

ผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี และความพึงพอใจของบิดามารดา

พินิจ ปรีชานนท์* วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

กীরติกานต์ ป้ายงูเหลือม** วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

เพียรจิตต์ ภูมิสิริกุล*** พย.ม. (บริหารการพยาบาล)

กษิรา สกุลรักษ์ชาติ**** วท.ม. (จิตวิทยาและแนวทางการศึกษา)

อาภัสสร รัตมีเฟื่อง**** พย.บ.

บทคัดย่อ: การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี และความพึงพอใจของบิดามารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี ที่เข้ารับบริการผ่าตัดตาที่ห้องผ่าตัดตา โรงพยาบาลรามาริบัติ ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2551 และบิดามารดาจำนวน 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คู่ และกลุ่มควบคุม 30 คู่ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา คู่มือการดูแลบุตรผ่าตัดตาสำหรับบิดามารดา ภาพพลิก และกล่องของเล่น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็ก และแบบสอบถามความพึงพอใจของบิดามารดา เก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองก่อน ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2551 จากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุม ระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2551 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย Mann-Whitney U test และ independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดามีพฤติกรรมความร่วมมือมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งเมื่อแยกจากบิดามารดาขณะรอผ่าตัด และขณะนำสลบ ส่วนความพึงพอใจของบิดามารดาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาช่วยส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับบริการพยาบาลผ่าตัดตาได้

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมของบิดามารดา พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็ก ความพึงพอใจของบิดามารดา

*Corresponding author, รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล
E-mail: rappc@mahidol.ac.th

**อาจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

***พยาบาลผู้เชี่ยวชาญ งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

****พยาบาลชำนาญการ งานการพยาบาลผ่าตัด ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลรามาริบัติมีผู้ป่วยเด็กเข้ารับการผ่าตัดเป็นจำนวนมากทุกปี จากสถิติปี พ.ศ. 2550 มีผู้ป่วยเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียนอายุระหว่าง 1-6 ปี เข้ารับการผ่าตัดตา และดมยาสลบ จำนวน 206 คน จำแนกเป็น ผู้ป่วยใน 158 คน ผู้ป่วยนอก 48 คน ได้รับการผ่าตัดใหญ่ 49 คน และผ่าตัดเล็ก 157 คน โดยรวมมีผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี เข้ารับการผ่าตัดทุกประเภท คิดเป็นร้อยละ 80.07 ของผู้ป่วยเด็กอายุ 0-14 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลรามาริบัติ (หน่วยเวชสถิติโรงพยาบาลรามาริบัติ, 2550) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการผ่าตัดเป็นภาวะวิกฤตที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเกิดความเครียด ความกลัว และความวิตกกังวล ผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ ทั้งสถานที่ บุคคล เครื่องมือผ่าตัด และอุปกรณ์ต่างๆ นอกจากนี้ ยังมีความหวาดกลัวจากการงดน้ำงดอาหารในวันผ่าตัด ตลอดจนยังรับรู้ว่าร่างกายตนเองจะต้องถูกกระทำ ทำให้เกิดความกลัว เช่น กลัวเจ็บ กลัวคนแปลกหน้า กลัวเครื่องมือ กลัวการแยกจาก เป็นต้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเล็ก และเด็กก่อนวัยเรียน ร้องไห้แง โกรธ ก้าวร้าว ไม่ยอมร่วมมือในการทำหัตถการต่างๆ (Erikson, 1956) พฤติกรรมต่างๆ ดังกล่าวทำให้มีการหลั่ง catecholamine, และ cortisol ในเลือดเพิ่มขึ้น มีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนน้อยลง ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการดมยาสลบ เช่น laryngospasm ได้ นอกจากนี้ ยังอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจในระยะยาว และยังเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลให้กับบิดามารดา (Romino, Keatly, Secret, & Good, 2005)

จากปรัชญาพื้นฐานของการดูแลที่เน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ว่า ทุกครอบครัวต้องการดูแล และเลี้ยงดูบุตรหลานของตนอย่างใกล้ชิด (Edelman, 1991) ความผูกพันทางสังคมระหว่างบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดูกับเด็ก ทำให้เด็กมีความสุข และความพึงพอใจ การ

ที่บิดามารดาอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยเป็นการช่วยเหลือด้านอารมณ์ ทำให้เด็กมีพฤติกรรมสงบลง (Kain et al., 1996) เมื่อเด็กมีพฤติกรรมสงบ การขอความร่วมมือด้วยความรัก/ความเข้าใจ ความนุ่มนวล และการชื่นชมเด็ก ทำให้เด็กมีพฤติกรรมร่วมมือดีขึ้น ดังนั้น การให้บริการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กจึงต้องตระหนักถึงครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เนื่องจากครอบครัวเป็นสิ่งที่มีความสำคัญของเด็ก การวางแผนการพยาบาลต้องเน้นความสำคัญของครอบครัวเป็นอันดับแรก (Ahmann, 1994)

จากการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของพาวเวอร์ และแฟรงค์ (Power & Franck, 2008) เกี่ยวกับการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในผู้ป่วยเด็กที่รับไว้ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994-2006 สรุปได้ว่า บิดามารดาต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่รับไว้ในโรงพยาบาล สำหรับในประเทศไทย ยังไม่ได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะผ่าตัด โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่อนุญาตให้บิดามารดาเข้าไปในห้องผ่าตัด เพื่อให้การสนับสนุน และเสริมสร้างกำลังใจระหว่างบิดามารดากับผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือ อีกทั้งยังเป็นการเพิ่มความวิตกกังวลและลดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของบิดามารดา ปัจจุบันการบริการพยาบาลผ่าตัดของโรงพยาบาลรามาริบัติได้ให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กระยะผ่าตัดมากขึ้น แต่ยังไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ การขาดข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดากับพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็ก และความพึงพอใจของบิดามารดา ทำให้ผู้วิจัยและคณะสนใจนำรูปแบบการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา มาใช้กับผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดตาว่ามีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็ก และความพึงพอใจของบิดามารดาอย่างไร

ผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี และความพึงพอใจของบิดามารดา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี เมื่อแยกจากบิดามารดาขณะรอผ่าตัด และขณะนำสลบ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาและกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา และกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติต่อการบริการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา (parent participation) ซึ่ง ทศนีย์ ประสภกิตติกุล (Prasopkittikun, 2003) ได้วิเคราะห์แนวคิดนี้ว่า การพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาเน้นการร่วมกันจัดการระหว่างผู้ป่วยเด็ก พยาบาล และบิดามารดา เป็นการตัดสินใจร่วมกันระหว่างบิดามารดา และพยาบาล โดยการใช้การแลกเปลี่ยนข้อมูล และมีการตั้งเป้าหมายร่วมกันเพื่อดูแลเด็ก แนวคิดนี้มีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. แนวคิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล (information sharing) แนวคิดนี้อธิบายว่า กุญแจสำคัญของการมีส่วนร่วมคือ ข้อมูลที่ให้และรับที่เหมาะสม ผู้มีส่วนร่วมต้องการถามเพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงกับปัญหา ถ้าบิดามารดาเห็นว่าข้อมูลบางอย่างน้อย ก็จะรับรู้ว่าเป็นพยาธิที่ดีที่สุด บทบาทตนเองจะน้อยลง บิดามารดาควรมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูล แสดงความคิดเห็นโต้แย้งกับพยาบาลดีกว่าให้คำตอบเพียงอย่างเดียว เพื่อให้พยาบาลได้รับรู้ข้อมูลทั้งภายใน และภายนอกของบิดามารดาที่ใช้ในการเผชิญปัญหา ขณะเดียวกันข้อมูลจากพยาบาลต้อง

มากเพียงพอที่บิดามารดาใช้ประกอบการตัดสินใจ กระบวนการระหว่างบิดามารดา และพยาบาลจะเกิดขึ้นได้โดยผ่านกระบวนการสื่อสาร และการรับรู้ (Brownlea, 1987 as cited in Prasopkittikun, 2003)

2. แนวคิดการตั้งเป้าหมาย (goal setting) แนวคิดนี้อธิบายว่า พยาบาลได้ประเมินปัญหา ความไม่สุขสบาย โรค และการรับรู้ในปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วย จากผลของการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดา และพยาบาล นำไปสู่การตั้งเป้าหมายร่วมกัน เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ (King, 1981 as cited in Prasopkittikun, 2003)

3. แนวคิดการตัดสินใจ (joint decision making) แนวคิดนี้อธิบายว่าการตัดสินใจเป็นกิจกรรมด้านจิตใจในการเลือกทางเลือกต่างๆ ที่ยังสับสนอยู่ภายใต้ให้ข้อมูล (Varricchio, 1982 as cited in Prasopkittikun, 2003)

แนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดานั้น บิดามารดาต้องมีบทบาทเด่นในการเลือกทางเลือก และตัดสินใจ ปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดประโยชน์มากที่สุด พยาบาลควรมีส่วนในการเจรจาต่อรอง แลกเปลี่ยนข้อมูล และตัดสินใจตกลงร่วมกันในจุดที่ทั้งบิดามารดา และพยาบาลพึงพอใจ

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยเด็ก บิดามารดา และพยาบาล ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความไว้วางใจระหว่างเด็กกับบิดามารดา และเด็กกับพยาบาล ซึ่ง โรมิโน (Romino et al., 2005) ซึ่งใช้แนวคิดการปรับตัวของรอย (Roy's Adaptation Theory) อธิบายว่า การให้บิดามารดาอยู่ด้วยกับเด็ก และมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กจัดเป็นสิ่งกระตุ้นทางบวกที่เด็กสังเกตเห็น สนใจ และรับรู้ได้ถึงความรัก ความเป็นที่พึ่ง ความสามารถในการช่วยเหลือเด็ก ทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ไม่โดดเดี่ยว การให้บิดามารดาอยู่ด้วยกับเด็ก และมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กจึงเป็นการสร้างบรรยากาศของความสงบ ผ่อนคลาย เด็กจึงสามารถปรับตัวต่อสิ่งคุกคามที่กำลังเผชิญอยู่ได้

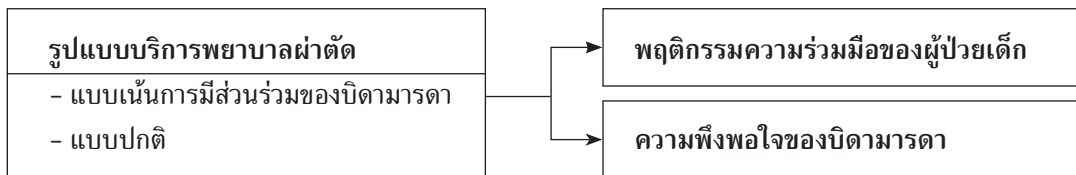
พินิจ ปริชานน์ และคณะ

และให้ความร่วมมือในการพยาบาลมากขึ้น นอกจากนี้ การเปิดโอกาสให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดระหว่างบิดามารดากับพยาบาล ทำให้บิดามารดารับรู้ถึงการดูแลเด็กด้วยความเข้าใจและความเอื้ออาทรของพยาบาล ทำให้บิดามารดาเกิดความพึงพอใจเพิ่มขึ้น

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดากับพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็ก และความพึงพอใจของบิดามารดา โดยผลการศึกษามีความสอดคล้องกันว่า ผู้ป่วยเด็กมีความวิตกกังวลเมื่อแยกจากบิดามารดา ต้องการอยู่ใกล้ชิดบิดามารดา ในขณะที่บิดามารดามักวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัดของบุตร ไม่นั่นใจการดูแลของพยาบาลเกี่ยวกับการเข้าใจความต้องการของบุตร และอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ถูกต้อง บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กจึงต้องการอยู่ใกล้ชิดบุตร และมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรร่วมกับพยาบาล การพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา จึงเป็นการ

พยาบาลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งผู้ป่วยเด็ก บิดามารดา และพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเด็กและบิดามารดามีความวิตกกังวลลดลง ผ่อนคลาย และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และทำให้บิดามารดาเกิดความพึงพอใจในการดูแลของพยาบาล (รีนเรจ สีสานุกรม, วรรณภา สมบูรณ์วิบูลย์, และปิ่น ศรีประจิดติชัย, 2545; Chan & Molassiotis, 2002; Davis, 1967; Hannallah & Rosales, 1983; Himes, Munyer, & Henly, 2003; Hong, Murphy, & Connolly, 2008; Hostler, 1991; Hutchfield, 1999; Kain et al., 1996; Shelton & Stepanek, 1995; Ware et al., 1978 as cited in Mahon, 1996)

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ทฤษฎีการปรับตัวของรอย และข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้สร้างกรอบแนวคิดความสัมพันธ์ระหว่างการบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดากับพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็ก และความพึงพอใจของบิดามารดา แสดงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา มีพฤติกรรมความร่วมมือเมื่อแยกจากบิดามารดาขณะรอผ่าตัดและขณะนำสลบมากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ

2. บิดามารดากลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาแบบเน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดามีความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ

ผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี และความพึงพอใจของบิดามารดา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบ control group post-test only design ประชากรคือ ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี ที่เข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดตา โรงพยาบาลรามธิบดี และบิดาหรือมารดา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี ที่เข้ารับบริการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัดตา โรงพยาบาลรามธิบดี ระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2551 และบิดาหรือมารดา เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง (inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี ที่นอนโรงพยาบาลในหอผู้ป่วยจักษุหญิง โรงพยาบาลรามธิบดี 2) เข้ารับการผ่าตัดตาทุกชนิดด้วยวิธีดมยาสลบ 3) ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคจิต 4) ได้รับความยินยอมจากบิดาหรือมารดาให้เข้าร่วมการวิจัย 5) บิดาหรือมารดาสัมผัสใจเข้าร่วมการวิจัย 6) บิดาหรือมารดาสามารถสื่อสารได้ ไม่มีปัญหาการได้ยิน และการมองเห็น และ 7) เป็นบิดาหรือมารดาที่อยู่กับผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด 1 วัน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 60 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คู่ และกลุ่มควบคุม 30 คู่ โดยกำหนดให้ผู้ป่วยเด็กและบิดาหรือมารดาที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด 30 คู่แรกเป็นกลุ่มทดลอง และ 30 คู่หลังเป็นกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 คู่มือการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ตามการวิเคราะห์แนวคิดนี้ของทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ (Prasopkittikun, 2003) คู่มือนี้ ประกอบด้วย

1.1.1 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ก่อนผ่าตัด เมื่อเยี่ยมผู้ป่วยที่หอผู้ป่วย และขณะรอเข้ารับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด

1.1.2 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ระหว่างผ่าตัด

1.1.3 แนวทางปฏิบัติการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา หลังผ่าตัดในห้องพักฟื้น และเมื่อเยี่ยมผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

1.2 คู่มือการดูแลบุตรผ่าตัดตาสำหรับบิดามารดา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ตามการวิเคราะห์แนวคิดนี้ของทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ (Prasopkittikun, 2003) คู่มือนี้ประกอบด้วย

1.2.1 การดูแลบุตรของบิดามารดา ก่อนวันผ่าตัด 1 วัน ที่หอผู้ป่วย

1.2.2 การดูแลบุตรขณะรอรับการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด

1.2.3 การดูแลบุตรขณะนำสลบ

1.2.4 การดูแลบุตรหลังผ่าตัดที่ห้องพักฟื้น

1.2.5 การดูแลบุตรหลังผ่าตัดที่หอผู้ป่วย

1.2.6 สรุปประเด็นสำคัญที่บิดามารดาต้องปฏิบัติ

1.3 ภาพพลิกแสดงลักษณะภายในห้องผ่าตัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดา (Romino et al., 2005) ซึ่งใช้ทฤษฎีการปรับตัวของรอย ในการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นตกค้าง (residual stimuli) เนื้อหาประกอบด้วย

1.3.1 ภาพลักษณะทั่วไปในห้องพักรอ ก่อนผ่าตัด ที่มีผู้ป่วยเด็กและมารดาอยู่ด้วยกัน

1.3.2 ภาพลักษณะทั่วไปภายในห้องผ่าตัด เป็นภาพการ์ตูนหมีแต่งตัวเป็นผู้ป่วยเด็ก บิดามารดา และแพทย์

1.3.3 ภาพลักษณะทั่วไปภายในห้องพักฟื้น ที่มีผู้ป่วยเด็กนอนบนเตียงและมารดาเฝ้าอยู่

ข้างเดียว มีภาพเด็กตาเข มีภาพเด็กปิดตาด้วย eye pad และมีภาพเด็กตาปกติ

1.4 กล่องของเล่นชุดคุณหมอ (Toy Doctor Kit) ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิด Medical Play ของ เดอร์โรว์และคณะ (DeRowe, Fishman, Leor, & Komecki, 2003) ประกอบด้วยอุปกรณ์ทำด้วยพลาสติก ได้แก่ กระจกและเข็มฉีดยา ขวดสารน้ำ และสายน้ำเกลือ หูฟัง (stethoscope) หน้ากากออกซิเจน (oxygen mask) และตุ๊กตารูปสัตว์ทำด้วยผ้า มีตุ๊กตาสุนัข หมู กระต่าย เป็นต้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กเมื่อแยกจากบิดามารดาขณะรอผ่าตัด และขณะนำสลบ ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแนวคิดการให้ บิดามารดาอยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยเด็กขณะนำสลบของ ฮันนัลลาและโรซาลส์ (Hannallah & Rosales, 1983) มี 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กเมื่อแยกจากบิดามารดาขณะรอผ่าตัดจำนวน 10 ข้อ ลักษณะแบบสังเกต เป็นข้อรายการพฤติกรรมความร่วมมือแบบมีโครงสร้าง ประเมินโดยผู้ช่วยวิจัย ถ้ามีพฤติกรรมในรายชื่อใดให้ คะแนน 1 ถ้าไม่มีพฤติกรรมให้คะแนน 0 คะแนนรวม อยู่ระหว่างร้อยละ 0-100 โดยคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับสูง มีพฤติกรรมความร่วมมือร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง มีพฤติกรรมความร่วมมือ ร้อยละ 60 – 80 และระดับต่ำ มีพฤติกรรมความร่วมมือ น้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 2 แบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กขณะนำสลบจำนวน 4 ข้อ ลักษณะ แบบสังเกตเป็นมาตรประมาณค่า (Likert's scale) 4 ระดับ คือ มีพฤติกรรมความร่วมมือในรายชื่อใดระดับ สูงให้ 3 คะแนน มีพฤติกรรมความร่วมมือในรายชื่อใด

ระดับปานกลางให้ 2 คะแนน มีพฤติกรรมความร่วมมือ ในรายชื่อใดระดับต่ำให้ 1 คะแนน และมีพฤติกรรม ไม่ให้ความร่วมมือในรายชื่อใดให้ 0 คะแนน

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจของบิดามารดา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดของแวร์และคณะ (Ware et al., 1978 as cited in Mahon, 1996) ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล และ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจของบิดามารดา 5 ด้าน ได้แก่ 1) คุณลักษณะของพยาบาลห้องผ่าตัด 2) ความรู้ความชำนาญในการพยาบาลผ่าตัด 3) ความ สะดวกในการรับบริการผ่าตัด 4) การดูแลอย่างต่อเนื่อง และ 5) ผลลัพธ์ของการพยาบาลผ่าตัด แบบสอบถาม มีจำนวนทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็น มาตรประมาณค่า (Likert's scale) 5 ระดับ โดยพึงพอใจมากที่สุดให้ 5 คะแนน และพึงพอใจน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน คะแนนรวมที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 24 -120 คะแนน การแปลความหมายของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ พึงพอใจน้อย มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 24 -56 คะแนน พึงพอใจปานกลาง มีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 57 -89 คะแนน และพึงพอใจมาก มีคะแนนรวมตั้งแต่ 90 คะแนนขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดผ่านการตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) และความ เหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านจิตวิทยาเด็ก 1 ท่าน การพยาบาล ผู้ป่วยเด็ก 1 ท่าน การพยาบาลผ่าตัด 1 ท่าน และเป็น ผู้ทรงคุณวุฒิด้านระเบียบวิธีวิจัย 2 ท่าน จากนั้นผู้วิจัย นำแบบสอบถามความพึงพอใจของบิดามารดาไป ทดลองใช้กับบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี ที่ เข้ารับบริการที่ห้องผ่าตัดตา โรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม ความพึงพอใจของบิดามารดา โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงเท่ากับ .98 และนำแบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วย เด็กใช้กับผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี ที่เข้ารับบริการที่ห้อง

ผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผัดตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี และความพึงพอใจของบิดามารดา

ผัดตัดตา โรงพยาบาลรามารัตนิตี จำนวน 30 คน ซึ่งไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา โดยการสังเกตของผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (interrater reliability) ได้เท่ากับ .92

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามารัตนิตี มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ 0293/2547 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้บิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็กทุกคน ทราบถึงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของขั้นตอนการวิจัย เพื่อสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลการวิจัยเป็นการเสนอในภาพรวม สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้นต่อการรักษาพยาบาล และให้บิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็กที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการพยาบาลผัดตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาก่อนในระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2551 หลังจากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ ในระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2551 เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย 2 คน ทำหน้าที่ให้การทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้วิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัย

ได้อบรมผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คนให้ทราบถึงวิธีการทดลองและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลตามแผนการทดลอง และให้ผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 คนฝึกปฏิบัติจนชำนาญก่อนให้การทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

รูปแบบบริการพยาบาลผัดตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การบริการพยาบาลระยะก่อนผัดตัด

1. เยี่ยมผู้ป่วยและบิดามารดาก่อนผัดตัด 1 วันที่หอผู้ป่วย โดยพยาบาลห้องผัดตัดถามหมวกคลุมผมสวมชุดห้องผัดตัด สวมเสื้อกาวน์สีขาวคลุมทับ เตรียมผ้าปิดปาก-จมูก เมื่อถึงหอผู้ป่วยมีกิจกรรมพยาบาลตามลำดับ ดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน ได้แก่ ข้อมูลส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย โรคประจำตัว และยาที่รับประทานประจำ ข้อมูลจากแบบแผนสุขภาพ แผนการพยาบาลที่พยาบาลหอผู้ป่วยบันทึกไว้ ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหารทะเล ประวัติการได้รับผัดตัด ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น CBC, UA, Anti-HIV และ Chest x-ray เป็นต้น

1.2 พบผู้ป่วยและบิดามารดา เพื่อสร้างสัมพันธภาพและเตรียมความพร้อม รวมทั้งอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย ให้บิดามารดาตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย และให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย แจกแบบสอบถามความพึงพอใจบริการพยาบาลห้องผัดตัดตา และขอเก็บในวันเยี่ยมผู้ป่วยหลังผัดตัด ในขั้นตอนของการสร้างสัมพันธภาพ และเตรียมความพร้อมมีกิจกรรมย่อย ดังนี้

1.2.1 แนะนำตนเองกับผู้ป่วยและบิดามารดา บอกวัตถุประสงค์การเยี่ยม พร้อมให้ผู้ผู้ป่วยดูภาพพลิกรูปการ์ตูนหมีแสดงการทำหน้าที่ของบุคลากรในห้องผัดตัด และแนะนำการเล่นของเล่นในกล่องของเล่นชุดคุณหมอ

1.2.2 แลกเปลี่ยนข้อมูลกับบิดามารดา โดยสอบถามความต้องการพิเศษในการดูแลผู้ป่วย

พินิจ ประชาชนท์ และคณะ

ลักษณะนิสัย และอารมณ์ของผู้ป่วย เช่น ก้าวร้าว กลัว คนแปลกหน้า ตีตักตา ตีตักฝ่าหมัด เป็นต้น จากนั้นเปิดโอกาสให้บิดามารดาแสดงความคิดเห็น

1.2.3 ตั้งเป้าหมายร่วมกับบิดามารดา ในการดูแลผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการเข้ารับการ ผ่าตัดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่มีโอกาสเกิดใน ระยะเวลาหลังผ่าตัด

1.2.4 ให้บิดามารดาตัดสินใจที่จะเข้าไป อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยขณะนำสลบ (induction stage) จน กระทั่งหลับ และร่วมสรุปข้อตกลงการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน จากนั้นแจกคู่มือการดูแลบุตรผ่าตัดตามแก้บิดามารดา

2. ในห้องรอผ่าตัด (holding room) เปิดโอกาส ให้บิดามารดาได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และมีกิจกรรมการ เล่นของเล่นที่ผู้ป่วยชอบ พยาบาลผ่าตัดดูแลอยู่ห่าง ๆ ผู้ช่วยวิจัยทดลองแยกเด็กจากบิดามารดา โดยขออนุญาต บิดามารดาพาผู้ป่วยไปดูห้องพักฟื้น แล้วสังเกตพฤติกรรม ความร่วมมือ บันทึกลงในแบบสังเกตพฤติกรรมความ ร่วมมือเมื่อแยกจากบิดามารดาของผู้ป่วยแต่ละคน

ระยะที่ 2: การบริการพยาบาลระหว่างผ่าตัด

1. เมื่อนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ให้บิดามารดาอยู่ กับผู้ป่วยขณะนำสลบจนกระทั่งหลับ จากนั้นให้บิดามารดา ออกไปรอที่ห้องพักรอ โดยบอกระยะเวลาในการทำ ผ่าตัดให้ทราบ ผู้ช่วยวิจัยสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือ ของผู้ป่วยตั้งแต่เข้ามาในห้องผ่าตัดพร้อมบิดามารดา และบันทึกลงในแบบสังเกตพฤติกรรมความร่วมมือ ขณะนำสลบของผู้ป่วยแต่ละคน

2. ให้บิดามารดาที่รอผู้ป่วยเข้ารับการผ่าตัด สามารถติดต่อเจ้าหน้าที่ได้ตามความต้องการ หรือถ้า ต้องการไปทำกิจธุระสามารถติดต่อพยาบาลได้ทาง โทรศัพท์ที่ให้เบอร์ไว้

ระยะที่ 3: การบริการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด ในห้องพักฟื้น และที่หอผู้ป่วย

1. ให้บิดามารดาเข้ามาอยู่ใกล้ชิดและมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วยในห้องพักฟื้นเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว และ เริ่มมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือ

2. เยี่ยมผู้ป่วยและบิดามารดาหลังผ่าตัด 1 วัน ที่ หอผู้ป่วย เพื่อประเมินความพึงพอใจของบิดามารดา ต่อการให้บริการพยาบาลผ่าตัด

รูปแบบการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ มี 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1: การบริการพยาบาลระยะก่อนผ่าตัด

1. ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ และ เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการผ่าตัดของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วย และบิดามารดามาถึงห้องผ่าตัด

2. ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรขณะอยู่ใน ห้องพักฟื้น และหลังผ่าตัด

3. บิดามารดาอาจอยู่เป็นเพื่อนบุตรเมื่อบุตร ต้องการในระยะก่อนผ่าตัด

ระยะที่ 2: การบริการพยาบาลระหว่างผ่าตัด

เมื่อนำผู้ป่วยเข้าห้องผ่าตัด ให้บิดามารดาออกไปรอที่ ห้องพักรอ ยกเว้นเด็กที่ร้องไห้รุนแรง อารมณ์ก้าวร้าว ให้บิดามารดาอยู่กับผู้ป่วยขณะนำสลบได้

ระยะที่ 3: การบริการพยาบาลระยะหลังผ่าตัด

ในห้องพักฟื้น ให้บิดามารดาเข้ามาอยู่ใกล้ชิด กรณีที่ ผู้ป่วยร้องไห้แง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม ด้วยสถิติบรรยาย โดยใช้ความถี่และร้อยละ 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็ก เมื่อแยกจากบิดามารดาขณะรอผ่าตัด และขณะนำสลบ ระหว่างผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาม ที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดากับกลุ่มที่ได้รับ บริการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ Mann-Whitney U test เนื่องจากการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นการแจกแจง แบบปกติ (non normality) และ 3) เปรียบเทียบ

ผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี และความพึงพอใจของบิดามารดา

ความพึงพอใจของบิดามารดา ระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดากับกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ โดยใช้ independent t-test

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันในด้านอายุ ลำดับที่การเป็นบุตร ประสบการณ์การผ่าตัด ชนิด

ของการผ่าตัด สถานะผู้ปกครอง อาชีพของบิดา และอาชีพของมารดา แต่มีความแตกต่างกันในด้านของอายุผู้ปกครอง การศึกษาของผู้ปกครอง และรายได้ของครอบครัว โดยพบว่า ผู้ปกครองของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี จบการศึกษาระดับ ปวช. ปวส. หรืออนุปริญญา และมีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ส่วนผู้ปกครองกลุ่มควบคุมมีอายุระหว่าง 31-40 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา และมีรายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาทต่อเดือน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)

| | ข้อมูลส่วนบุคคล | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|---------------------|-----------------|---------------------|--------|----------------------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| อายุ | 1-2 ปี | 6 | 20.0 | 9 | 30.0 |
| | 3-4 ปี | 7 | 23.3 | 9 | 30.0 |
| | 5-6 ปี | 17 | 56.7 | 12 | 40.0 |
| ลำดับที่การเป็นบุตร | บุตรคนที่ 1 | 13 | 43.3 | 17 | 56.7 |
| | บุตรคนที่ 2 | 13 | 43.3 | 10 | 33.3 |
| | บุตรคนที่ 3 | 4 | 13.3 | 3 | 10.0 |
| ประสบการณ์การผ่าตัด | ไม่เคย | 24 | 80.0 | 20 | 66.7 |
| | เคย | 6 | 20.0 | 10 | 33.3 |
| ชนิดของการผ่าตัด | ตาเข ตาเหล่ | 28 | 93.3 | 26 | 86.7 |
| | อื่น ๆ | 2 | 6.6 | 4 | 13.3 |
| สถานะผู้ปกครอง | บิดา | 3 | 10.0 | 6 | 20.0 |
| | มารดา | 27 | 90.0 | 24 | 80.0 |
| อายุผู้ปกครอง (ปี) | 20-30 | 15 | 50.0 | 9 | 30.0 |
| | 31-40 | 11 | 36.7 | 16 | 53.3 |
| | > 40 | 4 | 13.3 | 5 | 16.7 |

พินิจ ประชาชนท์ และคณะ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60) (ต่อ)

| ข้อมูลส่วนบุคคล | | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | |
|----------------------------------|----------------------|---------------------|--------|----------------------|--------|
| | | จำนวน | ร้อยละ | จำนวน | ร้อยละ |
| การศึกษาของผู้ปกครอง | ประถมศึกษา | 5 | 16.7 | 5 | 16.7 |
| | มัธยมศึกษา | 9 | 30.0 | 12 | 40.0 |
| | ปวช/ปวส/อนุปริญญา | 11 | 36.7 | 3 | 10.0 |
| | ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 5 | 16.7 | 10 | 33.3 |
| อาชีพของบิดา | รับราชการ | 2 | 6.7 | 5 | 16.7 |
| | รับจ้าง | 19 | 63.3 | 16 | 53.3 |
| | อื่น ๆ | 9 | 30.0 | 9 | 30.0 |
| อาชีพของมารดา | รับราชการ | 4 | 13.3 | 4 | 13.3 |
| | รับจ้าง | 11 | 36.7 | 12 | 40.0 |
| | อื่น ๆ | 15 | 50.0 | 14 | 46.7 |
| รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน) | ≤ 10,000 | 12 | 40.0 | 9 | 30.0 |
| | 10,001-20,000 | 8 | 26.7 | 10 | 33.3 |
| | 20,001-30,000 | 3 | 10.0 | 6 | 20.0 |
| | 30,001-40,000 | 2 | 6.7 | 2 | 6.7 |
| | > 40,000 | 5 | 16.6 | 3 | 10.0 |

พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กเมื่อแยกจากบิดามารดาขณะรอผ่าตัดพบว่า กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดามีพฤติกรรมความร่วมมือระดับสูง ในด้านไม่ต่อต้านรุนแรง เช่น หยิก ชกต่อย ร้อยละ 96.7 รองลงมา ไม่ร้องเสียงดังลั่นตลอดเวลา ร้อยละ 93.3 และยอมไปกับเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดโดยดี ร้อยละ 80 ส่วนกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตามปกติ มีพฤติกรรมความ

ร่วมมือระดับสูง ในด้านไม่ต่อต้านรุนแรง เช่น หยิก ชกต่อย ร้อยละ 86.7 กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมความร่วมมือรายข้อในระดับปานกลางถึงสูง ส่วนกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตามปกติส่วนใหญ่มีพฤติกรรมความร่วมมือรายข้อในระดับต่ำถึงปานกลาง (ตารางที่ 2)

ผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมความร่วมมือ
ของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี และความพึงพอใจของบิดามารดา

ตารางที่ 2 พฤติกรรมความร่วมมือเมื่อแยกจากบิดามารดาขณะรอผ่าตัดของผู้ป่วยเด็ก ในกลุ่มทดลองและกลุ่ม
ควบคุม (N = 60)

| พฤติกรรมความร่วมมือ | กลุ่มทดลอง (n = 30) | | | กลุ่มควบคุม (n = 30) | | |
|--|---------------------|---------------------|-----------------|----------------------|---------------------|-----------------|
| | ระดับความร่วมมือ | | | ระดับความร่วมมือ | | |
| | สูง (ร้อยละ) | ปานกลาง (ร้อยละ) | ต่ำ (ร้อยละ) | สูง (ร้อยละ) | ปานกลาง (ร้อยละ) | ต่ำ (ร้อยละ) |
| 1. ยอมไปกับเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัดโดยดี | 24 (80.0) | - | - | - | 21 (70.0) | - |
| 2. ไม่ร้องเรียกหาบิดามารดา | - | - | 18 (60.0) | - | 19 (63.3) | - |
| 3. ยอมแยกจากบิดามารดาโดยดี | - | - | 17 (56.7) | - | - | 16 (53.3) |
| 4. ปฏิบัติตามคำบอกของเจ้าหน้าที่ห้องผ่าตัด | - | 20 (66.7) | - | - | - | 15 (50.0) |
| 5. สงบเสียบ ผ่อนคลายให้ความร่วมมือ | - | 23 (76.7) | - | - | 19 (63.3) | - |
| 6. ไม่ต่อต้านรุนแรง เช่น หยิก ชกต้อย | 29 (96.7) | - | - | 26 (86.7) | - | - |
| 7. ไม่กระสับกระส่ายเมื่อเห็นคนแปลกหน้า | - | 22 (73.3) | - | - | - | 15 (50.0) |
| 8. ไม่ร้องเสียงดังตลอดเวลา | 28 (93.3) | - | - | - | 22 (73.3) | - |
| 9. หยุดร้องไห้เมื่อมีสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจ | - | - | 13 (43.3) | - | - | 5 (16.7) |
| 10. ไม่หลีกหนีเมื่อเห็นอุปกรณ์ที่ทำให้เจ็บ | - | - | 18 (60.0) | - | - | 8 (26.7) |

พฤติกรรมความร่วมมือเมื่อแยกจากบิดามารดา
ขณะรอผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับบริการ
พยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา
มากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($p = .024$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กเมื่อแยกจากบิดามารดาขณะรอ
ผ่าตัดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)

| กลุ่มตัวอย่าง | n | พฤติกรรมความร่วมมือ | | z | p-value |
|---------------|----|---------------------------------|------|-------|---------|
| | | เมื่อแยกจากบิดามารดาขณะรอผ่าตัด | | | |
| | | M | S.D. | | |
| กลุ่มทดลอง | 30 | 7.0 | 2.2 | -1.97 | .024 |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 5.3 | 3.3 | | |

พินิจ ประชาชนท์ และคณะ

พฤติกรรมความร่วมมือขณะนำสลบของผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง คิดเป็นร้อยละ 46.6 ในขณะที่พฤติกรรมความร่วมมือขณะนำสลบของผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ร้อยละ

23.2 นอกจากนี้ยังพบว่า พฤติกรรมไม่ร่วมมือขณะนำสลบของกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดามีสัดส่วนน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ คิดเป็นร้อยละ 20 และ 63.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมความร่วมมือขณะนำสลบของผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)

| กลุ่มตัวอย่าง | n | พฤติกรรมความร่วมมือ | | | |
|---------------|----|---------------------|---------------------|-----------------|------------------------|
| | | สูง (ร้อยละ) | ปานกลาง (ร้อยละ) | ต่ำ (ร้อยละ) | ไม่ร่วมมือ (ร้อยละ) |
| กลุ่มทดลอง | 30 | 7 (23.3) | 7 (23.3) | 10 (33.3) | 6 (20.0) |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 2 (6.6) | 5 (16.6) | 4 (13.3) | 19 (63.3) |

พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กขณะนำสลบระหว่างกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา และกลุ่มที่ได้รับ

บริการพยาบาลผ่าตัดตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กขณะนำสลบ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N = 60)

| กลุ่มตัวอย่าง | n | พฤติกรรมความร่วมมือขณะนำสลบ | | z | p-value |
|---------------|----|-----------------------------|------|-------|---------|
| | | M | S.D. | | |
| กลุ่มทดลอง | 30 | 1.5 | 1.1 | -3.09 | .001 |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 0.8 | 1.0 | | |

ความพึงพอใจของบิดามารดาในกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาและกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาม

ปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 6)

ผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมความร่วมมือ
ของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี และความพึงพอใจของบิดามารดา

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของบิดามารดาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
(N = 60)

| กลุ่มตัวอย่าง | n | ความพึงพอใจของบิดามารดา | | | |
|---------------|----|-------------------------|------|------|---------|
| | | M | S.D. | t | p-value |
| กลุ่มทดลอง | 30 | 103.6 | 11.3 | 1.02 | .156 |
| กลุ่มควบคุม | 30 | 100.4 | 12.8 | | |

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า พฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดามากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ ทั้งเมื่อแยกจากบิดามารดา และขณะนำสลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คาดว่าอาจเป็นเพราะการบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา โดยให้บิดามารดาอยู่เป็นเพื่อนบุตรขณะรอผ่าตัดที่ห้องพักรอ (holding area) และขณะนำสลบ ทำให้ผู้ป่วยเด็กอบอุ่นใจ กลัวและวิตกกังวลเกี่ยวกับสภาพการผ่าตัดลดลง ประกอบกับในระยะรอผ่าตัด การให้ผู้ป่วยเด็กดูภาพพลิกเกี่ยวกับลักษณะและกิจกรรมภายในห้องผ่าตัด รวมทั้งการเล่นของเล่นในกล่องชุดคุณหมอ ทำให้ผู้ป่วยเด็กคุ้นเคยกับสภาพ และกิจกรรมในห้องผ่าตัด ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมความร่วมมือมากขึ้น (DeRowe et al., 2003) สอดคล้องกับผลการศึกษาของรีนเรจ ลีลานุกรม และคณะ (2545) ที่พบว่า การให้ผู้ปกครองอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเด็กอายุ 1-10 ปี ขณะนำสลบทำให้ผู้ป่วยเด็กร่วมมือต่อการนำสลบร้อยละ 86 และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของฮันนัลลาและโรซาลส์ (Hannallah & Rosales, 1983) เคนและคณะ (Kain et al., 1996) และ แคมและคณะ (Kam, Voss, Gold, & Pitkin, 1998) ที่พบว่า การให้ผู้ปกครองอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเด็กขณะนำสลบ ผู้ป่วย

เด็กจะมีการใช้ serum cortisol ในระดับต่ำ ทำให้เครียดน้อยลง และให้ความร่วมมือมากขึ้น นอกจากนี้ บิดามารดายังรับรู้ว่ามีวิสัญญีแพทย์ทำงานง่ายขึ้น

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของบิดามารดาในกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา และกลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกันนัก คาดว่าอาจเป็นเพราะการให้บริการพยาบาลตามปกติของพยาบาลห้องผ่าตัดตา สามารถสนองความต้องการตามความคาดหวังของบิดามารดาได้เช่นเดียวกับรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา จึงทำให้บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กทั้งสองกลุ่มพึงพอใจในบริการพยาบาลไม่แตกต่างกัน

จะเห็นได้ว่า รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา สามารถสะท้อนความร่วมมือระหว่างพยาบาลห้องผ่าตัดและบิดามารดาได้อย่างชัดเจน เพื่อวัตถุประสงค์เดียวกันคือ ให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมร่วมมือในการเข้ารับการผ่าตัด และช่วยลดปัญหาทางอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กในระยะหลังผ่าตัดได้ นอกจากนี้ พยาบาลห้องผ่าตัดสามารถนำข้อมูลและประเด็นปัญหาที่ได้จากการพยาบาลในระยะก่อนผ่าตัด มาสื่อสารกับแพทย์และทีมวิสัญญีเพื่อใช้ประโยชน์ในการรักษาพยาบาลระยะผ่าตัดได้ในอีกทางหนึ่ง ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาสามารถ

ส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการเข้ารับการผ่าตัด
ของผู้ป่วยเด็กได้

ข้อจำกัดในการวิจัย และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับ งานวิจัยในอนาคต

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด 2 ประการคือ ประการแรก การขาดการสุ่มแบ่งกลุ่ม (random assignment) ทำให้กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคุณสมบัติไม่เท่าเทียมกัน (selection bias) ที่อาจส่งผลต่อความถูกต้องหรือความตรงภายใน (internal validity) ของผลการวิจัย งานวิจัยในอนาคตควรออกแบบการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน (control of extraneous variance) ที่เหมาะสม เช่น การจับคู่ (matching) การทำให้สมดุล (balancing) เพื่อช่วยเพิ่มความตรงภายใน ประการที่สอง การวิจัยครั้งนี้กำหนดตัวอย่างตาม rule of thumb โดยกำหนดใช้ขนาดตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มละ 30 คน ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหาเรื่องความไม่เพียงพอของกลุ่มตัวอย่าง และส่งผลให้อำนาจการทดสอบทางสถิติ (power of test) ต่ำลงได้ งานวิจัยในอนาคตควรกำหนดขนาดตัวอย่างตามหลักการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) เพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม และช่วยเพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้พยาบาลห้องผ่าตัดได้รับรู้ และตระหนักในความสำคัญของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการ

ผ่าตัด ซึ่งสามารถนำรูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการเข้ารับการผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพของบริการพยาบาลผ่าตัดได้ นอกจากนี้ คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดา คู่มือดูแลบุตรผ่าตัดตาสำหรับบิดามารดา ภาพพลิก และกล่องของเล่น (Toy Doctor Kit) ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยมีข้อมูลจากผลงานวิจัยสนับสนุน สามารถนำไปพิจารณาใช้ประโยชน์ในด้านการเรียนการสอน การปฏิบัติ และการวิจัยทางการพยาบาลต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ เลขที่ รด 48033 ผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ ที่นี้ และขอขอบคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จริยา วิทยะศุภกร ผู้อำนวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี ศาสตราจารย์ ดร. รุจา ภูไพบูลย์ รองศาสตราจารย์ นพ. ชัชวาลย์ ศิลปกิจ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อรอนงค์ พุมอาภรณ์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการตรวจเครื่องมือวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย ที่ช่วยแนะนำและให้คำปรึกษาในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งบุคลากรห้องผ่าตัดตา โรงพยาบาลรามาธิบดีทุกท่านที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี และที่สำคัญขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษาวิจัย

ผลของการใช้รูปแบบบริการพยาบาลผ่าตัดตาที่เน้นการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี และความพึงพอใจของบิดามารดา

เอกสารอ้างอิง

- จีนเริง ลีลาอนุกรม, วรณา สมบูรณ์วิบูลย์, และปิ่น ศรีประจิดิตชัย. (2545). การให้ผู้ปกครองอยู่ร่วมกับเด็กขณะนำสลบ: การศึกษาเจตคติของผู้ปกครอง และความร่วมมือของเด็ก. *จดหมายเหตุทางการแพทย์แพทยสมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์*, 85 (ฉบับพิเศษ 1), S186-S192.
- หน่วยเวชสถิติ โรงพยาบาลรามธิบดี. (2550). *รายงานสถิติการผ่าตัดผู้ป่วยเด็กโรงพยาบาลรามธิบดี*. คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Ahmann, E. (1994). Family-centered care: Shifting orientation. *Journal of Pediatric Nursing*, 20(2), 113-117.
- Chan, C. S. M., & Molassiotis, A. (2002). The effect of an educational program on the anxiety and satisfaction level of parents having parent present induction and visitation in a post anaesthesia care unit. *Paediatric Anaesthesia*, 12(2), 131-139.
- Davis, K. (1967). Human relation at work: *The dynamic of organization behavior*. New York: McGraw-Hill Book.
- DeRowe, A., Fishman, G., Leor, A., & Kornecki, A. (2003). Improving children's cooperation with tracheostomy care by performing and caring for a tracheotomy in the child's doll—a case analysis. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 67(7), 807-809.
- Edelman, L. (1991). *Getting on board: Training activities to promote the practice of family-centered care*. Baltimore, MD: Association for the Care of Children's Health.
- Erikson, E. H. (1956). *Stages of social-emotional development in children and teenagers*, 1-3. Retrieved November 6, 2009, From Child Development Institute Website: <http://www.childdevelopmentinfo.com/development/erickson.shtml>
- Hannallah, R. H., & Rosales, J. K. (1983). Experience with parents' presence during anesthesia induction in children. *Canadian Anaesthetists' Society Journal*, 30(1), 286-289.
- Himes, M. K., Munyer, K., & Henly, S. J. (2003). Parental presence during anesthetic induction. *American Association of Nurse Anesthetist Journal*, 71(4), 293-298.
- Hong, S. S., Murphy, S. O., & Connolly, P. M. (2008). Parental satisfaction with nurses' communication and pain management in a pediatric unit. *Pediatric Nursing*, 34(4), 289-293.
- Hostler, S. L. (1991). Family-centred care. *Pediatric Clinics of North America*, 38(6), 1545-1559.
- Hutchfield, K. (1999). Family-centred care: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 29(5), 1178-1187.
- Kain, Z. N., Mayes, L. C., Caramico, L. A., Silver, D., Spieker, M., Nygren, M. M., et al. (1996). Parental presence during induction of anesthesia: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Society of Anesthesiologist*, 84(5), 1060-1067.
- Kam, P. C., Voss, T. J., Gold, P. D., & Pitkin, J. (1998). Behaviour of children associated with parental participation during induction of general anaesthesia. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 34(1), 29-31.
- Mahon, P. Y. (1996). An analysis of the concept 'patient satisfaction' as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24(6), 1241-1248.
- Power, N., & Franck, L. (2008). Parent participation in the care of hospitalized children: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 62(6), 662-641.
- Prasopkittikun, T. (2003). A concept analysis of parent participation. *Thai Journal of Nursing Research*, 7(1), 73-81.
- Romino, S. L., Keatly, V. M., Secrest, J., & Good, K. (2005). Parental presence during anesthesia induction in children. *Association of PeriOperative Registered Nurses Journal*, 81(4), 779-792.
- Shelton, T. L., & Stepanek, J. S. (1995). Excerpts from family-centred care for children needing specialized health and development services. *Pediatric Nursing*, 21(4), 362-364.

Effects of Parents' Participation Nursing Model on Patients' Cooperation Behavior and Parent Satisfaction in Children Aged 1 to 6 Years Undergoing Eye Surgery

Pinit Prechanond M.Sc. (Public Health)*

*Kieratikan Payngulume** M.Sc. (Public Health)*

*Pientjit Bhumisirikul***M.N.S. (Nursing Administration)*

*Kasira Sakulrakchart**** M.Sc. (Counseling Psychology)*

*Arpussorn Russameepong**** (B.N.S.)*

Abstract: The objective of this quasi-experimental research was to examine the effects of the parents' participation nursing model on patients' cooperation behavior in children aged 1 to 6 years undergoing eye surgery and parent satisfaction. Purposive sampling was used to recruit 60 patients aged 1 to 6 years undergoing eyes surgery and their parents by inclusion criteria from Eye Operating Room, Ramathibodi Hospital during January to September, 2008. The sample was divided equally into the intervention group and the convention group. the intervention group was given the Parents' Participation Nursing Model, whereas the convention group received usual nursing care. The intervention instruments were the Parents' Participation Perioperative Nursing Manual, Care of the Children Undergoing Eye Surgery Parents' Manual, Introduction of Operating Room Flip Chart, and the Box of Medical Play. Data were collected using the Patients' Cooperation Behavior Observation Form and the Parent Satisfaction Questionnaire in the intervention group during January to April, 2008 and in the convention group during May to September, 2008. Data were analyzed using descriptive statistics, Mann-Whitney U test, and independent t-test. The study revealed that children patients in the intervention group who received the parents' participation nursing care had significantly more cooperation behavior than those who received usual nursing care while separated from parents and during anesthesia induction, and parent satisfaction was not significantly different between the intervention and the conventional groups. The finding suggests that the parents' participation nursing model should be used to promote children patients' cooperation behavior in children patients undergoing eye surgery.

Keywords: Parents' participation, Children patients' cooperation behavior, Parent satisfaction

**Corresponding author, Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, E-mail: rappc@mahidol.ac.th*

***Instructor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

****Nurse Specialist, Nursing Service Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*

*****Expert Nurse, Nursing Service Department, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University*