่างๆ มีแนวทางการปฏิบัติที่สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่แตกต่างกันออกไปและยังไม่มีมาตรฐานชัดเจน ซึ่งบางแห่งอาจจะน้อยหรือมากเกินไป ทั้งนี้อาจขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยด้วยกัน เช่น โครงสร้างของหน่วยงาน อัตราส่วนของบุคลากรพยาบาลกับจำนวนของเด็กป่วย และกฎเกณฑ์ต่างๆ เป็นต้น

การประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มีอยู่ เป็นการประเมินโดยใช้แบบการประเมิน ดังนี้

1. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่สร้างโดย สตูลล์ และ ดีทริก (Stull & Deatrick, 1986; Deatrick, Stull, Dixon, Puczynski, & Jackson, 1986) ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยโดยตรงและโดยอ้อม ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในกิจกรรมการดูแลโดยตรง ได้แก่ กิจกรรมการเล่น เวลาเงียบๆ ความสุขสบายทั่วไป ความดูแลด้านร่างกายก่อนผ่าตัด ความดูแลด้านร่างกายหลังผ่าตัด การบ้านของเด็กป่วย และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในกิจกรรมทางอ้อม ได้แก่ การเป็นผู้ปกครอง และการปรึกษารื้อกับบุคลากรพยาบาล และกิจกรรมเพิ่มเติมที่ผู้ปกครองได้ใช้ในการดูแลเด็กป่วย ได้แก่ การใช้เวลากับเด็กป่วยรายอื่น การใช้เวลากับผู้ปกครองอื่น และการมีเวลาส่วนตัว โดยมีการระบุของผู้ปกครองว่ามีหรือไม่มีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย จะเห็นได้ว่าแบบประเมินดังกล่าวมีการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติเพียงด้านเดียว ทำให้ไม่ทราบถึงการปฏิบัติที่แท้จริงของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยว่ามีการปฏิบัติมากหรือน้อยขนาดไหน ประกอบกับมีองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเพียง 3 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ซึ่งอาจจะไม่ครอบคลุมเท่าที่ควร ถ้านำแบบประเมินดังกล่าวมาใช้ในการประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง

2. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยของ นีล (Neill, 1996a) เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ปกครองหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว 1-8 สัปดาห์ เป็นการสัมภาษณ์ลักษณะกึ่งโครงสร้างประกอบด้วย 15 ข้อคำถาม จุดประสงค์เพื่อให้ผู้ปกครองแสดงความคิดเห็นและประสบการณ์ของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองบนหนูป่วยเด็กเฉียบพลัน และเป็นผู้ปกครองของเด็กอายุระหว่าง 2-5 ปี ซึ่งมีความหลากหลายของความแตกต่างของสังคม สถานะการรักษา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล และประสบการณ์ในการพักอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 0-10 วัน เป็นการแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งจากแบบประเมินทำให้ไม่ทราบว่าผู้ปกครองได้มีการปฏิบัติมากหรือน้อยขนาดไหน และที่ได้ปฏิบัตินั้นปรารถนาที่จะปฏิบัติหรือไม่ ซึ่งเมื่อนำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้อาจจะได้ข้อมูลเพียงบางส่วนและบางเหตุการณ์ผู้ปกครองอาจจะลืมเพราะระยะเวลาผ่านมาแล้ว 1-8 สัปดาห์

3. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยโดย เมลนิค (The Index of Parent Participation: IPP) (Melnyk, 1994) เป็นการระบุถึงบทบาทของผู้ปกครองต่อการมีส่วนร่วม

ในการดูแลเด็กระหว่างเด็กอยู่ในโรงพยาบาล ในสิ่งที่ได้ปฏิบัติก่อน 24 ชั่วโมงซึ่งมีข้อคำถาม 36 ข้อ และได้ค่าแอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.77 ซึ่งช่วงระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรก กิจกรรมบางอย่างผู้ปกครองอาจจะยังไม่ได้ปฏิบัติ เช่น กิจกรรมการพยาบาล ประกอบกับแบบประเมินจะเป็นลักษณะการถามในด้านการปฏิบัติเพียงด้านเดียว การนำแบบประเมินดังกล่าวไปใช้อาจจะทำให้ได้ข้อมูลไม่เพียงพอ

4. แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปป์ (Schepp, 1995) ซึ่งเชปป์ได้พัฒนาแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1992 โดยศึกษาเชิงสำรวจกับผู้ปกครองของเด็กป่วย 30 ราย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ปกครองระบุเหตุการณ์ 56 เหตุการณ์ และได้นำข้อมูลหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาจาก ผู้ปกครองของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 5 ราย ผู้บริหารพยาบาลเด็ก 5 ราย และผู้ปฏิบัติการพยาบาลเด็ก 5 ราย ได้ตัวแทนที่มีความชัดเจนของเหตุการณ์ 24 เหตุการณ์ และได้มีการพัฒนาลักษณะคำถามเป็นมาตราวัดระดับคะแนน 4 ระดับ ในปี ค.ศ. 1995 เชปป์ได้นำแบบประเมินดังกล่าวมาตรวจสอบคุณภาพกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาของเด็กที่มีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน 458 ราย โดยการหาความเที่ยงตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ (factor analysis) ได้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองใน 4 ด้านทั้งเป็นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติ คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ กิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย และได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยรวมเท่ากับ .87 และรายด้านอยู่ในช่วง .88- .89 และค่าคงที่โดยการวัดซ้ำ (test-retest) เท่ากับ .95

ต่อมา บอลลิง และ แมคคับบิน (Balling & McCubbin, 2001) ได้นำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติในโรงพยาบาลของเชปป์ (Schepp, 1995) มาศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองเด็กป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง 121 ราย โดยมีค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค โดยรวม .87 และรายด้านอยู่ในช่วง .89- .95 และ ฌิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ได้นำแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติในโรงพยาบาลของเชปป์ (Schepp, 1995) มาศึกษากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ปกครองของเด็กป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 145 ราย โดยมีค่าความเชื่อมั่นในแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมที่ .87 และค่าความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ในช่วง .77- .83 และได้ค่าความเชื่อมั่นในแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการ

ดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติโดยใช้คำสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมที่ .86 และค่าความเชื่อมั่นรายด้านอยู่ในช่วง .77- .85

ในการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลชุมชนครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปปี้ (Schepp, 1995) เป็นกรอบในการศึกษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงเก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติในโรงพยาบาลของเชปปี้ (Schepp, 1995) ซึ่งมีกิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่ครอบคลุมเนื้อหาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแบ่งเป็นด้านต่างๆ ชัดเจนและง่ายในการนำไปใช้ประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปปี้ (Schepp, 1995)

การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนครั้งนี้ ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปปี้ (Schepp, 1995) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งเชปปี้ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยว่าเป็นการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ (parent actual participation) และการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติ (parent preferred participation) ในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใน 4 ด้านคือ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย และถ้าสิ่งที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับสิ่งที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติไม่ตรงกัน จะส่งผลทำให้ผู้ปกครองเกิดความเครียดได้ โดยกิจกรรมด้านต่างๆ มีรายละเอียดดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำ ในเรื่องการอยู่กับเด็กป่วยขณะที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเด็กป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การให้อาหารหรือช่วยเหลือเด็กป่วยในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำให้เด็กป่วยหรือช่วยเหลือเด็กป่วยอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็กป่วยหรือช่วยเหลือเด็กป่วยเปลี่ยนเสื้อผ้า และการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้เด็กป่วย

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อเด็กป่วยได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในเรื่องการอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ เช่น การวัดอุณหภูมิ หรือความดันโลหิต การอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษา เช่น การแทงเข็มให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หรือการเจาะเลือด การปลอบโยนเด็กป่วยในระหว่างที่เด็กป่วยได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การไปส่งเด็กป่วยเพื่อรับการตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพักของเด็กป่วย เช่น เอกซเรย์ การให้ยาทางปากแก่เด็กป่วย และการเป็นผู้ทำการดูแลพิเศษที่เด็กป่วยต้องได้รับ เช่น การเปลี่ยนผ้าพันแผล เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล หมายถึง การที่ผู้ปกครองได้มีโอกาสให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาพยาบาลเด็กป่วยร่วมกันกับบุคลากรพยาบาล ในเรื่องการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ การให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่เด็กป่วยได้รับ การได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของเด็กป่วย และการได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยตามความเป็นจริง

4. การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย หมายถึง การที่ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ในเรื่องการเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่บุตรได้รับ การเลือกเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษายาบาลแก่เด็กป่วยก่อนที่เด็กป่วยจะได้รับกิจกรรมนั้นๆ การเป็นผู้เลือกบุคลากรพยาบาลที่ดูแลเด็กป่วย การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมเด็กป่วย การเลือกเป็นผู้วัดอุณหภูมิให้เด็กป่วย และการให้บุคลากรพยาบาลขออนุญาตผู้ปกครองก่อนที่จะปลูกเด็กป่วยให้ต้น

การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาจะปฏิบัติ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีการศึกษาทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาค่อนข้างน้อย มีเพียงการศึกษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย ของนิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล สุคนธา คุณาพันธ์ (2545) ศึกษาการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรเจ็บป่วยเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้มีประเด็นการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของ จันทนา ผ่องคำพันธุ์ (2537) พวงเพชร ยัพวัฒน์พันธ์ (2540) และของ วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และ ประคิน คชภักดี (2530)

จากการทบทวนงานวิจัย นอกจากที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลแล้ว ยังรวมถึงความต้องการการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยทั้งในและต่างประเทศ โดยแบ่งเป็นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและที่ปรารถนาจะปฏิบัติใน 4 ด้าน ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปปี้ (Schepp, 1995) ดังนี้

การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติในต่างประเทศ ฮาร์ดโกรฟ และ เคอโมเนียน (Hardgrove & Kermoian as cited in Gill, 1987) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยพบว่า ร้อยละ 24 ของผู้ปกครองได้ดูแลเด็กด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ คีนเน การ์รัลดา และ คีน (Keane, Garralda, & Keen, 1986) พบว่ากิจกรรมที่ผู้ปกครองปฏิบัติในการดูแลเด็กในเรื่อง การให้อาหาร การให้นม และการเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว ดาร์บี้ไชร์ (Darbyshire as cited in Coyne, 1995b) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กที่เจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมในโรงพยาบาลเด็กจำนวน 30 ราย พบว่าผู้ปกครองได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำทางด้านร่างกายในเรื่อง การรับประทานอาหาร การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย และการสนับสนุนให้กำลังใจ ซึ่งสอดคล้องกับ เมลนิก และ ไฟน์สไตน์ (Melnik & Feinstien, 2001) ศึกษาในมารดาเด็กที่มีความเจ็บป่วยด้านอายุรกรรมและศัลยกรรมที่มีอายุ 24–68 เดือนจำนวน 49 ราย พบว่ามารดาให้อาหารและอาบน้ำให้เด็กป่วย และ คริสเตนสัน-ฮอลสตรอม (Kristensson-Hallstrom, 2000) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่อยู่ในโรงพยาบาลในผู้ปกครองจำนวน 40 รายของศัลยกรรม พบว่าผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเบื้องต้นในเรื่อง ความสะอาดสบาย ความสะอาดของร่างกาย และการให้อาหารและเชื่อว่าผู้ปกครองสามารถปฏิบัติสิ่งที่คุ้นเคยที่เคยทำที่บ้าน ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าว ผู้ปกครองเต็มใจและสามารถให้การดูแลเด็กป่วย (Evans, 1994) จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำในเรื่อง การให้อาหารหรือนม การเปลี่ยนเครื่องแต่งตัว การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย การได้รับความสะอาดสบาย และการสนับสนุนให้กำลังใจ

สำหรับประเทศไทย ณิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ในผู้ปกครองจำนวน 145 ราย โดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปปี้ (Schepp, 1995) พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติในการมีส่วนร่วมด้าน

กิจกรรมที่ทำประจำทุกครั้งในระดับมากเป็นอันดับแรกในเรื่อง การอยู่กับบุตรขณะที่บุตรอยู่ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 92.4) การให้อาหารหรือช่วยเหลือบุตรในการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 85.5) การอาบน้ำให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรในการอาบน้ำ (ร้อยละ 82.9) และการเปลี่ยนเสื้อผ้าให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรเปลี่ยนเสื้อผ้า (ร้อยละ 82.8) การเป็นบุคคลสำคัญที่ดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 80.0) การได้เปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้บุตรบางครั้ง (ร้อยละ 49.7) และ สุขคนทา คุณาพันธ์ (2545) ศึกษาการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรเจ็บป่วยเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในผู้ปกครองจำนวน 150 ราย พบว่ามารดาส่วนใหญ่ที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล มากกว่าร้อยละ 50.00 ปฏิบัติการดูแลบุตรด้านร่างกายทุกวัน (ร้อยละ 90.48) ในเรื่อง การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลให้นมหรืออาหาร การดูแลการขับถ่าย การดูแลพักผ่อนและการดูแลความปลอดภัย จะเห็นได้ว่า ผู้ปกครองได้ปฏิบัติการณ์มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำในเรื่อง การอยู่กับบุตรขณะที่บุตรอยู่ในโรงพยาบาล การให้อาหารหรือช่วยเหลือบุตรในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรในการอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรเปลี่ยนเสื้อผ้า การเป็นบุคคลสำคัญที่ดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล การได้เปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้บุตร การดูแลการขับถ่าย การดูแลให้พักผ่อน และการดูแลความปลอดภัย

จากผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้ปกครองได้ปฏิบัติการณ์มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำในเรื่อง การอยู่กับบุตรขณะที่บุตรอยู่ในโรงพยาบาล การให้อาหารหรือช่วยเหลือบุตรในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรในการอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรเปลี่ยนเสื้อผ้า การเป็นบุคคลสำคัญที่ดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล การได้เปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้บุตร การดูแลการขับถ่าย การดูแลการพักผ่อน และการดูแลความปลอดภัย

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติ ในต่างประเทศ เม (Mae อังโน ศรีสงฆ์ คล้ายโกศล, 2527) ศึกษาเกี่ยวกับความร่วมมือของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย โดยการสัมภาษณ์ผู้ปกครองจำนวน 76 ราย พบว่าผู้ปกครองเด็กป่วยมากกว่าร้อยละ 90 มีความต้องการที่จะช่วยเหลือเด็กให้ได้รับความสุขสบาย โดยผู้ปกครองเด็กป่วยต้องการจะช่วยเหลือดูแลเด็กมากกว่าที่พยาบาลคาดหวัง นีล (Neill, 1996b) ศึกษาความคิดเห็นและประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ในมารดาเด็กป่วยอายุ 2-5 ปีจำนวน 16 รายโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่าผู้ปกครองทั้งหมดปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำในเรื่อง การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย นอกจากนี้ บอลลิง และ แมคคับบิน (Balling & McCubbin, 2001) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วม

ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 121 ราย พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำในระดับมากเป็นอันดับ 3 รองจากการแลกเปลี่ยนข้อมูลและด้านกิจกรรมการพยาบาลตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำในเรื่อง การช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบาย การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย และการขับถ่าย

สำหรับในประเทศไทย ณิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะปฏิบัติด้านกิจกรรมที่ทำประจำทุกครั้งในระดับมากเป็นอันดับ 2 ในเรื่อง การอยู่กับบุตรขณะที่บุตรอยู่ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 95.9) การให้อาหารหรือช่วยเหลือบุตรในการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 91.7) การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรเปลี่ยนเสื้อผ้า (ร้อยละ 84.8) การเป็นบุคคลสำคัญที่ดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล (ร้อยละ 84.1) และการอาบน้ำให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรในการอาบน้ำ (ร้อยละ 84.1) ตามลำดับ นอกจากนี้ จันทนา ผ่องคำพันธุ์ (2537) ศึกษาความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในมารดาเด็กป่วยจำนวน 265 ราย พบว่ามารดาเกือบทั้งหมดมีความต้องการมากตามลำดับ เกี่ยวกับการเฝ้าบุตร (ร้อยละ 98.8) การทำความสะอาดร่างกาย (ร้อยละ 97.7) และการช่วยเหลือบุตรในการรับประทานอาหาร (ร้อยละ 94.7) จะเห็นได้ว่า ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำในเรื่อง การอยู่กับบุตรหรือการเฝ้าบุตรขณะที่บุตรอยู่ในโรงพยาบาล การให้อาหารหรือช่วยเหลือบุตรในการรับประทานอาหาร การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรเปลี่ยนเสื้อผ้า การเป็นบุคคลสำคัญที่ดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล และการอาบน้ำให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรในการอาบน้ำ

จากผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำในเรื่อง การช่วยเหลือให้ได้รับความสุขสบาย การอยู่กับบุตรหรือการเฝ้าบุตรขณะที่บุตรอยู่ในโรงพยาบาล การให้อาหารหรือช่วยเหลือบุตรในการรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรเปลี่ยนเสื้อผ้า การเป็นบุคคลสำคัญที่ดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาล และการอาบน้ำให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรในการอาบน้ำ

การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติในต่างประเทศ ดาร์บี้ไชร์ (Darbyshire as cited in Coyne, 1995b) พบว่าผู้ปกครองเด็กป่วยมี

ส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาลในเรื่อง การอยู่เป็นเพื่อนกับเด็กป่วยเพื่อให้เกิดความอบอุ่นและรู้สึกปลอดภัย สำหรับในประเทศไทยผลการศึกษาของ นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) พบว่าผู้ปกครองเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้งในระดับมากเป็นอันดับ 2 ในเรื่อง การไปส่งบุตรเพื่อตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพักของบุตร (ร้อยละ 93.8) การอยู่กับบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ (ร้อยละ 89.0) การปล่อยบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด (ร้อยละ 82.8) การให้ยาทางปากแก่บุตร (ร้อยละ 79.3) และการอยู่กับบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษา (ร้อยละ 78.6) และผลการศึกษาของ สุคนธา คุณาพันธ์ (2545) พบว่ามารดาดูแลบุตรด้านกิจกรรมการพยาบาล (ร้อยละ 69.23) มารดาที่มีประสบการณ์มากกว่าร้อยละ 50.00 ปฏิบัติทุกวันในเรื่อง การช่วยบันทึกจำนวนครั้ง ลักษณะ และสีของอุจจาระ ปัสสาวะ และอาเจียนของบุตร บันทึกปริมาณนม และอาหารที่บุตรได้รับในแต่ละมื้อ การให้ยาทางปาก การทายาภายนอก การเช็ดตัวลดไข้ การช่วยจับยึดบุตรขณะทำกิจกรรมการรักษาพยาบาล การรายงานอาการผิดปกติของบุตรให้พยาบาลทราบ และพบว่ามารดาดูแลบุตรด้านจิตใจ (ร้อยละ 71.43) ในเรื่อง การจัดของเล่นที่เหมาะสม การพูดปลอบโยนให้กำลังใจบุตรขณะที่บุตรได้รับการตรวจรักษา การโอบอุ้มหรืออยู่ใกล้บุตรขณะที่ได้รับการตรวจรักษา การไปเป็นเพื่อนบุตรเมื่อต้องไปตรวจรักษาพิเศษนอกหอผู้ป่วย การรับฟังบุตรเมื่อบุตรต้องการอธิบายถึงความรู้สึกเจ็บป่วย

จากผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้ปกครองได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมการพยาบาลในเรื่อง การอยู่กับบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ การไปส่งบุตรเพื่อตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพักของบุตร การปล่อยบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การให้ยาทางปากแก่บุตร การอยู่กับบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษา การช่วยบันทึกจำนวนครั้ง ลักษณะ และสีของ อุจจาระ ปัสสาวะ และอาเจียนของบุตร การบันทึกปริมาณนม และอาหารที่บุตรได้รับในแต่ละมื้อ การทายาภายนอก การเช็ดตัวลดไข้ การช่วยจับยึดบุตร การรายงานอาการผิดปกติของบุตรให้พยาบาลทราบ การจัดของเล่นที่เหมาะสม และการรับฟังบุตรเมื่อบุตรต้องการอธิบายถึงความรู้สึกเจ็บป่วย

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติ ในต่างประเทศ บอลลิง และ แมคคับบิน (Balling & McCubbin, 2001) พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังด้านกิจกรรมการพยาบาลในระดับมากเป็นอันดับ 2 รองจากการมีส่วนร่วมในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล สำหรับในประเทศไทย ผลการศึกษาของ นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) พบว่าผู้ปกครองเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่

ปรารธนาจะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาลทุกครั้งในระดับมากเป็นอันดับ 3 ในเรื่อง การไปส่งบุตรเพื่อตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพักของบุตร (ร้อยละ 95.9) การปล่อยโยนในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด (ร้อยละ 94.5) การอยู่กับบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ (ร้อยละ 93.8) การอยู่กับบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษา (ร้อยละ 86.2) การให้ยาทางปากแก่บุตร (ร้อยละ 77.2) การช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษา (ร้อยละ 58.6) และการช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ (ร้อยละ 55.9) ผลการศึกษาของ วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร และ ประคิน ฅชภักดี (2530) พบว่ามารดามีความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลที่มารดาสามารถทำให้บุตรขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การสังเกตอาการผิดปกติของบุตร การเช็ดตัวลดไข้ การให้บุตรรับประทานยา การดูดเสมหะจากปากด้วยลูกสูบยางแดง การเก็บอุจจาระหรือปัสสาวะใส่ภาชนะให้เจ้าหน้าที่เพื่อส่งตรวจ การบันทึกจำนวน ลักษณะของอาเจียน อุจจาระ ปัสสาวะ การบันทึกปริมาณอาหารที่รับประทานและการช่วยเหลือในการทำความสะดวกสบาย เปลี่ยนผ้าปูที่นอน และทำความสะอาดตัวข้างเตียง และผลการศึกษาของ ฉันทนา ผ่องคำพันธุ์ (2537) พบว่ามารดาเด็กป่วยที่อยู่ดูแลผู้ป่วยเด็กขณะอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่ต้องการดูแลช่วยปล่อยบุตรก่อนและหลังตรวจรักษา (ร้อยละ 98.9) ให้ยาทางปากแก่บุตรด้วยตัวเอง (ร้อยละ 89.1) และอยู่กับบุตรขณะได้รับการตรวจรักษาพยาบาล (ร้อยละ 88.3)

จากผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้ปกครองปรารธนาจะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมการพยาบาลในเรื่อง การไปส่งบุตรเพื่อตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพักของบุตร การปล่อยโยนในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การอยู่กับบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ การอยู่กับบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษา การให้ยาทางปากแก่บุตร การช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ การสังเกตอาการผิดปกติของบุตร การเช็ดตัวลดไข้ การดูดเสมหะจากปากด้วยลูกสูบยางแดง การเก็บอุจจาระหรือปัสสาวะใส่ภาชนะให้เจ้าหน้าที่เพื่อส่งตรวจ การบันทึกจำนวน ลักษณะของอาเจียน อุจจาระ ปัสสาวะ การบันทึกปริมาณอาหารที่รับประทาน และการช่วยเหลือในการทำความสะดวกสบาย เปลี่ยนผ้าปูที่นอน และทำความสะอาดตัวข้างเตียง

การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาลที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ ในต่างประเทศ เฮย์ และ น็อกซ์ (Hayes & Knox อ้างใน

นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ปกครองจำนวน 40 รายโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก พบว่าผู้ปกครองได้สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการให้ความร่วมมือกับบุคลากรพยาบาลในการดูแลเด็กป่วย ผลการศึกษาของฮาร์ดโกรฟ และ เคอโมเนียน (Hardgrove & Kermoian as cited in Gill, 1987) พบว่ามีเพียง ร้อยละ 45 ของผู้ปกครองเด็กป่วยที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับบุคลากรพยาบาลเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กป่วย สำหรับในประเทศไทยผลการศึกษาของ นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) พบว่าผู้ปกครองเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ปฏิบัติการมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาลในเรื่อง การได้รับแจ้งให้ทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของบุตร (ร้อยละ 57.9) การได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรตามความเป็นจริงทุกครั้ง (ร้อยละ 49) การให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่บุตรได้รับทุกครั้ง (ร้อยละ 41.4) และพบว่าผู้ปกครองมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับมากเป็นอันดับ 3 รองจากด้านกิจกรรมที่ทำประจำและด้านกิจกรรมการพยาบาล

จากผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้ปกครองได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาลในเรื่อง การสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การได้รับการแจ้งให้ทราบทุกครั้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของบุตร การได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรตามความเป็นจริง และการได้ให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาลที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติ ในต่างประเทศโดยส่วนใหญ่ผู้ปกครองต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยจากบุคลากรพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง (Carey, 1999; Fisher, 1994; Smitherman, 1979) ผลการศึกษาของ คีล และคณะ (Diehl et al. as cited in Ahmann, 1994a) พบว่าผู้ปกครองเด็กป่วยต้องการข้อมูลทั้งในเรื่องการวินิจฉัยโรคและการรักษาที่มีผลต่อเด็กรวมทั้งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง คริสต์จันส์คอตไทร์ (Kristjansdottire, 1991) ศึกษาความต้องการของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กอายุ 2-6 ปีจำนวน 5 รายที่โรงพยาบาลเด็ก พบว่าบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ อาการของบุตร และผลการตรวจรักษา เช่นเดียวกับ เคิร์ชบอม (Kirschbaum, 1990) ศึกษาความต้องการของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กก่อนย้ายออกจากหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมจำนวน 41 ราย พบว่าความต้องการที่บิดามารดาส่วนใหญ่ต้องการคือ ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาของบุตรมากที่สุด และเกือบครึ่งหนึ่งต้องการพูดคุยกับพยาบาลทุกวัน นอกจากนี้การศึกษาของ บอลลิง และ แมคคัปปิน และการศึกษาของ เชปป์

(Balling & McCubbin, 2001; Schepp, 1992) พบว่าผู้ปกครองปรารถนาที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลกับบุคลากรพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีมีส่วนร่วมในด้านอื่นๆ จะเห็นได้ว่าผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติกรมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาลในเรื่อง ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วย การวินิจฉัยโรค อาการ การรักษา และผลการตรวจรักษา

สำหรับในประเทศไทย ผลการศึกษาของ นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) พบว่าผู้ปกครองเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ปรารถนาจะปฏิบัติกรมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาลทุกครั้งในระดับมากเป็นอันดับแรกในเรื่อง การได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของบุตร (ร้อยละ 97.2) การได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรตามความเป็นจริง (ร้อยละ 93.8) การให้บุคลากรพยาบาลและพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่บุตรได้รับ (ร้อยละ 92.4) และการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่บุตรได้รับ (ร้อยละ 77.2) สอดคล้องกับการศึกษาของ พวงเพชร ขั้ววัฒนพันธ์ (2540) ที่ศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในมารดาเด็กป่วยจำนวน 50 ราย พบว่ามารดาผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76 ถึงร้อยละ 90) มีความต้องการข้อมูลข่าวสารในระดับมากในเรื่อง ชื่อโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคของบุตร การพยากรณ์โรคของบุตร ผลการตรวจต่างๆ เหตุผลและวิธีการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ เหตุผลของการตรวจต่างๆ ที่บุตรได้รับ และเหตุผลของการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการรักษาบุตร และมารดาผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64) ต้องการทราบกฎระเบียบของหอผู้ป่วยในระดับมาก และผลการศึกษาของ จันทนา ผ่องคำพันธุ์ (2537) พบว่ามารดาเด็กป่วยเกือบทั้งหมดต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการ ผลการตรวจต่างๆ (ร้อยละ 97.4) การรักษาของแพทย์และผลการรักษารวมทั้งเหตุผลในการรักษา (ร้อยละ 97.4 ถึงร้อยละ 97.7) คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย (ร้อยละ 98.1) ให้เจ้าหน้าที่ดูแลหรือให้คำแนะนำในการปฏิบัติต่อบุตรระหว่างและภายหลังการตรวจรักษา (ร้อยละ 97) และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องการให้แพทย์ พยาบาล มาดูอาการและให้การรักษาทันท่วงทีและต่อเนื่อง (ร้อยละ 99.2) จะเห็นได้ว่า ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติกรมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาลในเรื่อง การได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของบุตร การได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรตามความเป็นจริง การให้บุคลากรพยาบาลและพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่บุตรได้รับการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่บุตรได้รับ การให้เจ้าหน้าที่ดูแลหรือให้คำแนะนำใน

การปฏิบัติต่อบุตรระหว่างและภายหลังการตรวจรักษา และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องการให้แพทย์ พยาบาลมาดูแลการและให้การรักษาทันทีและต่อเนื่อง

จากผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติการณ์มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาลในเรื่อง การได้รับการแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของบุตร การได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรตามความเป็นจริง การให้บุคลากรพยาบาลและพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่บุตรได้รับ การสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่บุตรได้รับ การให้เจ้าหน้าที่ดูแลหรือให้คำแนะนำในการปฏิบัติต่อบุตรระหว่างและภายหลังการรักษาที่บุตรได้รับ การให้เจ้าหน้าที่ดูแลหรือให้คำแนะนำในการปฏิบัติต่อบุตรระหว่างและภายหลังการตรวจรักษา และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องการให้แพทย์ พยาบาลมาดูแลการและให้การรักษาทันทีและต่อเนื่อง

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วย

1. การมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยด้านการตัดสินใจที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ ในต่างประเทศ ผลการศึกษาของ เมลนิก และ ไฟน์สไตน์ (Melnik & Feinstein, 2001) พบว่ามารดาเด็กป่วยได้ปฏิบัติการณ์มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านการตัดสินใจในเรื่อง การเลือกเป็นผู้อธิบายเหตุผลแก่เด็กป่วยก่อนได้รับการตรวจและกึ่งกรรมการพยาบาล สำหรับในประเทศไทยผลการศึกษาของ ฉิมกานต์ ไชยชนะ(2545) พบว่าผู้ปกครองเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ปฏิบัติการณ์มีส่วนร่วมในการดูแลด้านการตัดสินใจทุกครั้งในระดับมากเป็นอันดับน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับการมีส่วนร่วมในด้านอื่นๆ ในเรื่อง การเลือกเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่บุตรก่อนที่บุตรจะได้รับกิจกรรมนั้นๆ (ร้อยละ 58.4) การเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่บุตรได้รับ (ร้อยละ 60.7) และการได้ให้บุคลากรพยาบาลขออนุญาตผู้ปกครองก่อนที่จะปลุกบุตรให้ตื่นทุกครั้ง (ร้อยละ 37.2)

จากผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ ผู้ปกครองได้ปฏิบัติการณ์มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านการตัดสินใจในเรื่อง การเลือกเป็นผู้อธิบายเหตุผลแก่เด็กป่วยก่อนได้รับการตรวจรักษา การเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่บุตรได้รับ การให้บุคลากรพยาบาลขออนุญาตผู้ปกครองก่อนที่จะปลุกบุตรให้ตื่น แต่ยังพบมีการศึกษาก่อนข้างน้อยมาก

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านการตัดสินใจที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติ ในต่างประเทศได้มีการศึกษา พบว่าผู้ปกครองต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลเด็กป่วยและต้องการเข้าร่วมในการวางแผนการดูแลเด็ก (Hutchfield, 1999; Power, Goldstein, Plank,

Thomas, & Conkright, 2000; Shields, 2001) บอลลิง และ แมคคับบิน และการศึกษาของ เชปป์ (Balling & McCubbin, 2001; Schepp, 1992) พบว่าผู้ปกครองเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยอยู่ในระดับน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับ การมีส่วนร่วมในด้านอื่นๆ สำหรับในประเทศไทยผลการศึกษาของ ณิชกานต์ ไชยชนะ (2545) พบว่าผู้ปกครองเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังส่วนใหญ่ปรารถนาจะปฏิบัติด้านการตัดสินใจทุกครั้งในเรื่อง การเลือกเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่บุตรก่อนที่บุตรจะได้รับกิจกรรมนั้นๆ (ร้อยละ 75.6) การเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่บุตรได้รับ (ร้อยละ 66.9) การให้บุคลากร พยาบาลขออนุญาตก่อนที่จะปลุกบุตรให้ตื่น (ร้อยละ 58.6) และเป็นความปรารถนาของผู้ปกครองที่ อยู่ในระดับน้อยที่สุด ผลการศึกษาของ ฉันทนา ผ่องคำพันธุ์ (2537) พบว่ามารดาเด็กป่วยส่วนใหญ่ ต้องการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่เด็กป่วยได้รับ (ร้อยละ 79.6)

จากผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศ การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ได้แก่ การเลือกเป็นผู้อธิบาย กิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่บุตรก่อนที่บุตรจะได้รับกิจกรรมนั้นๆ การเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการ ตรวจรักษาที่บุตรได้รับ การให้บุคลากรพยาบาลขออนุญาตก่อนที่จะปลุกบุตรให้ตื่นทุกครั้ง แต่ ยังพบมีการศึกษาค้นคว้าค่อนข้างน้อยมาก

ความแตกต่างระหว่างการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและ ปรารถนาที่จะปฏิบัติ

การศึกษาความแตกต่างระหว่างการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ และปรารถนาที่จะปฏิบัติ จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ มีเพียง การศึกษาของ ณิชกานต์ ไชยชนะ (2545) เท่านั้นและพบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่ผู้ปกครอง ได้ปฏิบัติและปรารถนาจะปฏิบัติมีความแตกต่างกันทั้งโดยรวมและในรายด้าน โดยที่การมีส่วนร่วม ที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติมากกว่าที่ได้ปฏิบัติจริงดังนี้ การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำ พบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องการให้อาหารหรือช่วยเหลือบุตรในการรับประทานอาหาร การมี ส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องการช่วยเหลือบุตรในระหว่าง ที่บุตรได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่ทำประจำ การช่วยเหลือบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการ ตรวจรักษา การปลอบโยนบุตรในระหว่างที่บุตรได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และการเป็นผู้ทำการดูแลพิเศษที่บุตรต้องได้รับ การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่าง ผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล พบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจ

หรือการรักษาที่บุตรได้รับ การให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่บุตรได้รับ การได้รับแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของบุตร และการได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรตามความเป็นจริง การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ พบว่ามีความแตกต่างกันในเรื่องการเป็นผู้เลือกบุคลากรพยาบาลที่ดูแลบุตร บุคลากรพยาบาลขออนุญาตก่อนที่จะปลุกบุตรให้ตื่น การเลือกเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่บุตรก่อนที่บุตรจะได้รับกิจกรรมนั้นๆ การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมบุตร และการเลือกเป็นผู้วัดอุณหภูมิให้บุตร

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการของผู้ปกครอง ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ได้ให้ข้อมูลความแตกต่างที่ได้ปฏิบัติและปรารถนาจะปฏิบัติ ดังนี้ ฉันทนา ผ่องคำพันธุ์ (2537) ศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 265 ราย พบว่าความต้องการบางอย่างของมารดาเด็กป่วยส่วนใหญ่ต้องการแต่ได้รับการตอบสนองน้อย ได้แก่ ต้องการรู้ผลเสียของการเจ็บป่วยครั้งนี้ต่อบุตร ต้องการอยู่กับบุตรขณะรับการตรวจรักษา ต้องการให้เจ้าหน้าที่จัดกลุ่มให้พูดคุยกับบิดามารดาและญาติผู้ป่วยเด็กรายอื่นๆ และ พวงเพชร ชัยวัฒน์พันธ์ (2540) ที่ศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลในมารดาเด็กป่วยจำนวน 50 ราย พบว่ามารดาเด็กป่วยมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 64 ถึงร้อยละ 92) มีความต้องการในระดับมาก แต่ได้รับการตอบสนองในระดับน้อยหรือไม่ได้รับการตอบสนองในด้าน ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของการตรวจต่างๆ ที่บุตรได้รับ เหตุผลและวิธีการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ การพยากรณ์โรคของบุตร ผลการตรวจต่างๆ และชื่อโรคและสาเหตุของการเกิดโรคของบุตร และด้านบทบาทการเป็นมารดาพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 74 ถึงร้อยละ 90) โดยมารดาต้องการมีส่วนร่วมหรือรับรู้ในการวางแผนการรักษาพยาบาลบุตร คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรขณะรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมจากพยาบาลหรือแพทย์ การช่วยเหลือด้านร่างกายแก่บุตร การอยู่ด้วยและปลอบโยนบุตรขณะและหลังบุตรได้รับการตรวจรักษาและการเฝ้าบุตรในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จากผลการศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ได้แก่ การช่วยเหลือด้านร่างกายแก่บุตร และเฝ้าบุตรในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2) ด้านกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การอยู่กับบุตรขณะรับการตรวจ และปลอบโยนบุตรขณะและหลังบุตรได้รับการตรวจรักษา 3) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ได้แก่ การรู้ผลเสียของการเจ็บป่วยครั้งนี้ต่อบุตร การให้เจ้าหน้าที่จัดกลุ่มให้พูดคุยกับบิดามารดาและญาติผู้ป่วยเด็กรายอื่นๆ ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของการตรวจต่างๆ

ที่บุตรได้รับ เหตุผลและวิธีการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ การพยากรณ์โรคของบุตร ผลการตรวจต่างๆ และชื่อโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคของบุตร และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรขณะรักษา ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมจากพยาบาลหรือแพทย์ และ 4) ด้านการตัดสินใจ ได้แก่ การมีส่วนร่วมหรือรับรู้ในการวางแผนการรักษาพยาบาลของบุตร ดังนั้นจากผลการศึกษาความแตกต่างระหว่างการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาจะปฏิบัติน่าจะมีความแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดในการทำวิจัย

ผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กทั้งในยามปกติและเจ็บป่วย ความเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็ก ส่งผลกระทบทั้งต่อเด็กป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ปกครองของเด็กป่วย ซึ่งต้องการมีส่วนร่วมและได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล การศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชุมชนนี้ ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปป์ (Schepp, 1995) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย กล่าวคือ ผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชนได้ปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย และปรารถนาจะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยใน 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย และผู้ปกครองเด็กป่วยอาจได้ปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากเกินไปหรือน้อยเกินกว่าที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติ