

ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
ต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2552

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล

โสพิศ สุมานิต

นางสาวโสพิศ สุมานิต

ผู้วิจัย

โสม วรรณภูมิ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรณู พุกบุญมี,

D.N.S.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ศรีสมร ภูมณีสกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรีสมร ภูมณีสกุล,

D.N.S.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

เสริมศรี สันตติ

อาจารย์ เสริมศรี สันตติ,

Ph.D.

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

M.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อรสา พันธุ์ศักดิ์

รองศาสตราจารย์ อรสา พันธุ์ศักดิ์,

D.N.S.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552

ทศพร อมร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ทศนีย์ อรรถารส,
D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อริสมร ภูมณกุล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ศรีสมร ภูมณกุล,
D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

เสริมศรี สันตติ

อาจารย์ เสริมศรี สันตติ,
Ph.D.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

บรรจง มไหสวริยะ

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
M.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

โสพิศ สุมานิต

นางสาวโสพิศ สุมานิต
ผู้วิจัย

ยุพาพร ศิริโพธิ์งาม

รองศาสตราจารย์ ยุพาพร ศิริโพธิ์งาม,
D.S.N.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

เรณู พุกบุญมี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เรณู พุกบุญมี,
D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รัชตะ รัชตะนาวิน

ศาสตราจารย์ รัชตะ รัชตะนาวิน,
M.D., F.A.C.E.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. เสริมศรี สันตติ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง และปัญหาต่าง ๆ ในทุกขั้นตอนจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ อรรถธาส ที่ให้ข้อคิดเห็นและคำแนะนำในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากที่สุด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตลอดจนบุคลากรประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 ทุกท่านที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนของการวิจัย ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัย คุณบุญธรรม ภักดีพรหม ที่ให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่ง และขอขอบคุณผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีตลอดการศึกษาวิจัย

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณครอบครัวที่ทำให้กำลังใจและสนับสนุนในการศึกษามาโดยตลอดจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์

โสพิศ สุมานิต

ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย
เด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล

EFFECTS OF SELF-EFFICACY PROMOTION ON PERCEIVED SELF-EFFICACY OF
CAREGIVERS PARTICIPATING IN CARE PROVIDED TO CRITICALLY ILL
CHILDREN

โสพิศ สุมานิต 5036168 RAPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เรณู พุกบุญมี, พย.ค., เสริมศรี สันตติ, ประ.ค., ศรีสมร ภูมนสกุล, พย.ค.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล เลือกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์เฉพาะเจาะจงจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจำนวน 40 ราย ทำการวิจัยกึ่งทดลองระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 กลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย ได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย ได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากผู้วิจัย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance)

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนการทดลอง คะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,37)} = 134.98, p = .000$)

ผลจากการวิจัยนี้เสนอแนะว่า การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล เพื่อให้บริการพยาบาลที่ตอบสนองตรงตามความต้องการและความคาดหวังของผู้รับบริการ และพัฒนาคุณภาพการให้บริการทางการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวมต่อไป

คำสำคัญ: การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน / ผู้ดูแล / การมีส่วนร่วมดูแล / ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

EFFECTS OF SELF-EFFICACY PROMOTION ON PERCEIVED SELF-EFFICACY OF CAREGIVERS PARTICIPATING IN CARE PROVIDED TO CRITICALLY ILL CHILDREN

SOPIT SUMANIT 5036168 RAPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: RENU POOKBOONMEE, D.N.S.,
SERMSRI SANTATI, Ph.D., SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.

ABSTRACT

The present study aimed at investigating the effects of a self-efficacy promotion program on perceived self-efficacy of caregivers who were participating in care provided to critically ill children. The 40 subjects were selected by means of purposive sampling from the pediatric wards 1 and 2, pediatric department, Suratthani Hospital. This quasi-experimental research was conducted from June to September 2009. Twenty subjects in the control group received usual nursing care whereas 20 subjects in the experimental group received usual nursing care as well as the perceived self-efficacy promotion program developed by the researcher. Data were collected using a data record form and a perceived self-efficacy assessment scale. Analysis of covariance was used to compare the differences between the mean scores of both groups.

The findings showed that, when controlling for the influence of the pre-experimental mean scores of caregivers' perceived self-efficacy, the post-experimental mean score of perceived self-efficacy in the experimental group of caregivers was higher than that of the control group with statistical significance ($F_{(1,37)} = 134.98, p = .000$).

The findings suggest that perceived self-efficacy promotion can be used to promote perceived self-efficacy among caregivers participating in care provided to critically ill children. Nursing service could become more responsive and serve the specific needs and expectations of clients, as well as further develop the quality of holistic nursing service.

KEY WORDS: SELF-EFFICACY PROMOTION / CAREGIVERS / PARTICIPATING
IN CARE / CRITICALLY ILL CHILDREN

142 pages

สารบัญ

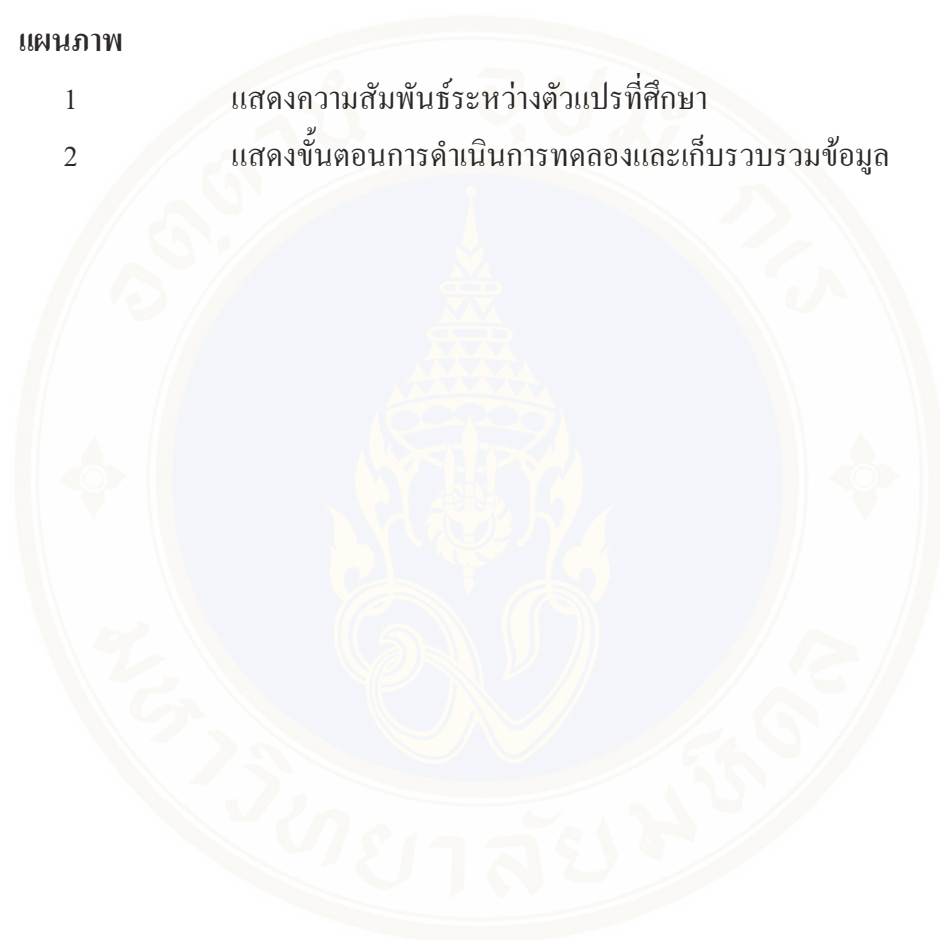
	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญแผนภาพ	ช
สารบัญตาราง	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบทฤษฎีในการวิจัย	6
คำถามวิจัย	9
วัตถุประสงค์การวิจัย	9
สมมติฐานการวิจัย	9
ขอบเขตการวิจัย	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	10
นิยามศัพท์	10
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	13
ความต้องการของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและความคาดหวังครอบครัว	13
การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต	17
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	22
การประยุกต์ใช้กลไกการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ดูแล ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต	31

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	34
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	34
สถานที่เก็บข้อมูล	36
เครื่องมือวิจัย	37
เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง	37
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล	46
การวิเคราะห์ข้อมูล	51
บทที่ 4 ผลการวิจัย	52
บทที่ 5 การอภิปรายผล	60
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	68
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	74
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	89
เอกสารอ้างอิง	106
ภาคผนวก	115
ประวัติผู้วิจัย	142

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ		หน้า
1	แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	9
2	แสดงขั้นตอนการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล	50



สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1	ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2) และการทดสอบที (t-test)	54
2	ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2)	56
3	เปรียบเทียบคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t ของการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วม ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	57
4	เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะ การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)	59

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยรุนแรงที่คุกคามชีวิต ถือเป็นภาวะวิกฤตและเป็นเหตุการณ์อันไม่พึงปรารถนา โดยเฉพาะหากเป็นผู้ป่วยเด็ก เมื่อมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและได้รับการดูแลใกล้ชิดโดยทีมสุขภาพซึ่งเปรียบเสมือนบุคคลแปลกหน้า ต้องอาศัยเทคโนโลยีและเครื่องมือทางการแพทย์ในการช่วยชีวิต ถูกคุกคามจากความเจ็บป่วย การทำหัตถการ การรักษา และการแยกจากบิดามารดาหรือผู้ดูแล ขณะที่อยู่ในระยะพัฒนาการที่ต้องการการพึ่งพาและรู้สึกผูกพันกับบุคคลใกล้ชิดสูง (Haines, Perger, & Nagy, 1995; Melnyk & Alpert-Gillis, 1998) ขณะเดียวกันครอบครัวซึ่งมีความสำคัญที่สุดกับผู้ป่วยเด็ก และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ สังคม พัฒนาการ และการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วยของเด็กมาโดยตลอด (สุภารัตน์ ไวยชีตา, 2547) ย่อมมีความวิตกกังวลและปรารถนาที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ต้องการปกป้อง ปลอดภัยของผู้ป่วยจากความเจ็บปวดและความกลัว และดูแลช่วยเหลือเพื่อให้ได้รับความสุขสบายตามบทบาทหน้าที่ของบิดา มารดาหรือผู้ดูแลที่พึงกระทำด้วยความรัก (รุจา ภูไพบูลย์, 2541; Wong, 1999) ถ้าหากความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนอง ก็อาจกลายเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) (Cristensson-Hallstrom, Runesson, & Elander, 2002) ผู้ดูแลอาจแสดงออกให้เห็นถึงปฏิกิริยาที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเครียด ซึ่งผู้ป่วยเด็กสามารถรับรู้ได้แต่อาจไม่เข้าใจในปฏิกิริยาเหล่านั้น ในขณะที่ยังคงต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากผู้ดูแลขณะเผชิญกับความเจ็บป่วยและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998) ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัวเพิ่มมากขึ้น อาจแสดงพฤติกรรมถดถอย ก้าวร้าวหรือเรียกร้องความสนใจ (Melnyk, 2000) ไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ร่างกายและจิตใจที่ได้รับสิ่งกระตุ้นมากเกินไป จะมีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและการฟื้นหายจากโรค (นวลจันทร์ ปราบพาล, 2547; เรณู พุกบุญมี, 2549)

จากสถิติผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ในปีงบประมาณ 2550 - 2551 พบว่ามีจำนวน 454 ราย มีระยะเวลาของการพักรักษาตัวโดยส่วนใหญ่อยู่ที่ร้อยละ 4 วัน ผู้ป่วยเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบหายใจโดยตรงและอื่น ๆ ได้แก่

โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจและหลอดเลือด การติดเชื้อในกระแสเลือด โรคทางสมองและสัลยกรรมทั่วไปตามลำดับ ซึ่งความเจ็บป่วยเหล่านี้เป็นอุบัติการณ์ที่พบบ่อยเป็นอันดับต้น ๆ ในเด็ก (สรศักดิ์ โลจันดารัตน์, 2546; Hueckel & Wilson, 2007) ซึ่งมีทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง และมีความเป็นไปได้ว่าโรคบางโรคอาจทำให้เด็กเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำหรือบ่อยครั้ง และจากประสบการณ์การปฏิบัติงานที่ผ่านมา แม้ว่าหน่วยงานได้เปิดโอกาสให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลคนใดคนหนึ่งอยู่ร่วมดูแลผู้ป่วยได้ตลอด 24 ชั่วโมง แต่ก็ยังไม่มีรูปแบบของการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กที่ชัดเจน ผู้ดูแลอาจเกิดความสับสนและไม่เข้าใจในข้อมูลต่าง ๆ อย่างชัดเจนด้วยวิธีการสื่อสารที่แตกต่างกันของเจ้าหน้าที่แต่ละคน การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยตามความต้องการและความสามารถที่ผู้ดูแลจะกระทำได้จึงยังมีข้อจำกัด ซึ่งปัญหาเหล่านี้ยังคงมีอยู่และควรได้รับการแก้ไข ด้วยการศึกษาทำความเข้าใจในเรื่องดังกล่าว ให้ความสำคัญกับครอบครัวและเตรียมครอบครัวเพื่อให้ได้รับความรู้และมีทักษะในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ เพื่อนำเสนอผลการศึกษาที่ได้ต่อทีมสุขภาพและหน่วยงานในการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อชีวิตเด็ก (รุจา ภูไพบูลย์, 2541; Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Wong, 1999) ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตก็ควรคำนึงถึงการมีส่วนร่วมระหว่างผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ จึงจะทำให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด (สุภารัตน์ ไวยชีตา, 2547) กล่าวคือ ในขณะที่ผู้ป่วยเด็กทุกข์ทรมานจากโรค เจ็บปวดจากการทำหัตถการ และถูกกระตุ้นด้วยสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย รวมทั้งการแยกจากผู้ดูแล ย่อมส่งผลทำให้การตอบสนองทางสรีรวิทยาจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กผิดปกติไป (เรณู พุกบุญมี, 2549) การมีส่วนร่วมดูแลโดยครอบครัวย่อมส่งผลดีต่อผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกาย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างถูกต้องจากทีมสุขภาพ ซึ่งผู้ดูแลจะเป็นบุคคลสำคัญในการให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กได้อย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อการรักษา ทำให้ความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง (Neill, 1996; Palmer, 2001) ในด้านจิตใจ ผู้ป่วยเด็กจะเกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ลดความกลัว มีความรู้สึกไว้วางใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น สามารถขอความช่วยเหลือหรือบอกกล่าวในสิ่งที่ต้องการกับทีมสุขภาพได้ โดยมีผู้ดูแลเป็นผู้สื่อสารที่ดี (Dokken, Simms, & Cole, 2007; Vinson, 2002) ลดสิ่งกระตุ้นทั้งที่มาจากร่างกายและภายนอกตัวผู้ป่วยที่มีผลทำให้เกิดความวิตกกังวลและการแสดงพฤติกรรมอันไม่เหมาะสม คงไว้ซึ่งพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย สามารถเผชิญและตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น (นวลจันทร์ ปราบพาล, 2547)

ในส่วนของผู้ดูแล ผลดีหรือประโยชน์ที่เกิดจากการได้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก จะทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็กที่หลากหลาย เช่น อาการ ชี้นิ้วเข้าปาก วิตกกังวล กระสับกระส่าย หรือนั่งเงียบจากการที่เด็กมีการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่รู้สึก คุกคามต่อชีวิต (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998) ถ้าผู้ดูแลไม่เข้าใจ เป็นกังวล และไม่สามารถจัดการ กับสิ่งเหล่านี้ได้ ก็จะเกิดความเครียด รู้สึกสูญเสียการทำหน้าที่ หรือการคงไว้ซึ่งบทบาทของการเป็น พ่อแม่หรือผู้ดูแลที่จะปกป้องหรือปกป้องโยนผู้ป่วยเด็กจากความเจ็บปวดและความกลัว (บุญกร พันธุ์ เมธาภรณ์, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, และธิดารัตน์ คำลึงสี, 2550; สุคนธา คุณาพันธ์, วิลาวัณย์ พิเชียร เสถียร, และวิมล ธนสุวรรณ, 2546; Pangnukroh, 2005) รวมทั้งเกิดความไม่สอดคล้องหรือสมมูลกัน ระหว่างความต้องการหรือความคาดหวังที่จะมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งผู้ดูแลจะรู้สึกว่าได้รับข้อมูลหรือความช่วยเหลือต่าง ๆ ไม่เพียงพอ (นิชกานต์ ไชยชนะ, ศรีพรรณ กันธวัง, และนันทา เลียววิริยะกิจ, 2546; Schepp, 1992; Schepp & Pai, 1995) และรู้สึกคลุมเครือ ไม่ แน่ใจในการตัดสินใจว่าจะดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือไม่ แสดงออกให้เห็นถึงความเครียด ความวิตก กังวล ความเปราะบางท่ามกลางสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ในหอผู้ป่วย และสถานการณ์ความไม่ แน่นนอนต่าง ๆ อาจแสดงให้เห็นถึงการปกป้องเด็กที่มากเกินไป หรือพฤติกรรมใด ๆ ที่ส่งผลเสียต่อ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล (Katz, 2002; Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Melnyk, 2000) ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ดูแลได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ก็จะช่วยให้สามารถปรับตัว และเข้าใจในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ความเครียดและความวิตกกังวลจะลดลง (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Melnyk, Feinstein, & Fairbanks, 2006; Pangnukroh, 2005) มีผลทำให้การรับรู้ สมรรถนะของผู้ดูแลเป็นไปในทางที่ดี จากการประเมินตนเองต่อพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จใน การได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก (กมลเนตร ไร่ชำนาญ, 2546; สรณี อักษรกวน, 2551; Kuntaros, Wichiencharoen, Prasopkittikun, & Staworn, 2007) รวมทั้งเป็นปัจจัยแวดล้อมสำคัญ (therapeutic environment) ที่จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเด็กฟื้นหายจากโรค เพราะเชื่อว่าพื้นฐานของความรักความ ผูกพันจะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ เข้าใจ และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้ แม้ว่าผู้ป่วย จะไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยคำพูด (Schepp & Pai, 1995)

สำหรับประโยชน์ต่อทีมสุขภาพ การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กโดยครอบครัวหรือผู้ดูแล จะช่วยให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลและความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง จากการส่งผ่าน ข้อมูลและความต้องการโดยผู้ดูแล ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยขณะมีกิจกรรมการรักษาพยาบาล มากขึ้น เกิดความต่อเนื่องและสมบูรณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กแต่ละราย ซึ่งมีความแตกต่างกัน (Neill, 1996) ทีมสุขภาพได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นด้านการรักษาพยาบาลร่วมกับผู้ดูแลมาก ขึ้น รับรู้ถึงปัญหา ความต้องการและความคาดหวัง นำไปสู่การประสานความร่วมมือที่ดีสำหรับการ

ทำงานของทีมสุขภาพร่วมกับครอบครัว ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความพึงพอใจในบริการพยาบาล (พิสมัย ธรรมชาติ, พชรินทร์ รมยศิริไทย, สุภรศรี เดชเกษม, และรุ่งทิวา อัครินานนท์, 2542; ศรีณี อักษรกวน, 2551; Kuntaros, 2005; Melnyk, Feinstein, & Alpert-Gillis, 2007; Melnyk, Small, & Carno, 2004) ซึ่งถือเป็นความจำเป็นและเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของผู้นำทางการพยาบาล ที่จะต้องพัฒนารูปแบบการบริการพยาบาลให้สามารถตอบสนองตามความคาดหวังของผู้รับบริการ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) ดังนั้น ครอบครัวควรมีโอกาสได้เข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยให้มากที่สุด แต่การดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตมีความยุ่งยากซับซ้อน การเปิดโอกาสให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย ทีมสุขภาพจำเป็นต้องเตรียมผู้ดูแลเพื่อให้ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ฝึกทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ และสำคัญที่สุดคือการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างมีแบบแผน จึงจะทำให้ผู้ดูแลมั่นใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก คงไว้ซึ่งบทบาทการดูแล และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กได้ สร้างความเข้าใจและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยเด็ก ครอบครัวและทีมสุขภาพ (นวลจันทร์ ปราบพาล, 2547; สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2547; Hueckel & Wilson, 2007)

สำหรับความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต หากอธิบายด้วยทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) จะหมายถึง การที่ผู้ดูแลตัดสินใจความสามารถของตนในด้านการปฏิบัติกิจกรรม หรือหากมีโอกาสในการปฏิบัติกิจกรรมภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง นั่นคือ การได้มีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ซึ่งตามทฤษฎีเชื่อว่า เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ และการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการใช้วิธีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก็ให้ผลสนับสนุนที่ตรงกันว่า ได้ก่อให้เกิดประโยชน์ในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลให้เป็นไปในทางที่ดี ไม่ว่าจะเป็นตัวผู้ป่วย รวมไปถึงผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง (กิตติมา ตำราญไชยธรรม, 2541; ลัดดาวัลย์ ภาวเวส, 2549; สมพร โชติวิทย์ธารากร, สมใจ พูนกุล, และวิไล ลีสุวรรณ, 2546) การดูแลทารกซึ่งคลอดก่อนกำหนด (กุลลดา เปรมจิตร, 2547; สมทรง แก้วฝ่าย, 2541) หรือแม้แต่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการควบคุมน้ำหนักด้วยตนเองของเด็กวัยเรียน (กิตติยา รัตนมณี, 2547)

แม้ว่าการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการวิจัยใดที่นำเสนอแนวทางหรือการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตโดยเฉพาะ แต่ในการเตรียมผู้ดูแลอย่างมีแบบแผนเพื่อให้ได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีทักษะที่ดีในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพภายในขอบเขตที่พึงกระทำได้ รวมทั้งใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ด้วยความเชื่อมั่น จำเป็นจะต้องมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ดูแลด้วย นั่นคือ

การจัดให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสเรียนรู้หรือมีประสบการณ์ความสำเร็จในการทำกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเป็นของตนเอง (enactive mastery experience) การได้สังเกตประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างถูกต้องจากบุคคลอื่น (vicarious experience) การได้รับคำพูดชักจูงภายในขอบเขตที่เป็นจริงเพื่อให้เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (verbal persuasion) และการได้รับการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่งของการเรียนรู้เพื่อการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (sources of self-efficacy) ตามแนวคิดทฤษฎี (Bandura, 1997) เพราะภายหลังจากการเรียนรู้ ผู้ดูแลจะมีโอกาสใช้กระบวนการทางความคิดหรือปัญญา (cognitive processing) เพื่อทำการเลือก (selecting) ข้อมูลจากแหล่งที่ตนสนใจ และชั่งน้ำหนัก (weighting) เกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของข้อมูล รวมทั้งมีการผสมผสาน (integrating) ข้อมูลต่าง ๆ เพื่อใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอีกครั้ง ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะส่งผลให้ผู้ดูแลทุ่มเทความมานะพยายามในการเรียนรู้และฝึกทักษะ แม้ว่าจะประสบปัญหาหรืออุปสรรค เพื่อให้มีโอกาสในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพตามที่คาดหวัง

ผู้วิจัยตระหนักในความสำคัญของผู้ดูแลที่จะมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต และการเตรียมผู้ดูแลอย่างมีแบบแผนเพื่อให้ใช้ความรู้ความสามารถอย่างถูกต้องและเชื่อมั่นภายในขอบเขตที่พึงกระทำได้ ซึ่งจะเกิดผลดีทั้งต่อผู้ป่วยเด็ก ครอบครัวและทีมสุขภาพดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น จึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล โดยการจัดโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ดูแลได้มีโอกาสเรียนรู้ ฝึกทักษะ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ในส่วนของกิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะได้รับ และเกี่ยวข้องกับความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ดูแลที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านกระบวนการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งคาดหวังว่าผลการศึกษจะเป็นประโยชน์สำหรับการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัว รวมถึงทีมสุขภาพได้ตระหนักถึงความสำคัญและเห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวมากขึ้น ลดช่องว่าง ขจัดปัญหาและอุปสรรคของการให้บริการพยาบาลที่เคยมีมา นำเสนอผลการศึกษาที่ได้ต่อหน่วยงานเพื่อนำไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัวอย่างมีแบบแผนและเป็นองค์รวมต่อไป

กรอบทฤษฎีในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบทฤษฎีในการวิจัย ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น เดิมเป็นมโนคติหนึ่งของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ได้แก่ แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) แนวคิดการกำกับตัวเอง (Self-regulation) และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) และเนื่องจากแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนี้ ได้มีความสำคัญอย่างมากในการใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของมนุษย์ จึงได้มีการพัฒนาต่อมาเป็นทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1977)

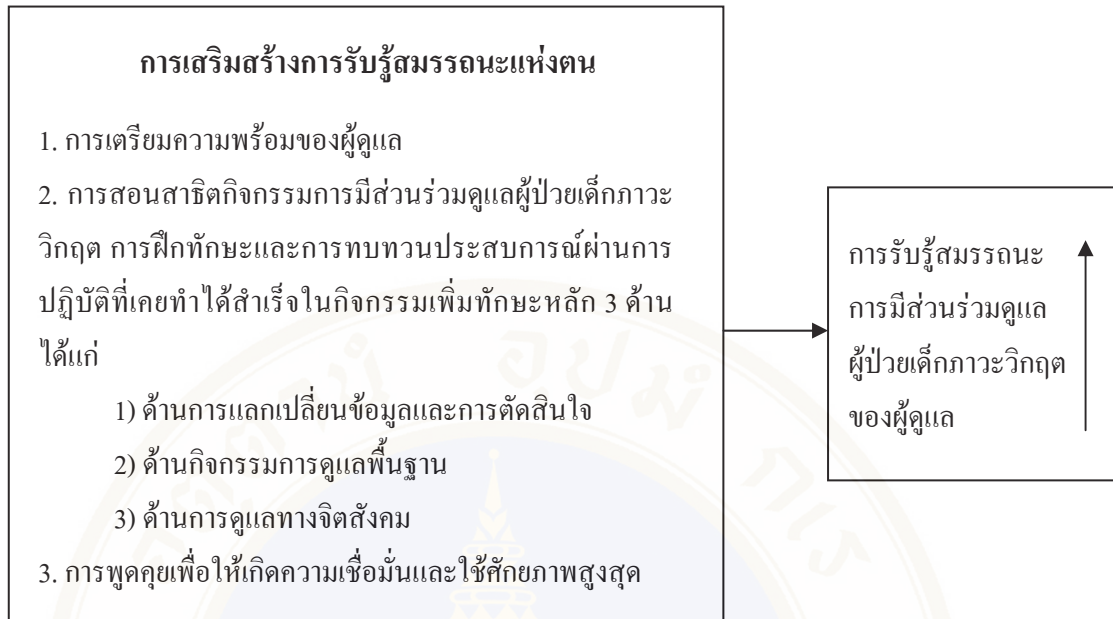
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองในด้านการจัดการ การดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความสามารถในเชิงการปฏิบัติที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมาย ภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง (Bandura, 1997) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง โดยใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ด้วยความเชื่อมั่น เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ (Lawrance & McElroy, 1986) พฤติกรรมของบุคคลจะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ประการ ที่จะมามีปฏิสัมพันธ์และทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในบุคคล (internal personal factor) 2) ปัจจัยพฤติกรรม (behavioral factor) และ 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (environment factor) โดยที่ปัจจัยดังกล่าวอาจไม่ได้เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันหรือมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม ทั้งนี้ ต้องอาศัยเงื่อนไขเกี่ยวกับเวลาและสถานการณ์ ในการที่ปัจจัยหนึ่งจะไปมีผลต่อการกำหนดอีกปัจจัยหนึ่งด้วย (Bandura, 1997) ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะความยากง่ายของงานหรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ โดยจะผันแปรไปตามมิติต่าง ๆ ได้ใน 3 ด้าน คือ 1) ขนาดหรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรมที่ต้องกระทำ (magnitude or level) 2) ความเข้มแข็งหรือความมั่นใจของบุคคลว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ (strength) และ 3) ความสามารถในการนำประสบการณ์เดิมที่เคยทำกิจกรรมใด ๆ ได้สำเร็จ มาใช้กับกิจกรรมซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกันในสถานการณ์ใหม่ (generality) (Bandura, 1977; 1997)

การที่บุคคลจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใด ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการ คือ 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น หากได้ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (outcome expectancies) และ 2) ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) คือ การที่บุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมใด ๆ ที่กำหนดไว้ได้ (Bandura, 1997) ซึ่งความเชื่อดังกล่าวนี้จะเป็นปัจจัยสำคัญมากที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ เพราะการมีความรู้เพียงอย่างเดียว ไม่ได้ช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จ หากบุคคลนั้นขาดความมั่นใจที่จะใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ แต่การทำให้บุคคลมี

การเรียนรู้และเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง จำเป็นจะต้องมีการเสริมสร้างการเรียนรู้สมรรถนะ
เหล่านั้นด้วย โดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลที่สำคัญ 4 แหล่ง (sources of self-efficacy) ตามทฤษฎี
ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) 2) คือการสังเกต
ประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) 3) การพูดคุยในขอบเขตของความเป็นจริง เพื่อให้
บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (verbal persuasion) และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระ
และอารมณ์ (physiological and affective states) (Bandura, 1997) ภายหลังจากการเรียนรู้ผ่าน
แหล่งข้อมูลทั้งสี่แหล่งดังกล่าว บุคคลจะใช้กระบวนการทางปัญญา (cognitive processing) เพื่อทำ
การเลือก (selecting) ข้อมูลจากแหล่งที่ตนสนใจ และชั่งน้ำหนัก (weighting) เกี่ยวกับความน่าเชื่อถือ
ของข้อมูล รวมทั้งมีการผสมผสาน (integrating) ข้อมูลต่าง ๆ เหล่านั้น เพื่อใช้ในการตัดสินใจเกี่ยวกับ
ความสามารถของตนเอง (efficacy judgment) การรับรู้ในสมรรถนะเหล่านั้นสูง จะส่งผลต่อการทำ
พฤติกรรมของบุคคล โดยทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจลงมือกระทำ (decision to perform) ทุ่มเทพความ
มานะพยายาม (effort expended) แม้ว่าจะประสบปัญหาหรืออุปสรรค เพื่อให้บรรลุผลที่คาดหวังไว้
(เกสรินทร์ อุตริยะประสิทธิ์, 2547; ทศนี ประสพกิตติคุณ, 2544)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการทั้งในส่วนของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล
นอกจากผู้ป่วยเด็กจะต้องการการรักษาเพื่อให้พ้นหายจากความเจ็บป่วยแล้ว ยังมีความต้องการที่จะ
ได้อยู่ใกล้ชิดกับบิดา มารดาหรือผู้ดูแลที่ตนรู้สึกผูกพัน เป็นความต้องการทางจิตใจที่จะได้รับการ
ปกป้อง หรือปลอดภัยจากความกลัวและความเจ็บปวด (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Melnyk,
2000) เช่นเดียวกัน แม้ว่าการดูแลรักษาเกือบทั้งหมดจะอยู่ที่บุคลากรสุขภาพ แต่ในส่วนของผู้ดูแลก็
ยังต้องการคงไว้ซึ่งบทบาทการเป็นบิดา มารดาหรือผู้ดูแลที่จะอยู่ใกล้ชิดเพื่อดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับ
ความสุขสบาย ปกป้องเด็กจากความกลัวหรือความเจ็บปวด (สรศักดิ์ โลจันดารัตน์, 2546; Hueckel
& Wilson, 2007; Melnyk et al., 2004) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การดูแลรักษาที่
ผู้ป่วยเด็กได้รับ อารมณ์และพฤติกรรมของเด็กที่แสดงออก (ฉฐาธร ปรานมณตรี, กุลวรา เพียรจริง,
และเตือนใจ เสือดี, 2551) ต้องการให้เจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นอกเห็นใจและให้ข้อมูลตามความเป็นจริง
ให้ความสนใจในความเป็นอยู่และความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว รวมไปถึงความสะดวกในการ
ติดต่อสื่อสาร และคาดหวังที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรสุขภาพ (Curley & Moloney-Harmon,
2001; Henneman, 2002; Hueckel & Wilson, 2007; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007; Thomas &
Harvey, 2005) การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก จึงเป็นสิ่งสำคัญซึ่งผู้วิจัย
ให้ความสนใจและพิจารณาช่วยเหลือ โดยพิจารณาร่วมกับความต้องการของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย
ความต้องการและความคาดหวังของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน

ในการศึกษาครั้งนี้จึงได้ออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตให้มีโอกาสเรียนรู้ มีประสบการณ์ความสำเร็จในการทำกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเป็นของตนเอง (enactive mastery experience) จัดให้ผู้ดูแลได้เห็นประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างถูกต้อง (vicarious experience) ได้รับคำพูดชักจูงภายในขอบเขตที่เป็นจริงเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (verbal persuasion) รวมทั้งการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ของผู้ดูแล (physiological and affective states) อันเป็นแหล่งข้อมูลหรือกลไกสำคัญ 4 วิธีในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (sources of self-efficacy) ตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา (Bandura, 1997) และสำหรับกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่จัดไว้ในโปรแกรมให้กับผู้ดูแลนั้น ได้บูรณาการความรู้จากแนวคิดและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ดูแล มีความเกี่ยวข้องและสอดคล้องกับบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องการหรือคาดหวังจะคงไว้ซึ่งการมีส่วนร่วมดูแลและตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในกิจกรรมเพิ่มทักษะหลัก 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ (กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ, 2546; นิชกานต์ ไชยชนะ และคณะ, 2546; Curley & Wallace, 1992; Henson, 1997; Kuntaros et al., 2007; Schepp & Pai, 1995) 2) ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน (กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ, 2546; นิชกานต์ ไชยชนะ และคณะ, 2546; Curley & Wallace, 1992; Henson, 1997; Kuntaros et al., 2007; Schepp & Pai, 1995) และ 3) ทักษะด้านการดูแลทางจิตสังคม ทั้งในส่วนของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล ซึ่งพบว่ามี ความเกี่ยวข้องและส่งผลซึ่งกันและกัน (ฉฐาธร ปรานมมนตรี และคณะ, 2551; บุญกร พันธุ์เมธาฤทธ และคณะ, 2550; Curley & Wallace, 1992; Katz, 2002; Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Melnyk, 2000) คาดหวังว่าผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต จากการได้รับความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลที่ถูกต้อง รู้สึกว่าสามารถจัดการหรือปรับตัวกับสถานการณ์ที่กำลังดำเนินอยู่ได้ ดำรงบทบาทของการเป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลไว้ ผลจากการเรียนรู้และการฝึกปฏิบัติที่ประสบผลสำเร็จนั้น ยังก่อเกิดเป็นทักษะให้กับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตทั้งในครั้งนี้อย่างต่อเนื่อง และครั้งต่อไป โดยสามารถสรุปเป็นความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาได้ดังที่แสดงไว้ในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

คำถามวิจัย

การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สามารถเพิ่มการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ดูแลที่ได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติ มีการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียว

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล ในกลุ่มผู้ดูแลซึ่งมีผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการบริการ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและครอบครัวให้ครอบคลุมและเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น
2. ด้านการศึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลให้แก่ นักศึกษาพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องในการศึกษาทำความเข้าใจถึงปัญหา และความต้องการในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยของครอบครัวผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต
3. ด้านการวิจัย นำเสนอผลการวิจัยต่อหน่วยงาน เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และประยุกต์ใช้สำหรับการศึกษาวิจัยในอนาคตเพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการพยาบาลในผู้ป่วยเด็กกลุ่มอื่น ๆ และครอบครัว

นิยามศัพท์

การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ผ่านโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยออกแบบขึ้นเป็นกิจกรรมระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลโดยใช้กลไกเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แก่ 1) การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล 2) การสอนสาธิตกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต การฝึกทักษะและการทบทวนประสบการณ์ผ่านการปฏิบัติที่เคยทำได้สำเร็จ ในกิจกรรมเพิ่มทักษะหลัก 3 ด้าน คือ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน และด้านการดูแลทางจิตสังคม และ 3) การพูดคุยในขอบเขตความเป็นจริงเพื่อให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนและใช้ศักยภาพสูงสุด โดยประยุกต์ใช้เป็นสถานการณ์จัดกระทำ (intervention)

การรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกเชื่อมั่นของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพ สามารถวัดได้จากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ซึ่งผู้วิจัย

ประยุกต์ใช้จากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรของสุพัตรา กันธะรส และคณะ (Kuntaros et al., 2007) จำนวน 20 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละข้อเป็นแบบช่วง (rating scale) เริ่มจาก 0 หมายถึง ไม่สามารถทำได้เลย จนถึง 100 หมายถึง สามารถทำได้แน่นอน คะแนนรวมเริ่มต้นตั้งแต่ 0 - 100 คะแนนรวมยิ่งมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตสูง

ผู้ดูแล หมายถึง บิดามารดาหรือญาติใกล้ชิดที่ให้การดูแลและอยู่เฝ้าผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นบุคคลซึ่งมีสุขภาพที่ให้การรักษายาบาลสามารถติดต่อ แจ้งข้อมูล และขอความคิดเห็นในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการรักษายาบาลผู้ป่วยได้

ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต หมายถึง เด็กที่เจ็บป่วยรุนแรงซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามพยาธิสรีรวิทยาของแต่ละโรคที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ส่งผลให้การทำงานของร่างกายล้มเหลวในระบบใดระบบหนึ่งหรือหลาย ๆ ระบบร่วมกัน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาเร่งด่วนตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะทางสรีรวิทยา มีการเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพตลอดเวลา อาจมีข้อบ่งชี้จำเป็นในการใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่าง ๆ เพื่อช่วยชีวิต รวมทั้งได้รับการตรวจพิเศษ และการทำหัตถการที่มากกว่าผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป ความเจ็บป่วยรุนแรงหรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้น มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองหรือการสื่อสารของผู้ป่วยลดลงอย่างมากหรือไม่สามารถทำได้เลย และยังส่งผลกระทบต่อทางจิตใจของผู้ป่วยเด็กอีกด้วย

การมีส่วนร่วมดูแล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ดูแลจะมีส่วนร่วมกับแพทย์และพยาบาลในการตอบสนองความต้องการการดูแลช่วยเหลือของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัวในส่วนที่ไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมการรักษา เรียกว่า กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยบูรณาการความรู้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือกิจกรรมการดูแลที่ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะได้รับเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเกี่ยวข้องกับความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ดูแลที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเด็ก มีการพิจารณาตรวจสอบความเหมาะสม ความมากน้อยของกิจกรรมภายในขอบเขตที่ผู้ปกครองสามารถกระทำได้และมีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยเด็กโดยผู้ทรงคุณวุฒิ อันประกอบด้วยกุมารแพทย์ อาจารย์พยาบาล และพยาบาลวิชาชีพผู้มีความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต แบ่งออกเป็น 3 ด้าน แต่ละด้านประกอบด้วยกิจกรรมย่อยต่าง ๆ ดังนี้คือ

- 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ได้แก่ การได้รับหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเด็ก การสอบถามและการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษายาบาล การได้รับการแจ้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา การเป็นผู้ให้ข้อคิดเห็น การร้องขอ การต่อรองและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษายาบาล

2) ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กอาบน้ำเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน การดูแลให้ได้รับอาหาร การจดบันทึกจำนวนปัสสาวะ อุจจาระในแต่ละวัน และการป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (การเลื่อนหลุดของท่อ ข้อต่อและสายต่าง ๆ จากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้ การตกเตียง การเกิดแผลและแผลกดทับ)

3) ด้านการดูแลทางจิตสังคม ได้แก่ พฤติกรรมการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยเด็ก การปลอบโยนแสดงความรัก การห่อถ่อม การเล่านิทานและการให้ของเล่นแก่ผู้ป่วยเด็ก การเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเด็กก่อนจะได้รับกิจกรรมต่าง ๆ การอยู่กับผู้ป่วยเด็กระหว่างมีกิจกรรมการรักษาพยาบาล (การวัดไข้ การวัดความดันโลหิต การดูดเสมหะ การเจาะเลือดปลายนิ้วหรือเส้นเท้า) และการมีโอกาสนในการพักผ่อนและการระบายความวิตกกังวล

การพยาบาลปกติ หมายถึง การให้บริการทางการพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการมอบหมายงาน ได้แก่ การตรวจสอบและดูแลให้ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตได้รับการดูแลตามแผนการรักษาโดยพยาบาลหัวหน้าเวร การทำกิจกรรมพยาบาลและการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโดยพยาบาลประจำการในแต่ละเวร เช่น การอาบน้ำ การเช็ดตัวลดไข้ การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยหรือญาติเมื่อมีหัตถการหรือการส่งตรวจ ไม่มีรูปแบบกิจกรรมที่ชัดเจนเพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาเรื่องผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา บทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

- ความต้องการของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและความคาดหวังของครอบครัว
- การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต
- การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- การประยุกต์ใช้กลไกการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

ความต้องการของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและความคาดหวังของครอบครัว

ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต หมายถึง เด็กที่เจ็บป่วยรุนแรงซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามพยาธิสรีรวิทยาของแต่ละโรคที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วย ส่งผลให้การทำงานของร่างกายล้มเหลวในระบบใดระบบหนึ่งหรือหลาย ๆ ระบบร่วมกัน ที่พบบ่อยได้แก่ โรคทางระบบหายใจ ระบบหัวใจ โรคทางสมอง การติดเชื้อในกระแสเลือด หรือผู้ป่วยหลังการผ่าตัดต่าง ๆ ซึ่งต้องได้รับการรักษารีบด่วนตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะทางสรีรวิทยา มีข้อบ่งชี้จำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อช่วยชีวิต หรือมีการใส่ท่อผ่านหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น มีการหยุดหายใจ ระบบประสาทส่วนกลางได้รับอันตรายหรือมีการติดเชื้อ ความสามารถในการแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแรง ได้รับพิษจากยา และการมีสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ (Hueckel & Wilson, 2007) มีการเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพตลอดเวลา รวมทั้งได้รับการตรวจพิเศษและการทำหัตถการที่มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองและการสื่อสารของผู้ป่วยลดลงอย่างมากหรือไม่สามารถทำได้เลย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยเด็กอันมีข้อจำกัดตามระยะพัฒนาการร่วมด้วย จึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ให้การดูแลสูง ซึ่งก็คือบุคลากรสุขภาพและครอบครัว (นวลจันทร์ ปราบพาล, 2547; สรศักดิ์ โล่จินดารัตน์, 2546)

ผลกระทบจากความเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตพบว่า นอกจากผู้ป่วยเด็กจะทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยที่มีอยู่แล้ว การที่ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว การใช้เครื่องมือสำหรับเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทำให้ไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ การถูกกระตุ้นด้วยสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การทำหัตถการ กลืนยาและสารเคมี เสียงดังรบกวนทั้งที่มาจากเครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ และจากการพูดคุยของเจ้าหน้าที่ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ความดันโลหิตและความดันในกะโหลกศีรษะเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ปริมาณออกซิเจนในเลือดลดลง ร่างกายและจิตใจก็จะได้รับสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป (sensory overload) (นวลจันทร์ ปราบพาล, 2547; เรณู พุกบุญมี, 2549) และมีผลกระทบด้านจิตใจที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความเครียด การที่ถูกแยกจากบิดา มารดาหรือผู้ดูแลที่เด็กผูกพันใกล้ชิด วิตกกังวลและรู้สึกถึงความไม่แน่นอนจากการที่ผู้ดูแลไม่สามารถช่วยเหลือหรือปกป้องจากความกลัวและความเจ็บปวดต่าง ๆ ได้ รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่เปลี่ยนแปลงไป (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998) มีความกลัวต่อหัตถการและภาพในจินตนาการที่สร้างขึ้นตามระยะพัฒนาการ (แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร, 2544) โดยไม่สามารถสื่อสารให้พยาบาลที่ดูแลซึ่งเปรียบเสมือนบุคคลแปลกหน้าให้เข้าใจได้ ส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรม โดยอาจแสดงออกให้เห็นถึงการมีพฤติกรรมถดถอย ซึมเศร้า ก้าวร้าว หรือมีพฤติกรรมแยกตัวไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ ออกมา (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Melnyk, 2000)

ในส่วนของผู้ดูแล พบว่าประสบปัญหาความยุ่งยากต่าง ๆ เช่นเดียวกัน ทั้งความไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กและแผนการดูแลรักษา ความเครียดจากหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด และปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยเด็กได้แสดงออกมา โดยผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่สามารถให้การช่วยเหลือ หรือปกป้องเด็กจากความเจ็บปวดเหล่านั้นได้ (Melnyk et al., 2004) ไม่สามารถจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไปจากเดิม อีกทั้งพฤติกรรมบริการของพยาบาลและทีมสุขภาพที่อาจมีผลต่อความไว้วางใจ (Melnyk, 2000; Thompson, Hupcey, & Clark, 2003) ปฏิกิริยาของบุคลากรสุขภาพที่ให้ความสนใจกับแผนการรักษาและการตรวจสอบการทำงานของเครื่องมือทางการแพทย์ให้ความสามารถในการใช้รักษาหรือติดตามอาการของผู้ป่วยจนเกิดเป็นความเคยชิน ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (Haines et al., 1995) หรือแม้กระทั่งการติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่ที่พูดเร็วเกินไป ข้อมูลมีความคลุมเครือไม่ชัดเจน ใช้คำศัพท์ที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจ ทำให้ไม่แน่ใจว่าการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ จะดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือไม่ (พนาวรรณ เสนาวงศ์, 2550; Cristensson-Hallstrom et al., 2002) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่มีผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาในไอ.ซี.ยู. โดยไม่ได้ทราบหรือมีการวางแผนล่วงหน้า (unplanned admission) (Curley & Wallace, 1992) เหตุการณ์หรือภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นเหล่านี้จะเป็นความเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อ

สุขภาพจิต เช่น กลุ่มอาการความเครียดที่เกิดภายหลังการประสบกับภาวะวิกฤตอย่างรุนแรง (post-traumatic stress disorder symptoms) ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ซึ่งผู้ป่วยเด็กเองก็สามารถรับรู้ถึงปฏิกิริยาที่เปลี่ยนแปลงของผู้ดูแลได้เช่นเดียวกัน (Aldridge, 2005; Board & Ryan-Wenger, 2003; Youngblut, Broton, & Kuluz, 2005)

ในภาวะปกติ ผู้ให้การดูแลตอบสนองความต้องการพื้นฐานของเด็กคือบิดามารดาหรือผู้ดูแล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; อัจฉริยา ปทุมวัน, 2544) แต่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลเกือบทั้งหมดจะอยู่ที่บุคลากรสุขภาพ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กจะลดลงไปโดยปริยาย แต่ไม่ได้หมายความว่าความต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กจะลดลง (สรัศักดิ์ โลจันดารัตน์, 2546; Hueckel & Wilson, 2007) ผู้ดูแลยังคงต้องการความรู้และความเข้าใจด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นอย่างเพียงพอ ซึ่งพบว่าเป็นความต้องการในอันดับต้น ๆ (Aldridge, 2005; Azoulay et al., 2003; Ward, 2001) ผู้ป่วยหรือครอบครัวที่ได้มีการรับรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมสุขภาพอย่างเพียงพอและต่อเนื่องตามความเป็นจริงเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงไปหรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ (ฉภาธร ปราณมนตรี และคณะ, 2551) ได้รับรู้และร่วมวางแผนการรักษายาบาล มีอิสระในการตัดสินใจ สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลอันเป็นประโยชน์ที่จะใช้ในการตัดสินใจเลือกสิ่งที่คิดว่าดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย โดยทีมสุขภาพให้ข้อมูลที่ถูกต้องทั้งประโยชน์และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นตามหลักจริยธรรม ให้คุณค่าและเคารพในการตัดสินใจของผู้ดูแล (Higgins, 2001) จะช่วยผู้ดูแลและทีมสุขภาพมีความเข้าใจซึ่งกันและกัน สามารถลดความวิตกกังวล ความคลุมเครือในเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่และสามารถตัดสินใจหรือร่วมกันวางแผนการดูแลรักษาได้ดีขึ้น (พิศมัย ธรรมชาติ และคณะ, 2542; Schaffer et al., 2000)

ประการต่อมาคือ ความต้องการที่จะคงไว้ซึ่งบทบาทการเป็นบิดา มารดาหรือผู้ดูแลที่จะปกป้องเด็กจากความกลัวหรือความเจ็บปวด ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กที่แสดงออก โดยทีมสุขภาพจะต้องมีความอดทน ใจกว้าง ใส่ใจกับข้อมูลหรือปัญหาที่ครอบครัวบอก ให้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจและปรับตัวกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ และจะต้องทำโดยเร็วที่สุดเมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในไอ.ซี.ยู. ซึ่งหลายการศึกษาระบุที่จะให้การช่วยเหลือหรือมีกิจกรรม (intervention) กับผู้ดูแล โดยเร่งด่วนตั้งแต่ 2-16 ชั่วโมง หรือภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (Bouve et al., 1999; Melnyx & Alpert-Gillis, 1998) เพราะเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลมีความเครียด ความวิตกกังวลสูงจากการแสดงออกทางอารมณ์ และพฤติกรรมที่ผู้ป่วยเด็กตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและภาวะคุกคามชีวิต การสังเกตเห็นสภาพร่างกายของผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วย การใช้เครื่องมือทางการแพทย์มากมายในการช่วยชีวิต และการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่ ทำให้บทบาทของการเป็นบิดา

มารดา หรือผู้ดูแลที่จะช่วยเหลือปกป้องผู้ป่วยเด็กลดลง (Melnyk et al., 2006) นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังต้องการหลักประกันคุณภาพการดูแลที่ดี และคาดหวังให้ทีมสุขภาพดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างดีแม้ในเวลา que ผู้ดูแลไม่ได้เข้าเยี่ยม (เดือนฤทัย แซ่โล้ว, 2549; พิศมัย ธรรมชาติ และคณะ, 2542; Hopia, 2005; Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Sarajarvi, Haapamaki, & Paavilainen, 2006) ต้องการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโดยเจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นอกเห็นใจ ยึดหยุ่นในกฎระเบียบตามความเหมาะสม (Maxwell et al., 2007) ต้องการให้ผู้ป่วยเด็กได้รับความสุขสบาย โดยการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพักผ่อนและมีความเป็นส่วนตัวเมื่อได้รับการตรวจรักษา ให้ความสนใจในความเป็นอยู่และความรู้สึกของผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงมีความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร และคาดหวังที่จะมีสัมพันธภาพที่ดีกับทีมสุขภาพ (Curley & Moloney-Harmon, 2001; Henneman, 2002; Hueckel & Wilson, 2007; Thomas & Harvey, 2005)

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและความคาดหวังของครอบครัวพบว่า ยังขาดความสมดุลระหว่างสิ่งที่ผู้รับบริการคาดหวังกับสิ่งที่ได้รับจริงตามการรับรู้ (สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี กองศักดิ์ตระกูล, และศรีสมร ภูมณสกุล, 2545) ด้วยทัศนคติของทีมสุขภาพที่แม้จะเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบครอบครัวมีส่วนร่วม แต่ความไม่ชัดเจนของรูปแบบการดูแลที่จะกำหนดว่าสามารถให้ครอบครัวทำกิจกรรมการดูแลได้บ้าง และทำได้มากน้อยเพียงใด ทำให้บุคลากรสุขภาพผู้ให้การดูแลเกิดความไม่แน่ใจและกังวลในความปลอดภัยของผู้ป่วย (Daneman, Macaluso, & Guzzetta, 2003) ประการต่อมาคือ พยาบาลมักไม่มีเวลามากพอเพราะถูกจำกัดด้วยภาระงานที่มากเกินไป อีกทั้งการแสดงท่าทีที่ไม่ได้ตระหนักถึงความต้องการ ความคาดหวังของผู้ป่วยและครอบครัว หรือไม่ได้ให้ความสำคัญในการดูแลด้านจิตใจเท่าที่ควร (บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ และคณะ, 2550; Katz, 2002) ดังนั้น การเปิดโอกาสให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยจัดรูปแบบการให้บริการพยาบาลที่มีความชัดเจนต่อผู้ปฏิบัติงาน และที่สำคัญคือสามารถตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว จึงเป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพควรให้ความสนใจและพิจารณาช่วยเหลือ เพราะทีมสุขภาพคือแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของครอบครัว (Troy, Connolly, & Novak, 2007) การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยพิจารณาร่วมกับความต้องการของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย ความต้องการและความคาดหวังของครอบครัวที่แตกต่างกัน น่าจะเป็นวิธีที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเกิดความต่อเนื่องและสมบูรณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเผชิญและปรับตัวกับสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น เป็นวิธีการหนึ่งที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและสามารถทำได้จริง เพราะถึงแม้การดูแลผู้ป่วยเด็กแต่ละรายจะมีความแตกต่างกัน แต่ผู้ดูแลก็คือนบุคคลซึ่งมีความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในความดูแลได้อย่างแท้จริง

การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

การให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กมีในหลายแง่มุม บิดามารดาอาจทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือหลักหรือมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกับเด็ก เพื่อให้เด็กรับรู้ถึงความสำคัญของกิจกรรมนั้น ๆ (สรณี อักษรกวณ, 2551) และเป็นการให้ความช่วยเหลือเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวลและความเจ็บปวดเมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับการทำหัตถการ (Kristensson-Hallstrom, 1999; McCarthy & Kleiber, 2006) เป็นการแสดงบทบาทและการคงไว้ซึ่งหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือ กระตุ้น ให้คำแนะนำ สอน และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็ก (Contact a Family and Council for Disabled Children, 2004) รวมไปถึงการดูแลที่ผู้ดูแลจะสามารถเติมเต็มความต้องการทางด้านจิตสังคม และความเป็นบุคคลของผู้ป่วยเด็กให้สมบูรณ์ได้ (Hill, 1996) และหากมองในแง่มุมมองตามแนวคิดครอบครัวคือศูนย์กลางการดูแล (family-centered care) ก็จะเป็นวิธีการให้การดูแลภาวะสุขภาพภายใต้พื้นฐานของการมีผลประโยชน์ร่วมกันแบบหุ้นส่วนระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ให้การดูแล (สุกรี สุวรรณจุฑะ และสุภารัตน์ ไวยชีตา, 2549; Ahmann & Dokken, 2008; Neal et al., 2007; Newton, 2000)

แม้ไม่ได้มีการให้ความหมายอย่างเฉพาะเจาะจงสำหรับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต แต่พอจะสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหมายถึง การที่บิดา มารดาหรือผู้ดูแลหลักได้เข้ามามีส่วนรับผิดชอบดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเด็ก ทั้งในส่วนของการดูแล ช่วยเหลือ กระตุ้น ให้กำลังใจเพื่อการฟื้นฟูหายจากโรค และการคงไว้ซึ่งบทบาทหน้าที่ของบิดามารดาหรือผู้ดูแลในกระบวนการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กและการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยโดยรวมให้เกิดความผาสุกตามระยะพัฒนาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและความคาดหวังของครอบครัว ทำให้ทราบว่าทีมสุขภาพเห็นความสำคัญและพยายามที่จะศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด ประโยชน์รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น สำหรับแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กมีดังนี้คือ

1. รูปแบบของการดูแลแบบมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันทางพยาบาลของเคอร์เลย์ (Nursing Mutual Participation Model of Care) (Curley & Wallace, 1992) ซึ่งได้มีการพัฒนาเพื่อใช้สำหรับการให้การดูแลผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก (PICU) เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1988 โดยเน้นรูปแบบการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ 1) การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้รับรู้ในลักษณะของร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กที่ยังคงเป็นไปตามปกติ 2) การใช้เทคนิค “ตัวแบบ”

ในการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน 3) การสอนและช่วยให้ผู้ดูแลได้มีความเข้าใจเกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยเด็ก 4) การให้คำแนะนำตั้งแต่ระยะแรกเกี่ยวกับบทบาทของผู้ดูแลและพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็กที่อาจเปลี่ยนแปลงไป และ 5) การให้การสนับสนุนอย่างเหมาะสมในกิจกรรมการดูแล นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงข้อมูลและการบริการของโรงพยาบาล มีการให้คำอธิบายเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติเป็นประจำในไอ.ซี.ยู. รวมทั้งบทบาทของบุคคลในทีมสุขภาพที่จะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย และการศึกษาที่เกี่ยวข้องได้แสดงให้เห็นถึงผลดีที่ตามมาจากการใช้รูปแบบการดูแลดังกล่าวคือ สัมพันธภาพของบิดามารดาหรือผู้ดูแลและผู้ประกอบวิชาชีพที่มีสถานะเท่าเทียมกัน พึ่งพาซึ่งกันและกันและมีความพึงพอใจร่วมกัน ช่วยบรรเทา ระวังความตึงเครียดของผู้ดูแลอันเกิดจากการแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยเด็ก การถูกลดบทบาท หักการที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ การสื่อสาร รวมทั้งพฤติกรรมในการให้บริการ (กมลเนตร ใฝ่ชานาญ, 2546; Curley & Wallace, 1992)

2. แนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของเชปปี้และไป (Parent participation in caring for hospitalized child) (Schepp & Pai, 1995) แนวคิดนี้ได้ใช้อธิบายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่งเจ็บป่วยเฉียบพลันออกเป็น 2 ลักษณะคือ การมีส่วนร่วมที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง (parent actual participation) และการมีส่วนร่วมที่ปรารถนาจะได้ปฏิบัติ (parent preferred participation) ในกิจกรรมซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่ผู้ปกครองมักประสบเมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้ปกครองที่ปรารถนาจะควบคุมหรือคงไว้ซึ่งการดูแลผู้ป่วยเด็ก (parental control preference) และเชื่อว่าพื้นฐานความผูกพันจะทำให้ผู้ปกครองรับรู้และเข้าใจในความต้องการของผู้ป่วยเด็ก แม้ว่าจะไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยคำพูด โดยสามารถจำแนกกิจกรรมต่าง ๆ ตามแนวคิดนี้ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

2.1 การมีส่วนร่วมดูแลในกิจกรรมที่ทำประจำ (participation in routine care) ได้แก่ การได้อุ้มและอยู่กับผู้ป่วยเด็กขณะได้รับการวัดอุณหภูมิ การวัดความดันโลหิต หรือการตรวจร่างกาย การอาบน้ำให้ผู้ป่วยเด็กหรือช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กอาบน้ำ การอยู่กับผู้ป่วยเด็กขณะที่พักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล การให้ยาทางปากแก่ผู้ป่วยเด็ก การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับอาหาร การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้ผู้ป่วยเด็กหรือช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กเปลี่ยนเสื้อผ้า การเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การเปลี่ยนผ้าพันแผลและการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้ผู้ป่วยเด็ก

2.2 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (participation in decision making) ได้แก่ การเป็นผู้เลือกบุคลากรพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยเด็ก การเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยเด็กจะได้รับ การให้บุคลากรสุขภาพขออนุญาตผู้ดูแลก่อนที่จะปลุกผู้ป่วยเด็กให้ตื่น การเป็นผู้

อธิบายกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็กก่อนที่จะเริ่มกิจกรรมนั้น ๆ การเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมผู้ป่วยเด็ก และการเป็นผู้ควบคุมให้ผู้ป่วยเด็ก

2.3 การมีส่วนร่วมดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล (participation in technical care) ได้แก่ การอยู่กับผู้ป่วยเด็กและช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กในระหว่างที่ได้รับการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำหรือการเจาะเลือด การอยู่กับผู้ป่วยเด็กเมื่อได้รับการตรวจพิเศษที่ไม่ทำในห้องพักของผู้ป่วย เช่น เอกซเรย์ และการดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับความสุขสบายระหว่างที่ได้รับหัตถการที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด

2.4 การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (participation in information sharing) หมายถึง การได้รับคำอธิบายจากบุคลากรสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ การได้รับทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาของผู้ป่วยเด็ก การสอบถามเกี่ยวกับการตรวจรักษาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กตามความเป็นจริง

จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องพบว่า หากกิจกรรมหรือสิ่งที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริงกับสิ่งที่ผู้ดูแลปรารถนาจะปฏิบัติไม่สอดคล้องตรงกัน จะมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น ความพึงพอใจในบริการลดลง (นิชกานต์ ไชยชนะ และคณะ, 2546; Schepp, 1992; Schepp & Pai, 1995) ดังนั้น ความรู้ความเข้าใจในความต้องการของผู้ดูแลที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง ช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแล และสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็ก รวมทั้งเป็นปัจจัยแวดล้อมสำคัญ (therapeutic environment) ที่จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเด็กฟื้นหายจากโรค (Schepp & Pai, 1995)

3. แนวคิดการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน (Concept of Mutuality) ของเฮนสัน (Henson, 1997) เป็นรูปแบบของการมีปฏิสัมพันธ์ที่จะส่งเสริมความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพและผู้รับบริการ มีความสมดุลระหว่างพลังอำนาจของบุคคลและการเคารพในความเป็นบุคคล ส่งเสริมการสื่อสารที่ดี ทำให้เกิดและคงไว้ซึ่งผลลัพธ์ที่ดีด้านการดูแล ซึ่งองค์ประกอบหลักตามแนวคิดนี้ได้แก่ การมีความเป็นตัวของตัวเอง (autonomy) การแลกเปลี่ยนซึ่งสิทธิประโยชน์ (reciprocity) การตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (consumerism) มีการเจรจาตกลงร่วมกัน (negotiation) การได้เข้ามามีส่วนร่วม (participation) การให้ความร่วมมือ (collaboration) และการให้การดูแล (paternalism) ผลดีที่ตามมาคือ ผู้รับบริการและพยาบาลรู้สึกจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ เพิ่มความสามารถในการแสดงบทบาทและการดูแลรับผิดชอบ ลดความรู้สึกขัดแย้งและความไม่พึงพอใจ มีการรับรู้และการคาดหวังที่สอดคล้องตรงกัน (กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ, 2546; Henson, 1997)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ได้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ทั้งต่อผู้ดูแล ทีมสุขภาพ และที่สำคัญที่สุดคือประโยชน์ที่จะเกิดกับตัวผู้ป่วยเด็ก โดยผู้ป่วยเด็กจะได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง บุคลากรสุขภาพสามารถประเมินอาการและให้ความช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่และถูกต้องเหมาะสม จากการตระหนักและให้ความสนใจกับข้อมูลอันเป็นประโยชน์ คำถามและสิ่งที่ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับผู้ดูแล (Neill, 1996) การสื่อสารที่ดีที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในภาวะยากลำบากสามารถบอกความต้องการ หรือขอความช่วยเหลือได้โดยมีครอบครัวเป็นสื่อกลางที่มีประสิทธิภาพ และเข้าใจถึงความต้องการด้านอื่น ๆ ของผู้ป่วยมากกว่าทีมสุขภาพ (Algren, 2007; Blanchard & Alavi, 2008) ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคมและพัฒนาการ รู้สึกอบอุ่นปลอดภัย มีความไว้วางใจ สามารถปรับตัวได้มากขึ้นภายใต้ความเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อมที่ก่อความเครียด รวมทั้งให้ความร่วมมือในกิจกรรมการรักษาพยาบาลมากขึ้น (อัจฉริย์ ทองสวรรค์, 2546; Algren, 2007; Dokken et al., 2007)

ในขณะเดียวกันที่ผู้ดูแลยังคงบทบาทการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง แม้ว่าสถานการณ์หรือสถานที่ที่จะเปลี่ยนแปลงไป การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การสอน สาธิต และการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมพื้นฐาน จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และมั่นใจที่จะจัดการกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้โดยใช้เหตุผล (สุคนธา คุณาพันธ์ และคณะ, 2546) ลดความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิดหรือหมกหมุ่นทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยจากการที่ต้องพึ่งพาทีมสุขภาพเพียงอย่างเดียว รู้สึกว่าตนเองได้เป็นส่วนหนึ่งของการดูแล และทีมสุขภาพก็จะได้มีโอกาสรับรู้ถึงปัญหา ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่งเสริมสัมพันธภาพและการประสานความร่วมมือที่ดี (สุคนธา คุณาพันธ์ และคณะ, 2546; Hill, 1996; Vinson, 2002) การได้ร่วมทำกิจกรรมการดูแล ยังก่อเกิดเป็นความสามารถและความเชื่อมั่นให้กับผู้ดูแล ซึ่งทักษะเหล่านี้จะยังคงอยู่และจะเป็นประโยชน์หากผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอีกในครั้งต่อไป (สรณี อักษรกวน, 2551; Kuntaros et al., 2007)

ปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก เป็นสิ่งสำคัญที่ควรให้ความสนใจ อันจะนำไปสู่การพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัวที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการได้มากยิ่งขึ้น อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ประเด็นคือ ความวิตกกังวลหรือความเครียดในการแสดงบทบาท (role stress) สาเหตุประการหนึ่งเกิดจาก ผู้ป่วยเด็กมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน และเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลโดยไม่ได้อาคคคิดหรือวางแผนไว้ล่วงหน้า (Melnik, 2007) ประเด็นต่อมาคือ ปัญหาเกี่ยวกับการเจรจาต่อรอง (negotiation problems) รวมถึงการคงไว้ซึ่งพลังอำนาจ (power struggles) (Blower & Morgan, 2000; Newton, 2000) สิ่งเหล่านี้ ได้แก่ การขาดความรู้ ความไม่มั่นใจและไม่มีประสบการณ์ในการดูแล ผู้ดูแลส่วนหนึ่งไม่แน่ใจว่ากิจกรรมการ

ดูแลผู้ป่วยที่ตนทำได้คืออะไร สามารถทำได้มากน้อยเพียงใดและมีความกระตือรือร้นในการพยาบาลไม่กล้าที่จะสอบถาม (สุคนธา คุณาพันธ์ และคณะ, 2546) จึงต้องการการให้ความสนใจ มีการประเมินปัญหาและความต้องการร่วมกัน มีการประเมินความพร้อมและความสามารถของผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลควรจะได้รับความรู้ และข้อมูลที่ถูกต้องจากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (สุคนธา คุณาพันธ์ และคณะ, 2546; สุทธิณี วัฒนกุล และชนกพร จิตปัญญา, 2548; Melnyk, 2007) การได้เข้าใจและตระหนักว่าผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละรายที่ประสบปัญหาและอุปสรรคแตกต่างกัน ย่อมมีการรับรู้ การเผชิญปัญหาและการปรับตัวที่แตกต่างกัน (Board & Ryan-Wenger, 2003) ประเด็นความต้องการของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก อันมีปัญหาจากการขาดความรู้ ความไม่มั่นใจ และไม่มีประสบการณ์ในการดูแลจึงควรได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ภายในขอบเขตหรือความสามารถของผู้ดูแลที่จะกระทำได้น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (กมลเนตร ใฝ่ชานาญ, 2546; คณิต ฌ พัทลุง, 2549; เตือนฤทัย แซ่โล้ว, 2549; พณารณ เสนาวงศ์, 2550; พิสมัย ธรรมชาติ และคณะ, 2542; Curley & Wallace, 1992; Hill, 1996; Melnyk et al., 2007)

การศึกษานี้จึงได้บูรณาการความรู้จากแนวคิดและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและความคาดหวังของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม มาพัฒนาเป็นกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต โดยพิจารณาจากกิจกรรมที่ผู้ป่วยเด็กได้รับหรือเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลมักประสบเมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล และสอดคล้องกับบทบาทของผู้ดูแลที่ต้องการหรือคาดหวังจะคงไว้ซึ่งการดูแลผู้ป่วย การบูรณาการความรู้จากแนวคิดต่าง ๆ ร่วมกับการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้อง ได้กำหนดให้กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่จะใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในกิจกรรมการตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้งของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลใน 3 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ซึ่งกิจกรรมย่อยประกอบด้วย การได้รับหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเด็ก การสอบถามและการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การได้รับการแจ้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา การเป็นผู้ให้ข้อคิดเห็น การร้องขอ การต่อรองและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย

2) ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน ประกอบด้วย การช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กอาบอาบน้ำเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน การดูแลให้ได้รับอาหาร การจดบันทึกจำนวนปัสสาวะ อุจจาระใน

แต่ละวัน และการป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (การเลื่อนหลุดของท่อ ข้อต่อและสายต่าง ๆ จากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้ การตกเตียง การเกิดแผลและแผลกดทับ)

3) ด้านการดูแลทางจิตสังคม ประกอบด้วย ความเข้าใจในพฤติกรรมตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยเด็ก การปลอบโยนแสดงความรัก การห่ก่ลอม การเล่นนิทานและการให้ของเล่นแก่ผู้ป่วยเด็ก การเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเด็กก่อนจะได้รับกิจกรรมต่าง ๆ และการอยู่กับผู้ป่วยเด็กระหว่างมีกิจกรรมการรักษาพยาบาล (การวัดไข้ การวัดความดันโลหิต การดูดเสมหะ การเจาะเลือดปลายนิ้วหรือส้นเท้า) การมีโอกาสนในการพักผ่อนและการระบายความวิตกกังวล

การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่ได้บูรณาการขึ้น น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัวโดยตอบสนองตรงกับความต้องการ และช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้มีความรู้ ความเข้าใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง อย่างไรก็ตามจากประสบการณ์การปฏิบัติงานและการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังพบว่ามีประเด็นปัญหาเกี่ยวกับความไม่มั่นใจและผู้ดูแลไม่ได้รับการเตรียมหรือช่วยเหลือให้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างเพียงพอ ดังนั้น นอกจากการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตแล้ว ผู้ดูแลก็น่าจะได้รับการเตรียมเพื่อให้มีทักษะที่ดีในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย และสำคัญที่สุดคือการสร้างความเชื่อมั่นในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอย่างมีแบบแผน การเสริมสร้างความเชื่อมั่นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถนำเอาความรู้ที่ได้รับมาใช้ด้วยความมั่นใจ จึงเป็นประเด็นที่ควรศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำความรู้ที่ได้มาสู่การปฏิบัติ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ซึ่งเดิมเป็นโมเดลหนึ่งของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) อันประกอบด้วย แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต (observational learning) แนวคิดการควบคุมหรือกำกับตัวเอง (self-regulation) และแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ซึ่งพัฒนาโดยอัลเบิร์ต แบนดูรา นักจิตวิทยาชาวแคนาดา โดยที่แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้มีความสำคัญอย่างมากในการใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของมนุษย์ จึงได้มีการพัฒนาต่อมาจนกลายเป็นทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1977; 1997)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองในด้านการจัดการ และการดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความสามารถในเชิง

การปฏิบัติที่ได้กำหนดเอาไว้เป็นเป้าหมาย ภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง (Bandura, 1997) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ ซึ่งจะมีอิทธิพลอย่างมากต่อการแสดงพฤติกรรม รวมถึงการใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ด้วยความเชื่อมั่น (Lawrance & McElroy, 1986) ซึ่งทฤษฎีนี้เชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลจะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล (internal personal factor) 2) ปัจจัยพฤติกรรม (behavioral factor) และ 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (environment factor) แต่ปัจจัยดังกล่าวอาจไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกัน และไม่ได้มีอิทธิพลหรือทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับช่วงเวลาและสถานการณ์ และการที่มนุษย์จะทำการพฤติกรรมใดหรือรับเอาพฤติกรรมใดไว้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยอีกสองประการคือ (ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ, 2544; Bandura, 1997; Lawrance & McElroy, 1986)

1. ความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) หมายถึง ความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น หากรับเอาพฤติกรรมนั้น ๆ มาปฏิบัติ ซึ่งผลลัพธ์ที่คาดหวังสามารถเกิดได้ใน 3 รูปแบบ

1.1 ผลลัพธ์ด้านร่างกาย (physical effects) ทั้งในเชิงบวก เช่น ความสุขสบาย และในเชิงลบ เช่น ความเจ็บปวด

1.2 ผลลัพธ์ด้านสังคม (social effects) ในเชิงบวก เช่น การเป็นที่ยอมรับในสังคม และในเชิงลบ เช่น การถูกลงโทษ

1.3 ผลลัพธ์อันเกิดจากการประเมินตนเองต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (self-evaluative reactions to one's own behavior) เช่น ความรู้สึกพึงพอใจในตนเอง ความภาคภูมิใจ หรือในเชิงลบ เช่น ความรู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า

การที่คนเราจะตัดสินใจทำอะไร หากมีการพิจารณาแล้วว่าทำไปแล้วจะได้ประโยชน์หรือเกิดประโยชน์ตามที่ตนเองปรารถนา ก็ย่อมเกิดความสนใจที่จะประกอบกิจกรรมนั้น

2. ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) หมายถึง ความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถที่จะมีพฤติกรรมหรือประกอบกิจกรรมที่กำหนดได้ เป็นปัจจัยที่สำคัญมากที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ แต่การรับรู้สมรรถนะแห่งตนก็สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของกิจกรรมที่จะต้องกระทำและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ และแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 มิติ (Bandura, 1997) ดังนี้คือ

2.1 มิติตามขนาดหรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรมที่ต้องกระทำ (magnitude or level) โดยบุคคลจะตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของคนที่จะทำพฤติกรรมใด ๆ จากระดับความยากง่ายของงาน หากไม่มีอุปสรรคใด ๆ เกิดขึ้น งานหรือกิจกรรมนั้นก็จะเป็สิ่งที่ง่ายต่อการที่จะกระทำให้สำเร็จ

2.2 มิติตามความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (strength) หมายถึง ระดับความเชื่อมั่นของบุคคลในความสามารถของตนเองต่องานหรือกิจกรรมที่ต้องกระทำ

2.3 มิติความเป็นสากล (generality) หมายถึง ความครอบคลุมของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายใต้สถานการณ์หนึ่งไปยังอีกสถานการณ์หนึ่ง หรือความมั่นใจที่จะสามารถนำเอาประสบการณ์ความสำเร็จในอดีต มาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่คล้ายคลึงกันในสถานการณ์ใหม่

สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบุคคล ได้มีผู้ศึกษาไว้ในหลายประเด็น สามารถสรุปได้ดังนี้

1. เพศ พบว่ามีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพศชายอาจมีการรับรู้ว่ามีพลังความสามารถและทักษะที่จะทำกิจกรรมได้มากกว่า (Ngaosomsukul, 2000) แต่ในขณะเดียวกัน เพศหญิงก็อาจมีความมุ่งมั่นและปรารถนาที่จะทำกิจกรรมบางสิ่งบางอย่างมากกว่าเพศชาย เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างบิดาหรือมารดาของเด็ก โดยมารดามีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กมากกว่า (Shields, 2001) แสดงให้เห็นว่า หากมีโอกาสมารดาจะต้องใช้ความมุ่งมั่นมานะพยายามในการทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

2. อายุ พบว่ามีส่วนเกี่ยวข้องกับวุฒิภาวะและความสามารถของบุคคล โดยในผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีโอกาสเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ สะสมเป็นประสบการณ์ ทั้งที่เกิดจากการฝึกฝนด้วยตนเองและการเรียนรู้จากบุคคลหรือตัวแบบ มีความเต็มใจ ตั้งใจและมีความสามารถในการทำกิจกรรมใด ๆ ให้ประสบผลสำเร็จได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Bandura, 1986; Kristensson-Hallstrom, 1999)

3. ระดับการศึกษา พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับความรู้อและสติปัญญาของบุคคลที่จะรับรู้และเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ และการแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสม (Pender, 1996) และจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ก็พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะของบุคคลเช่นเดียวกัน ผู้ที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ อาจรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตน ส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการแก้ปัญหาต่าง ๆ (ชญาณัฐ ปัญญาทอง, 2544)

4. สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิต เป็นแหล่งประโยชน์และเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม มีส่วนช่วยในการสนับสนุนด้านความรู้ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาต่าง ๆ (Pender, 1996)

5. อาชีพ อาจมีผลโดยอ้อมต่อการรับรู้สมรรถนะของบุคคลในประเด็นเกี่ยวกับการฝึกทักษะต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก พบว่า

ผู้ดูแลที่ไม่ได้ทำงานปรารถนาจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กมากกว่าผู้ดูแลที่มีงานประจำ (Balling & McCubbin, 2001) นั่นหมายถึง โอกาสและเวลาที่มากกว่าสำหรับการเรียนรู้ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย เมื่อมีโอกาสดูแลผู้ป่วยมากขึ้น มีทักษะมากขึ้นก็ย่อมมีความมั่นใจมากขึ้นตามมา

ดังนั้น ไม่ว่าจะเป็นมิติต่าง ๆ หรือปัจจัยเกี่ยวข้องที่กล่าวมา ย่อมมีผลต่อความเชื่อในสมรรถนะของบุคคลในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่มากน้อยแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ จึงจำเป็นต้องให้ความสนใจและควบคุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษามีคุณลักษณะที่เท่าเทียมกันมากที่สุด โดยในทางปฏิบัติจะทำการจับคู่ผู้ดูแลในแต่ละกลุ่มด้วยแบบแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ซึ่งเป็นมิติตามระดับความยากง่ายหรือความมากน้อยของกิจกรรมที่ต้องกระทำ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นมิติเกี่ยวกับความครอบคลุมของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนภายใต้สถานการณ์หนึ่งไปยังอีกสถานการณ์หนึ่งตามแนวคิดทฤษฎี สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้ทำการเก็บรวบรวมเป็นข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อนำไปศึกษาเปรียบเทียบและใช้อธิบายเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของบุคคลที่แตกต่างกัน

นอกจากปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวมา การทำให้บุคคลเกิดความเชื่อในสมรรถนะ ยังจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้วย โดยเบนดูราเชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ (ทักษิณี ประสพกิตติคุณ, 2544; Bandura, 1997) ดังนี้

1. การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) เป็นการกระทำกิจกรรมใด ๆ จนสำเร็จ ช่วยให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ถ้ามีโอกาสทำกิจกรรมนั้นอีกหรือทำกิจกรรมใด ๆ ที่คล้ายคลึงกัน ก็มั่นใจว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ

2. การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) การได้เห็นตัวแบบที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง จะมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของผู้สังเกตในเรื่องนั้น ๆ ด้วย ตัวแบบที่มีลักษณะหรืออยู่ในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไร ก็จะมีอิทธิพลต่อผู้สังเกตมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นตัวแบบในสภาพการณ์จริงที่บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง และตัวแบบในรูปสัญลักษณ์ (symbolic model) ที่สามารถจัดเตรียมไว้ก่อนล่วงหน้าได้ เช่น หนังสือ การ์ตูน ภาพพลิก หรือเทปบันทึกภาพและเสียงต่าง ๆ

การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นหรือการได้เห็นตัวแบบ จะมีผลให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ผ่านกระบวนการต่าง ๆ (Bandura, 1997) ดังนี้คือ

- 1) กระบวนการใส่ใจ (attention process) เป็นความตั้งใจหรือสนใจที่จะรับรู้หรือสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบ

2) กระบวนการเก็บจำ (retention process) โดยบุคคลจะจดจำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของตัวแบบเพื่อนำมาสร้างข้อมูลใหม่เป็นมโนภาพของตนเอง

3) กระบวนการของการแสดงออก (motor-reproduction process) ได้มาจากการที่บุคคลนำข้อมูลที่ได้จากการเก็บจำหรือในมโนภาพมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

4) กระบวนการแรงจูงใจ (motivation process) อันจะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลซึ่งจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความพอใจที่บุคคลสังเกตได้จากตัวแบบ

3. การพูดคุยในขอบเขตของความเป็นจริง เพื่อให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (verbal persuasion) หมายถึง การที่บุคคลซึ่งมีความสำคัญ หรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (significant others) มีการแสดงออกโดยคำพูดถึงความเชื่อมั่นในบุคคลนั้นว่าจะสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ ก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นเกิดกำลังใจและความมานะพยายามมากขึ้น

4. การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) หมายถึง ความพร้อมของร่างกายและอารมณ์ที่ผ่อนคลาย ซึ่งจะมีผลดีต่อการสร้างความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน เพราะโดยปกติหากบุคคลเกิดความเหนื่อยล้าหรือตึงเครียด ก็มักรู้สึกท้อถอยมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ

ภายหลังจากการเรียนรู้ผ่านแหล่งข้อมูลทั้งสี่แหล่งดังกล่าว บุคคลจะใช้กระบวนการทางปัญญา (cognitive processing) เพื่อทำการเลือก (selecting) ข้อมูลจากแหล่งที่ตนสนใจ และชั่งน้ำหนัก (weighting) ถึงความน่าเชื่อถือ รวมทั้งผสมผสาน (integrating) ข้อมูลเหล่านั้นเพื่อใช้ตัดสินความสามารถของตนเอง (efficacy judgment) โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะส่งผลทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจลงมือกระทำ (decision to perform) ทุ่มเทความพยายาม (effort expended) เพื่อให้บรรลุผลตามที่คาดหวังไว้โดยไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคต่าง ๆ (เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์, 2547; ทัทนี ประสบกิตติคุณ, 2544)

การศึกษาที่สนับสนุนการใช้กลไกเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ได้แสดงให้เห็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดี และเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ป่วย รวมถึงผู้ให้การดูแลมากมายหลายกลุ่ม และสำหรับการศึกษาในผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มต่าง ๆ พบว่าเกิดประโยชน์ที่หลากหลายเช่นเดียวกัน ไม่ว่าจะเป็นในกลุ่มมารดาของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรคหัวใจแต่กำเนิด หรือผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการดาวน์ การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลบุตรโดยการให้คำแนะนำ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การบันทึกสุขภาพและการใช้จดหมายกระตุ้นเตือน จะส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะของมารดาเพิ่มขึ้น มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลและผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก เช่น การศึกษาของกิตติมา สำราญไชยธรรม (2541) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์

ระหว่างการรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี ในกลุ่มมารดาเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี จำนวน 80 ราย ซึ่งผลจากการสัมภาษณ์และการใช้แบบสอบถามตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพบว่า การรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, p = .001$ และ $r = .33, p = .01$ ตามลำดับ) และพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดายังมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .37, p = .001$) แสดงให้เห็นว่า เมื่อมารดามีการรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรที่ดี จะทำให้มารดาสามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุตรมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา

สมพร โชติวิทยธารากร และคณะ (2546) ซึ่งศึกษาโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวน 30 ราย โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ด้วยวิธีการให้คำแนะนำ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การบันทึกสุขภาพ และการใช้จดหมายกระตุ้นเตือน โดยวัดการรับรู้สมรรถนะของมารดาในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 ของโปรแกรม ผลจากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของมารดาและพฤติกรรมการดูแลบุตรหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.48, p < .001$ และ $t = 13.03, p < .001$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของลัดดาวัลย์ ภาเวส (2549) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์วัยก่อนเรียนของมารดา ในสถาบันราชานุกูล จำนวน 20 ราย ทั้งก่อนและภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองและแบบวัดพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของมารดา โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรมกลุ่มใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรอย่างมีคุณภาพ 2) การได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบด้วยการเล่นและเล่นิทานเพื่อส่งเสริมความฉลาดและภาวะโภชนาการ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับมารดาเด็กกลุ่มอาการดาวน์ที่เลี้ยงลูกได้ประสบความสำเร็จ 3) การมีประสบการณ์ตรงโดยการเรียนรู้จากวีดิทัศน์เรื่อง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัย 3-6 ปี รวมทั้ง มีการบันทึกกิจกรรมประจำวัน และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์โดยวิธีการผ่อนคลายความเครียดและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ของมารดาหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.052, p < .05$)

สำหรับกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ ไม่ว่าจะเป็นการดูแลด้านการหายใจ การได้รับสารอาหารที่เหมาะสม หรือการระมัดระวังการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด เช่น ในทารกที่คลอด

ก่อนกำหนด การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกร่วมกับการดูแลแบบแคงการต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาและการเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกคลอดก่อนกำหนดของกุลลดา เปรมจิตร (2547) ซึ่งส่งเสริมให้มารดาได้มีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ถูกต้อง และส่งเสริมการเจริญเติบโตในด้านการเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกคลอดก่อนกำหนด โดยจัดให้มารดา กลุ่มทดลอง 20 ราย (กลุ่มควบคุม 20 ราย ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ) ได้รับกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองใน 4 แนวทางตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ประกอบด้วย 1) การฝึกทักษะการดูแลทารกและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกแบบแคงการด้วยตนเอง 2) การเรียนรู้ผ่านคู่มือการดูแลทารกแบบแคงการ และการสาธิตจากผู้วิจัย 3) การใช้คำพูดแนะนำ หรือชักจูงโดยผู้วิจัยกล่าวสนับสนุน ให้กำลังใจ และชื่นชมเมื่อมารดาปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกได้ถูกต้อง และ 4) การเปิดโอกาสให้มารดาได้พูดคุย ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และจัดกิจกรรมในโปรแกรมเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกับการฝึกทักษะในการดูแลทารก ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = .00, p < .00$) แต่คะแนนเฉลี่ยการเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกในกลุ่มทดลองพบว่ามากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญ ($t = 1.213, p = .116$)

สมทรง เล้าฝ่าย (2541) ได้ศึกษาผลของการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลทารกขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 10 ราย ดำเนินการโดยใช้แผนการเตรียมมารดาที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับมารดาในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 3 วัน ก่อนที่มารดาจะรับทารกกลับบ้าน ประกอบด้วย 1) การให้มารดาได้ฝึกดูแลทารกด้วยตนเอง 2) การได้เห็นตัวแบบผ่านคู่มือการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และวิธีการดูแลทารกประจำวันจากผู้วิจัย 3) การได้รับคำชี้แนะเมื่อมีปัญหา การใช้คำพูดสนับสนุน ให้กำลังใจ และ 4) การได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลทารกที่ถูกต้องหรือเหมาะสมขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดหลังการทดลองของมารดากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = < 16, p < .01$)

นอกจากนี้ การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเด็กวัยเรียนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตัวเอง เช่น กิจติยา รัตนมณี (2547) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันของเด็กอ้วนวัยเรียน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย เด็กอ้วนวัยเรียนกลุ่มทดลอง

ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักรได้แก่ 1) การให้เด็กได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์จากภาพลึกลับและตัวแบบมีชีวิตจากเพื่อนที่ควบคุมและลดน้ำหนักได้สำเร็จ 2) การให้คำแนะนำแก่เด็กเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนัก การได้รับคำชมเชย และกำลังใจจากพยาบาลผู้สอนและกลุ่มเพื่อน 3) การให้เด็กรับรู้ถึงความสำเร็จของตนเองเมื่อลงมือปฏิบัติกิจกรรมการเลือกอาหาร และกิจกรรมการใช้พลังงานขณะอยู่ในโรงเรียน และ 4) การให้เด็กได้เขียนรายงานพฤติกรรมควบคุมน้ำหนักด้วยตนเองและการได้พูดคุยระบายความรู้สึก ร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการปฏิบัติด้านการบริโภคและการใช้พลังงานที่เหมาะสม รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมของเด็กเพื่อลดความอ้วน ผลการศึกษาพบว่า เด็กอ้วนวัยเรียนกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.29, p = .000$ และ $t = -6.28, p = .000$ ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.07, p = .000$ และ $t = 6.33, p = .000$ ตามลำดับ) ซึ่งเด็กเหล่านี้ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้มีความเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่พบว่าการใช้โปรแกรมดังกล่าวได้ส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์คือการควบคุมและลดน้ำหนักได้เพิ่มมากขึ้น แสดงให้เห็นผลดีที่ตามมาเช่นเดียวกัน

งานวิจัยต่าง ๆ เป็นข้อมูลที่สนับสนุนอย่างชัดเจนว่า การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะมีผลทำให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในการประกอบกิจกรรมใด ๆ ให้ประสบผลสำเร็จและส่งผลดีสำหรับกลุ่มตัวอย่างนั้น แต่จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีงานวิจัยใดที่มีการนำเสนอแนวทางหรือโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในภาวะวิกฤตโดยเฉพาะ มีเพียงการศึกษาที่มีความใกล้เคียงของสุพัตรา กันธะรส และคณะ (Kuntaros et al., 2007) ซึ่งศึกษาผลของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรและความพึงพอใจของมารดาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 16 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับการพยาบาลตามแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยเด็กโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่เน้นการดูแลแบบหุ้นส่วน (partnership) ระหว่างผู้ป่วยเด็ก ครอบครัว และทีมสุขภาพ โดยการนำแนวคิดการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพของดันส์และไทรเวตต์ (Effective Helpgiving Practices of Dunst & Trivette) (Dunst & Trivette, 1996 as cited in Kuntaros et al., 2007) มาใช้ในทางปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) คุณภาพในการปฏิบัติการของทีมสุขภาพ (Technical quality) โดยมีการอธิบายว่า หอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.เด็ก ที่ผู้วิจัยได้ใช้เป็นสถานที่ทำการศึกษา (setting) เป็นส่วนหนึ่งของโรงพยาบาลที่ได้ผ่านการรับรองคุณภาพ

(HA) และได้รับการยอมรับด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต แพทย์และพยาบาลเป็นผู้มีความรู้และประสบการณ์ ได้รับการฝึกอบรมให้มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต และ การใช้เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยเป็นอย่างดี 2) ลักษณะของผู้ให้ความช่วยเหลือ (Helpgiver traits/attributions) ที่ตระหนัก และสนองตอบต่อความรู้สึก จุดแข็ง และข้อจำกัดของครอบครัวที่มีความแตกต่างกัน มีการพูดคุย รับฟังปัญหา ความต้องการ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว การให้ข้อมูลที่แท้จริง การช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตโดยยึดตามรูปแบบการดูแลแบบมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันทางการพยาบาลของเคอร์เลย์ (Nursing Mutual Participation Model of Care) (Curley, 1988 as cited in Kuntaros et al., 2007) การมีส่วนร่วมของครอบครัว (Participatory involvement) โดยที่เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีทางเลือก ด้วยการให้ข้อมูลที่เหมาะสมสำหรับการตัดสินใจ มีการประสานความร่วมมือระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพ เปิดโอกาสให้ครอบครัวมีบทบาทมากขึ้น และมีส่วนร่วมโดยการนำสิ่งที่ได้วางแผนหรือตัดสินใจเลือกไปปฏิบัติ ประเด็นนี้ นำไปสู่การจัดกิจกรรมหลักใน 3 ด้านคือ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการตัดสินใจ และด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วย องค์ประกอบต่าง ๆ ทั้ง 3 ด้านตามแนวคิดของการปฏิบัติการให้ความช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Helpgiving Practices) นี้ สามารถอธิบายความหมายโดยเทียบเคียงได้กับองค์ประกอบต่าง ๆ ตามหลักแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยเด็กโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งได้จัดรูปแบบการดูแลดังกล่าวนี้ให้กับมารดาและครอบครัวของผู้ป่วยเด็กวิกฤตในกลุ่มทดลองเป็นเวลา 4 วันติดต่อกัน

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.22, p < .001$ และ $t = -2.875, p < .01$ ตามลำดับ) ซึ่งการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การนำแนวคิดนี้ไปใช้ให้ประสบความสำเร็จ บุคลากรสุขภาพจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในหลักการและองค์ประกอบต่าง ๆ ตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางอย่างชัดเจน รวมทั้งได้รับการสนับสนุนที่ดีในระดับนโยบายจากหน่วยงานให้มีความยืดหยุ่นและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานของบุคลากร

ดังนั้น ด้วยจุดเริ่มต้นจากประสบการณ์ในการทำงานซึ่งพบเห็นปัญหาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต นำมาสู่การทบทวนวรรณกรรมเพื่อทำความเข้าใจในประเด็นปัญหา รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือด้วยวิธีการต่าง ๆ ทำให้ทราบว่า การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต โดยการให้ความรู้และคำแนะนำอย่างถูกต้อง การแลกเปลี่ยนข้อมูลซึ่งกันและกันระหว่างทีมสุขภาพและผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลได้มีทางเลือก

ต่าง ๆ ที่ชัดเจนในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย และเตรียมผู้ดูแลให้ได้รับการฝึกทักษะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามกลไกของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจและความมั่นใจในการดูแล น่าจะเป็นวิธีการหนึ่งที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงสำหรับผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างในหน่วยงาน ภายใต้หลักการหรือองค์ประกอบที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน อันจะนำไปสู่การเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจของทีมสุขภาพในการทำงานร่วมกับครอบครัว และการปรับเปลี่ยนนโยบายต่าง ๆ ในระดับหน่วยงานเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตไปสู่รูปแบบของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care) ในโอกาสต่อไป

สำหรับการศึกษารุ่นนี้ได้นำรูปแบบกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ได้บูรณาการขึ้นมาใช้ เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้ได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ฝึกทักษะที่ดีและสร้างความเชื่อมั่นในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยผ่านกลไกการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) สำหรับการประยุกต์ใช้กลไกต่าง ๆ ตามแนวคิดทฤษฎีเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตจะได้กล่าวในรายละเอียดต่อไป

การประยุกต์ใช้กลไกการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

บทสรุปจากการทบทวนวรรณกรรม ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในประเด็นปัญหา และวิธีการต่าง ๆ เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหามากขึ้น สามารถสรุปและสังเคราะห์ความรู้ที่ได้ นำมาประยุกต์เป็นโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยให้มีความเหมาะสมกับบริบทคือกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล รวมทั้งสถานที่ปฏิบัติงาน โดยจัดให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตได้มีกระบวนการเรียนรู้เพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ผ่านแหล่งข้อมูลหรือกลไกสำคัญ 4 แหล่ง ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) 2) การได้สังเกตตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) 3) การพูดคุยกายในขอบเขตของความเป็นจริงเพื่อให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (verbal persuasion) และ 4) การได้รับการส่งเสริมภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) อย่างเหมาะสม เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต เกิดความเชื่อมั่นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยได้ประยุกต์เอากลไกการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลที่สำคัญทั้ง 4 แหล่งนี้ให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตได้มี

ประสบการณ์หรือการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้มีความเป็นไปได้อย่างจริงในทางปฏิบัติ กล่าวคือ

1. การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) โดยมีการประเมินความพร้อมทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่จะส่งผลต่อการเรียนรู้ และความตั้งใจในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรม รวมถึงดูแลให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อนอย่างเหมาะสมเพื่อลดความตึงเครียดและเหนื่อยล้า

2. การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) โดยผู้วิจัยสอน และสาธิตทักษะให้กับผู้ดูแลผ่านกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้านต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ทักษะด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ได้แก่ การได้รับหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเด็ก การสอบถามและการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การได้รับการแจ้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา การเป็นผู้ให้ข้อคิดเห็น การร้องขอ การต่อรองและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ตามความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย

2.2 ทักษะด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กอาบน้ำเช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน การดูแลให้ได้รับอาหาร การจดบันทึกจำนวนปัสสาวะ อุจจาระในแต่ละวัน และการป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (การเลื่อนหลุดของท่อ ข้อต่อและสายต่าง ๆ จากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้ การตกเตียง การเกิดแผลและแผลกดทับ)

2.3 ทักษะด้านการดูแลทางจิตสังคม ทั้งในส่วนของผู้ป่วยเด็กเองและผู้ดูแลซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีเกี่ยวข้องและส่งผลซึ่งกันและกัน ได้แก่ ความเข้าใจในพฤติกรรมตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยเด็ก การปลอบโยนแสดงความรัก การห่อถ้อม การเล่นนิทานและการให้ของเล่นแก่ผู้ป่วยเด็ก การเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเด็กก่อนจะได้รับกิจกรรมต่าง ๆ และการอยู่กับผู้ป่วยเด็กกระหว่างมีกิจกรรมการรักษาพยาบาล (การวัดไข้ การวัดความดันโลหิต การดูดเสมหะ การเจาะเลือดปลายนิ้วหรือส้นเท้า) การมีโอกาสนในการพักผ่อนและการระบายความวิตกกังวล

3. การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) โดยผู้ดูแลได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในด้านต่าง ๆ ด้วยหุ่นเด็กจนเกิดความชำนาญ ก่อนจะนำทักษะความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพ โดยผู้วิจัยให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด และการทบทวนประสบการณ์หรือทักษะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่ได้รับ

4. การพูดคุยในขอบเขตความเป็นจริงเพื่อให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (verbal persuasion) เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้นำเอาศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่มาใช้ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

โดยในทางปฏิบัติ ผู้ดูแลแต่ละรายอาจได้รับประสบการณ์จากกิจกรรมย่อยในแต่ละที่ ด้านแตกต่างกัน ทั้งนี้ เพื่อให้สอดคล้องตามแผนการรักษา ลำดับความสำคัญของปัญหาที่มีอยู่ ความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเป็นสำคัญ แต่ยังคงไว้ซึ่งเนื้อหาและวิธีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยทุกประการ

จากการสังเคราะห์ความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มาสู่การประยุกต์ใช้กลไกการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่านกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดังที่ได้กล่าวไปแล้วนั้น นอกจากจะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กตามที่ปรารถนาแล้ว วิธีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในโปรแกรม ยังช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่ถูกต้องทั้งในขณะนี้และโอกาสต่อไป เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพ และผู้ป่วยเด็กก็คือนุคคลสำคัญที่จะได้รับประโยชน์มากที่สุด นอกจากนี้ การให้บริการพยาบาลในรูปแบบดังกล่าวยังมีความชัดเจนต่อผู้ปฏิบัติงาน เป็นวิธีการซึ่งไม่ยุ่งยากซับซ้อนที่จะทำให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลได้รับการตอบสนองตามความคาดหวังลดปัญหาหรือช่องว่างของการให้บริการ และเพิ่มประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัวให้ดียิ่งขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ (pretest and posttest design with a comparison group) เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดและวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 และเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์เฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างให้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion sampling criteria)

1. บิดา มารดา หรือญาติใกล้ชิด ที่ระบุว่าจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันแรก ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้ป่วยมีสภาวะทางระบบการไหลเวียนโลหิตโดยทั่วไปคงที่ (hemodynamic stable) และผู้วิจัยได้พิจารณาพร้อมกับแพทย์เจ้าของไข้แล้วว่าสามารถให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลได้
2. ผู้ดูแลเป็นบุคคลซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเด็กอยู่เดิมก่อนเกิดการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และสามารถอยู่ร่วมดูแลและค้างคืนกับผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาลได้
3. ผู้ดูแลสามารถพูดจาสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย
4. ผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมโครงการโดยการลงนามและคาดว่าจะสามารถเข้าร่วมในการวิจัยได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion sampling criteria)

1. ผู้ดูแลที่ไม่สามารถอยู่ร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาลและเข้าร่วมในการวิจัยได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีสภาวะทางระบบการไหลเวียนโลหิตไม่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เลวลง

3. ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างมีการจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตามภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยอ้างอิงการศึกษาที่มีความใกล้เคียงของสุพัตรา กันธะรส และคณะ (Kuntaros et al., 2007) ซึ่งศึกษาผลของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรและความพึงพอใจของมารดาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต โดยใช้ค่าคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรของมารดาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 89.7 (SD = 8.0) และ 70.4 (SD = 16.5) ตามลำดับ มาใช้ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของกลาส (Glass, 1976 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2550)

$$d = \frac{\bar{X}_E - \bar{X}_C}{S.D._C} = \frac{89.7 - 70.4}{16.5} = 1.17$$

เมื่อ	d	=	ขนาดอิทธิพล
	$\bar{X}_E$	=	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง
	$\bar{X}_C$	=	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม
	S.D. _C	=	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size: d) ได้เท่ากับ 1.17 แต่เพื่อให้เป็นตัวแทนที่ดี และสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากร จึงลดขนาดอิทธิพลโดยกำหนดอยู่ที่ 0.8 ให้อำนาจการทดสอบที่ 80% และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แบบสมมติฐานทางเดียว (one-tailed) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 20 คน (Cohen, 1988) โดยผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด (inclusion sampling criteria) เข้าเป็นกลุ่มควบคุมและเก็บรวบรวมข้อมูลจนแล้วเสร็จ จึงดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอีก 20 คนเข้าเป็นกลุ่มทดลอง ทั้งนี้ โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการให้การ จัดกระทำ (intervention) แก่กลุ่มตัวอย่าง และเพื่อป้องกันซึ่งการพบเห็นและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลระหว่างกลุ่มตัวอย่าง (contaminated) รวมทั้งใช้วิธีการจับคู่ (match paired) ด้วยแบบแผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (ใช้หรือไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ) และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลแต่ละกลุ่ม (ครั้งแรกหรือตั้งแต่สองครั้งขึ้นไป) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะที่เท่าเทียมกันมากที่สุด (พิสมัย อรทัย, 2551; Mann, 2001)

สถานที่เก็บข้อมูล

สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 รับผู้ป่วยเด็ก 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยเด็ก ศัลยกรรมภายหลัง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จนถึงอายุ 9 ปี ผู้ป่วยเด็กอายุรกรรมประเภทสามัญ อายุ 5-15 ปี จำนวน 30 เตียง รวมห้องแยกสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจำนวน 3 ห้อง และผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอายุ 5-15 ปี จำนวน 4 เตียง สำหรับหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 รับผู้ป่วยเด็ก 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กอายุรกรรมประเภทสามัญภายหลัง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด จนถึงอายุ 4 ปี จำนวนรวม 30 เตียง และห้องแยกสำหรับผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต จำนวน 4 เตียง แต่ละหอผู้ป่วย สามารถที่จะรับเพิ่มได้ หากมีผู้ป่วยในจังหวัดใกล้เคียงจำเป็นต้องได้รับการส่งตัวมารักษาต่อ ซึ่งสถิติของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 ในปี 2550-2551 อยู่ที่ 454 คน ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบหายใจโดยตรงและอื่น ๆ ได้แก่ โรคปอดอักเสบ โรคหัวใจและหลอดเลือด การติดเชื้อในกระแสเลือด โรคทางสมองและศัลยกรรมทั่วไปตามลำดับ

ด้านการรักษาพยาบาล แต่ละหอผู้ป่วยมีกุมารแพทย์ประจำเดือนละ 1 คน ในแต่ละวัน แบ่งเป็น 3 เวร เวรละ 8 ชั่วโมง มีแพทย์เวรซึ่งตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วย 1 คน แพทย์ใช้ทุน 1 คน และ นักศึกษาแพทย์ 1 คน เวรเข้ามีพยาบาลประจำการ 6 คน (วันหยุดราชการ 4 คน) ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 4 คน (วันหยุดราชการ 3 คน) คนงาน 2 คน (วันหยุดราชการ 1 คน) เวรบ่ายและเวรดึก มีพยาบาล ประจำการ 4 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน คนงานประจำถึง 20.00 น. 1 คน อัตรากำลังของพยาบาลที่ ให้การดูแลผู้ป่วยทั้งหมดในแต่ละเวรคือ 1: 2 โดยมีพยาบาลซึ่งได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบ หลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในแต่ละเวร (Incharge) อย่างน้อย 1 คน พยาบาลประจำการจะ ให้การดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาและแผนการมอบหมายงานในแต่ละเวร ไม่มีโครงการใด ๆ ที่ จัดให้กับผู้ดูแลเพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอย่างมีแบบ แผนชัดเจน หน่วยงานอนุญาตให้ญาติผู้ป่วยเข้าเยี่ยมตั้งแต่เวลา 12.00 - 20.00 น. และเปิดโอกาสให้มี ผู้ดูแลหนึ่งคนอยู่ดูแลผู้ป่วยเด็กได้ตลอด 24 ชั่วโมง และมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กได้โดยส่วนหนึ่ง ตามดุลยพินิจของแพทย์และพยาบาลผู้รับผิดชอบดูแล ซึ่งตามปกติก็จะมีผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคนอยู่ เฝ้าผู้ป่วยในหอผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงเช่นเดียวกัน แพทย์และพยาบาลจะแจ้งข้อมูลให้ผู้ดูแลทราบ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การตรวจรักษา แพทย์เจ้าของไข้ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ในการตรวจรักษาผู้ป่วย ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับหอผู้ป่วยรวมไปถึงข้อมูลด้านค่ารักษาพยาบาล

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1. โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สำหรับการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้วยความมั่นใจ และมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง ภายในขอบเขตที่ผู้ดูแลพึงกระทำได้และมีความปลอดภัยสำหรับผู้ดูแล ประกอบด้วย การค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละรายเพื่อให้การช่วยเหลือและจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมให้เหมาะสม ให้ข้อมูลความรู้ที่ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (ผู้วิจัย) และมีประสบการณ์ความสำเร็จในการทำกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของตัวเอง รวมทั้งการชื่นชมเสริมแรงเพื่อให้เกิดกำลังใจ ประเมิน และดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเรียนรู้ตามกลไกของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยจะอาศัยแผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นแนวทางในการดำเนินการ สำหรับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีรายละเอียดดังต่อไปนี้คือ

วันที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและลดความวิตกกังวล (เวลาประมาณ 45 นาที)

1) ผู้วิจัยเริ่มต้นการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหา และความต้องการการช่วยเหลือในเบื้องต้นของผู้ดูแล ภายหลังผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตแล้ว โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกเล่าเกี่ยวกับความรู้สึกปัญหาที่ประสบ ความต้องการการช่วยเหลือ รวมทั้งการสอบถามในเรื่องที่สงสัย

2) ผู้วิจัยรับฟังปัญหาและความรู้สึกที่ผู้ดูแลบอกเล่า ให้ข้อมูล และตอบข้อซักถามของผู้ดูแลเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ดูแลได้เข้าใจในปัญหาและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่มากขึ้น เช่น ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการและสภาพทั่วไปของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต สภาพแวดล้อม และบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วย

3) ผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือในเบื้องต้นร่วมกับผู้ดูแลให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในการประสานงาน หากปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือนั้นมีความจำเป็นต้องติดต่อเจรจากับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล หน่วยให้คำปรึกษา และสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น

4) ผู้วิจัยขอนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสมกับผู้ดูแล โดยพิจารณาจากความพร้อมของผู้ดูแลร่วมกับแผนการรักษาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ เพื่อพูดคุยในรายละเอียดและทำกิจกรรมต่อไปในโปรแกรม หากปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือนั้นเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่ได้ประเมินและสรุปประเด็นร่วมกัน

5) ผู้วิจัยให้คู่มือ “การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต” แก่ผู้ดูแล เพื่อใช้ศึกษาทำความเข้าใจเพิ่มเติมก่อน ระหว่าง และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วันที่ 2 กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแล พูดคุยสอบถามเพื่อประเมินความพร้อมของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในโปรแกรม (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที)

2) ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ของผู้ดูแล โดยระบุประเด็นปัญหารวมถึงความต้องการการช่วยเหลือที่ได้สรุปร่วมกันในกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินความต้องการการช่วยเหลือกับผู้ดูแลอีกครั้ง เพื่อดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการ (ใช้เวลาประมาณ 10 นาที)

3) ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ซึ่งเป็นกิจกรรมเพิ่มทักษะหลัก ให้แก่ผู้ดูแลใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน และด้านการดูแลทางจิตสังคม แต่ละด้านประกอบด้วยกิจกรรมย่อยซึ่งครอบคลุมกิจกรรมหรือเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลมักประสบเมื่อเข้าโรงพยาบาล ซึ่งเป็นข้อมูลความรู้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ในทางปฏิบัติ การจัดเรียงลำดับกิจกรรมและการทำกิจกรรมย่อยในแต่ละด้านอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัญหาที่มีอยู่ แผนการรักษา และความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย แต่ยังคงไว้ซึ่งเนื้อหาและกลไกของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยทุกประการ ผู้ดูแลได้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละด้านและทำกิจกรรมย่อยบางส่วนตามความเหมาะสมของเวลาและสอดคล้องกับปัญหาที่มีอยู่ในขณะนั้น ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อทบทวนประสบการณ์ที่ได้รับและเพิ่มเติมกิจกรรมอื่น ๆ ให้กับผู้ดูแลในวันต่อไป สำหรับกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตแต่ละด้านประกอบด้วยกิจกรรมย่อยต่าง ๆ ดังนี้

3.1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ได้แก่ การได้รับหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยเด็ก การสอบถามและการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การได้รับการแจ้งเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับอาการและแผนการรักษา การเป็นผู้ให้ข้อคิดเห็น การร้องขอ การต่อรองและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล (ใช้เวลาประมาณ 45 นาที) โดยมีวิธีการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ดูแลดังนี้คือ

3.1.1) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จหรือปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ดูแลแต่ละราย

3.1.2) ผู้วิจัยให้ความรู้ คำแนะนำ และสาธิตทักษะต่าง ๆ ในกิจกรรมของการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ (vicarious experience) ในกิจกรรมย่อยที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย

3.1.3) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และสาธิตย้อนกลับในทักษะด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ (enactive mastery experience)

3.1.4) ผู้วิจัยกล่าวแสดงความชื่นชม และให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในการฝึกทักษะปฏิบัติ (verbal persuasion)

3.1.5) ผู้วิจัยมีการส่งเสริมสภาวะทางด้านสรีระและอารมณ์ของผู้ดูแล (physiological and affective states) ทั้งก่อนและระหว่างกิจกรรม และยุติการดำเนินกิจกรรมชั่วคราวเมื่อประเมินพบว่าผู้ดูแลไม่พร้อม เกิดความไม่มั่นใจหรือรู้สึกเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักอย่างเหมาะสมและพร้อมสำหรับการทำกิจกรรมต่อไปประสบความสำเร็จ

3.2) ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กอาบน้ำ เช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน การดูแลให้ได้รับอาหาร การจดบันทึกจำนวนปัสสาวะ อุจจาระในแต่ละวัน และการป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ (การเลื่อนหลุดของท่อ ข้อต่อ และสายต่าง ๆ จากอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้ การตกเตียง การเกิดแผลและแผลกดทับ) (ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง) โดยมีวิธีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ดูแลดังนี้คือ

3.2.1) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับความสำเร็จหรือปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับกิจกรรมด้านการดูแลพื้นฐาน เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการที่แตกต่างกันของผู้ดูแลแต่ละราย

3.2.2) ผู้วิจัยให้ความรู้ คำแนะนำ และสาธิตทักษะต่าง ๆ ในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน (vicarious experience) ในกิจกรรมย่อยที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย

3.2.3) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็น ชักถามข้อสงสัย และสาธิตย้อนกลับในทักษะด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน (enactive mastery experience) โดยใช้หุ่นเด็กก่อนการสาธิตจริงกับตัวผู้ป่วย ในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กอาบน้ำ เช็ดตัว การเปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าปูที่นอน การดูแลให้ได้รับอาหาร รวมถึงการป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่สอดคล้องตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย

3.2.4) ผู้วิจัยกล่าวแสดงความชื่นชม และให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในการฝึกทักษะปฏิบัติ (verbal persuasion)

3.2.5) ผู้วิจัยมีการส่งเสริมสภาวะทางด้านสรีระและอารมณ์ของผู้ดูแล (physiological and affective states) ทั้งก่อนและระหว่างทำกิจกรรม ยุติการดำเนินกิจกรรมชั่วคราวเมื่อประเมินพบว่าผู้ดูแลไม่พร้อม เกิดความไม่มั่นใจหรือรู้สึกเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักอย่างเหมาะสมและพร้อมสำหรับการทำกิจกรรมต่อไปให้ประสบความสำเร็จ

3.3) ด้านการดูแลทางจิตสังคม ได้แก่ พฤติกรรมการตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยเด็ก การปลอบโยนแสดงความรัก การห่อหุ้ม การเล่นนิทานและการให้ของเล่นแก่ผู้ป่วยเด็ก การเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเด็กก่อนจะได้รับกิจกรรมต่าง ๆ การอยู่กับผู้ป่วยเด็กระหว่างมีกิจกรรมการรักษายาบาล (การวัดไข้ การวัดความดันโลหิต การดูดเสมหะ การเจาะเลือดปลายนิ้วหรือส้นเท้า) รวมถึงการมีโอกาสนในการพักผ่อน และการระบายความวิตกกังวล (ใช้เวลาประมาณ 45 นาที) วิธีการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ดูแลมีดังนี้คือ

3.3.1) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก และบอกเล่าถึงความต้องการด้านการดูแลทางจิตสังคม เพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล

3.3.2) ผู้วิจัยให้การช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ และวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ดูแล

3.3.3) ผู้วิจัยให้ความรู้ ความเข้าใจ และฝึกทักษะเพิ่มเติมในกิจกรรมย่อยต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กแต่ละราย (vicarious experience)

3.3.4) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย และมีโอกาสนในการสาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับทักษะด้านการดูแลทางจิตสังคม (enactive mastery experience)

3.3.5) ผู้วิจัยกล่าวแสดงความชื่นชมและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในการฝึกทักษะปฏิบัติ (verbal persuasion)

3.3.6) ผู้วิจัยมีการส่งเสริมสภาวะทางด้านสรีระและอารมณ์ของผู้ดูแล (physiological and affective states) ทั้งก่อนและระหว่างทำกิจกรรม ยุติการดำเนินกิจกรรมชั่วคราวเมื่อประเมินพบว่าผู้ดูแลไม่พร้อม เกิดความวิตกกังวลหรือรู้สึกเหนื่อยล้า เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักอย่างเหมาะสมและพร้อมสำหรับการทำกิจกรรมต่อไปให้ประสบความสำเร็จ

4) ภายหลังจากการที่ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในกิจกรรมเพิ่มทักษะหลัก ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็น ซักถามข้อ

สงสัย และมีโอกาสใช้ทักษะความรู้ที่ได้รับ ไปปฏิบัติจริงในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพในหอผู้ป่วย (enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด

5) ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันกำหนดกิจกรรมต่อไป และนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำกิจกรรม

วันที่ 3 กิจกรรมการทบทวนและเพิ่มเติมประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต (ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง)

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแล และประเมินความพร้อมของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (physiological and affective states)

2) ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ และโอกาสในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในวันที่สอง โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกเล่าและทบทวนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กร่วมกับทีมสุขภาพ (enactive mastery experience)

3) ผู้วิจัยช่วยเหลือผู้ดูแลทบทวนประสบการณ์ในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่ผ่านมา โดยปรับแก้ทักษะความรู้ในส่วนที่ยังไม่ถูกต้องและให้กำลังใจ กล่าวแสดงความชื่นชมเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ (vicarious experience & verbal persuasion)

4) ผู้วิจัยให้ความรู้ คำแนะนำ สาธิตทักษะต่าง ๆ เพิ่มเติม และผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมของการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้านต่าง ๆ ตามปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ (vicarious experience) โดยใช้กลไกเสริมสร้างการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน

5) ประเมินความมั่นใจของผู้ดูแล หรือปัญหาที่ยังคงมีอยู่ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ

6) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้นำความรู้ และทักษะปฏิบัติที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพ (enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือและดูแลอย่างใกล้ชิด

7) ผู้วิจัยและผู้ดูแลร่วมกันกำหนดกิจกรรมและนัดหมายช่วงเวลาที่เหมาะสมสำหรับการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป

วันที่ 4 กิจกรรมการทบทวนและเพิ่มเติมประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต (ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง)

1) ผู้วิจัยกล่าวทักทายผู้ดูแล และประเมินความพร้อมของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (physiological and affective states)

- 2) ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ และโอกาสในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมของวันที่ 3 โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลบอกเล่าและทบทวนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กร่วมกับทีมสุขภาพ (enactive mastery experience)
- 3) ผู้วิจัยช่วยเหลือผู้ดูแลทบทวนประสบการณ์ในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่ผ่านมา โดยมีปรับแก้ทักษะความรู้ในส่วนที่ยังไม่ถูกต้องและให้กำลังใจ กล่าวแสดงความชื่นชมเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้สำเร็จ (vicarious experience & verbal persuasion)
- 4) ผู้วิจัยให้ความรู้ คำแนะนำ สาธิตทักษะต่าง ๆ เพิ่มเติม และผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมของการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้านต่าง ๆ ตามปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือที่ได้จากการประเมิน (vicarious experience) โดยใช้กลไกเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
- 5) ประเมินความมั่นใจของผู้ดูแลหรือปัญหาที่ยังคงมีอยู่ภายหลังจากเข้าร่วมกิจกรรม และให้การช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ
- 6) เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้นำความรู้ และทักษะปฏิบัติที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพ (enactive mastery experience) โดยผู้วิจัยให้ความช่วยเหลือและดูแลอย่างใกล้ชิด
- 7) ผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ดูแลทราบเมื่อสิ้นสุดการดำเนินโปรแกรม และขอนัดหมายช่วงเวลาในการตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

2. แผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (ภาคผนวก ก)

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต มีเนื้อหาซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ คำแนะนำ การสอนสาธิตและช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีโอกาสฝึกทักษะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ตามกลไกในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบบดรูททั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นหรือการได้เห็นตัวแบบ (vicarious experience) การได้รับคำพูดชื่นชมและเสริมแรงภายในขอบเขตความเป็นจริงเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (verbal persuasion) รวมทั้งมีการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ให้มีความพร้อม (physiological and affective states) ผ่านกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตใน 3 ด้าน คือ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐานและด้านการดูแลทางจิตสังคมที่ผู้วิจัยบูรณาการความรู้จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย

เด็ก โดยพิจารณาจากความต้องการของผู้ป่วยเด็ก ความเหมาะสมตามความสามารถที่ผู้ดูแลจะ
กระทำได้และความปลอดภัยของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเป็นสำคัญ มีการทบทวนประสบการณ์ที่
ได้รับการเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละครั้ง และเพิ่มเติมทักษะความรู้ใหม่ตามความต้องการของ
ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล ซึ่งในสถานการณ์จริงของการดำเนินการ ประโยชน์ในการสนทนา การใช้คำถาม
การกระตุ้นเพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็น กิจกรรมย่อยทั้งหมดในแต่ละด้าน รวมทั้งการจัด
เรียงลำดับกิจกรรมต่าง ๆ มีการปรับใช้เพื่อให้สอดคล้องตามแผนการรักษา ลำดับความสำคัญของ
ปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย แต่ยังคงไว้ซึ่งเนื้อหาและกลไกการ
เสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดทฤษฎีทุกประการ

3. คู่มือ “การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต” (ภาคผนวก ข)

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนจากหนังสือ งานวิจัยและวรรณกรรมที่
เกี่ยวข้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ร่วมกับการให้ข้อมูลเบื้องต้นในขั้นตอนการเตรียมความพร้อมของ
ผู้ดูแลเพื่อเข้าร่วมโปรแกรม และเพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้ดูแลในการใช้คู่มือดังกล่าวนี้ ศึกษาและทำ
ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต และกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตทั้ง
ก่อน ระหว่าง และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วยประเด็นสำคัญคือ ที่มาและความสำคัญ
ของโปรแกรม และความรู้เบื้องต้นของผู้ดูแลในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

4. แบบบันทึกเหตุการณ์ (ภาคผนวก ค)

ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้บันทึกปัญหาของผู้ดูแล
กิจกรรมการให้ความช่วยเหลือ และเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการทดลองและเก็บ
รวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินโปรแกรมในแต่ละวันและเป็นประโยชน์สำหรับการ
อภิปรายและสรุปผลการวิจัย ประกอบด้วย วันเวลาที่ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล
ปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล กิจกรรมหรือการช่วยเหลือที่ได้รับ
จากผู้วิจัย วันเวลาและกิจกรรมที่นัดหมายร่วมกันในครั้งต่อไป รวมทั้งเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้น
ระหว่างดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลซึ่งอาจส่งผลต่อการวิจัย เช่น การเปลี่ยนแพทย์
ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กแต่ละราย การขอยุติการเข้าร่วมวิจัยของผู้ดูแลด้วยสาเหตุต่าง ๆ และโครงการหรือ
โปรแกรมอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นต้น

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยได้จัดเตรียมโปรแกรมและแผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างการ
รับรู้สมรรถนะแห่งตน คู่มือ “การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต” และแบบบันทึกเหตุการณ์ที่
ได้พัฒนาขึ้นนี้ เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (ภาคผนวก ง) ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้
ความเชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัว 1 ท่าน ผู้ตรวจการพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญการ

พยาบาลหอผู้ป่วย ไอ.ซี.ยู. เด็ก จำนวน 2 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านระบบหายใจในเด็ก 1 ท่าน และกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต 1 ท่าน ในการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และพิจารณาสำนวนภาษา นำข้อเสนอแนะที่ได้รับจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นปรนัย ความชัดเจนของเนื้อหาภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่างเพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป (ภาคผนวก ง) ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ประกอบด้วย

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในครั้งนี้

2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ อายุ วัน เวลาและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษากลายเป็นผู้ป่วยวิกฤต การวินิจฉัยโรค แบบแผนการรักษา การได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาคลายกล้ามเนื้อ และการใส่ท่อหรือสายต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย

2. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

(ภาคผนวก จ) ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรที่สร้างโดยสุพัตรา กันธะรส และคณะ (Kuntaros et al., 2007) ซึ่งใช้ประเมินเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร โดยใช้หลักการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประเมินผลในแต่ละข้อโดยมารดาผู้ป่วยเด็กในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้วยการวัดระดับความเชื่อมั่นของตนเองในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร (self-efficacy scale) ตามแนวคิดทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยเริ่มจาก 0 คือ ไม่มั่นใจเลยว่าจะทำได้ (not confident at all to do) ไปจนถึง 100 เปอร์เซนต์ คือ มั่นใจเต็มที่ว่าจะทำได้อย่างแน่นอน (certainly confident to do) แบบประเมินดังกล่าวประกอบด้วย 22 ข้อใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการตัดสินใจ และด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแล ซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการระดมสมอง (brain storming) ของพยาบาลวิชาชีพ ผู้ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.กุมาร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มีการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน และหาค่าความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับมารดาผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู.กุมาร โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าจำนวน 15 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .75

ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้โดยปรับสำนวนภาษาให้มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จากเดิมคือมารดา มาเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ปรับจำนวนข้อและกิจกรรมย่อยในแต่ละข้อให้มีความสอดคล้องครอบคลุมตามกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติในโปรแกรม ซึ่งเป็นการจัดกระทำ (intervention) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบบประเมินนี้มีทั้งหมด 20 ข้อ ครอบคลุมใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ (ข้อ 1-9) 2) ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน (ข้อ 10-15) และ 3) ด้านการดูแลทางจิตสังคม (ข้อ 16-20)

ลักษณะของคำตอบ เป็นการวัดระดับความเชื่อมั่นของตนเองในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต โดยเริ่มจาก 0 คือ ไม่สามารถทำได้เลย ไปจนถึงสามารถทำได้แน่นอน คือ 100 เปอร์เซนต์ คะแนนรวมที่ได้จะนำมาคิดเป็นคะแนนเฉลี่ยเพื่อนำไปวิเคราะห์ตามหลักการทางสถิติต่อไป คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีความมั่นใจหรือมีการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตสูง

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ตรวจสอบเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เช่นเดียวกันกับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โดยพิจารณาความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษา จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และได้ทำการตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหาสำหรับแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเป็นลำดับต่อไป

การตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา (Reliability)

ตรวจสอบความเที่ยงของเนื้อหา โดยวิธีวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ภายหลังการนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่มีลักษณะเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา จำนวน 10 ราย เพื่อวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .90 และภายหลังนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 40 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ข)

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเพื่อพิจารณา และดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติ การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เริ่มจากการแนะนำตัวของผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด และในระหว่างการศึกษา หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยต่อจนครบตามกำหนดเวลา สามารถขอยกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล เช่นเดียวกัน และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้เป็นความลับ นำเสนอข้อมูลต่าง ๆ ในภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุล ผู้วิจัยให้เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย (Participant Information Sheet) เพื่อทำความเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในหนังสือยินยอมให้ทำการวิจัย ภายหลังได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยแบ่งเป็น 2 ระยะดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง

1.1 เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการให้และรับคืนแบบประเมินจากผู้ดูแล คัดเลือกผู้ช่วยวิจัยจากพยาบาลวิชาชีพ ปฏิบัติงานในฐานะพยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต มีความรู้ความเข้าใจในบริบทของกลุ่มตัวอย่างและสถานที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีการทบทวนองค์ความรู้ แนวคิดทฤษฎี ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการซักซ้อมทำความเข้าใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัยก่อนจะดำเนินการทดลอง

1.3 ผู้วิจัยได้ดำเนินการในการขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีและคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย ภายหลังได้รับการอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ผู้ตรวจการแผนกกุมารเวชกรรมและหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการทดลองกับผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion sampling criteria) ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี โดยผู้วิจัยได้ขอพบผู้ดูแลในวันแรกที่ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษ เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ ในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับความยินยอม จึงให้ผู้ดูแลลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed consent form) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนแล้วเสร็จ แล้วจึงดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันแรกที่ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษ โดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแลตอบคือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต หลังจากนั้นผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กจะได้รับการพยาบาลปกติ โดยผู้วิจัยบันทึกเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ตั้งแต่วันแรกที่เริ่มเก็บข้อมูลจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ดูแลแต่ละราย เพื่อเป็นข้อมูลและประโยชน์สำหรับการอภิปรายและสรุปผลการวิจัย และผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นครั้งที่สองโดยแจกแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตให้ผู้ดูแลตอบอีกครั้งในวันที่ห้าของการเข้ารับการรักษ ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุม โดยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองไม่เกินคราวละ 2 ราย เมื่อแล้วเสร็จจึงดำเนินการในรายต่อไป ซึ่งผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันแรกที่ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษ โดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแลตอบคือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเช่นเดียวกับผู้ดูแลกลุ่มควบคุม หลังจากนั้นผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กก็จะได้รับการพยาบาลตามปกติจากทีมสุขภาพของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมร่วมกับการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยอาศัยแผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นแนวทางในการดำเนินการเพื่อเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะ

วิฤตร่วมกับการบันทึกเหตุการณ์ในแต่ละวันระหว่างการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้คือ

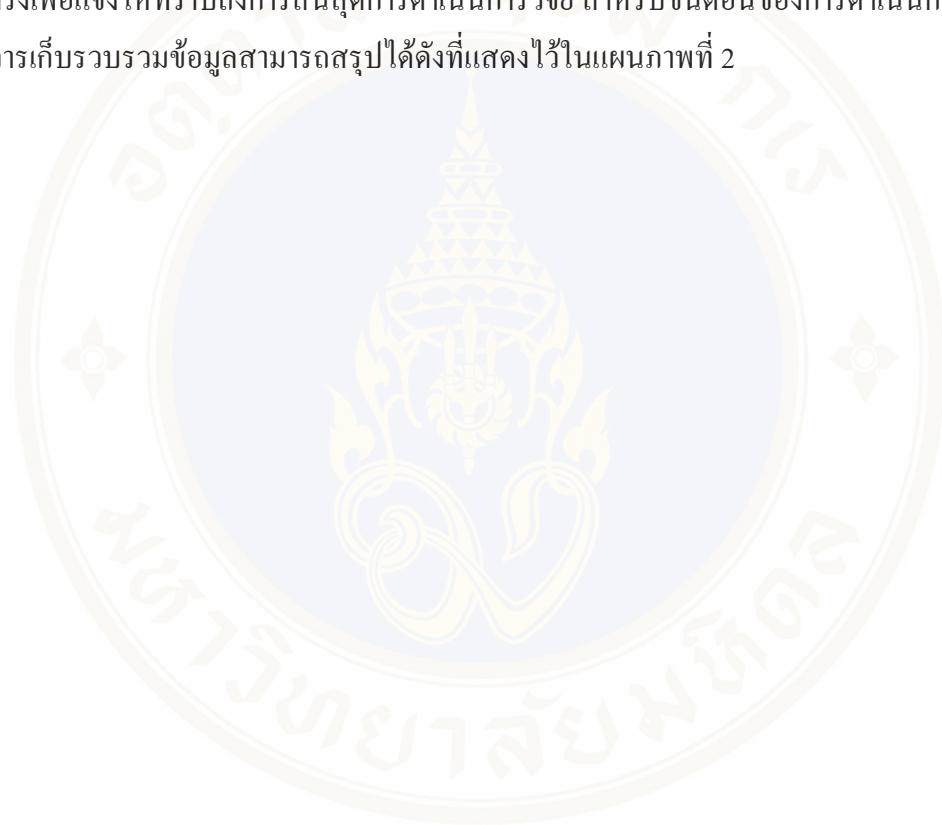
วันที่ 1 (วันแรกของการเข้ารับการรักษา) ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและลดความวิตกกังวลซึ่งเป็นกิจกรรมเริ่มต้นในโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล ประเมินปัญหาความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลเพื่อวางแผนให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น ลดความเครียด ความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจในปัญหาและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที หรือยืดหยุ่นตามความเหมาะสม ภายหลังการประเมินและสรุปประเด็นปัญหาร่วมกัน และดำเนินการช่วยเหลือผู้ดูแลในเบื้องต้นแล้ว ผู้วิจัยได้นัดหมายช่วงเวลาร่วมกับผู้ดูแลเพื่อพูดคุยในรายละเอียดและทำกิจกรรมต่อไปในโปรแกรม

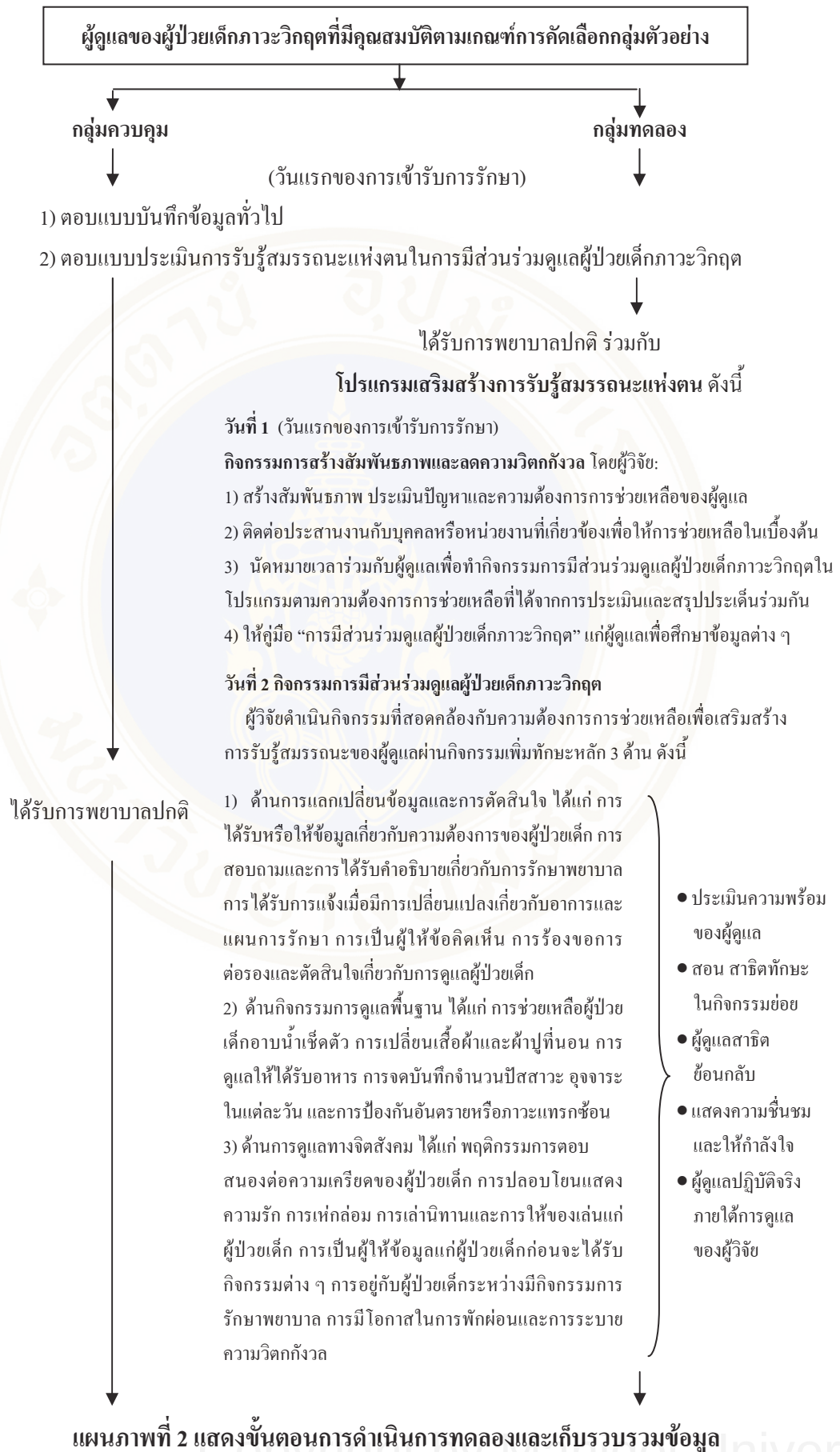
วันที่ 2 ผู้วิจัยพบกับผู้ดูแลตามที่นัดหมายกันไว้ ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ทบทวนประเด็นปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือที่ได้สรุปร่วมกัน ในกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลอีกครั้ง ก่อนดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิฤตแต่ละด้านให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ แต่ละด้านใช้เวลาประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง จัดเรียงลำดับการทำกิจกรรมและกิจกรรมย่อยในแต่ละด้านให้สอดคล้องกับปัญหา แผนการรักษา และความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย ซึ่งผู้ดูแลแต่ละรายได้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละด้านและทำกิจกรรมย่อยบางส่วนตามช่วงเวลาที่เหมาะสมและสถานการณ์จริงในขณะนั้น ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อทบทวนประสบการณ์ที่ได้รับ และเพิ่มเติมกิจกรรมอื่น ๆ ให้กับผู้ดูแลในวันต่อไป ภายหลังการทำกิจกรรม ผู้วิจัยและผู้ดูแลได้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมและนัดหมายช่วงเวลาสำหรับกิจกรรมในครั้งต่อไป

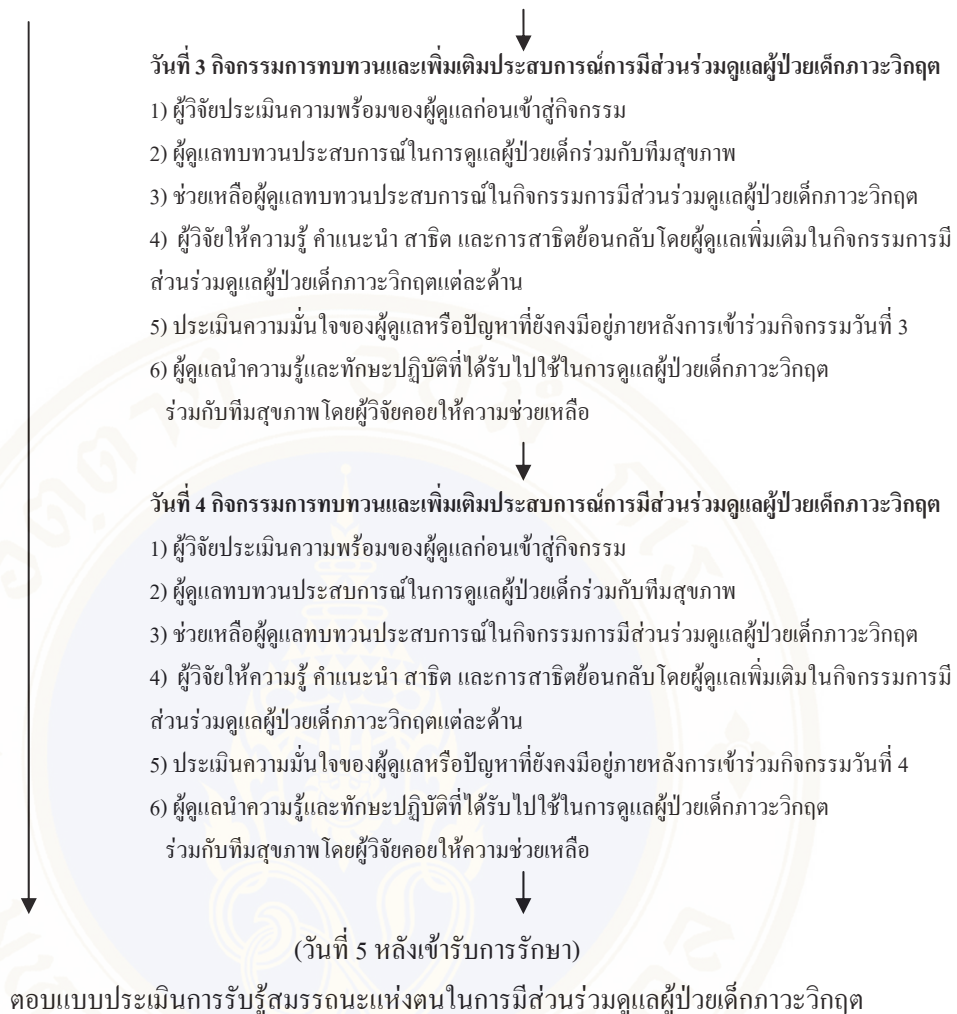
วันที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยพบผู้ดูแลตามที่ได้นัดหมายไว้ ประเมินความพร้อมของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ทบทวนประเด็นปัญหาจากแบบบันทึกเหตุการณ์และความต้องการการช่วยเหลือ ที่ได้สรุปร่วมกันในกิจกรรมวันที่ 2 (และ 3) และประเมินความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลอีกครั้งก่อนดำเนินกิจกรรมการทบทวนและเพิ่มเติมประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิฤต ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงหรือยืดหยุ่นตามกิจกรรม โดยผู้วิจัยประเมินการรับรู้และโอกาสในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิฤตของผู้ดูแลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม ในวันที่ 2 (และ 3) ช่วยเหลือผู้ดูแลทบทวนและเพิ่มเติมประสบการณ์ในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิฤตโดยใช้กลไกเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในโปรแกรม ภายหลังการทำกิจกรรม ผู้วิจัยและผู้ดูแลได้ร่วมกันกำหนดกิจกรรมและนัดหมายช่วงเวลาสำหรับการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป หรือผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ดูแลทราบเมื่อสิ้นสุดการดำเนินโปรแกรม และนัดหมายช่วงเวลาใน

การตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

วันที่ 5 ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นครั้งที่สอง โดยแจกแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตให้ผู้ดูแลได้ตอบอีกครั้งเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ทั้งนี้ เพื่อให้ระยะเวลาระหว่างการเก็บข้อมูลในแต่ละครั้งของแต่ละกลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกัน หลังเสร็จสิ้นการเก็บข้อมูลผู้วิจัยขอพบกับผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อแจ้งให้ทราบถึงการสิ้นสุดการดำเนินการวิจัย สำหรับขั้นตอนของการดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูลสามารถสรุปได้ดังที่แสดงไว้ในแผนภาพที่ 2







แผนภาพที่ 2 แสดงขั้นตอนการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล (ต่อ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้วยสถิติบรรยาย การแจกแจงความถี่ คิดอัตราร้อยละ พิสัย ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (homogeneity) ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบทีแบบอิสระ (Independent t-test)
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance) เพื่อตรวจสอบอิทธิพลของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลก่อนทำการทดลอง (pretest scores) ซึ่งอาจเป็นตัวแปรเกิน (covariate)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติ จำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียว จำนวน 20 ราย นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปของตารางประกอบคำบรรยาย แบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ ส่วนแรกนำเสนอลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกัน และส่วนที่สองนำเสนอผลการทดสอบสมมติฐาน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอายุ 1 เดือนถึง 5 ปีที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันแรกในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เก็บข้อมูลจากผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียวจนครบ 20 ราย โดยในระหว่างการเก็บข้อมูลได้คัดออกจากการศึกษาจำนวน 1 ราย เนื่องจากญาติผู้ป่วยมีการขอย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น สำหรับในกลุ่มทดลองซึ่งผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติ ได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบ 20 รายเช่นเดียวกัน ในระหว่างดำเนินการทดลองได้คัดออกจากการศึกษาจำนวน 2 ราย เนื่องจากผู้ดูแลทั้งสองรายมีความจำเป็นบางประการที่ทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนผู้ดูแลคนใหม่ เมื่อสิ้นสุดการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย ซึ่งมีคุณลักษณะดังนี้

ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 และ 70 ตามลำดับ และอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่อายุระหว่าง 20-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 และ 80 ตามลำดับเช่นกัน โดยผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 18-48 ปี ($\bar{x} = 30.20$, S.D. = 8.59) กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 18-47 ปี ($\bar{x} = 28.75$, S.D. = 7.36) มีการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมปลาย คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 90 และมีการศึกษาในระดับมัธยมปลายหรือสูงกว่าคิดเป็นร้อยละ 30

และร้อยละ 10 ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ เมื่อคิดเป็นจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ทั้งสองกลุ่มได้รับการศึกษาอยู่ในช่วง 5-14 ปี มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาเฉลี่ย 9 ปี ($\bar{x}=9.00$, S.D. = 2.64) ในกลุ่มควบคุม และ 8 ปี ($\bar{x}=8.25$, S.D. = 2.22) ในกลุ่มทดลอง และทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 95 ในกลุ่มควบคุมและร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง) โดยร้อยละ 95 เป็นบิดา มารดา และร้อยละ 85 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเป็นครั้งแรก และมีการประกอบอาชีพ โดยในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 65 และกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 75 ผู้ดูแลกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 60 ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 15 ส่วนกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 80 และในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 15 โดยปัญหาหรือความต้องการความช่วยเหลือของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มที่พบในการศึกษาคครั้งนี้ 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การได้รับความอธิบายจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และโอกาสในการฟื้นฟูหายจากโรคของผู้ป่วยที่ชัดเจนและเข้าใจได้ง่าย 2) การได้รับข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 3) การได้อยู่เป็นเพื่อนและปลอบโยนผู้ป่วยขณะได้รับการกิจกรรมการดูแลรักษา 4) การมีโอกาสดูให้ข้อมูลหรือสอบถามในเรื่องที่สงสัย รวมทั้งสามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ และ 5) การมีโอกาสดูบอกปัญหาและระบายความวิตกกังวลของผู้ดูแลให้แพทย์และพยาบาลได้ทราบ ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) และการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยอายุ และจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ t-test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) เช่นเดียวกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบกับสถิติไคสแควร์ (χ^2) และการทดสอบที (t-test)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		χ^2	t
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ผู้ดูแล						
เพศ					.13 ^{ns}	
ชาย	4	20	6	30		
หญิง	16	80	14	70		
อายุ (ปี)					.20 ^{ns}	.57 ^{ns}
< 20	2	10	4	20		
20-60	18	90	16	80		
	Min – Max = 18-48		Min – Max = 18-47			
	Mean = 30.20, S.D. = 8.59		Mean = 28.5, S.D. = 7.36			
ระดับการศึกษา					1.41 ^{ns}	.97 ^{ns}
ต่ำกว่ามัธยมปลาย	14	70	18	90		
มัธยมปลายหรือสูงกว่า	6	30	2	10		
	Min – Max = 5-14 ปี		Min – Max = 5-14 ปี			
	Mean = 9.00, S.D. = 2.64		Mean = 8.25, S.D. = 2.22			
สถานภาพสมรส					.91 ^{ns}	
คู่	19	95	16	80		
ม่าย หย่า/แยก	1	5	4	20		
อาชีพ					.12 ^{ns}	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	7	35	5	25		
ประกอบอาชีพ	13	65	15	75		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก					.00 ^{ns}	
บิดา มารดา	19	95	19	95		
ญาติ	1	5	1	5		

^{ns} = p > .05

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล เปรียบเทียบด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2) และการทดสอบที t-test (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		χ^2	t
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประสบการณ์การดูแล					.00 ^{ns}	
ครั้งแรก	17	85	17	85		
ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	3	15	3	15		
การรับรู้ความรุนแรงของ					1.07 ^{ns}	
การเจ็บป่วย						
มาก	12	60	16	80		
ปานกลาง	8	40	4	20		

^{ns} = p > .05

สำหรับผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีอายุอยู่ในช่วง 1 เดือนแรกถึง 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 65 ช่วงอายุ 1 ปีถึง 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และร้อยละ 15 ตามลำดับ ส่วนช่วงอายุตั้งแต่ 3 ปีถึง 5 ปี ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในหน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤต (PICU) เป็นครั้งแรก (ร้อยละ 75 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 100 ในกลุ่มทดลอง) ด้วยโรคทางสมองและสัณยกรรมทั่วไป (ร้อยละ 40 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลอง) รองลงมาเป็นโรคปอดอักเสบและโรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 40 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 30 ในกลุ่มทดลอง) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 20 ทั้งสองกลุ่ม) ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีการใช้เครื่องช่วยหายใจในการรักษา และทุกคนไม่ได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาคลายกล้ามเนื้อแต่ได้รับการใส่ท่อหรือสายต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลในแต่ละกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ยกเว้นการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในหน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤต (PICU) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง เปรียบเทียบด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n = 20)		กลุ่มทดลอง (n = 20)		χ ²
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต					
อายุ					1.39 ^{ns}
1 เดือน – 1 ปี	10	50	13	65	
> 1 – 3 ปี	6	30	3	15	
> 3 – 5 ปี	4	20	4	20	
การเข้ารับการรักษาใน PICU					.047 [*]
ครั้งแรก	15	75	20	100	
ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป	5	25	0	0	
การวินิจฉัยโรค					.51 ^{ns}
ปอดอักเสบและโรคระบบทางเดินหายใจ	8	40	6	30	
โรคหัวใจและหลอดเลือด	4	20	4	20	
โรคทางสมองและศัลยกรรมทั่วไป	8	40	10	50	
แบบแผนการรักษา					.00 ^{ns}
ไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ	8	40	8	40	
ใช้เครื่องช่วยหายใจ	12	60	12	60	
การได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาคลายกล้ามเนื้อ					
ไม่ได้รับ	20	100	20	100	
การใส่ท่อหรือสายต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย					
ได้รับ	20	100	20	100	

* = $p < .05$, ^{ns} = $p > .05$

สำหรับคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 69.35 คะแนน ($\bar{x}$ = 69.35, S.D. = 18.31) ในกลุ่มควบคุม และ 65.70 คะแนน ($\bar{x}$ = 65.70, S.D. = 11.91) ในกลุ่มทดลอง ส่วนคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย 70.46 คะแนน ($\bar{x}$ = 70.46, S.D. = 17.63) ในกลุ่มควบคุม และ 82.75 คะแนน ($\bar{x}$ = 82.75, S.D. = 8.13) ในกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t ของการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	กลุ่มควบคุม (n = 20)			กลุ่มทดลอง (n = 20)			t
		Min-Max	$\bar{x}$	S.D.	Min-Max	$\bar{x}$	S.D.	
คะแนนการรับรู้สมรรถนะก่อนการทดลอง	0 - 100	39-100	69.35	18.13	39.50-90.50	65.70	11.91	.75 ^{ns}
คะแนนการรับรู้สมรรถนะหลังการทดลอง	0 - 100	36.50-100	70.46	17.63	63.00-96.00	82.75	8.13	-2.83 ^{**}

^{**} $p < .01$, ^{ns} = $p > .05$

การทดสอบสมมติฐาน

การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (match paired) ด้วยแบบแผนการรักษาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลแต่ละกลุ่ม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะที่เท่าเทียมกันมากที่สุด อย่างไรก็ตาม ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งเกี่ยวข้องกับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่อาจส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน ดังนั้น จึงได้ทดสอบเกี่ยวกับความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

การทดสอบสมมติฐานโดยใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance) เพื่อตรวจสอบอิทธิพลของคะแนนการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลก่อนทำการทดลอง (pretest scores) ซึ่งอาจเป็นตัวแปรร่วม (covariate) นั้น ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน ได้มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ภาคผนวก ข) เรื่องการ

กระจายแบบปกติของตัวแปรตามและตัวแปรร่วม (normality) ด้วย Kolmogorov-Smirnov Test ซึ่งพบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองมีการกระจายแบบปกติ ($p > .05$) และมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองในแต่ละกลุ่ม (linearity) โดยการทำ scatter plot พบว่า กราฟที่ได้มีลักษณะเป็นเส้นตรงมีความชัน (linear relationship) เมื่อตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมและตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระต้องไม่แตกต่างกัน (homogeneity of regression across groups) พบว่า มีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ระหว่างคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนการทดลองในแต่ละกลุ่มแตกต่างกัน ($F_{(1,36)} = 22.51, p = .000$) แต่จากผลการตรวจสอบความเท่าเทียมกันของความแปรปรวนของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่ม (homogeneity of variance) ด้วย Levene's Test พบว่าความแปรปรวนของคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลหลังการทดลองในแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($F_{(1,38)} = .68, p = .41$) และเมื่อทดสอบอิทธิพลของคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนการทดลอง (ตัวแปรร่วม) พบว่า มีอิทธิพลต่อคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลหลังการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,37)} = 376.53, p = .000$) (ตารางที่ 4) ดังนั้น จากข้อตกลงเบื้องต้น แม้ว่าขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมและตัวแปรตามในแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระจะแตกต่างกัน แต่เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรร่วม จึงได้ทดสอบคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลหลังการทดลอง โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

ผลการทดสอบสมมติฐานพบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนการทดลอง (ตัวแปรร่วม) คะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,37)} = 134.98, p = .000$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

Source of Variation	SS	df	MS	F	p
Covariate (คะแนนก่อนการทดลอง)	6522.81	1	6522.81	376.53	.000
Main effects (กลุ่ม)	2338.31	1	2338.31	134.98	.000
Error	640.98	37	17.32		
รวม	8673.61	39			

ดังนั้น สมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่า “ผู้ดูแลที่ได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติ มีการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียว” จึงได้รับการสนับสนุน

บทที่ 5

การอภิปรายผล

จากการศึกษาเรื่องผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 ราย และกลุ่มทดลอง 20 ราย ผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายเกี่ยวกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และสอดคล้องเชื่อมโยงกับสมมติฐานในการวิจัยได้ดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาตั้งแต่วันแรกในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มร้อยละ 95 เป็นบิดา มารดา และส่วนใหญ่ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 80 และร้อยละ 70 ตามลำดับ นั้นหมายความว่า ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตส่วนใหญ่จะเป็นมารดา ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยเพศมีอิทธิพลโดยอ้อมทางบวกต่อพฤติกรรมของบุคคลผ่านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยเพศชายอาจมีการรับรู้ว่ามีพลังความสามารถและทักษะที่จะทำกิจกรรมได้มากกว่า (Ngaosomsukul, 2000) แต่ขณะเดียวกัน เพศหญิงก็อาจมีความมุ่งมั่นและปรารถนาที่จะทำกิจกรรมบางสิ่งบางอย่างมากกว่าเพศชาย เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กของชิลด์ (Shields, 2001) ที่พบว่า มารดามีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กมากกว่าบิดา แสดงให้เห็นว่า หากมีโอกาสมารดาจะต้องใช้ความมุ่งมั่น มานะพยายามในการทำกิจกรรมนั้นให้สำเร็จ ซึ่งอาจส่งผลทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีอายุเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน (30.20 ปี ในกลุ่มควบคุม และ 28.75 ปี ในกลุ่มทดลอง) จัดอยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ มีศักยภาพในการเรียนรู้ คิดตัดสินใจโดยใช้เหตุผล รวมถึงมีความรับผิดชอบและพร้อมในการปรับบทบาท (ขนิษฐา ประสมศักดิ์, 2551; มนตรา พันธุ์พัก, 2551) สามารถเผชิญปัญหาได้ทั้งในภาวะปกติ และภาวะวิกฤตโดยนำประสบการณ์ต่าง ๆ ที่ได้สะสม มาใช้ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Bandura, 1986; Kristensson-Hallstrom, 1999) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษา

โดยเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกัน (9 ปี ในกลุ่มควบคุม และ 8.25 ปี ในกลุ่มทดลอง) ตรงตามพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 ที่กำหนดให้ประชาชนทุกคนต้องได้รับการศึกษาภาคบังคับจำนวน 9 ปี แต่ยังต่ำกว่าหลักสูตรแกนกลางที่กำหนดให้การศึกษาขั้นพื้นฐานมีความยืดหยุ่น กำหนดจุดหมายโดยถือเป็นมาตรฐานการเรียนรู้ในภาพรวม 12 ปี (หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544/ความนำ, 2552) ซึ่งระดับการศึกษาจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งชี้ถึงความยากง่ายในการถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้กับบุคคล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถนำเอาความรู้และประสบการณ์ในอดีตมาใช้ในการเผชิญหรือแก้ไขปัญหา (ชนิษฐา ประสมศักดิ์, 2551; Lazarus & Folkman, 1984) ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ อาจมีความรู้สึกไม่มั่นใจในความสามารถของตน ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ (ชญานิษฐ์ ปัญญาทอง, 2544)

ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 95 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง) ซึ่งสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตและเป็นตัวกำหนดบทบาทในสังคม บุคคลต้องการบอกถึงความสุขและความทุกข์ต่าง ๆ ต้องการกำลังใจและที่ปรึกษาทั้งในด้านการงานและชีวิตครอบครัว โดยเฉพาะการแบ่งเบาภาระหน้าที่ในการดูแลบุตร (กมลวรรณ นารอดภัย, 2551; Pender, 1996) สำหรับผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ถือได้ว่ามีแหล่งประโยชน์ภายในที่ผู้ชีวิตจะมีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนด้านความรู้ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการแบ่งเบาภาระหน้าที่ต่าง ๆ เพื่อไม่ให้ผู้ดูแลรู้สึกเหนื่อยล้าจนเกินไป สามารถเผชิญปัญหาและปรับบทบาทในระหว่างที่อยู่ดูแลผู้ป่วยได้ง่ายและเร็วขึ้น ส่วนปัจจัยด้านการประกอบอาชีพ อาจมีผลโดยอ้อมต่อการรับรู้สมรรถนะของบุคคลในประเด็นเกี่ยวกับการฝึกทักษะต่าง ๆ ให้ประสบผลสำเร็จ เช่น ในการศึกษาของบอลลิงและแมคคับบิน (Balling & McCubbin, 2001) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็ก พบว่า ผู้ดูแลที่ไม่ได้ทำงานปรารถนาจะมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กมากกว่าผู้ดูแลที่มีงานประจำ นั่นหมายถึง โอกาสและเวลาที่มีมากกว่าสำหรับการเรียนรู้และฝึกทักษะต่าง ๆ ในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็ก ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้นตามมา แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการประกอบอาชีพ (ร้อยละ 65 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 75 ในกลุ่มทดลอง) ซึ่งอาจส่งผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลเกี่ยวกับการขาดงาน ขาดรายได้ ในขณะที่มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นระหว่างที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของชนิษฐา ประสมศักดิ์ (2551) ที่พบว่า การหยุดงานและการเสียค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในระหว่างที่ผู้ป่วยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ทำให้บิดา มารดา มีความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการรับรู้ การเรียนรู้ และการปรับตัวของบุคคล (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998) ดังนั้น ปัจจัยดังกล่าวอาจมีผลกระทบโดยอ้อมทางลบต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลแต่ละคน

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 85 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเป็นครั้งแรก และมีการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 60 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง หากจะอธิบายตามมิติของขนาดหรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรมที่ต้องกระทำ (magnitude or level) และมิติในความเป็นสากล (generality) ตามทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) ทั้งสองปัจจัยดังกล่าวนี้อาจส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นประสบการณ์ในครั้งแรก ทำให้รู้สึกว่าการที่จะต้องกระทำและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่มีความยากลำบาก และไม่สามารถนำเอาประสบการณ์ความสำเร็จในอดีตมาประยุกต์ใช้กับสถานการณ์ปัจจุบันที่กำลังเผชิญอยู่ได้ แตกต่างจากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่เคยเข้ารับการรักษายาวนานมาก่อน ซึ่งจะมีความสามารถในการพัฒนาทักษะความรู้และการแสวงหาแหล่งประโยชน์ได้ดีกว่า เนื่องจากมีความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ (พิศมัย ธรรมชาติ และคณะ, 2542)

ในส่วนของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 1 เดือนแรกถึง 1 ปี (ร้อยละ 50 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 65 ในกลุ่มทดลอง) พบว่า ปัจจัยด้านอายุสัมพันธ์กับการเกิดโรคในเด็ก เนื่องจากในแต่ละช่วงวัยจะมีพัฒนาการทางกายวิภาคและระบบของภูมิคุ้มกันที่มีความสมบูรณ์แตกต่างกันไป (หฤทัย กมลภรณ์, 2549) และนอกจากนี้ ยังมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วย เนื่องด้วยระยะพัฒนาการในเด็กอันมีข้อจำกัดซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ให้การดูแลสูง (นวลจันทร์ ปราบพาล, 2547; Melnyk & Alpert-Gillis, 1998) ผู้ดูแลจึงต้องให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยมากกว่าผู้ป่วยเด็กที่มีอายุมากกว่า (Kristensson-Hallstrom, 1999; Schepp, 1992) ผู้ป่วยเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคทางสมอง และสัลยกรรมทั่วไป (ร้อยละ 40 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลอง) รองลงมาเป็นโรคปอดอักเสบและโรคในระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 40 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 30 ในกลุ่มทดลอง) ซึ่งความเจ็บป่วยเหล่านี้เป็นอุบัติการณ์ที่พบบ่อยเป็นอันดับต้น ๆ ในเด็ก (สรศักดิ์ โลจันดารัตน์, 2546; Hueckel & Wilson, 2007) ผู้ป่วยส่วนใหญ่เข้ารับการรักษเป็นครั้งแรกในหน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤต (PICU) (ร้อยละ 75 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 100 ในกลุ่มทดลอง) สอดคล้องกับช่วงอายุของผู้ป่วยเด็กในการศึกษาครั้งนี้ที่โดยส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วง 1 เดือนแรก ถึง 1 ปี ผู้ป่วยเด็กทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีการใช้เครื่องช่วยหายใจในการรักษา ทุกคนไม่ได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาคลายกล้ามเนื้อ แต่ได้รับการใส่ท่อหรือสายต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย ซึ่งความรุนแรงของการเจ็บป่วย หรือความมากน้อยของเครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยใช้อยู่ อาจมีผลทำให้ความสามารถของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กแต่ละรายแตกต่างกัน (สรศักดิ์ โลจันดารัตน์, 2546; Hueckel & Wilson, 2007)

ภายหลังทำการเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง และคุณลักษณะของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลในแต่ละกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์และการทดสอบที พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ยกเว้นการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยในหน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤต พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย: ผู้ดูแลที่ได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติ มีการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียว

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณลักษณะไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งอาจมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของบุคคลมีความเท่าเทียมกันในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม เมื่อจัดให้กลุ่มทดลองได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,37)} = 134.98, p = .000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย จึงสามารถอภิปรายผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะให้กับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต เพื่อให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับสมมติฐานในการวิจัยได้ว่า การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะให้กับผู้ดูแลผ่านการใช้โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของแบนดورا (Bandura, 1997) ที่เชื่อว่าการรับรู้สมรรถนะเป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง โดยใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ด้วยความเชื่อมั่นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังเป็นโปรแกรมซึ่งประกอบด้วยกลไกหรือแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง (sources of self-efficacy) ตามทฤษฎี (Bandura, 1997) ที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้วยความเชื่อมั่นภายใต้ความรู้ความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมผ่านวิธีการต่าง ๆ ที่ทำให้ผลการศึกษาที่ได้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ประกอบด้วย

การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ผู้วิจัยใช้กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและลดความวิตกกังวล โดยเริ่มต้นตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้บอกเล่าเกี่ยวกับความรู้สึก ปัญหา ความต้องการการช่วยเหลือรวมทั้งสอบถามในเรื่องที่สงสัย โดยปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือ

ของกลุ่มตัวอย่างที่พบในการศึกษาครั้งนี้ 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การได้รับคำอธิบายจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดูแลรักษาและโอกาสในการฟื้นหายจากโรคของผู้ป่วยที่ชัดเจน และเข้าใจได้ง่าย 2) การได้รับข้อมูลและคำแนะนำเพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง 3) การได้อยู่เป็นเพื่อนและปลอบโยนผู้ป่วยขณะได้รับการจัดการดูแลรักษา 4) การมีโอกาสดำเนินข้อมูลหรือสอบถามในเรื่องที่สงสัย รวมทั้งสามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ และ 5) การมีโอกาสดำเนินปัญหาและระบายความวิตกกังวลให้แพทย์และพยาบาลได้ทราบ ตามลำดับ ซึ่งหลายการศึกษาระบุว่าควรให้การช่วยเหลือหรือมีกิจกรรม (intervention) กับผู้ดูแลโดยเร่งด่วนตั้งแต่ 2-16 ชม. หรือภายใน 24 ชม.แรกของผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษา (Bouve et al., 1999; Melnyk & Alpert-Gillis, 1998) เพราะเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลมีความเครียด ความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ดูแลที่มีผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาในไอ.ซี.ยู. โดยที่ไม่ได้ทราบหรือมีการวางแผนล่วงหน้า (unplanned admission) (Curley & Wallace, 1992; Melnyk et al., 2006) ซึ่งผู้ดูแลจะต้องการบุคคลที่พร้อมจะรับฟังปัญหา ให้คำอธิบายในสิ่งที่ไม่เข้าใจ รวมถึงให้ความสนใจต่อความรู้สึก ความเป็นอยู่หรือภาวะสุขภาพ (Maxwell et al., 2007) และผลการศึกษาที่ผ่านมาของสุพัตรา กันธะรส และคณะ (Kuntaros et al., 2007) ซึ่งศึกษาผลของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ต่อการรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร และความพึงพอใจของมารดาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ที่ได้ให้ความช่วยเหลือมารดาในกลุ่มทดลองในลักษณะของผู้ให้ความช่วยเหลือ (Helpgiver traits/ attributions) ที่ตระหนักและสนองตอบต่อความรู้สึกของครอบครัวที่แตกต่างกัน การพูดคุย รับฟังปัญหา ให้ข้อมูลที่เป็นจริง และช่วยเหลือให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ในระยะแรก มีผลทำให้การรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลบุตร และความพึงพอใจต่อการพยาบาลของมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.22, p < .001$ และ $t = -2.875, p < .01$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญเรื่องความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลทั้งก่อน ระหว่างและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยประเมินความพร้อมของผู้ดูแล รับฟังและค้นหาปัญหาที่ผู้ดูแลกำลังประสบ เพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงดูแลให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อนอย่างเหมาะสมเพื่อลดความตึงเครียด และเหนื่อยล้า กิจกรรมดังกล่าวได้ช่วยให้ผู้ดูแลลดความเครียด ความวิตกกังวล เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่มากขึ้น ส่งผลดีต่อร่างกายและจิตใจ การเรียนรู้และความตั้งใจ เป็นการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) ซึ่งสอดคล้องตามทฤษฎี และจะมีผลดีต่อการสร้างความเชื่อในสมรรถนะของตน เพราะหากบุคคลเกิดความเหนื่อยล้าหรือตึงเครียดก็มักรู้สึกท้อถอยมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จ (Bandura, 1997)

การสอนสาธิตทักษะผ่านกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเพื่อเพิ่มทักษะหลัก 3 ด้านให้กับผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับรู้และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การได้รับหรือการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมสุขภาพเป็นความต้องการในอันดับต้น ๆ (Aldridge, 2005; Azoulay et al., 2003; Ward, 2001) ในด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน ผู้วิจัยได้สอนทักษะการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลได้คงไว้ซึ่งบทบาทการเป็นบิดา มารดา ลดความรู้สึกผิดหรือหมดหนทางในการช่วยเหลือผู้ป่วย จากการที่ต้องพึ่งพาทีมสุขภาพเพียงอย่างเดียว มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้เข้าใจ และมั่นใจมากขึ้นว่าจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ (สุคนธา คุณาพันธ์ และคณะ, 2546) และในด้านการดูแลทางจิตสังคม ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ ความเข้าใจในพฤติกรรม การตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยเด็ก จัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กมากขึ้น เช่น การห่อหุ้ม การให้ของเล่น หรือการได้อยู่กับผู้ป่วยเด็กระหว่างมีกิจกรรมการพยาบาลตามความเหมาะสม รวมถึงช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้จัดสรรเวลาพักผ่อนอย่างเหมาะสมและมีโอกาสในการระบายความวิตกกังวล ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านจิตสังคมทั้งในส่วนของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลจะมีความเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน (Melnik & Alpert-Gillis, 1998; Melnik, 2000)

ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ คำแนะนำ และสาธิตทักษะในกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กแต่ละด้าน ที่ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย โดยผ่านการใช้ตัวแบบในสถานการณ์จริงคือผู้วิจัย ซึ่งผู้ดูแลสามารถมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง สามารถเลียนแบบพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน และผู้วิจัยซึ่งเป็นตัวแบบสามารถเพิ่มเติมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับผู้ดูแลและสถานการณ์ในขณะนั้นได้ และตัวแบบในรูปสัญลักษณ์ ได้แก่ คู่มือ “การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต” ซึ่งประกอบด้วยภาพประกอบคำบรรยายสั้น ๆ เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และหุ่นเด็กสำหรับฝึกสาธิต ซึ่งผู้วิจัยสามารถจัดเตรียมไว้ได้ล่วงหน้า (Bandura, 1977; 1997) ตัวแบบเหล่านี้ จะมีส่วนช่วยเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ตามวัฏอุปสงค์ (Bandura, 1986; 1997) ทำให้ผู้ดูแลสามารถประมวลเนื้อหาที่ได้รับจากการสอนสาธิต เก็บไว้เป็นข้อมูลในการสร้างทักษะอย่างถูกต้องต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของกุลลดา เปรมจิตร (2547) ซึ่งส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมดูแลบุตรที่ถูกต้อง โดยใช้การสอนสาธิต และการเรียนรู้ผ่านคู่มือชื่อ การดูแลทารกแบบแคงการู เป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองให้กับกลุ่มทดลอง ผลจากการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = .00, p < .00$) และ ลัดดาวัลย์ ภาเวส (2549) ได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์วัยก่อน

เรียนของมารดา โดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรอย่างมีคุณภาพ เรียนรู้ผ่านตัวแบบด้วยการเล่น เล่านิทาน แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับมารดาที่เลี้ยงลูกได้ประสบความสำเร็จ และเรียนรู้จากวีดิทัศน์ตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการความวิตกกังวลของมารดาหลังการได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.052, p < .05$) ดังนั้น การจัดให้ผู้ดูแลได้เห็นประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอย่างถูกต้อง (vicarious experience) จึงมีผลทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองเกิดกระบวนการเรียนรู้ตามทฤษฎี

การฝึกทักษะและการทบทวนประสบการณ์ของผู้ดูแลผ่านการปฏิบัติที่เคยทำได้สำเร็จ โดยผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้านต่าง ๆ ให้กับผู้ดูแลจนเกิดความชำนาญ การฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะ และการให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสทบทวนทักษะที่ได้รับ โดยผู้วิจัยสามารถปรับแก้ในบางประเด็นซึ่งยังไม่ถูกต้องได้นั้น พบว่า ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างถูกต้องเมื่อมีโอกาสได้ร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กกับทีมสุขภาพในแต่ละวัน สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร โชติวิทยธารากร และคณะ (2546) ซึ่งใช้การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะของมารดาและพฤติกรรมมารดาในการดูแลบุตรหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.48, p < .001$ และ $t = 13.03, p < .001$ ตามลำดับ) และการศึกษาของสรณี อักษรกวน (2551) ที่ศึกษาพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในกลุ่มทดลองที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมโดยให้ครอบครัวได้ลงมือปฏิบัติจริงในกิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบถูกต้องสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = -3.01, p < .05$) ดังนั้น การฝึกทักษะและการทบทวนประสบการณ์ผ่านการปฏิบัติที่เคยทำได้สำเร็จ จึงเป็นการจัดให้ผู้ดูแลได้มีประสบการณ์ความสำเร็จเป็นของตนเอง (enactive mastery experience) (Bandura, 1997) มีผลทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น เมื่อมีโอกาสได้นำทักษะความรู้ที่ได้รับไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพ และนอกจากการสร้างเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับผู้ดูแลแล้ว ทักษะและประสบการณ์ที่ได้รับจะยังคงอยู่ และจะเป็นประโยชน์หากผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกในครั้งต่อ ๆ ไป (สรณี อักษรกวน, 2551; Kuntaros et al., 2007)

การพูดคุยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและใช้ศักยภาพสูงสุด ผู้วิจัยกล่าวแสดงความชื่นชมเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้นำศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่มาใช้ และให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาและอุปสรรค หรือเกิดความไม่มั่นใจในระหว่างการเข้า

ร่วมโปรแกรม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้น เป็นวิธีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะให้กับผู้ดูแลโดยใช้คำพูดชักจูงภายในขอบเขตที่เป็นจริง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (verbal persuasion) (Bandura, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง คำฝาย (2541) ที่ศึกษาผลของการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลทารกขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ที่เปิดโอกาสให้มารดากลุ่มทดลองได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และหลังจากนั้นมารดาจะได้รับคำชี้แนะตามปัญหา ได้รับคำพูดสนับสนุนและให้กำลังใจ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในแผนการเตรียมมารดาที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลทารกที่ถูกต้องเหมาะสมขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดหลังการทดลองของมารดากลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = < 16, p < .01$) และการศึกษาของกิตติยา รัตนมณี (2547) ซึ่งใช้วิธีการให้คำชมเชยและส่งเสริมให้ได้รับกำลังใจจากพยาบาลผู้สอนและกลุ่มเพื่อน เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ผลการศึกษาพบว่า เด็กอ้วนวัยเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = - 5.29, p = .000$ และ $t = - 6.28, p = .000$ ตามลำดับ) และสูงกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.07, p = .000$ และ $t = 6.33, p = .000$ ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม การได้รับคำพูดชักจูงเพียงวิธีเดียวอาจมีอิทธิพลน้อยในการที่จะสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับบุคคล (ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ, 2544)

ในการศึกษารุ่นนี้ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการพูดชักจูงภายในขอบเขตที่เป็นจริงเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นและใช้ศักยภาพสูงสุด (verbal persuasion) ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ ในโปรแกรม ได้แก่ การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) การจัดให้ผู้ดูแลได้เห็นประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างถูกต้องผ่านการสอนสาธิต (vicarious experience) รวมถึงการจัดให้ผู้ดูแลได้มีประสบการณ์ความสำเร็จเป็นของตนเอง (enactive mastery experience) ตามรายละเอียดที่กล่าวไว้ข้างต้น รูปแบบโปรแกรمدังกล่าวมีความชัดเจน ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเมื่อนำไปปฏิบัติ เป็นวิธีการที่ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลได้รับการตอบสนองตรงตามความคาดหวัง ซึ่งถือเป็นหนึ่งในแนวทางของการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัว (พิกุล ขำศรีบุศ, 2551) ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับทักษะความรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผลการรักษาที่ได้เป็นไปตามสมมติฐาน

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล โดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบทฤษฎีในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์เฉพาะเจาะจง (purposive sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนตำราและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวจำนวน 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษานำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นปรนัย ความชัดเจนของเนื้อหาและความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง ปรับปรุงแก้ไขก่อนการนำไปใช้จริง ได้แก่

- 1.1. โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและลดความวิตกกังวล ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษา 2) กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต เป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยให้ความรู้และสอนสาธิตเพื่อฝึกทักษะหลักให้แก่ผู้ดูแลใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน และด้านการดูแลทางจิตสังคม เริ่มในวันที่สองของการเข้ารับการรักษา ก่อนที่จะเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลนำความรู้และทักษะปฏิบัติที่ได้รับไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพ 3) กิจกรรมการทบทวนและเพิ่มเติมประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ดำเนินการในวันที่สามและสี่ที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษา เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนประสบการณ์ โดยผู้วิจัยปรับแก้ทักษะความรู้ของผู้ดูแลในส่วนที่ยังไม่ถูกต้อง ให้ความรู้ คำแนะนำ

สาธิตทักษะและผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม ใช้เวลาในแต่ละวันประมาณ 45 นาที -1 ชั่วโมงและยืดหยุ่นตามความเหมาะสม

1.2 แผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยพัฒนาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต มีเนื้อหาประกอบด้วย ประโยชน์ในการสนทนา การใช้คำถาม การกระตุ้นเพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็น การให้ความรู้ คำแนะนำ การสอนสาธิตและช่วยเหลือผู้ดูแลฝึกทักษะในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และกลไกการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในโปรแกรม

1.3 คู่มือ “การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต” ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้ดูแลในการใช้ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

1.4 แบบบันทึกเหตุการณ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้บันทึกปัญหาของผู้ดูแลกิจกรรมการให้ความช่วยเหลือ และเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินโปรแกรมในแต่ละวันและเป็นประโยชน์สำหรับการอภิปรายและสรุปผลการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อความให้เลือกตอบหรือเติมข้อความสั้น ๆ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

2.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรที่สร้างโดยสุพัตรา กันธะรส และคณะ (Kuntaros et al., 2007) จำนวน 20 ข้อ ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา หาค่าความเที่ยงโดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมิน โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 40 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .90 และ .96 ตามลำดับ

การศึกษานี้ ผ่านการตรวจสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์โดยคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รวมทั้งได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมวิจัย

และลงนามในหนังสือยินยอมให้ทำการวิจัยภายหลังได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ เก็บข้อมูลที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 แผนกกุมารเวชกรรม โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มควบคุมจนครบ แล้วจึงดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งมีขั้นตอนในการดำเนินการคือ

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันแรกของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษา โดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแลตอบคือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต จากนั้นผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กจะได้รับการพยาบาลปกติ โดยผู้วิจัยบันทึกเหตุการณ์สำคัญในแต่ละวัน ตั้งแต่วันแรกที่เริ่มเก็บข้อมูลจนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลแต่ละราย เพื่อเป็นข้อมูลและประโยชน์สำหรับการอภิปรายและสรุปผลการวิจัย และผู้ช่วยวิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลเป็นครั้งที่สองโดยแจกแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตให้ผู้ดูแลตอบอีกครั้งในวันที่ห้าของการเข้ารับการรักษา หลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกัน ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้เข้าร่วมวิจัยในกลุ่มทดลองไม่เกินคราวละ 2 ราย เมื่อแล้วเสร็จจึงดำเนินการในรายต่อไป ผู้ช่วยวิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันแรกของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษาโดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแลตอบคือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเช่นเดียวกับผู้ดูแลกลุ่มควบคุม จากนั้นผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กจะได้รับการพยาบาลปกติร่วมกับการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากผู้วิจัย โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้คือ

วันแรกของการเข้ารับการรักษา ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและลดความวิตกกังวล ประเมินปัญหา ความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลและวางแผนให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น ใช้เวลาประมาณ 45 นาทีหรือยืดหยุ่นตามความเหมาะสม ภายหลังการประเมินและสรุปประเด็นปัญหาร่วมกัน และดำเนินการช่วยเหลือผู้ดูแลในเบื้องต้นแล้ว ได้นัดหมายช่วงเวลาร่วมกันเพื่อพูดคุยในรายละเอียดและทำกิจกรรมต่อไปในโปรแกรม

วันที่สอง ผู้วิจัยประเมินความพร้อมของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ทบทวนประเด็นปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลอีกครั้งก่อนดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตแต่ละด้านให้สอดคล้องกับปัญหา แผนการรักษา ความต้องการของผู้ป่วยเด็ก

และผู้ดูแลแต่ละราย ช่วงเวลาที่เหมาะสมและสถานการณ์จริงในขณะนั้น ซึ่งในแต่ละด้านใช้เวลาประมาณ 45 นาที - 1 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อทบทวนประสบการณ์ที่ได้รับ และเพิ่มเติมกิจกรรมอื่น ๆ ให้กับผู้ดูแลในวันต่อไป

วันที่สามและสี่ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมเพื่อทบทวนและเพิ่มเติมประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต โดยประเมินการรับรู้และโอกาสในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยช่วยเหลือผู้ดูแลทบทวนและเพิ่มเติมประสบการณ์โดยใช้กลไกเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในโปรแกรม ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงหรือยืดหยุ่นตามกิจกรรมนั้น นัดหมายเวลาสำหรับการทำกิจกรรมในครั้งต่อไป หรือผู้วิจัยแจ้งให้ผู้ดูแลทราบเมื่อสิ้นสุดการดำเนินโปรแกรม และขอคำแนะนำเวลาในการตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม

วันที่ห้า ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นครั้งที่สอง โดยการแจกแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตให้ผู้ดูแลได้ตอบอีกครั้งเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตสูงกว่าผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,37)} = 134.98, p = .000$)

ข้อจำกัดของงานวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งหน่วยงานมีนโยบายอนุญาตให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลหนึ่งคนสามารถอยู่ร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กได้ตลอด 24 ชั่วโมง และตามปกติก็จะมีผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคนอยู่เฝ้าและพักผ่อนคั่นกับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเช่นเดียวกัน ดังนั้น อาจทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้กับสถาบันหรือหน่วยงานอื่นที่มีนโยบายและบริบทของการเฝ้าเยี่ยมแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้พยาบาลได้เข้าใจและตระหนักถึงบทบาทของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องและสมบูรณ์ในการดูแลรักษา และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย ตลอดจนทราบแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยตามความต้องการที่จะคงไว้ซึ่งบทบาทของบิดา มารดาหรือญาติ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเชื่อมั่น และเกิดความร่วมมือที่ดีสำหรับการทำงานของทีมสุขภาพร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรจัดโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นส่วนหนึ่งของบริการทางพยาบาลที่ให้อย่างต่อเนื่องกับผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมร่วมกับทีมสุขภาพดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยด้วยความมั่นใจ ภายใต้วรรู้ความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้อง

2. จากการศึกษาครั้งนี้ ได้พบปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม 5 อันดับแรก ได้แก่ 1) การได้รับคำอธิบายจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และโอกาสในการฟื้นหายจากโรคของผู้ป่วยเด็กที่ชัดเจนและเข้าใจได้ง่าย 2) การได้รับข้อมูลและคำแนะนำต่าง ๆ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง 3) การได้อยู่เป็นเพื่อนและปลอบโยนผู้ป่วยขณะได้รับกิจกรรมการดูแลรักษา 4) การมีโอกาสได้ให้ข้อมูลหรือสอบถามในเรื่องที่สงสัย รวมทั้งสามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยและการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ และ 5) การมีโอกาสได้บอกถึงปัญหาและระบายความวิตกกังวลของผู้ดูแลให้แพทย์และพยาบาลได้ทราบ ตามลำดับ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมมีความสอดคล้องและยืดหยุ่นตามความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล ดังนั้น ในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะให้กับผู้ดูแล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลควรมีการประเมินถึงความต้องการการช่วยเหลือ วางแผนการให้ความช่วยเหลือ และการแก้ไขปัญหาาร่วมกับผู้ดูแลแต่ละรายซึ่งมีความต้องการที่แตกต่างกัน

ด้านการศึกษา

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเป็นประโยชน์ต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก จึงควรสอดแทรกกิจกรรมดังกล่าวเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้นักศึกษาได้

เรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแลซึ่งอยู่ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต และการช่วยเหลือเพื่อเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะให้กับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

1. ควรมีการศึกษาติดตาม เพื่อเปรียบเทียบผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ดูแลเป็นระยะ ๆ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหรือสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ เพราะโรคบางโรคอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยเจ็บป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตและกลับเข้ารับการรักษซ้ำในอนาคต
2. นำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้เพื่อการศึกษาวิจัยในอนาคต เกี่ยวกับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ดูแลของผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย
เด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล

EFFECTS OF SELF-EFFICACY PROMOTION ON PERCEIVED SELF-EFFICACY OF
CAREGIVERS PARTICIPATING IN CARE PROVIDED TO CRITICALLY ILL
CHILDREN

โสพิศ สุมานิต 5036168 RAPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: เรณู พุกบุญมี, พย.ค., เสริมศรี สันตติ, ปร.ค.,
ศรีสมร ภูมณสกุล, พย.ค.

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยรุนแรงที่คุกคามชีวิต ถือเป็นภาวะวิกฤตและเป็นเหตุการณ์อันไม่พึงปรารถนา โดยเฉพาะหากเป็นผู้ป่วยเด็ก (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998) ครอบครัวย่อมมีความวิตกกังวลและปรารถนาจะอยู่ใกล้ชิด เพื่อดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กได้รับความสุขสบายตามบทบาทหน้าที่ของบิดา มารดาหรือผู้ดูแลที่พึงกระทำด้วยความรัก (รุจา ภูไพบูลย์, 2541; Wong, 1999) และหากความต้องการเหล่านี้ไม่ได้รับการตอบสนอง ก็อาจกลายเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งในบทบาท (role conflict) (Cristensson-Hallstrom et al., 2002) ผู้ดูแลอาจจะแสดงปฏิกิริยาต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากความเครียดซึ่งผู้ป่วยเด็กสามารถรับรู้ได้ แต่อาจไม่เข้าใจในปฏิกิริยาเหล่านั้น (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด และความกลัวมากขึ้น (Melnyk, 2000) ซึ่งสิ่งกระตุ้นเหล่านี้จะมีผลกระทบโดยตรงต่อภาวะสุขภาพและการฟื้นหายจากโรคของผู้ป่วย (นวลจันทร์ ปราบพาล, 2547; เรณู พุกบุญมี, 2549)

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาได้แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กโดยครอบครัวส่งผลดีต่อผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยผู้ดูแลจะเป็นบุคคลสำคัญในการให้

ข้อมูลของผู้ป่วยเด็กแก่ทีมสุขภาพอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ส่งผลดีต่อการรักษาทำให้ความรุนแรงของโรคและการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง (Palmer, 2001; Neill, 1996) ผู้ป่วยเด็กรู้สึกอบอุ่นปลอดภัย ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลมากขึ้น และสามารถขอความช่วยเหลือหรือบอกในสิ่งที่ต้องการกับทีมสุขภาพได้โดยมีครอบครัวเป็นผู้สื่อสารที่ดี (Dokken et al., 2007; Neill, 1996; Vinson, 2002) การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก จะทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ถูกต้องถึงพฤติกรรมและการแสดงออกของเด็กที่ตอบสนองต่อความเจ็บป่วยและสถานการณ์ที่รู้สึกคุกคามต่อชีวิต (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998) ถ้าผู้ดูแลไม่เข้าใจหรือไม่สามารถจัดการกับสิ่งเหล่านี้ได้ ก็จะเกิดความเครียด ความวิตกกังวล รู้สึกสูญเสียการทำหน้าที่ หรือการคงไว้ซึ่งบทบาทของพ่อแม่ หรือผู้ดูแลที่จะปกป้องผู้ป่วยเด็กจากความเจ็บปวดและความกลัว (บุษกร พันธเมธาฤทธิ์ และคณะ, 2550; สุคนทา คุณาพันธ์ และคณะ, 2546; Pangnukroh, 2005) รู้สึกว่าได้รับความช่วยเหลือต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ไม่แน่ใจในการตัดสินใจว่าจะดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยหรือไม่ อาจจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ที่ส่งผลเสียต่อสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล (นิชานันต์ ไชยชนะ, 2545; Katz, 2002; Melnyk, 2000) ในทางตรงกันข้าม ถ้าผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง ก็จะช่วยให้สามารถปรับตัวและเข้าใจในสถานการณ์ได้มากขึ้น ความเครียดและความวิตกกังวลจะลดลง (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Melnyk et al., 2006; Pangnukroh, 2005) มีผลทำให้การรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลเป็นไปในทางที่ดีจากการประเมินตนเอง ต่อพฤติกรรมที่ประสบผลสำเร็จในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก (กมลเนตร ไร่ชำนาญ, 2546; ศรีณี อักษรกวน, 2551; Kuntaros et al., 2007) และยังเป็นปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญ (therapeutic environment) ที่จะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยเด็กฟื้นหายจากโรค (Schepp & Pai, 1995)

การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กโดยสมาชิกครอบครัว จะช่วยให้ทีมสุขภาพได้รับทราบข้อมูลและความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้อง ได้รับความร่วมมือจากผู้ป่วยเด็กขณะที่มีกิจกรรมการรักษาพยาบาลมากขึ้น เกิดความต่อเนื่องและสมบูรณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กแต่ละรายที่มีความต้องการการช่วยเหลือที่แตกต่างกัน (Neill, 1996) ซึ่งผู้ป่วยเด็กก็จะเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์มากที่สุด ดังนั้น ควรเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย โดยทีมสุขภาพมีการเตรียมผู้ดูแลเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และสำคัญที่สุดคือการสร้างความเชื่อมั่นในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอย่างมีแบบแผน จึงจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย คงบทบาทการเป็นบิดามารดาหรือผู้ดูแล สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กได้ สร้างความเข้าใจและสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยเด็ก ครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ (นวลจันทร์ ปรามพาล, 2547; สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2547; Hueckel & Wilson, 2007)

ผู้วิจัยตระหนักในความสำคัญของผู้ดูแลและการเตรียมผู้ดูแลอย่างมีแบบแผนเพื่อให้ใช้ความรู้ความสามารถที่มีในการร่วมดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องและเชื่อมั่นภายในขอบเขตที่พึงกระทำได้ ซึ่งจะเกิดผลดีทั้งต่อผู้ป่วยเด็ก ครอบครัว และทีมสุขภาพ จึงสนใจที่จะศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล โดยจัดโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้แก่ผู้ดูแลได้มีโอกาสเรียนรู้ และสร้างความเชื่อมั่นในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ตามกระบวนการหรือกลไกสำคัญของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยอาศัยกระบวนการป้อนข้อมูลผ่านแหล่งข้อมูลที่สำคัญ (sources of self-efficacy) ในทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) และคาดหวังว่าผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์สำหรับการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัวอย่างมีแบบแผนและเป็นองค์รวมต่อไป

กรอบทฤษฎีในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบทฤษฎีในการวิจัย ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หมายถึง การตัดสินใจความสามารถของตนเองในด้านการจัดการ หรือการดำเนินการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุความสามารถในเชิงการปฏิบัติที่กำหนดไว้เป็นเป้าหมาย ภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะเจาะจง (Bandura, 1997) เป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ และเป็นปัจจัยสำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง โดยใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ด้วยความเชื่อมั่นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง (Lawrance & McElroy, 1986) พฤติกรรมของบุคคลจะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัย 3 ประการ ที่จะมามีปฏิสัมพันธ์และทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล (internal personal factor) ปัจจัยพฤติกรรม (behavioral factor) รวมถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อม (environment factor) โดยปัจจัยดังกล่าวอาจไม่ได้เกิดขึ้นพร้อมกันหรือมีอิทธิพลในการกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียม ทั้งนี้ ต้องอาศัยเงื่อนไขเกี่ยวกับเวลาและสถานการณ์ในการที่ปัจจัยหนึ่งจะไปมีผลต่อการกำหนดอีกปัจจัยหนึ่งด้วย (Bandura, 1997) อย่างไรก็ตาม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ก็ยังสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะความยากง่ายของงานหรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ โดยจะผันแปรไปตามมิติต่าง ๆ ได้ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขนาดหรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรมที่จะต้องกระทำ (magnitude or level) 2) ความเข้มแข็งหรือความมั่นใจของบุคคลนั้น ว่าตนเองสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ (strength) และ 3) ความสามารถในการนำประสบการณ์เดิมที่เคยทำกิจกรรมใด ๆ ได้สำเร็จ มาใช้กับกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันในสถานการณ์ใหม่ (generality) (Bandura, 1977; 1997) และการที่บุคคลจะปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมใดนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยสองประการ

คือ 1) ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น หากได้ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ (outcome expectancies) และ 2) ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) คือ การที่บุคคลนั้นมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำกิจกรรมใด ๆ ที่กำหนดไว้ได้ (Bandura, 1997)

การทำให้บุคคลเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง จำเป็นต้องมีการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะ โดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลสำคัญ 4 แหล่ง (sources of self-efficacy) ตามทฤษฎี ได้แก่ 1) การมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (enactive mastery experience) 2) คือการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) 3) คือการพูดคุยในขอบเขตของความเป็นจริงเพื่อให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (verbal persuasion) และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ของบุคคล (physiological and affective states) (Bandura, 1997) ภายหลังจากการเรียนรู้ผ่านแหล่งข้อมูลดังกล่าวแล้ว บุคคลจะใช้กระบวนการทางปัญญา (cognitive processing) เพื่อทำการเลือก (selecting) ข้อมูลจากแหล่งที่ตนสนใจและชั่งน้ำหนัก (weighting) เกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของข้อมูล รวมทั้งมีการผสมผสาน (integrating) ข้อมูลเหล่านั้น เพื่อใช้ตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง (efficacy judgment) ซึ่งการรับรู้ในสมรรถนะแห่งตนที่สูง จะส่งผลต่อการทำพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลนั้นตัดสินใจลงมือกระทำด้วยความมานะพยายามเพื่อให้บรรลุผลตามที่คาดหวังไว้ (เกศรินทร์ อุทัยะประสิทธิ์, 2547; ทศนี ประสพกิตติคุณ, 2544)

การศึกษานี้จึงได้ออกแบบโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีโอกาสเรียนรู้หรือมีประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต (enactive mastery experience) การจัดให้ผู้ดูแลได้เห็นประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างถูกต้อง (vicarious experience) การได้รับคำพูดชักจูงภายในขอบเขตที่เป็นจริง เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (verbal persuasion) และส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ของผู้ดูแล (physiological and affective states) ซึ่งเป็นกลไกที่สำคัญ 4 วิธีในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (sources of self-efficacy) ตามทฤษฎี (Bandura, 1997) ผ่านกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่จัดไว้ในโปรแกรม เพื่อเพิ่มทักษะหลักให้กับผู้ดูแลใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ 2) ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน และ 3) ด้านการดูแลทางจิตสังคม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บูรณาการความรู้จากแนวคิดและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ป่วยเด็ก ที่นอกจากผู้ป่วยจะต้องการการรักษาเพื่อการพ้นหายจากโรคแล้ว ยังต้องการที่จะได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ดูแลที่ตนรู้สึกผูกพัน ต้องการการปกป้องหรือปกป้องตนจากความเจ็บปวดและความกลัว (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Melnyk, 2000) เช่นเดียวกันกับผู้ดูแลที่คาดหวังและต้องการจะคงไว้ซึ่งบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็ก ได้รับข้อมูลตามความเป็นจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ ได้รับความเห็นอกเห็นใจ ความ

สะดวกในการติดต่อสื่อสารและการมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคลากรสุขภาพ (ฉฐาธร ปราณมนตรี และคณะ, 2551; Henneman, 2002; Maxwell et al., 2007)

โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต สามารถจัดการและปรับตัวกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ ดำรงบทบาทของการเป็นพ่อแม่หรือผู้ดูแลไว้ ผลจากการเรียนรู้และปฏิบัติที่ประสบผลสำเร็จยังก่อให้เกิดเป็นทักษะให้กับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตทั้งในครั้งนี้อย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

ผู้ดูแลที่ได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติ มีการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบวัดก่อนและหลังโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ (pretest and posttest design with a comparison group)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 ของแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2552 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์เฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และกำหนดให้มีคุณสมบัติดังนี้คือ 1) เป็นบิดา มารดา หรือญาติใกล้ชิดที่ระบุว่าจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาดังตั้งแต่วันแรกในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 ของแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งผู้ป่วยมีสภาวะทางระบบการไหลเวียนโลหิตโดยทั่วไปคงที่ (hemodynamic stable) และผู้วิจัยได้พิจารณาพร้อมกับแพทย์เจ้าของไข้แล้วว่าสามารถให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลได้ 2) เป็นบุคคลซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยเด็กอยู่เดิมก่อนเกิดการเจ็บป่วย สามารถอยู่ร่วมดูแลและค้ำคั้นกับผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาลได้ 3) สามารถพูดจาสื่อสารและ

เข้าใจภาษาไทย และ 4) ยินดีเข้าร่วมโครงการโดยการลงนามและคาดว่าจะสามารถเข้าร่วมในการวิจัยได้อย่างต่อเนื่องจนสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยได้พัฒนาโดยการทบทวนจากตำรา และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง และนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวจำนวน 5 ท่าน นำข้อเสนอแนะที่ได้รับมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบความเป็นปรนัย ความชัดเจนของเนื้อหา ภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง และปรับปรุงแก้ไขก่อนการนำไปใช้จริง ได้แก่

1.1. โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ดูแล ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและลดความวิตกกังวล ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษา 2) กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต เพื่อเพิ่มทักษะหลัก 3 ด้านให้กับผู้ดูแล ได้แก่ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน และด้านการดูแลทางจิตสังคม เริ่มในวันที่สองของการเข้ารับการรักษา โดยจัดลำดับกิจกรรมในแต่ละด้านให้มีความเหมาะสมตามแผนการรักษา และความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย ก่อนนำทักษะความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กร่วมกับทีมสหภาพ 3) กิจกรรมการทบทวนและเพิ่มเติมประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ดำเนินการในวันที่สามและสี่ที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษา เพื่อให้ผู้ดูแลได้ทบทวนประสบการณ์ โดยผู้วิจัยปรับแก้ทักษะความรู้ของผู้ดูแลในส่วนที่ยังไม่ถูกต้อง ให้ความรู้ คำแนะนำ สาธิตทักษะ และผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้านต่าง ๆ เพิ่มเติม ใช้เวลาในแต่ละวันประมาณ 45 นาที -1 ชั่วโมงและยืดหยุ่นตามความเหมาะสม

1.2 แผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยได้พัฒนาเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต มีเนื้อหาประกอบด้วยการสนทนา การใช้คำถาม การกระตุ้นเพื่อให้มีการแสดงความคิดเห็น การให้ความรู้ การสอนสาธิตและการฝึกทักษะให้กับผู้ดูแลในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่สอดคล้องตามกลไกของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในโปรแกรม

1.3 คู่มือ “การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต” ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้ดูแลในการใช้ศึกษาและทำความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต และกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

1.4 แบบบันทึกเหตุการณ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้บันทึกปัญหาของผู้ดูแล กิจกรรมการให้ความช่วยเหลือ และเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินโปรแกรมแต่ละวันและเป็นประโยชน์สำหรับการอภิปรายและสรุปผลการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ข้อความให้เลือกตอบหรือเติมข้อความสั้น ๆ เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

2.2 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ผู้วิจัยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรที่สร้างโดยสุพัตรา กันธะรส และคณะ (Kuntaros et al., 2007) จำนวน 20 ข้อ และผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และหาค่าความเที่ยงโดยการวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบประเมินโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และได้ใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 40 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .90 และ .96 ตามลำดับ

การศึกษาครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากคณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี รวมทั้งได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยลงนามในหนังสือยินยอมให้ทำการวิจัยภายหลังได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันแรกที่ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษา โดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแลตอบคือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต หลังจากนั้นผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กจะได้รับการพยาบาลปกติ โดยผู้วิจัยบันทึกเหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ตั้งแต่วันแรกที่เริ่มเก็บข้อมูลจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ดูแลแต่ละราย เพื่อเป็นข้อมูลและประโยชน์สำหรับการอภิปรายและสรุปผลการวิจัย และผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น

ครั้งที่สองโดยแจกแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตให้ผู้ดูแลตอบอีกครั้งในวันที่ห้าของการเข้ารับการรักษ

กลุ่มทดลอง ดำเนินการภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมแล้วเสร็จ ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เกินคราวละ 2 ราย เมื่อแล้วเสร็จจึงได้ดำเนินการในรายต่อไป ทั้งนี้ ได้ใช้วิธีการจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (match paired) ด้วยแบบแผนของการรักษาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ (ใช้หรือไม่ใช้เครื่องช่วยหายใจ) และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลในแต่ละกลุ่ม (ครั้งแรกหรือตั้งแต่สองครั้งขึ้นไป) ทั้งนี้ เพื่อให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะที่เท่าเทียมกันมากที่สุด ซึ่งผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในวันแรกที่ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษ โดยการแจกแบบสอบถามให้ผู้ดูแลตอบคือแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต หลังจากนั้นผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กจะได้รับการพยาบาลปกติจากทีมสุขภาพของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมร่วมกับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนในโปรแกรมติดต่อกันเป็นเวลา 4 วัน ซึ่งผู้วิจัยอาศัยแผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นแนวทางดำเนินการ ร่วมกับการบันทึกเหตุการณ์ในแต่ละวันระหว่างดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นครั้งที่สองในวันที่ห้าของการเข้ารับการรักษ โดยแจกแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตให้ผู้ดูแลตอบอีกครั้งเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียวจนครบ 20 ราย โดยได้คัดออกจากการศึกษาจำนวน 1 ราย เนื่องจากมีการขอย้ายผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติจนครบ 20 รายเช่นเดียวกัน โดยได้คัดออกจากการศึกษาจำนวน 2 ราย เนื่องจากผู้ดูแลทั้งสองรายมีความจำเป็นบางประการที่ทำให้ไม่สามารถอยู่ร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างต่อเนื่อง และมีการเปลี่ยนผู้ดูแลคนใหม่ เมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 รายและกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย ผลการศึกษาที่ได้มีรายละเอียดดังนี้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 80 และ 70 ตามลำดับ มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ คือ 18-48 ปี ($\bar{x} = 30.20$, S.D. = 8.59) ในกลุ่มควบคุม และ 18-47 ปี ($\bar{x} = 28.75$, S.D. = 7.36) ในกลุ่มทดลอง ทั้งสองกลุ่มได้รับการศึกษา

อยู่ในช่วง 5-14 ปี มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาโดยเฉลี่ย 9 ปี ($\bar{x}=9.00$, S.D. = 2.64) ในกลุ่มควบคุม และ 8 ปี ($\bar{x}=8.25$, S.D. = 2.22) ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 95 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 80 ในกลุ่มทดลอง) โดยที่ร้อยละ 95 จะเป็นบิดา มารดา และร้อยละ 85 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเป็นครั้งแรก และมีการประกอบอาชีพโดยในกลุ่มควบคุมคิดเป็นร้อยละ 65 และในกลุ่มทดลองคิดเป็นร้อยละ 75 ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 60 ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 15 ส่วนกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 80 และในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 15 เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2) และการทดสอบที (t-test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

ผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วง 1 เดือนแรกถึง 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 และร้อยละ 65 ช่วงอายุ 1 ปีถึง 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 30 และร้อยละ 15 ตามลำดับ ส่วนในช่วงอายุตั้งแต่ 3 ปีถึง 5 ปี ทั้งสองกลุ่มมีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษานในหน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤต (PICU) เป็นครั้งแรก (ร้อยละ 75 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 100 ในกลุ่มทดลอง) ด้วยโรคทางสมองและสัณยกรรมทั่วไป (ร้อยละ 40 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 50 ในกลุ่มทดลอง) รองลงมาเป็นโรคปอดอักเสบและโรคระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 40 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 30 ในกลุ่มทดลอง) และโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 20 ทั้งสองกลุ่ม) ตามลำดับ ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ร้อยละ 60 มีการใช้เครื่องช่วยหายใจในการรักษา ทุกคนไม่ได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาคลายกล้ามเนื้อ แต่ได้รับการใส่ท่อหรือสายต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของคุณลักษณะของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในแต่ละกลุ่มด้วยสถิติไคสแควร์ (χ^2) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ยกเว้นการเข้ารับการรักษของผู้ป่วยในหน่วยผู้ป่วยเด็กวิกฤต (PICU) พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 69.35 คะแนน ($\bar{x}=69.35$, S.D. = 18.31) ในกลุ่มควบคุม และ 65.70 คะแนน ($\bar{x}=65.70$, S.D. = 11.91) ในกลุ่มทดลอง ส่วนคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ย 70.46 คะแนน ($\bar{x}=70.46$, S.D. = 17.63) ในกลุ่มควบคุม และ 82.75 คะแนน ($\bar{x}=82.75$, S.D. = 8.13) ในกลุ่มทดลอง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่า t ของการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	กลุ่มควบคุม (n = 20)			กลุ่มทดลอง (n = 20)			t
		Min-Max	$\bar{X}$	S.D.	Min-Max	$\bar{X}$	S.D.	
คะแนนการรับรู้สมรรถนะก่อนการทดลอง	0 - 100	39-100	69.35	18.13	39.50-90.50	65.70	11.91	.75 ^{ns}
คะแนนการรับรู้สมรรถนะหลังการทดลอง	0 - 100	36.50-100	70.46	17.63	63.00-96.00	82.75	8.13	-2.83 ^{**}

^{**} $p < .01$, ^{ns} = $p > .05$

การทดสอบสมมติฐาน ใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance) โดยมีคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนการทดลอง (pretest scores) เป็นตัวแปรร่วม (covariate) ผลจากการทดสอบสมมติฐาน พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนการทดลอง (covariate) คะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,37)} = 134.98, p = .000$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

Source of Variation	SS	df	MS	F	p
Covariate (คะแนนก่อนการทดลอง)	6522.81	1	6522.81	376.53	.000
Main effects (กลุ่ม)	2338.31	1	2338.31	134.98	.000
Error	640.98	37	17.32		
รวม	8673.61	39			

ดังนั้นสมมติฐานการวิจัยที่กล่าวว่า “ผู้ดูแลที่ได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติ มีการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียว” จึงได้รับการสนับสนุน

การอภิปรายผล

การที่ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในกลุ่มทดลองที่ได้รับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนร่วมกับการพยาบาลปกติ มีคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติเพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F_{(1,37)} = 134.98, p = .000$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยนั้น สามารถอธิบายได้ว่า ในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะให้กับผู้ดูแลผ่านการใช้โปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งได้พัฒนามาจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถเข้ามามีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้วยความเชื่อมั่นภายใต้ความรู้ความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยดำเนินโปรแกรมผ่านวิธีการที่ทำให้ผลการศึกษาที่ได้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ประกอบด้วย

การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลโดยใช้กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและลดความวิตกกังวล ซึ่งเริ่มต้นตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในการสร้างสัมพันธภาพ ประเมินปัญหาและให้การช่วยเหลือในเบื้องต้น เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้บอกเล่าความรู้สึก ปัญหา ความต้องการการช่วยเหลือและสอบถามในเรื่องที่สงสัย ซึ่งหลายการศึกษาระบุว่าควรให้การช่วยเหลือหรือมีกิจกรรม (intervention) กับผู้ดูแลโดยเร่งด่วนตั้งแต่ 2-16 ชม. หรือภายใน 24 ชม.แรกๆที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา (Bouve et al., 1999; Melnyk & Alpert-Gillis, 1998) เพราะเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลมีความเครียด ความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาในไอ.ซี.ยู. โดยผู้ดูแลไม่ได้ทราบหรือมีการวางแผนล่วงหน้า (unplanned admission) (Curley & Wallace, 1992; Melnyk et al., 2006) ผู้ดูแลจะต้องการบุคคลซึ่งพร้อมจะรับฟังปัญหา ให้คำอธิบายในสิ่งที่ไม่เข้าใจ รวมถึงให้ความสนใจต่อความรู้สึก ความเป็นอยู่ หรือภาวะสุขภาพ (Maxwell et al., 2007) และผลการศึกษาที่ผ่านมาของสุพัตรา กันธะรส และคณะ (Kuntaros et al., 2007) ที่ได้ศึกษาผลของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรและความพึงพอใจของมารดาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ซึ่งได้ให้ความช่วยเหลือมารดาในกลุ่มทดลองโดยการพูดคุย รับฟังปัญหา การให้ข้อมูลที่เป็นจริง และช่วยเหลือให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่วาระแรก มีผลทำให้การรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรและความพึงพอใจต่อการพยาบาลของมารดาในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.22, p < .001$ และ $t = -2.875, p < .01$ ตามลำดับ) เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญในเรื่องของความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล ทั้งก่อน ระหว่าง และภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีการประเมินความพร้อมของผู้ดูแล รับฟัง ค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่ผู้ดูแลกำลังประสบ เพื่อร่วมกันวางแผนและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมถึงการดูแลให้ผู้ดูแลได้มีเวลาพักผ่อนอย่างเหมาะสม กิจกรรมดังกล่าวได้ช่วยให้ผู้ดูแลลดความเครียด ความวิตกกังวล เข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่มากขึ้น ส่งผลดีต่อร่างกาย และจิตใจ การเรียนรู้และความตั้งใจ เป็นวิธีการส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) ที่สอดคล้องตามแนวคิดทฤษฎี ซึ่งจะมีผลดีโดยอ้อมทางบวกต่อการสร้างความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน เพราะหากบุคคลเกิดความเหนื่อยล้าหรือตึงเครียดก็มักรู้สึกท้อถอยมากกว่า จะคาดหวังถึงความสำเร็จ (Bandura, 1997)

การสอนสาธิตทักษะในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเพื่อเพิ่มทักษะหลัก 3 ด้านให้กับผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับรู้ และแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมสุขภาพเพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน และใช้เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การได้รับหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลกับทีมสุขภาพ เป็นความต้องการในอันดับต้น ๆ (Aldridge, 2005; Azoulay et al., 2003; Ward, 2001) ด้านกิจกรรม การดูแลพื้นฐาน ผู้วิจัยได้สอนทักษะการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยเด็กเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลลงมือซึ่งบทบาทการเป็นบิดา มารดา ลดความรู้สึกผิดหรือหมกหมุ่นทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยจากการที่ต้องพึ่งพาทีมสุขภาพเพียงอย่างเดียว ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เข้าใจและมั่นใจมากขึ้นว่าจะสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ได้ (สุคนธา คุณาพันธ์ และคณะ, 2546) และด้านการดูแลทางจิตสังคม ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ความเข้าใจในพฤติกรรมตอบสนองต่อความเครียดของผู้ป่วยเด็ก จัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กมากขึ้น เช่น การห่อถ่อม การให้ของเล่น หรือการได้ออกอยู่กับผู้ป่วยระหว่างมีกิจกรรมการพยาบาลตามความเหมาะสม รวมถึงช่วยเหลือให้ผู้ดูแลได้จัดสรรเวลาพักผ่อนอย่างเหมาะสมและมีโอกาสในการระบายความวิตกกังวล ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านจิตสังคมทั้งในส่วนของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลจะมีความเกี่ยวข้องและส่งผลซึ่งกันและกัน (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Melnyk, 2000)

การให้ความรู้ คำแนะนำและสาธิตทักษะในกิจกรรมการดูแลแต่ละด้านที่ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย ผ่านการใช้ตัวแบบในสภาพการณ์จริงคือ ผู้วิจัยที่ผู้ดูแลสามารถจะมีปฏิสัมพันธ์ได้โดยตรง สามารถเลียนแบบพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน และผู้วิจัยซึ่งเป็นตัวแบบสามารถเพิ่มเติมหรือปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมกับผู้ดูแลและสถานการณ์ในขณะนั้นได้ และตัวแบบในรูปสัญลักษณ์ได้แก่ กลุ่มชื่อ “การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต”

ซึ่งประกอบด้วยภาพประกอบคำบรรยายสั้น ๆ เพื่อให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจทั้งก่อน ระหว่าง และ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม และหุ่นเด็กสำหรับฝึกสาธิตที่ผู้วิจัยสามารถจัดเตรียมไว้ได้ล่วงหน้า (Bandura, 1977; 1997) ซึ่งตัวแบบเหล่านี้จะมีส่วนช่วยในการส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ตาม วัตถุประสงค์ (Bandura, 1986; 1997) ทำให้ผู้ดูแลสามารถประมวลเนื้อหาที่ได้รับจากการสอนสาธิต เก็บไว้เป็นข้อมูลในการสร้างทักษะอย่างถูกต้องต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของกุลลดา เปรมจิตร (2547) ซึ่งส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ถูกต้องโดยใช้การสอนสาธิตและการเรียนรู้ ผ่านคู่มือ เป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองให้กับกลุ่มทดลอง ผล การศึกษาพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = .00, p < .00$) และลัดดาวัลย์ ภวเวส (2549) ซึ่งได้ทำการศึกษเปรียบเทียบ พฤติกรรมการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์วัยก่อนเรียนของมารดาโดยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการ ดูแลบุตรอย่างมีคุณภาพ เรียนรู้ผ่านตัวแบบด้วยการเล่น เล่านิทาน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับ มารดาที่เลี้ยงลูกได้ประสบความสำเร็จ รวมทั้งการเรียนรู้จากวีดิทัศน์ตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ ความสามารถของตนเอง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมในการดูแลเด็กกลุ่มอาการดาวน์ ของมารดาหลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.052, p < .05$) ดังนั้น การจัดให้ผู้ดูแลมีโอกาสเห็นประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างถูกต้อง (vicarious experience) จึงมีผลทำให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลองเกิดกระบวนการเรียนรู้ตามทฤษฎี

การฝึกทักษะและการทบทวนประสบการณ์ของผู้ดูแลผ่านการปฏิบัติที่เคยทำได้สำเร็จ โดยผู้วิจัยได้ฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้านต่าง ๆ ให้กับผู้ดูแลจนเกิดความชำนาญ การฝึกฝนเพื่อให้เกิดทักษะและการให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสทบทวน ทักษะที่ได้รับโดยผู้วิจัยสามารถปรับแก้ในบางประเด็นซึ่งยังไม่ถูกต้องได้นั้น พบว่า ทำให้ผู้ดูแลเกิด การเรียนรู้ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริงอย่างถูกต้องเมื่อมีโอกาสได้ร่วมดูแลผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ในแต่ละวัน สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร โชติวิทยธารากร และคณะ (2546) ซึ่งได้ใช้การสาธิต การฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เป็นส่วนหนึ่งในโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะ ของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยในการรับรู้ สมรรถนะของมารดา และพฤติกรรมมารดาในการดูแลบุตรหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 16.48, p < .001$ และ $t = 13.03, p < .001$ ตามลำดับ) และจาก การศึกษาของสรณี อักษรกวน (2551) ที่ศึกษาพบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบในกลุ่ม ทดลองที่ได้รับบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมโดยให้ครอบครัวได้ลงมือปฏิบัติจริงใน กิจกรรมการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค ปอดอักเสบที่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = -3.01, p < .05$) ดังนั้น การฝึก

ทักษะและการทบทวนประสบการณ์ผ่านการปฏิบัติที่เคยทำได้สำเร็จ จึงเป็นการจัดให้ผู้ดูแลได้มีประสบการณ์ความสำเร็จเป็นของตนเอง (enactive mastery experience) (Bandura, 1997) มีผลทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น เมื่อมีโอกาสนำทักษะความรู้ที่ได้รับไปใช้จริงในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพ

การพูดคุยเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและใช้ศักยภาพสูงสุด โดยกล่าวแสดงความชื่นชมเมื่อผู้ดูแลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จ เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลได้นำเอาศักยภาพสูงสุดที่มีอยู่มาใช้ และให้กำลังใจเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาและอุปสรรค หรือเกิดความไม่มั่นใจในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลเกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้น เป็นวิธีการเสริมสร้างการเรียนรู้สมรรถนะให้กับผู้ดูแลโดยใช้คำพูดชักจูงภายในขอบเขตที่เป็นจริง เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (verbal persuasion) (Bandura, 1997) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง คำฝาย (2541) ที่ศึกษาผลของการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลทารกขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ที่เปิดโอกาสให้มารดากลุ่มทดลองได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด ก่อนจะได้รับคำชี้แนะตามปัญหา ได้รับคำพูดสนับสนุนและให้กำลังใจ ซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในแผนการเตรียมมารดาที่ได้สร้างขึ้น ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลทารกที่ถูกต้องเหมาะสมขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดหลังการทดลองของมารดากลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = < 16, p < .01$) และการศึกษาของกิจดิยา รัตนมณี (2547) ซึ่งใช้การให้คำชมเชยและส่งเสริมให้ได้รับกำลังใจเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักร่างกายของเด็กอ้วนวัยเรียนร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ผลการศึกษาพบว่า เด็กอ้วนวัยเรียนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = - 5.29, p = .000$ และ $t = - 6.28, p = .000$ ตามลำดับ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 15.07, p = .000$ และ $t = 6.33, p = .000$ ตามลำดับ) แต่การได้รับคำพูดชักจูงเพียงวิธีเดียวอาจมีอิทธิพลน้อยในการสร้างความเชื่อมั่นให้เกิดขึ้นกับบุคคล (ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ, 2544) ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการดังกล่าวร่วมกับวิธีการอื่น ๆ ได้แก่ การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (physiological and affective states) และการจัดให้ผู้ดูแลได้เห็นประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างถูกต้องผ่านการสอนสาธิต (vicarious experience) รวมถึงการจัดให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ความสำเร็จเป็นของตนเอง (enactive mastery experience) ดังรายละเอียดที่กล่าวมา รูปแบบโปรแกรมห่วงการดังกล่าวมีความชัดเจน ไม่ยุ่งยากซับซ้อนเมื่อนำไปปฏิบัติ เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลได้รับการ

ตอบสนองตรงตามความคาดหวัง ซึ่งถือเป็นหนึ่งในแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัว (พิกุล จำศรีบุศ, 2551) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับทักษะความรู้ที่ถูกต้อง เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพ ส่งผลให้ผลการรักษาที่ได้เป็นไปตามสมมติฐาน

อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการศึกษาทดลองในหน่วยงานซึ่งมีนโยบายอนุญาตให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลหนึ่งคนสามารถอยู่ร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กได้ตลอด 24 ชม. และตามปกติก็จะมีผู้ดูแลอย่างน้อยหนึ่งคนอยู่เฝ้าและพักผ่อนกับผู้ป่วยที่โรงพยาบาลเช่นเดียวกัน จึงอาจเป็นข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้กับสถาบันหรือหน่วยงานอื่นที่มีนโยบายและบริบทของการเฝ้าเยี่ยมแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้พยาบาลได้เข้าใจ และตระหนักถึงบทบาทของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้เกิดความต่อเนื่องและสมบูรณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กแต่ละราย ตลอดจนทราบแนวทางในการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะให้กับผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยด้วยความเชื่อมั่น ภายใต้อาสาและความเข้าใจและทักษะที่ถูกต้อง ดังนั้น ควรจัดโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นส่วนหนึ่งในบริการพยาบาลที่ให้อย่างต่อเนื่องกับผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต โดยมีการประเมินปัญหา ความต้องการการช่วยเหลือ และวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ดูแลแต่ละราย เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพดูแลและตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้ป่วย ควรมีการศึกษาติดตามเพื่อเปรียบเทียบผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับผู้ดูแลเป็นระยะ แม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นหรือสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ เพราะโรคบางโรคอาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในอนาคต ควรสอดแทรกกิจกรรมดังกล่าวเข้าเป็นส่วนหนึ่งของการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล มุ่งเน้นให้ผู้ศึกษาได้เรียนรู้และตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแลซึ่งอยู่ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในผู้ดูแลของผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

EFFECTS OF SELF-EFFICACY PROMOTION ON PERCEIVED SELF-EFFICACY OF CAREGIVERS PARTICIPATING IN CARE PROVIDED TO CRITICALLY ILL CHILDREN

SOPIT SUMANIT 5036168 RAPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: RENU POOKBOONMEE, D.N.S.,
SERMSRI SANTATI, Ph.D., SRISAMORN PHUMONSAKUL, D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

A critical illness that threatens life is considered a life crisis and an undesirable event, especially when the persons who are critically ill are children (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998). The family will be concerned and desire to be close by to take care of the ill children to make them as comfortable as possible, fulfilling the parental roles to care with love (Phuphaibul, 1998; Wong, 1999). If such desire is not satisfied, it can lead to situations those results in role conflict (Cristensson-Hallstrom et al., 2002). Caregivers may have different reactions due to stress, which can be perceived by the ill children who may not understand such reactions (Melnyk & Alpert-Gillis, 1998). This may increase stress and fear of the critically ill children (Melnyk, 2000), which have a direct effect on the ill children's health status and recovery (Pookboonmee, 2006; Prapthal, 2004).

A review of literature has shown that the family's participation in care provided to ill children has positive effects on children's physical and psychological well-being. Family caregivers are important persons who give information about the ill children to the healthcare team comprehensively and continuously, which benefits the treatment; that is, it reduces the severity of the illness and decreases chances of

complications (Neill, 1996; Palmer, 2001). In addition, it has been found that the ill children will feel safe, secure, and become more cooperative with treatment. Besides, they are able to ask for assistance or share what they want to share with the healthcare team with their family acting as a moderator (Dokken et al., 2007; Neill, 1996; Vinson, 2002). Participation in care provided to the ill children also enables caregivers to develop correct understanding of the patients' behavioral expressions in response to illness and life-threatening situations (Melnik & Alpert-Gillis, 1998). If caregivers do not have understanding or are unable to manage this, they will become stressed and anxious, and they may experience the sense of loss of role-functioning or role-maintenance to protect the ill children from pain and fear (Kunapun et al., 2003; Pangnukroh, 2005; Punthmatharith et al., 2007). Furthermore, the caregivers may feel that they do not receive sufficient assistance and are not sure whether the decisions they make are best for the patients or not, so they may have some behaviors that adversely affect the relationship between the ill children and the caregivers (Chaichana et al., 2002; Katz, 2002; Melnyk, 2000). On the other hand, if caregivers receive sufficient assistance and support, they should be better able to adjust themselves and more clearly understand the situations, so their stress and anxiety should be reduced (Melnik & Alpert-Gillis, 1998; Melnyk et al., 2006; Pangnukroh, 2005). As a result, their perceived self-efficacy will be increased once they have assessed that their participation in care leads to successful outcomes (Augsornguan, 2008; Faichamnan, 2003; Kuntaros et al., 2007). This is considered an important therapeutic environment factor that enhances patients' recovery from their illness (Schepp & Pai, 1995).

Family members' participation in care provided to the ill children enables the healthcare team to receive correct information about the needs of the patients. They will also receive more cooperation in care from the ill children during implementation of nursing care activities, hence more continuous and complete care given to each of the ill children who have various needs (Neill, 1996). Thus, the ill children will reap most benefits from the care activities. For this reason, the healthcare team should offer opportunity for family members to take part in care of critically ill children by disseminating knowledge and skills in correctly care. More importantly, healthcare team should instill self-confidence for caregivers in systematically participating in care for critically ill children. Like this, the caregivers will be

confident in their ability while able to maintain their roles of a parent and to respond to basic needs of critically ill children so as to ensure mutual understanding and relationship among patients, their family, and healthcare team (Hueckel & Wilson, 2007; Prapphal, 2004; Suwanjutha, 2004).

The researcher was well aware of the significance of caregivers and the necessity to systematically prepare the caregivers to enable them to use their existing ability and skills to take part in care, with correctness and confidence within the possible boundary to benefit the critically ill children, their caregivers, and the healthcare team. For this reason, the researcher was interested in investigating the effects of self-efficacy promotion on perceived self-efficacy of caregivers participating in care provided to critically ill children. Self-efficacy promotion was designed to promote perceived self-efficacy of caregivers by giving them opportunity to learn and develop confidence in giving care to critically ill children based on the major processes or mechanisms of promotion of perceived self-efficacy through sources of efficacy as specified in the self-efficacy theory of Bandura (1997). It was anticipated that the finding of the study could be used as a guideline in providing systematic and holistic care to critically ill children and their family.

Theoretical Framework of the Study

Self-efficacy Theory proposed by Bandura (1997) was used as the theoretical framework of the study. This perceived self-efficacy refers to the judgment of one's ability to manage or carry out an activity to accomplish a set goal under a specific situation (Bandura, 1997). It is considered a cognitive process that links knowledge and action. It is a significant factor that leads to actual action based on existing knowledge and confidence to achieve the desired outcome (Lawrence & McElroy, 1986). In general, individuals' behaviors are related to three factors that interact with and determine one another—internal personal factor, behavioral factor, and environmental factor. These factors may not take place at the same time or have an equal amount of influence. Instead, they depend on the time and situation that set the conditions in which one factor will have an influence on another factor (Bandura, 1997). Besides this, perceived self-efficacy can vary in accordance with the ease or difficulty of the task or the situation individuals are facing. In other words, perceived

self-efficacy varies depending on three dimensions as follows: 1) magnitude or level of the behaviors to be performed, 2) strength or confidence of individuals to successfully perform such an activity or action, and 3) generality or ability to use past successful experience with similar activities in a new situation (Bandura, 1977; 1997). Moreover, in order for individuals to do or not to do any activity there need to be two factors; that is, outcome expectancies and efficacy beliefs, which make individuals believe that they have the ability to fulfill any specified activity (Bandura, 1997).

To make individuals develop efficacy beliefs, there needs to be promotion of perceived self-efficacy based on four sources of self-efficacy as specified in the theory. They are as follows: 1) enactive mastery experience, 2) vicarious experience, 3) verbal persuasion, and 4) physiological and affective states (Bandura, 1997). After learning through such sources of self-efficacy, individuals can make use of cognitive processing to select information from the source they are interested in and weigh the credibility of the information and integrate the information to make efficacy judgment. When individuals have a high level of perceived self-efficacy, their behavioral expression will be supported as they will decide to do their best to accomplish the expected outcome (Prasopkittikun, 2001; Utriyaprasit, 2004).

In the present study, the perceived self-efficacy promotion program was designed to enable caregivers to gain knowledge and experience in taking care of critically ill children, or enactive mastery experience. Witness and learn about correct care for critically ill children, or vicarious experience. Receive persuasive talks within a realistic boundary to increase the level of self-confidence, or verbal persuasion. And promote physiological and emotional conditions, or physiological and affective states. All of which are four major mechanisms to enhance sources of self-efficacy according to the theory of Bandura (1997) through caregivers participation in care activities for critically ill children in the perceived self-efficacy promotion program in three aspects as follows: 1) exchange of information and decisions, 2) basic care activities, and 3) psychosocial care. These activities were integrated care activities that derived from knowledge about concepts and studies related to needs of ill children. In general, in addition to the need for treatment to recover from the illness, the ill children also have the need to be close to caregivers, whom they are attached to, as well as to be protected and comforted from pain and fear (Melnik & Alpert-Gillis, 1998; Melnyk,

2000). Likewise, caregivers have expectation and needs to maintain their care-giving role to respond to the needs of critically ill children. Furthermore, they need realistic information about the illness and treatment and care the critically ill children receive. Finally, they need compassion and convenience in communicating and developing good relationships with healthcare personnel as well (Henneman, 2002; Maxwell et al., 2007; Pranmontri et al., 2008).

The perceived self-efficacy promotion program developed in this study aimed at enabling caregivers to develop confidence in their potential to take part in care provided to critically ill children. Manage and adjust themselves to the situation they were facing, and to maintain their roles of caregivers. Besides this, the outcomes of their learning and successful practice would increase these caregivers' skills in participating in care provided to critically ill children both during the present illness and in the future.

Objective of the Study

The present study aimed at investigating the effects of a self-efficacy promotion program on perceived self-efficacy of caregivers participating in care provided to critically ill children.

Research Hypothesis

The caregivers who received self-efficacy promotion together with usual nursing care had a higher level of perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children than the caregivers who received only usual nursing care.

Research Methodology

The present study was quasi-experimental research with the pre-test and post-test design with a comparison group.

The study sample consisted of caregivers of critically ill children who were treated at the pediatric wards 1 and 2, pediatric department, Suratthani Hospital, during June until September 2009. The subjects were selected by means of purposive

sampling based on the following inclusion criteria: 1) They were parents or close relatives who was caregivers of critically ill children aged one month to five years since the first day the children were admitted into the pediatric wards 1 and 2, Suratthani Hospital. The patients were considered hemodynamic stable and the researcher discussed and agreed with the physician in charge that the caregivers was able to participate in care; 2) They were caregivers who had been taking of the critically ill children even before the children became sick and they were able to spend the nights at the hospital to take care of their children; 3) They were able to communicate in the Thai language; and 4) They were willing to participate in the study from the beginning to the end of data collection and signed the informed consent form.

The instruments used in this study consisted of the following:

1. The research instruments which were developed by the researcher based on an extensive review of literature and examined to ensure content validity by a panel of five experts who had expertise in care of pediatric patients and family. The comments and suggestions of the experts were used to revise and improve the quality of the instruments with assistance from the thesis advisers. After that, the revised instruments were tried out with three caregivers whose characteristics were similar to those of the subjects in the study to ensure objectivity, clarity of the contents, and language appropriateness. They were revised one more time before they were used with the subjects in the study. The research instruments in the present study were as follows:

- 1.1 The perceived self-efficacy promotion program: The researcher developed the program to offer caregivers to participate in care provided to critically ill children. The contents of the program consisted of the following: 1) activity of establish relationship and reduce anxiety, since the first day the critically ill children was admitted into the hospital; 2) activity of participatory in care, to promote three major skills of caregivers: exchange of information and decisions, basic care activities, and psychosocial care. All of which commenced on the second day after the admission, with each of the activities arranged to suit the treatment plans. Serve to the needs of each the ill children and their caregivers before applying the acquired knowledge and skills to give care to the critically ill children with the healthcare team;

and 3) activities to review and increase experience with participation in care of critically ill children. Carried out on the third and fourth days after the admission to allow caregivers chances to review their knowledge and to give the researcher the opportunity to adjust the caregiver's knowledge and skills that were not yet accurate or complete through dissemination of knowledge, demonstration of skills, and caregiver's demonstration of what they had learned through additional care activities. Lasting forty-five minutes to one hour as deemed appropriate.

1.2 The implementation plan for the perceived self-efficacy promotion program: The researcher developed the implementation plan as a guideline in increasing confidence in caregivers to participate in care provided to critically ill children. The contents were composed of conversations, questioning techniques, stimulation to express ideas, dissemination of knowledge, demonstration of skills, and practice of skills for caregivers to enable them to participate in care provided to critically ill children in compliance with the mechanisms of the perceived self-efficacy promotion program.

1.3 A manual on participation in care for critically ill children: The manual was constructed by the researcher to enable caregivers to study and gain understanding of care provided to critically ill children, before, during, and after their participation in the perceived self-efficacy promotion program.

1.4 An events record form: The form was designed by the researcher to record the problems or needs of caregivers and important events during the collect data. The data recorded in the form were used to activities in care, discuss and conclude the research findings.

2. Data collection instruments consisted of the following:

2.1 A data record form: The form was developed by the researcher. It consisted of multiple-choice items or short response items to elicit data regarding characteristics of the critically ill children and caregivers.

2.2 A perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children assessment scale: The scale was adapted from self-efficacy in participatory involvement in children care questionnaire developed by Kuntaros et al. (2007). The scale consisted of 20 items, and it was examined to ensure content validity and language appropriateness from a panel of five experts before being revised and

improved with assistance from the thesis advisors. The validity of the scale was determined by calculating internal consistency of the scale, and the scale was tried out with ten caregivers whose characteristics were similar to those of the subjects of the study. Cronbach's alpha coefficient of the scale when it was tried out in a pilot study was equal to .90. When the scale was used with 40 subjects in the main study, Cronbach's alpha coefficient was .96.

It is worth noting that the present study was approved by the thesis committee of Mahidol University, the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, and the Ethical Committee on Research Involving Human Subjects of Suratthani Hospital. In addition, the subjects who participated in the study were willing to participate in the study, and they indicated their willingness by signing the Informed consent form. The data collection procedures in this study proceeded as follows:

The control group: Data collection began by asking the subjects to complete to a data record form and a perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children assessment scale by them, administered by the research assistant. After that, the critically ill children and their caregivers received usual nursing care from the healthcare team of the pediatric ward. The researcher recorded important events that took place on each day and that may have an effect on the research findings, from the first day to the last day of the data collection period. Then, on the fifth day of the hospitalization, the research assistant collected data by the subjects complete to a perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children assessment scale by them for the second time.

The experimental group: Data were collected after data collection with the control group had been completed to prevent contamination of data. The researcher conducted the experiment and collected data from no more than two study subjects at a time. The researcher waited until data collection from two subjects had been completed before moving on to the next two subjects. It is noteworthy that the match paired technique was employed to match the treatment plan the critically ill children received (using or not using mechanical ventilation) and the caregiver's experience in providing care to critically ill children (first time or more than two times) to make the

two groups as equalitarian as possible. On the first day of admission, the research assistant collected data by asking the subjects to complete to a data record form and a perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children assessment scale by them. After that, the caregivers and the critically ill children received usual nursing care from the healthcare team of the pediatric ward together with the perceived self-efficacy promotion program. The researcher implemented the program for four consecutive days based on the implementation plan for the perceived self-efficacy promotion program and recorded important events that occurred during the experiment. On the fifth day of the hospitalization, the research assistant collected data by the subjects complete to a perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children assessment scale by them for the second time, just like the control group.

Research Findings

The researcher collected data from 20 caregivers of critically ill children in the control group who received usual nursing care. Meanwhile, one of the caregivers was excluded from the study because the patient was transferred to another hospital. After that, the experiment was conducted and data were collected from 20 caregivers in the experimental group who received the perceived self-efficacy promotion program and usual nursing care. Meanwhile, two caregivers were excluded from the study because they faced some difficulties that prevented them from continuously taking care of the critically ill children and new caregivers had to replace them. However, in the end data were collected from 20 subjects in the control group and another 20 subjects in the experimental group. The findings of the study are as follows:

Characteristics of the subjects: According to the study findings, most of the subjects in both groups were female, accounting for 80% and 70% of the subjects in the control group and the experimental group, respectively. The subjects ranged in age from 18 to 48 years ($\bar{x} = 30.20$, S.D. = 8.59) in the control group and from 18 to 47 years ($\bar{x} = 28.75$, S.D. = 7.36) in the experimental group. Moreover, the number of years the subjects received formal education ranged from 5 to 14 years, with the means of nine years in the control group ($\bar{x} = 9.00$, S.D. = 2.64) and eight years in the

experimental group ($\bar{x} = 8.25$, S.D. = 2.22). In addition, most of the subjects were married (accounting for 95% in the control group and 80% in the experimental group). As regards relationship with the patient, 95% of the caregivers were the parents, and 85% had taken care of critically ill children for the first time. Furthermore, 65% of the control group and 75% of the experimental group had an occupation. 60% and 15% of the caregivers in the control group had high and moderate perceived severity of illness of critically ill children, respectively, while 80% and 15% of the caregivers in the experimental group had high and moderate perceived severity of illness, respectively. Chi-square (χ^2) and t-test showed that there were no statistically significant differences between the two groups of subjects ($p > .05$).

When considering the age of critically ill children, the findings indicated that there were 50% of the children in the control group and 65% of those in the experimental group who were one month to one year old, and 30% of the children in the control group and 15% of those in the experimental group who were one year to three years old. Finally, 20% of the children in both groups were between three and five years old. Furthermore, three-quarters of the children in the control group and all of the children in the experimental group were hospitalized in the pediatric intensive care unit (PICU) for the first time. As for the causes of their hospitalization, 40% of the children in the control group and 50% of the children in the experimental group had brain diseases or general surgery, 40% of those in the control group and 30% of those in the experimental group had pneumonia or other respiratory diseases, and 20% of the children in both groups had congenital heart diseases. Also, 60% of the subjects in both groups were used mechanical ventilation, and none of them received analgesics or muscle relaxants but they had invasive line in their body. Finally, when comparing the children in both groups with Chi-square test (χ^2), it was found that both groups of children were not different with statistical significance ($p > .05$) except for their hospitalization in the PICU that was statistically significantly different ($p < .05$).

The pre-experimental mean scores of caregivers' perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children were equal to 69.35 points ($\bar{x} = 69.35$, S.D. = 18.31) in the control group and 65.70 points ($\bar{x} = 65.70$, S.D. = 11.91) in the experimental group. And the post-experimental mean scores of caregivers' perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children were equal to 70.46

points ($\bar{x} = 70.46$, S.D. = 17.63) in the control group and 82.75 points ($\bar{x} = 82.75$, S.D. = 8.13) in the experimental group, as illustrated in Table 1 below.

Table 1: Comparison of possible scores, maximum and minimum scores, means, standard deviations, and t values of pre and post-experimental mean scores of caregivers' perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children of the control group and the experimental group.

Variables	Possible scores	Control group (n = 20)			Experimental group (n = 20)			t
		Min-Max	$\bar{x}$	S.D.	Min-Max	$\bar{x}$	S.D.	
pre-experimental scores of perceived self-efficacy	0 - 100	39-100	69.35	18.13	39.50-90.50	65.70	11.91	.75 ^{ns}
post-experimental scores of perceived self-efficacy	0 - 100	36.50-100	70.46	17.63	63.00-96.00	82.75	8.13	-2.83 ^{**}

^{**} $p < .01$, ^{ns} = $p > .05$

Hypothesis testing: Analysis of covariance (ANCOVA) was used to compare the differences in mean scores of caregivers' perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children with the pre-experimental scores as the covariate in the analysis. The findings showed that when controlling the influence of the pre-experimental mean scores of caregivers' perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children, the post-experimental mean score of perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children of the caregivers in the experimental group was higher than that of the caregivers in the control group with statistical significance ($F_{(1,37)} = 134.98$, $p = .000$), as shown in Table 2.

Table 2: Comparison of differences in mean scores of caregivers' perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children of the experimental group and the control group using ANCOVA

Sources of Variation	SS	df	MS	F	p
Covariate (pre-experimental scores)	6522.81	1	6522.81	376.53	.000
Main effects (group)	2338.31	1	2338.31	134.98	.000
Error	640.98	37	17.32		
Total	8673.61	39			

Therefore, the research hypothesis stating that “the caregivers who received self-efficacy promotion together with usual nursing care had a higher level of perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children than the caregivers who received only usual nursing care” was accepted.

Discussion

According to the study findings, the post-experimental mean score of perceived self-efficacy to participate in care provided to critically ill children of the subjects in the experimental group who received self-efficacy promotion together with usual nursing care was higher than that of the subjects in the control group who received only usual nursing care with statistical significance ($F_{(1,37)} = 134.98$, $p = .000$). Thus, the research hypothesis was supported. This could be explained that self-efficacy promotion, which was developed based on the self-efficacy theory, enabled caregivers to take part in care-giving of critically ill children with confidence in their correct knowledge and skills in care. In this study, the researcher implemented the perceived self-efficacy promotion program which made the study findings support the research hypothesis in the following manners:

The preparation of caregivers using activity of establishes relationship and reduces anxiety started on the first day since the patients were admitted into the hospital. In establishing relationships, the researcher assessed the caregivers' problems, offered preliminary assistance, and gave them opportunity to share their feelings and needs or asked questions about what they did not understand. Previous studies have suggested that assistance or intervention activities should be carried out

for caregivers within the first 2 to 16 hours or within the first 24 hours; the patients were hospitalized (Bouve et al., 1999; Melnyx & Alpert-Gillis, 1998). This is because it is the time when caregivers experience a high level of stress and anxiety, especially when critically ill children have unplanned admission into the PICU (Curley & Wallace, 1992; Melnyk et al., 2006). During this time, caregivers need someone who is ready to listen to their problems, explain what they do not understand, and pay attention to their feelings or conditions (Maxwell et al., 2007). Kuntaros et al. (2007) studied the effects of family-centered care on self-efficacy in participatory involvement in children care and satisfaction of mothers in the PICU. In this study, the mothers in the experimental group had someone to talk to, to share their feelings, to listen to their problems, and to give the realistic information they needed to help them effectively cope with the problems related to the ill children since the beginning of hospitalization, so their perceived self-efficacy and satisfaction with nursing care were higher than those of the mothers in the control group with statistical significance ($t = -4.22, p < .001$ and $t = -2.875, p < .01$, respectively). Likewise, in the present study, the researcher realized the significance of physical and mental readiness of caregivers before, during, and after their participation in the perceived self-efficacy promotion program. The caregivers' readiness was assessed, and the researcher listened to their problems and obstacles so as to help them plan for solutions to the problems. The researcher also ensured that caregivers had sufficient rest. All of these activities enabled caregivers to reduce their stress and anxiety and develop their understanding of the problems and situations they were facing, hence positive effects on their physical and psychological well-being. In fact, according to the theoretical concept, learning and intention is a way to promote physiological and affective states, which in turn has a positive effect on development of perceived self-efficacy. This is because when individuals are exhausted or stressed, they are more likely to feel disheartened rather than expectant of success (Bandura, 1997).

Teaching and demonstration of skills in participating in care provided to critically ill children aimed to increase skills of caregivers in three aspects, including exchange of information and decisions which led to mutual understanding of information which can be used in decision making. Previous studies have pointed out that reception and exchange of information is among the top priority need of the

caregivers (Aldridge, 2005; Azoulay et al., 2003; Ward, 2001). As regards the second aspect, basic care activities, the researcher taught caregivers care-giving skills to respond to basic needs of critically ill children. Enable them to maintain their parental roles, and to reduce their guilt or desperation as well as their dependence on the healthcare team. For this reason, the caregivers learned, developed understanding, and became more confident that they were able to handle the situations they were facing (Kunapun et al., 2003). Finally, with regard to the psychosocial care aspect, the researcher disseminated knowledge to ensure caregivers' understanding of how to respond to stress behaviors of ill children. Organize activities to give caregivers more opportunity to be close to ill children such as singing lullabies or playing with toys. In addition, the researcher gave caregivers chances to be close to the ill children during the nursing care activities as seen appropriate as well as to have sufficient rest and to release their anxiety. This is because research evidence has pointed out that psychosocial factors of both the ill children and their caregivers are interrelated and have an effect on each other (Melnik & Alpert-Gillis, 1998; Melnyk, 2000).

Dissemination of knowledge, demonstration of skills, and provision of advice related to each aspect of care activities responded to the needs of each of the ill children and their caregivers. These activities were conducted through a model in an actual situation. That is, the researcher who was able to have direct interactions with caregivers and who could be clearly imitated by caregivers. Put another way, the researcher was a role model which could add or adjust behaviors to suit specific caregivers and situations. There was also a symbolic model in this study, which was a manual on participation in care for critically ill children, included illustrations with short descriptions to ensure ease of understanding before, during, and after the participation in the program. There was also a baby doll for demonstration purposes prepared in advance by the researcher (Bandura, 1977, 1997) which promoted the learning process in accordance with the objectives of the program (Bandura, 1986, 1997). Thus, the caregivers were able to process the contents received from the teaching and demonstration as a resource for subsequent skill development. A study conducted by Premjit (2004) included promotion of perceived self-efficacy of mothers to develop correct children care behaviors through demonstrations and learning from a manual. The findings showed that the mothers in the experimental group had their

mean score of children care behavior higher than that of the mothers in the control group with statistical significance ($U = .00, p < .00$). Moreover, Pawawes (2006) investigated children rearing behaviors of mothers of children with Down's syndrome who received the perceived self-efficacy program which included provision of advice on quality children care, learning through playing and storytelling, exchanging experience with successful mothers, and learning from a video. The findings showed that the scores of children rearing behaviors of the mothers obtained after their participation in the program were higher than those obtained before participation in the program with statistical significance ($t = -7.052, p < .05$). Thus, arranging for caregivers to attain vicarious experience in the present study could enable them to develop the learning process as specified in the theory.

As regards enactive mastery experience, involving practices of skills and reviews of past successful experiences of caregivers, the researcher gave caregivers training on skills necessary in providing care to critically ill children in various aspects until they had mastery of these skills. Skill practices and reviews of the skills also helped make it able for the researcher to correct some of the skills the caregivers had not mastered. This led to learning and ability to correctly apply the skills in an actual situation with the healthcare team. A study was conducted by Chotewittayatharakorn et al. (2003) to examine the effects of a self-efficacy program on mothers caring for children with congenital heart disease. The program involved demonstration, skill practices, and exchange of past experiences. It was found that the mean scores of perceived self-efficacy of the mothers and their children care behavior after participation in the program were higher than those obtained before participating in the program with statistical significance ($t = 16.48, p < .001$ and $t = 13.03, p < .001$, respectively). Furthermore, Augsornguan (2008) carried out a study and reported that the family of children with pneumonia in the experimental group who received nursing service program emphasizing family participatory that served the needs and problems of families and patients had scores of caring behavior of family members higher than those of the families in the control group with statistical significance ($U = -3.01, p < .05$). Therefore, skill practices and reviews of successful experiences constituted enactive mastery experience of caregivers, as proposed by Bandura (1997). As a result, caregivers had more confidence when they had a chance to apply the

knowledge and skills to actually take care of critically ill children together with the healthcare team.

Talking can lead to confidence and maximization of potential. In this study, the researcher gave compliments to caregivers when they were able to carry out different activities successfully to stimulate them to make the most use of their potential. Give encouragement and moral support when they faced with problems and obstacles or when they lacked self-confidence while they were participating in the program. This is to make them try harder and promote their perceived self-efficacy. In other words, verbal persuasion (Bandura, 1997) was applied to make caregivers confident in their self-efficacy to provide care to critically ill children. Kaofai (1998) investigated the effects of maternal preparation on preterm infant care self-efficacy and care behavior. During the program, the experimental mothers were given the opportunity to release their feelings about care of preterm infant. After that, they received advice on solutions to problems and encouragement and moral support. It was discovered that the mean scores of preterm infant care self-efficacy and care behaviors of the experimental mothers were higher than those of the control mothers with statistical significance ($U = 16, p < .01$). In another study, Rattanamanee (2004) used compliments and moral support in the perceived self-efficacy promoting program with parental participation to control body weight of obese school-age children. The findings revealed that after the implementation of the program the obese school-age children in the experimental group had mean scores of consumption behaviors and daily energy expenditure behavior higher than those obtained before the implementation of the program with statistical significance ($t = -5.29, p = .000$ and $t = -6.28, p = .000$, respectively) and higher than those of the control group who received only routine caring with statistical significance ($t = 15.07, p = .000$ and $t = 6.33, p = .000$, respectively). However, using only verbal persuasion may not be influential enough to instill confidence and perceived self-efficacy in individuals (Prasopkittikun, 2001). Therefore, in this study, the researcher applied verbal persuasion together with other techniques including physiological and affective states, vicarious experience, and enactive mastery experience as previously mentioned. It could be stated that the program was clear and not too complicated to implement, and it also enabled appropriately respond to the needs of caregivers and critically ill children. As a

consequence, the appropriately respond to the needs could be used as a means to provide care to critically ill children and their families (Khamtribut, 2008). This is because it enabled caregivers to receive correct knowledge and develop skills necessary to care for critically ill children with the healthcare team, so the study findings supported the research hypothesis previously formulated.

However, in the present study, the research setting which allowed one of the caregivers to be with the critically ill children 24 hours a day. The same as the caregivers, at least one person will spend the time at the hospital for take care of the ill children, normally. For these reasons, the study findings may not be generalized to other groups of population whose characteristics are different from this study.

Recommendations

The findings of the study have revealed that self-efficacy promotion can be used to promote perceived self-efficacy of caregivers of critically ill children. The findings have also increased understanding and raised awareness of nurses, helping them better understand the roles of caregivers that caregivers are a major factor that creates continuity and completeness of care. The program can be utilized as a guideline to promote perceived self-efficacy of caregivers, enabling them to work closely with the healthcare team to provide care to critically ill children with confidence, correct knowledge and skills. Consequently, the perceived self-efficacy promotion program should be included as part of the nursing service to be offered to critically ill children. In doing so, nurses should assess' problems, needs and plan for problem resolves with each caregivers to allow them participation in care and to better serve the needs of the ill children. In addition, studies should be conducted to compare the effects of self-efficacy promotion on a periodical basis even after the patients have recovered or have been discharged from the hospital because some of the diseases may relapse and require re-admission into the hospital. Furthermore, self-efficacy promotion should be included as part of the nursing curriculum with an emphasis on awareness of the significance of caregivers of critically ill children. Finally, further research should be conducted to more effectively determine the effectiveness of self-efficacy promotion and to implement self-efficacy promotion with caregivers of other groups of patients.

เอกสารอ้างอิง

- กมลเนตร ใฝ่ชานาญ. (2546). ผลของการให้มารดามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดต่อความเครียดของมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กมลวรรณ นารอดภัย. (2551). ผลของโปรแกรมการจัดการกับความเหนื่อยล้าต่อระดับความเหนื่อยล้าในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่คลอดบุตรทางช่องคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติยา รัตนมณี. (2547). ผลของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันของเด็กอ้วนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กิตติมา สำราญไชยธรรม. (2541). การรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดาพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรของมารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 1-5 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุลลดา เปรมจิตร์. (2547). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกร่วมกับการดูแลแบบแคงการดูแลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรของมารดาและการเพิ่มน้ำหนักตัวของทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์. (2547). การรับรู้สมรรถนะของตนเอง: การวิเคราะห์หัมโนมติ. วารสารพยาบาลศาสตร์, 22(1), 8-18.
- ขนิษฐา ประสมศักดิ์. (2551). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลในบิดา-มารดาที่บุตรมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟในระยะหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณิต ฌ พัทลุง. (2549). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลทารกป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- แจ่มจันทร์ กุลวิจิตร. (2544). การเล่นในเด็กป่วย. สงขลา: เอส.ซี.วี. บิสสิเนสส์.

- ฉญาธร ปราณมนตรี, กุลวรา เพียรจริง, และเดือนใจ เสือดี. (2551). ประสบการณ์มารดาที่ลูกป่วยหนักเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์: การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครชุม, 24(2)*, 15-26.
- ชญาณัฐ ปัญญาทอง. (2544). การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลอุดรธานี. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*.
- ณิกานต์ ไชยชนะ, ศรีพรรณ กันธวัง, และนันทา เลี้ยววิริยะกิจ. (2546). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร, 30(4)*, 58-71.
- เดือนฤทัย แซ่โล้ว. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อความพึงพอใจในการบริการการพยาบาลและสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
- ทักษิณี ประสพกิตติคุณ. (2544). การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารสภาการพยาบาล, 16(3)*, 1-10.
- นวลจันทร์ ปราบพาล. (2547). Holistic approach to a critically ill child. ใน นวลจันทร์ ปราบพาล, จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, และพรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ (บก.), *Pediatric Critical Care in General Practice* (หน้า 1-6). กรุงเทพฯ: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2550). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูแอเนต์ไออินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- บุษกร พันธเมธาฤกษ์, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, และธิดารัตน์ กำลังดี. (2550). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 25(2)*, 117-126.
- พนาวรรณ เสนาวงศ์. (2550). ผลของการให้ข้อมูลโดยใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อระดับความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรน้ำหนักตัวน้อย. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล*.

- พิกุล ขำศรีบุศ. (2551). Caring for critically ill children and their families. ใน จารุพิมพ์ สูงสว่าง, กวีวรรณ ลิ้มประยูร, โสภภาพรณ เงินน้ำ, กลีบสไบ สรรพกิจ, และธราธิป โคละทัต (บก.), *กุมารเวชศาสตร์ทันยุค* (หน้า 313-315). กรุงเทพฯ: เฮาแคนดู.
- พิสมัย ธรรมชาติ, พัทรินทร์ รมยศิริไทย, สุกรศรี เดชเกษม, และรุ่งทิวา อัครวินานนท์. (2542). ผลของการให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเจ็บป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้องต่อความวิตกกังวลพฤติกรรมเผชิญความเครียดและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของมารดา. *วารสารกรมการแพทย์*, 24(8), 477-484.
- พิศสมัย อรทัย. (2551). มโนทัศน์พื้นฐานเกี่ยวกับการออกแบบการวิจัยเชิงทดลองทางการพยาบาล. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 14(1), 54-69.
- ฟาริดา อิบราฮิม. (2542). *สาระการบริหารการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- มนตรา พันธุ์ฝึก. (2551). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมบทบาทการเป็นมารดาต่อความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก ความพึงพอใจในบทบาทของมารดา ความสามารถในการเรียนรู้พฤติกรรมทารก และการเจริญเติบโตของทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: วีเจ พรินติ้ง.
- เรณู พุกบุญมี. (2549). Humanistic nursing approach in pediatric critical care. ใน สุภารัตน์ ไวยชีตา, ธิติดา ชัยสุภมมงคลลาภ, และวรรณมา คงวิเวกขจรกิจ (บก.), *New trend in pediatric critical care nursing* (หน้า 107-115). กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- ลัดดาวัลย์ ภาวเวช. (2549). การศึกษาการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมดูแลเด็กกลุ่มอาการคาวนซ์ของมารดาในสถาบันราชานุกูล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บก.), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 6) (หน้า 17-55). กรุงเทพฯ: วีเจ พรินติ้ง.
- สมทรง เค้าฝ่าย. (2541). ผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมดูแลทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- สมพร โชติวิทยธารากร, สมใจ ทุนกุล, และวิไล ลีสุวรรณ. (2546). ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. *วารสารกองการพยาบาล*, 30(1), 12-22.
- สรณี อักษรกวน. (2551). ผลการใช้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารับการรักษาลำไส้ของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พดฺติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัว และความพึงพอใจในบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 20(1), 81-95.
- สรศักดิ์ โลจันดารัตน์. (2546). Care of Patients on Ventilators. ใน วัชรระ จามจุรีรักษ์, ชาริณี เบญจวัฒนานันท์, และสุนันทา สวรรค์ปัญญาเลิศ (บก.), *4th BGH Critical care for Nurses* (หน้า 145-160). กรุงเทพฯ: ศ.รุ่งทิพย์ ออฟเซต.
- สุคนทา คุณาพันธ์, วิลาวัณย์ พิเชิธรเสถียร, และวิมล ชนสุวรรณ. (2546). การปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรเจ็บป่วยเฉียบพลันขณะเข้ารับการรักษารในโรงพยาบาล. *พยาบาลสาร*, 30(4), 72-86.
- สุทธี วัฒนกุล และชนกพร จิตปัญญา. (2548). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 17(3), 36-46.
- สุกรี สุวรรณจุฑะ. (2547). Family centered care in pediatric practice and critical care: Role of nurses and pediatricians. ใน จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, ดุสิต สถาวร, และนวลจันทร์ ปรามพาล (บก.), *Pediatric Respiratory and Critical Care* (หน้า 105-112). กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- สุกรี สุวรรณจุฑะ, และสุภารัตน์ ไวยชีดา. (2549). Current concepts in pediatric critical care and nursing. ใน สุภารัตน์ ไวยชีดา, ธิดิดา ชัยสุขมงคลลาภ, และวรรณภา คงวิเวกขจรกิจ (บก.), *New trend in pediatric critical care nursing* (หน้า 1-20). กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- สุภารัตน์ ไวยชีดา. (2547). Family centered care in PICU: A practical approach. ใน จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, ดุสิต สถาวร, และนวลจันทร์ ปรามพาล (บก.), *Pediatric Respiratory and Critical Care* (หน้า 113-120). กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- สุภารัตน์ ไวยชีดา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และศรีสมร ภูมณสกุล. (2545). ความพึงพอใจต่อการพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่ได้รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลรามาริปี. *รามาริปีพยาบาลสาร*, 8(1), 13-27.

- วิกิซอร์ซ. (2009). *หลักสูตรการศึกษาระดับพื้นฐาน พุทธศักราช 2544/ความนำ*. Retrieved October 3, 2009, from <http://th.wikisource.org>
- หฤทัย กมลาภรณ์. (2549). พัฒนาการและกายวิภาคของระบบหายใจ. ใน อรุณวรรณ พุทธิพันธุ์, ธิติดา ชัยสุขมงคลลาภ, จงรักษ์ อุตราชศักดิ์กิจ, หฤทัย กมลาภรณ์, และธีรเดช คุปตานนท์ (บก.), *The Essentials of Pediatric Respiratory Care* (หน้า 16-27). กรุงเทพฯ: บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- อัจฉริย์ ทองสวรรค์. (2546). การให้ครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางในการดูแล: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาลในหน่วยทารกภาวะวิกฤต. *วิทยาการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย*, 28(1), 86-93.
- อัจฉริยา ปทุมวัน. (2544). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในการพยาบาลเด็ก. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บก.), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล* (พิมพ์ครั้งที่ 6) (หน้า 187-206). กรุงเทพฯ: วีเจ พรินติ้ง.
- Ahmann, E., & Dokken, D. (2008). New year's resolutions for family-centered care!. *Pediatric Nursing*, 34(1), 80-81.
- Aldridge, M.D. (2005). Decreasing parental stress in the pediatric intensive care unit: One unit experience. *Critical Care Nurse*, 25(6), 40-50.
- Algren, C.L. (2007). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In M.J. Hockenbery (Eds.), *Wong's Nursing Care of the Infants and Children* (8th ed.) (pp. 1046-1055). St. Louis: Mosby.
- Azoulay, E., Pochard, F., Chevret, S., Arich, C., Brivet, F., Brun, F., et al. (2003). Family participation in care to the critically ill: Opinions of families and staff. *Intensive Care Med*, 29, 1498-1504.
- Balling, K., & McCubbin, M. (2001). Hospitalized children with chronic illness: Parental caregiver needs and valuing parental expertise. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(2), 110-119.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. N J: Englewood Cliffs.
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought & Action: A Social Cognition Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.

- Blanchard, D., & Alavi, C. (2008). Asymmetry in the intensive care unit: redressing imbalance and meeting the needs of family. *Nursing in Critical Care*, 13(5), 225-231.
- Blower, K., & Morgan, E. (2000). Great expectations? Parental participation in care. *Journal of Child Health Care*, 4(2), 60-65.
- Board, R., & Ryan-Wenger, N. (2003). Stressors and stress symptoms of mothers with children in the PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 195-202.
- Bouve, L.R., Rozmus, C.L., & Giodano, P. (1999). Preparing parents for their child's transfer from the PICU to the pediatric floor. *Applied Nursing Research*, 12(3), 114-120.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavior Science* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Contact a Family and Council for Disabled Children. (2004). *Parent participation: Improving services for disabled children*. Retrieved October 15, 2008, from Web site: <http://www.cafamily.org.uk>
- Cristensson-Hallstrom, I., Runesson, I., & Elander, G. (2002). Observe parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(3), 140-149.
- Curley, M.A.Q., & Moloney-Harmon, P.A. (2001). *Critical Care Nursing of Infants and Children*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Curley, M.A.Q., & Wallace, J. (1992). Effect of the nursing mutual participation model of care on parental stress in the pediatric intensive care unit-A replication. *Journal of Pediatric Nursing*, 7(6), 377-385.
- Daneman, S., Macaluso, J., & Guzzetta, C.E. (2003). Healthcare provider' attitudes toward parent participation in the care of the hospitalized child. *Journal of Specialist Pediatric Nursing*, 8(3), 90-98.
- Dokken, D., Simms, R., & Cole, F.S. (2007). The many roles of family members in "Family-centered care" – Part II. *Pediatric Nursing*, 33(1), 51-52, 70.
- Haines, C., Perger, C., & Nagy, S. (1995). A comparison of the stressors experienced by parents of intubated and non-intubated children. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 350-355.
- Henneman, E.A., & Cardin, S. (2002). Family-centered critical care: A practical approach to making it happen. *Critical Care Nurse*, 22(6), 13-19.

- Henson, R.H. (1997). Analysis of the concept of mutuality. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 29(1), 77-81.
- Higgins, S. (2001). Parental role in decision making about pediatric cardiac transplantation: Familial Considerations. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(5), 332-337.
- Hill, Y.W. (1996). Children in intensive care: Can nurse-parent partnership enable the child and family to cope more effectively?. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12, 155-160.
- Hopia, H. (2005). Child in hospital: family experiences and expectations of how nurses can promote family health. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 212-222.
- Hueckel, R., & Wilson, D. (2007). The child with problems related to the transfer of oxygen and nutrients. In M. J. Hockenberry, D. Wilson, & P. Barrera (Eds.). *Wong's nursing care of the infants and children* (8th ed.). (pp. 1292-1294). St. Louis: Mosby.
- Katz, S. (2002). When the child's illness is life threatening: Impact on the parent. *Pediatric Nursing*, 28(5), 453-463.
- Kristensson-Hallstrom, I. (1999). Strategies for feeling secure influence parent participation in care. *Journal of Clinical Nursing*, 8(5), 586-592.
- Kuntaros, S, Wichiencharoen, K., Prasopkittikun, T., & Staworn, D. (2007). Effects of Family – Centered Care on Self-Efficacy in Participatory Involvement in Child Care and Satisfaction of Mothers in PICU. *Thai Journal of Nursing Research*, 11(3), 203-213.
- Lawrance, L., & McElroy, K.R. (1986). Self-efficacy and health education. *Journal of School Health*, 56(8), 317-321.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, & coping*. New York: Springer.
- Mann, P.S. (2001). *Introductory statistics* (4th ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Maxwell, K.E., Stuenkel D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung*, 36(5), 367-375.
- McCarthy, A.M., & Kleiber, C. (2006). A conceptual model of factors influencing children's responses to a painful procedure when parents are distraction coaches. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(2), 88-96.

- Melnyx, B.M. (2000). Intervention studies involving parents of hospitalized young children: An analysis of the past and future recommendations. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(1), 4-13.
- Melnyx, B.M, & Alpert-Gillis, L. J. (1998). The COPE program: A strategy to improve outcomes of critically ill young children and their parents. *Pediatric Nursing*, 24(6), 521-527.
- Melnyx, B.M, Feinstein, N., & Alpert-Gillis, L. J. (2007). An educational-behavioral intervention for parents of preterm infants reduced parental stress in the NICU and infant length of stay. *Evidencebased Nursing*, 10. Retrieved November 10, 2007, from Web site: <http://www.evidencebasednursing.com>
- Melnyx, B.M., Feinstein, N., & Fairbanks, E. (2006). Two decades of evidence to support implementation of the COPE program as standard practice with parent of young unexpectedly hospitalized/critically ill children and premature infants. *Pediatric Nursing*, 32(5), 475-481.
- Melnyk, B.M., Small, L., & Carno, M. (2004). The effectiveness of parent-focused interventions in improving coping/ mental health outcomes of critical ill children and their parents: An evidence base to guide clinical practice. *Pediatric Nursing*, 30(2), 143-148.
- Neal, A., Frost, M., Kuhn, J., Green, A. Gance-Cleveland, B., & Kersten, R. (2007). Family centered care within an infant-toddler unit. *Pediatric Nursing* 33(6), 481-487.
- Neill, S.J. (1996). Parent participation 1: Literature review and methodology. *British Journal of Nursing*, 5(1), 34-40.
- Newton, M.S. (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*, 26(2), 164-168.
- Ngaosomskul, S. (2000). *A study of perceived benefits of action and self-efficacy to exercise behavior in coronary artery disease patients after revascularization*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Palmer, E.A. (2001). Family caregiver experience with asthma in school-age children. *Pediatric Nursing*, 27(1), 75-81.

- Pangnukroh, L. (2005). *Factors Predicting Adaptation of mothers Having a Hospitalized Child in Pediatric Intensive Care Unit*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Pender, N.J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Stanford: Appleton & Lange.
- Sarajarvi, A., Haapamaki M.L., & Paavilainen, E. (2006). Emotional and informational support for families during their child's illness. *International Nursing Review*, 53, 205-210.
- Schaffer, P., Vaughn, G., Kenner, C., Donohue, F., & Longo, A. (2000). Revision of a parent satisfaction survey based on the parent perspective. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 373-377.
- Schepp, K.G. (1992). Correlates of mothers who prefer control over their hospitalized children's care. *Journal of Pediatric Nursing*, 7(2), 83-89.
- Schepp, K.G., & Pai, J. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parents of hospitalized children*. Unpublished manuscript, School of Nursing, University of Washington, Seattle, WA.
- Shield, L. (2001). A review of the literature from developed and developing countries relating to the effects of hospitalization on children and parents. *International Nursing Review*, 48(1), 29-37.
- Thomas, R., & Harvey, D. (2005). *Paediatrics and Neonatology in Focus*. St. Louis: Mosby.
- Thompson, V.L., Hupcey, J.E., & Clark, M.B. (2003). The development of trust in parents of hospitalized children. *Journal of Specialist Pediatric Nursing*, 8(4), 137-147.
- Twoy, R., Connolly, P.M., & Novak, J.M. (2007). Coping strategies used by parents of children with autism. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19, 251-260.
- Vinson, J.A. (2002). Children with asthma: Initial development of the child resilience model. *Pediatric Nursing*, 28(2), 149-158.
- Ward, K. (2001). Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatric Nursing*, 27(3), 281-286.
- Wong, D.L. (1999). *Nursing Care of Infants and Children*. St. Louis: Mosby.
- Youngblut, J.M., Brooten, D., & Kuluz, J. (2005). Parents' reactions at 24-48 hrs after a preschool child's head injury. *Pediatric Critical Care Medicine*, 6(5), 550-556.



ภาคผนวก ก

แผนการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ผู้ดำเนินโปรแกรม	นางสาวโสพิศ สุมานิต
ผู้เข้าร่วมโปรแกรม	ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอายุ 1 เดือน – 5 ปี
สถานที่	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 และ 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
วัตถุประสงค์	เมื่อสิ้นสุดการดำเนินโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้ว 1. ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเบื้องต้นเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต 2. ผู้ดูแลมีทักษะความรู้ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอย่างถูกต้อง 3. ผู้ดูแลนำทักษะความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้วยความมั่นใจ
เนื้อหา: วันที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและลดความวิตกกังวล (ใช้เวลาประมาณ 45 นาที)	- การสร้างสัมพันธภาพ การประเมินปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือในเบื้องต้นของผู้ดูแล - การให้ข้อมูลและตอบข้อซักถามของผู้ดูแลเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวล และช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ เช่น การให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการ สภาพทั่วไปของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต สภาพแวดล้อม และบุคลากรที่ปฏิบัติงานภายในหอผู้ป่วย - การสรุปประเด็นปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือร่วมกับผู้ดูแล การช่วยเหลือเบื้องต้นในการติดต่อประสานงาน หากปัญหาหรือความต้องการนั้นมีความจำเป็นต้องติดต่อเจรจากับบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล หน่วยให้คำปรึกษาและสังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และการนัดหมายช่วงเวลาเพื่อทำกิจกรรมต่อไปในโปรแกรมตามปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือที่ได้จากการประเมินและสรุปประเด็นร่วมกัน
วันที่ 2 กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต	- การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที) - การประเมินการรับรู้ การระบุประเด็นปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือของผู้ดูแลก่อนการดำเนินกิจกรรม (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที) - การดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตเพื่อเพิ่มทักษะหลักให้แก่ผู้ดูแลใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน และด้านการดูแลทางจิตสังคม (แต่ละด้านใช้เวลาประมาณ 45 นาที -1 ชั่วโมง)
หมายเหตุ	ลำดับการดำเนินกิจกรรมในแต่ละด้านอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัญหา แผนการรักษา และความต้องการการช่วยเหลือของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลแต่ละราย แต่คงไว้ซึ่งเนื้อหาและกระบวนการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัยทุกประการ

วันที่ 3, 4 กิจกรรมการทบทวนและเพิ่มเติมประสบการณ์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

(ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง)

- การประเมินความพร้อมของผู้ดูแลก่อนเข้าร่วมกิจกรรม
- การประเมินการรับรู้และโอกาสในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในวันที่ 2, 3
- การช่วยเหลือผู้ดูแลทบทวนประสบการณ์ในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต
- การให้ความรู้ คำแนะนำ การสาธิตทักษะเพิ่มเติม และการสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตด้านต่าง ๆ ตามปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ
- การประเมินความเชื่อมั่นของผู้ดูแลหรือปัญหาที่ยังคงมีอยู่ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม และการให้ความช่วยเหลือตามปัญหาที่พบ
- การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลนำทักษะความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตร่วมกับทีมสุขภาพ

วันที่ 1 กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและลดความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์	กิจกรรม/เวลาที่ใช้/ เนื้อหา	กิจกรรมการเรียนรู้		สื่อ	วิธีการ ประเมินผล
		กิจกรรมผู้วิจัย	กิจกรรมผู้ดูแล		
1. เพื่อให้ผู้ดูแลมีสัมพันธภาพที่ดีและไว้วางใจต่อผู้วิจัย	กิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพและลดความวิตกกังวล (45 นาที) - การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ	- ทักทายด้วยการยิ้มแย้มแจ่มใส และกล่าวแนะนำตัว		- คำพูดของผู้วิจัย	- ผู้ดูแลให้ความสนใจ เช่น มองสบตา หรือสนทนาได้ตอบกับผู้วิจัย
2. เพื่อให้ผู้ดูแลบอกปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ.....	- การประเมินปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ	- ใช้คำถามปลายเปิดแสดงความต้องการช่วยเหลือ.....	- บอกเล่าความรู้สึก ความต้องการการช่วยเหลือ.....	- คำบอกเล่าของผู้ดูแล	- ผู้ดูแลสามารถบอกเล่าปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือ.....

ภาคผนวก ข

คู่มือ

“การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต”



จัดทำโดย

โสพิศ สุมานิต

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี

อาจารย์ ดร. เสริมศรี สันตติ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสมร ภูมณสกุล

เอกสารประกอบการศึกษาปริญญาโทพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ค
แบบบันทึกเหตุการณ์

วันที่/เวลา	ปัญหา/ความต้องการ	กิจกรรม/ การให้ความช่วยเหลือ	กิจกรรมครั้งต่อไป/ วันที่/เวลา	หมายเหตุ*

*ระบุปัญหาหรือความต้องการของผู้ดูแล การให้ความช่วยเหลือ เหตุการณ์สำคัญที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล เช่น การเปลี่ยนแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กแต่ละราย การขอยุติการเข้าร่วมวิจัยของผู้ดูแลด้วยสาเหตุต่าง ๆ โครงการหรือโปรแกรมอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ฯลฯ

ภาคผนวก ง
แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

รหัส.....

ข้อมูลของผู้ดูแล

1. เพศ

() ชาย () หญิง

2. อายุ.....ปี

3. การศึกษาสูงสุดคือ.....

4. สถานภาพสมรส

() โสด () คู่ () ม่าย หย่า/แยก

5. อาชีพ

() ไม่ได้ประกอบอาชีพ () ประกอบอาชีพ ระบุ.....

6. ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในความดูแล

() บิดา มารดา () ญาติ ระบุ.....

7. ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

() ครั้งแรก () ครั้งที่สอง/ มากกว่า

8. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในครั้งนี้

() มาก () ปานกลาง () น้อย

ข้อมูลของผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในความดูแล (บันทึกโดยผู้วิจัย)

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. เข้ารับการรักษาวันที่.....เวลา.....น.
3. เข้ารับการรักษาใน PICU เป็นครั้งที่.....
4. การวินิจฉัยโรค.....
5. แบบแผนการรักษา
 - () ไม่มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ
 - () ใช้เครื่องช่วยหายใจ ระบุ (mode)
 - () control
 - () assist control
 - () IMV, pressure support
 - () CPAP
6. การได้รับยาระงับความรู้สึกหรือยาคลายกล้ามเนื้อ (sedative/ muscle relaxant drug)
 - () ไม่ได้รับ
 - () ได้รับ ระบุ.....
7. การใส่ท่อหรือสายต่าง ๆ เข้าสู่ร่างกาย (invasive line)
 - () ไม่ได้รับ
 - () ได้รับ ระบุ
 - () Peripheral line
 - () Central vascular catheter ระบุ.....
 - () Nasogastric tube
 - () Foley's catheter
 - () อื่น ๆ เช่น ICD ระบุ.....

ภาคผนวก จ

แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในความสามารถของท่าน ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ขอให้ท่านอ่านข้อความดังกล่าวแล้วพิจารณาว่า ท่านมีความมั่นใจในความสามารถของท่านกี่เปอร์เซ็นต์ที่จะมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กตามข้อความนั้น ๆ และหากว่าท่านยังไม่มีประสบการณ์ตามข้อความนั้น ๆ เลย ก็ขอให้ท่านพิจารณาว่า ถ้ามีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น ท่านมั่นใจในความสามารถของท่านกี่เปอร์เซ็นต์ที่จะมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กได้ตามข้อความนั้น

วิธีการตอบ จากมาตรวัดข้างล่าง ให้ท่านพิจารณาความมั่นใจของท่าน โดยทำเครื่องหมาย **x** ลงบนตัวเลข เพื่อแสดงถึงระดับความมั่นใจของท่านในข้อความนั้น ๆ

ตัวอย่าง ก. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถเล่าอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ให้พยาบาลฟังได้

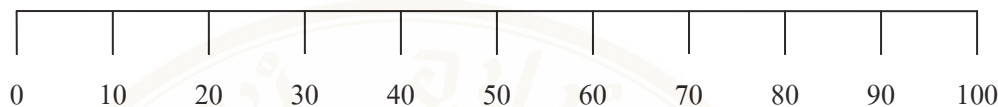


จากคำตอบในตัวอย่าง แสดงว่าผู้ดูแลท่านนี้มีความมั่นใจ 70 เปอร์เซ็นต์ ว่าสามารถเล่าอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ให้พยาบาลฟังได้

เมื่อท่านเข้าใจวิธีการตอบและพร้อมที่จะตอบคำถามแล้ว โปรดตอบข้อความต่อไปนี้

ขณะที่อยู่ร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

1. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถสอบถามอาการของผู้ป่วยจากแพทย์ และ/ หรือพยาบาลได้ทุกครั้งที่ต้องการ



2. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถสอบถามในเรื่องที่สงสัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจากแพทย์ และ/ หรือพยาบาลได้ทุกครั้งที่ต้องการ



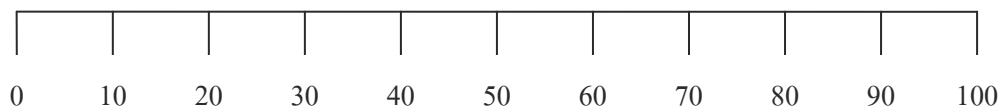
.

.

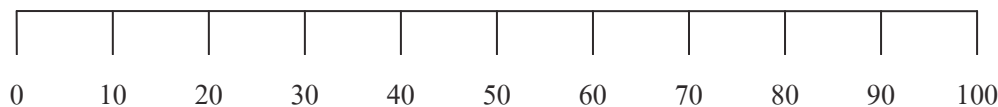
.

.

19. ฉันมั่นใจว่า ฉันสามารถทำกิจกรรมที่เด็ก ๆ ชอบกับผู้ป่วยได้อย่างสม่ำเสมอ เช่น เล่นนิทานให้เล่นของเล่น หรือห่ากล่อม แม้ผู้ป่วยจะไม่สามารถตอบสนองได้ตามปกติ



20. ฉันมั่นใจว่า เมื่อฉันมีเรื่องกังวลใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยในครั้งนี้ ฉันสามารถเล่าหรือระบายความรู้สึกกังวลใจให้แพทย์ และ/ หรือพยาบาลฟังได้



ภาคผนวก จ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ทศนีย์ อรรถารศ
 ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายบริการวิชาการและอาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลเด็ก
 และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
2. คุณสุภารัตน์ ไวยชีตา
 ผู้ตรวจการพยาบาลและผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลหอผู้ป่วยไอ.ซี.ยู. เด็ก
 งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. คุณธิดิตา ชัยสุขมงคลลาภ
 พยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านระบบหายใจในเด็ก
 งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. แพทย์หญิง ภัทราภรณ์ วิชัยดิษฐ
 กุมารแพทย์
 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
5. คุณเพ็ญใจ นวนหนู
 พยาบาลวิชาชีพ ผู้ตรวจการพยาบาลแผนกกุมารเวชกรรม
 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ภาคผนวก ข
เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

- 1) เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- 2) เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัยโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
- 3) เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย
- 4) หนังสือยินยอมให้ทำการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ



คณะแพทยศา รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 ทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๕๒/๑๕๐๔

ชื่อโครงการ	ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต
เลขที่โครงการ/รหัส	ID ๐๖ - ๕๒ - ๒๕ ๖
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นางสาวโสพิศ สุมานิต
ที่ทำงาน	หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ๒ แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฎิญญา
 Helsinki จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม
กรรมการและเลขานุการจริยธรรมการวิจัยในคน (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงฤดี วัฒนศิริชัยกุล)

ลงนาม
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พิพัฒนกุล)

วันที่รับรอง ๑๖ มิถุนายน ๒๕๕๒



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
ถนนพระราม 6 กทม. 10400
โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University
Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand
Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

**Documentary Proof of Ethical Clearance Committee on Human Rights
Related to Researches Involving Human Subjects
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University**

No MURA2009/1504

Title of Project	Effect of Self-efficacy Promotion on Perceived Self-efficacy of Care-giver in Participatory Involvement for Critical Illled Child Care
Protocol Number	ID 06 – 52 – 25
Principal Investigator	Miss Sopit Sumanit
Official Address	Pediatric Ward 2, Department of Pediatric Surathani Hospital

The aforementioned project has been reviewed and approved by Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects, based on the Declaration of Helsinki.

Signature of Secretary	
Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects	Assoc. Prof. Duangrurdee Wattanasirichaigoon, M.D.
Signature of Chairman	
Committee on Human Rights Related to Researches Involving Human Subjects	Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.
Date of Approval	June 17, 2009



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

โทร. (662) 354-7275, 201-1296 โทรสาร (662) 354-7233

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

Tel. (662) 354-7275, 201-1296 Fax (662) 354-7233

ที่ จวก ๑๔๘๐๒๕๕๒

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๕๒

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นางสาวโสพิศ สุมานิต

อ้างถึงโครงการวิจัยเรื่อง ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก
ภาวะวิกฤต

หมายเลขโครงการวิจัย ID ๐๖ - ๕๒ - ๒๕๖

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผมขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นของท่านได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการฯ แล้ว

เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ว่าด้วยการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๔๔ คณะกรรมการฯ ขอให้ท่านถือปฏิบัติโดยเป็นไปตามข้อแนะนำดังต่อไปนี้

๑. การดำเนินการวิจัยจะต้องเป็นไปตามโครงการวิจัยล่าสุดที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
๒. การดำเนินการวิจัยจะต้องไม่เบี่ยงเบนไปจากโครงการวิจัยหรือมีการเปลี่ยนโครงการวิจัยก่อนที่การแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัยนั้นจะได้รับการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน ยกเว้นในกรณีจำเป็นที่จะต้องกระทำไปก่อนเพื่อจัดอันตรายเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นกับผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย
๓. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการไปจากชื่อเดิมที่เสนอไว้ ต่อคณะกรรมการฯ ต้องแจ้งชื่อมายังคณะกรรมการฯ เพื่อออกหนังสือรับรองให้เสมอ
๔. ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยจะต้องได้รับเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient/Participant Information Sheet) และลงนามในหนังสือยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย
๕. ในเอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient's Information Sheet) จะต้องพิมพ์ข้อความดังต่อไปนี้ไว้ ด้วยทุกครั้ง

" ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือมีความกังวลเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี หน่วยจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานวิจัยคณะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น ๓ (ห้อง ๓) โทรศัพท์ ๐๒-๒๐๑ ๕๕๔๔ ในเวลาราชการ"

๖. ความลับของผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย จะต้องถูกปกปิดไว้ตลอดเวลา ยกเว้นถ้าเป็นคำสั่งตามกฎหมาย

สุดท้ายนี้ ขอให้โครงการวิจัยของท่านประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมายอันจะนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์ของมนุษยชาติสืบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์บุญส่ง องค์กรพัฒน์กุล)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วม
ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

ผู้วิจัย คือ นางสาวโสพิศ สุมานิต

หน่วยงาน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่า
ผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่าน
ความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ 20 เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2552

ลงชื่อ

(นายทรงศักดิ์ เสรีโรคม)

นายแพทย์ 9

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(นายประวิง เอื้อนนทซ์)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ 15/2552

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทร. (077) 272231 ต่อ2464, 2079 โทรสาร (077) 283257

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

(สำหรับกลุ่มควบคุม)

ชื่อโครงการ ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

ชื่อผู้วิจัย นางสาวโสพิศ สุมานิต
นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 08-6948-8668

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

- (1) แพทย์หญิงวิญญู กิ่งวงษา
กุมารแพทย์ หัวหน้าแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
สถานที่ทำงาน แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 0-7727-2231 ต่อ 2165
- (2) แพทย์หญิงภัทราภรณ์ วิชัยดิษฐ
กุมารแพทย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
สถานที่ทำงาน แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 0-7727-2231 ต่อ 2309

ความเป็นมาของโครงการ

ครอบครัวมีความสำคัญที่สุดกับผู้ป่วยเด็ก และเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครอบครัวย่อมมีความวิตกกังวลและต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย แต่ในส่วนของเด็กที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล รวมทั้งมีการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ในการช่วยชีวิต ซึ่งเราเรียกว่าผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตนั้น การรักษาพยาบาลจะมีความยุ่งยากซับซ้อน ในขณะที่บิดา มารดาหรือผู้ดูแลซึ่งอยู่เฝ้าผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาล ก็มีความต้องการที่จะดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กได้รับความสุขสบายด้วยความรักของบิดา มารดาหรือญาติ ซึ่งถือว่ามีสำคัญต่อการให้บริการรักษาพยาบาลแบบประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยเด็กก็จะเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์ในท้ายที่สุด แต่การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแลยังจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะที่ระดับหนึ่งที่จะสามารถให้การดูแลในเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง และสำคัญที่สุดคือผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะ (ความรู้สึกมั่นใจ) ของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต โดยจะทำการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอายุ 1 เดือนถึง 5 ปีที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1

และ 2 แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเด็กต่อการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้เข้าร่วมวิจัยมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งท่านจะได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มควบคุม

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยจะขอพบท่านซึ่งเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมจึงให้ท่านเซ็นชื่อในใบยินยอมให้ทำการวิจัย โดยได้รับบอกกล่าวและเต็มใจเพื่อเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการทำกิจกรรมดังนี้

1. ตอบแบบประเมินครั้งที่ 1 ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต จำนวน 20 ข้อ ในวันแรกที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที
2. ขณะเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการดูแลรักษาโดยทีมแพทย์และพยาบาลจากหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมตามมาตรฐานของการรักษาพยาบาล ซึ่งท่านสามารถเข้าเยี่ยมและอยู่ร่วมดูแลผู้ป่วยได้ตามปกติ
3. ตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตจำนวน 20 ข้อ (ครั้งที่ 2) ในวันที่ห้าที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษา ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที

รวมระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย 5 วัน หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอีกครั้งสำหรับการให้และการรับคืนแบบประเมินจากท่านในแต่ละครั้ง จะดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยคือ คุณบุญธรรม ภักดีพรหม พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการขอความร่วมมือจากท่านด้วยความสมัครใจในการตอบแบบประเมินดังกล่าวข้างต้น ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ การนำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัว เพื่อให้ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา การตอบแบบประเมินดังกล่าวยังไม่พบว่ามีผลข้างเคียงใด ๆ อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยจะระมัดระวังอย่างดีที่สุด หากท่านไม่สะดวกจะเข้าร่วมวิจัย หรือได้เข้าร่วมการวิจัยไปแล้วแต่รู้สึกอึดอัดใจ หรือไม่พร้อมในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะพักการขอรับข้อมูลจากท่านไว้ก่อน และจะขอนัดหมายเวลาใหม่เมื่อท่านมีความพร้อมและยินดีในการให้ข้อมูลต่อ แต่หากท่านไม่ต้องการให้ข้อมูลหรือต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัย ท่านสามารถแจ้งแก่ผู้วิจัยได้ทุกขณะโดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลในการถอนตัวจากการวิจัย และจะไม่มีผลกระทบต่อการบริการที่ท่านหรือการดูแลรักษาที่บุตรหลานของท่านจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนและไม่มีค่าใช้จ่ายที่ท่านจะต้องรับผิดชอบ หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งในด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลส่วนตัวของท่านและผู้ป่วยจะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะนำไปวิเคราะห์และเสนอข้อมูลในภาพรวม ข้อมูลที่ได้รับจากท่านอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มทำการตรวจสอบได้ เช่น สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ หรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สำนักงานวิจัยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 ราชวิถี กรุงเทพฯ 10400 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2201-1544 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถนนศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-7727-2231 ต่อ 2464 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการฯ หรือผู้แทนทั้ง 2 สถาบันได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนและเข้าใจดีแล้ว

ลงชื่อ ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่...../...../.....

เอกสารชี้แจงข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

(Patient/Participant Information Sheet)

(สำหรับกลุ่มทดลอง)

ชื่อโครงการ ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

ชื่อผู้วิจัย นางสาวโสพิศ สุมานิต
นักศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โทรศัพท์ 08-6948-8668

สถานที่วิจัย หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

บุคคลและวิธีการติดต่อเมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

- (1) แพทย์หญิงวิญญู กิ่งวงษา
กุมารแพทย์ หัวหน้าแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
สถานที่ทำงาน แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 0-7727-2231 ต่อ 2165
- (2) แพทย์หญิงภัทราภรณ์ วิชัยดิษฐ
กุมารแพทย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี
สถานที่ทำงาน แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ 0-7727-2231 ต่อ 2309

ความเป็นมาของโครงการ

ครอบครัวมีความสำคัญที่สุดกับผู้ป่วยเด็ก และเป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและยามเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ครอบครัวย่อมมีความวิตกกังวลและต้องการที่จะอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย แต่ในส่วนของเด็กที่มีการเจ็บป่วยรุนแรง ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล รวมทั้งมีการใช้อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ในการช่วยชีวิต ซึ่งเราเรียกว่าผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตนั้น การรักษายาบาลจะมีความยุ่งยากซับซ้อน ในขณะที่บิดา มารดาหรือผู้ดูแลซึ่งอยู่เฝ้าผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาล ก็มีความต้องการที่จะดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กได้รับความสุขสบายด้วยความรักของบิดา มารดาหรือญาติ ซึ่งถือว่ามีสำคัญต่อการให้บริการรักษาพยาบาลแบบประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ และผู้ป่วยเด็กก็จะเป็นผู้ที่ได้รับประโยชน์ในท้ายที่สุด แต่การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแลยังจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจและมีทักษะที่ระดับหนึ่งที่จะสามารถให้การดูแลในเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง และสำคัญที่สุดคือผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมแพทย์และพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะ (ความรู้สึกมั่นใจ) ของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต โดยจะทำการศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตอายุ 1 เดือนถึง 5 ปีที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1

และ 2 แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเด็กต่อการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดก่อนและหลังโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ ผู้เข้าร่วมวิจัยมี 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งท่านจะได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยในกลุ่มทดลอง

รายละเอียดที่จะปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยจะขอพบท่านซึ่งเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเพื่อแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมจึงให้ท่านเซ็นชื่อในใบยินยอมให้ทำการวิจัย โดยได้รับบอกกล่าวและเต็มใจเพื่อเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากท่านในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามลำดับดังนี้

1. ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบประเมินครั้งที่ 1 ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต จำนวน 20 ข้อ ในวันแรกที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 20 นาที
2. ท่านจะได้เข้าร่วมโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างต่อเนื่องตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยมีการประเมินปัญหาและความต้องการความช่วยเหลือของท่านในเบื้องต้นเพื่อร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหา วันที่ สอง จะเป็นกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยจะให้ความรู้ คำแนะนำและสาธิตทักษะการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต และเปิดโอกาสให้ท่านได้ฝึกทักษะปฏิบัติต่าง ๆ ผ่านกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต ใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการตัดสินใจ 2) ด้านกิจกรรมการดูแลพื้นฐาน 3) ด้านการดูแลทางจิตสังคม ในกิจกรรมที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของท่านและผู้ป่วยเด็ก หลังจากที่คุณได้เข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจะเปิดโอกาสให้ท่านได้ใช้ทักษะความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับแพทย์และพยาบาล โดยผู้วิจัยจะให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ในวันที่สามและสี่ จะเป็นกิจกรรมระหว่างผู้วิจัยและท่านที่จะร่วมกันทบทวนและเพิ่มเติมทักษะความรู้ในกิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต

กิจกรรมบางอย่างจะทำในเวลาราชการ ทั้งนี้เพื่อความสะดวกรวดเร็วและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย เช่น การตรวจพิเศษบางอย่าง หรือการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเด็กที่เจ้าหน้าที่และผู้ปกครองจะต้องติดต่อประสานงานร่วมกัน จึงมีความจำเป็นต้องขอความร่วมมือจากท่านในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเวลาราชการ (8.00 -16.00 น.) แต่จะมีการนัดหมายช่วงเวลาที่แน่นอนร่วมกันอีกครั้งเพื่อความสะดวกของท่าน

3. ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตจำนวน 20 ข้ออีกครั้ง ในวันที่ห้าที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 15 นาที

รวมระยะเวลาในการเข้าร่วมวิจัย 5 วัน หลังสิ้นสุดการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอีกครั้ง สำหรับการให้และการรับคืนแบบประเมินจากท่านในแต่ละครั้ง จะดำเนินการโดยผู้ช่วยวิจัยคือ คุณบุญธรรม ภักดีพรหม พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 1 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

ประโยชน์และผลข้างเคียงที่จะเกิดแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการขอความร่วมมือจากท่านโดยความสมัครใจในการตอบแบบประเมินและทำกิจกรรม ซึ่งประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับคือ การนำผลการวิจัยไปพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตและครอบครัว เพื่อให้ตอบสนองตรงตามความต้องการของผู้รับบริการมากยิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป และจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีอันตรายหรือผลข้างเคียงใด ๆ อย่างไรก็ตาม ความไม่สบายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย อาจมีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลใน 2 ประเด็นหลักดังนี้คือ

1. การตอบแบบประเมินของท่านในแต่ละครั้ง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที อาจทำให้ท่านรู้สึกเสียเวลาหรืออึดอัดใจด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม

2. ความรู้สึกอึดอัด ไม่สบายใจหรือรู้สึกเสียเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกนี้เหล่านี้อาจเกิดขึ้นได้ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัย แม้ว่าจะมีกำหนดหมายเวลาและประเมินความพร้อมของท่านในเบื้องต้นแล้วก็ตาม ซึ่งอาจเกิดจากสถานการณ์ความเครียดที่ท่านประสบในแต่ละวัน หรือความรู้สึกเหนื่อยล้าที่สะสมในระหว่างการอยู่ร่วมดูแลผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาล

จากประเด็นของความไม่สบายที่คาดว่าจะเกิดขึ้นดังกล่าวข้างต้น ขอให้ท่านได้มั่นใจว่า แม้ว่าท่านจะตอบรับการเข้าร่วมวิจัยและได้เข้าร่วมวิจัยไปแล้ว หากท่านไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจะหยุดพักเพื่อเว้นระยะการขอรับข้อมูลหรือทำกิจกรรมนั้น ๆ และจะขอนัดหมายเวลาใหม่เมื่อท่านพร้อม แต่หากท่านไม่ต้องการให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมกิจกรรม หรือต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัย ท่านสามารถแจ้งแก่ผู้วิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลในการถอนตัวจากการวิจัย และจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการที่ท่านหรือการดูแลรักษาที่บุตรหลานของท่านจะได้รับแต่ประการใด

โครงการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนและไม่มีค่าใช้จ่ายที่ท่านจะต้องรับผิดชอบ หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งในด้านประโยชน์และความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยรวดเร็วและไม่ปิดบัง

การเก็บข้อมูลเป็นความลับ

ข้อมูลส่วนตัวของท่านและผู้ป่วยเด็กจะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่เปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะนำไปวิเคราะห์และเสนอข้อมูลในภาพรวม ข้อมูลที่ได้รับจากท่านอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มทำการตรวจสอบได้ เช่น สถาบันหรือองค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ตรวจสอบ หรือคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน เป็นต้น

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่ สำนักงานวิจัยคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี อาคารวิจัยและสวัสดิการ ชั้น 3 โรงพยาบาลรามาธิบดี ถนนพระราม 6 ราชวิถี กรุงเทพฯ 10400 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2201-1544 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถนนศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000 หมายเลขโทรศัพท์ 0-7727-2231 ต่อ 2464 หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานกรรมการฯ หรือผู้แทนทั้ง 2 สถาบันได้ตามสถานที่และหมายเลขโทรศัพท์ข้างต้น

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนและเข้าใจดีแล้ว

ลงชื่อ ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่...../...../.....



หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วม
ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต
ชื่อผู้วิจัย นางสาวโสพิศ สุมานิต
*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย
อายุ เลขที่เวชระเบียน (ของผู้ป่วยเด็ก)

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัยตลอดจนประโยชน์ และข้อเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้นและยินยอมให้ทำการวิจัยในโครงการที่มีข้อข้างต้น และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ข้าพเจ้าและการรักษาที่ผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นบุตรหลานของข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าและผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นบุตรหลานของข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าและผู้ป่วยเด็กซึ่งเป็นบุตรหลานของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ..... (ผู้เข้าร่วมการวิจัย)
..... (พยาน)
..... (พยาน)
วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจน โดยไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ลงชื่อ..... (แพทย์หรือผู้วิจัย)
วันที่.....

หมายเหตุ: กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจดีแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

* ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย

ภาคผนวก ข**การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม
(Assumptions Testing of Analysis of Covariance)**

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) ได้แก่

- 1) การตรวจสอบการกระจายแบบปกติของตัวแปรตามและตัวแปรร่วม (normality)
- 2) การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของคะแนนการรับรู้สมรรถนะการมีส่วนร่วม
ดูแลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลองในแต่ละกลุ่ม (linearity)
- 3) การตรวจสอบขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมและตัวแปรตาม
ในแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระต้องไม่แตกต่างกัน (homogeneity of regression across groups)
- 4) การตรวจสอบความเท่าเทียมกันของความแปรปรวนของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่ม
(homogeneity of variance)

การตรวจสอบการกระจายแบบปกติของตัวแปรตามและตัวแปรร่วม (Normality)

ด้วย Kolmogorov-Smirnov Test

ks-test postscore-C group

		MEANPOS
N		20
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	70.4625
	Std. Deviation	17.63450
Most Extreme Differences	Absolute	.141
	Positive	.110
	Negative	-.141
Kolmogorov-Smirnov Z		.629
Asymp. Sig. (2-tailed)		.824

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ks-test prescore-C group

		MEANPRE
N		20
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	69.3500
	Std. Deviation	18.13335
Most Extreme Differences	Absolute	.151
	Positive	.119
	Negative	-.151
Kolmogorov-Smirnov Z		.676
Asymp. Sig. (2-tailed)		.750

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ks-test postscore-E group

		MEANPOS
N		20
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	82.7500
	Std. Deviation	8.12809
Most Extreme Differences	Absolute	.189
	Positive	.086
	Negative	-.189
Kolmogorov-Smirnov Z		.845
Asymp. Sig. (2-tailed)		.473

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

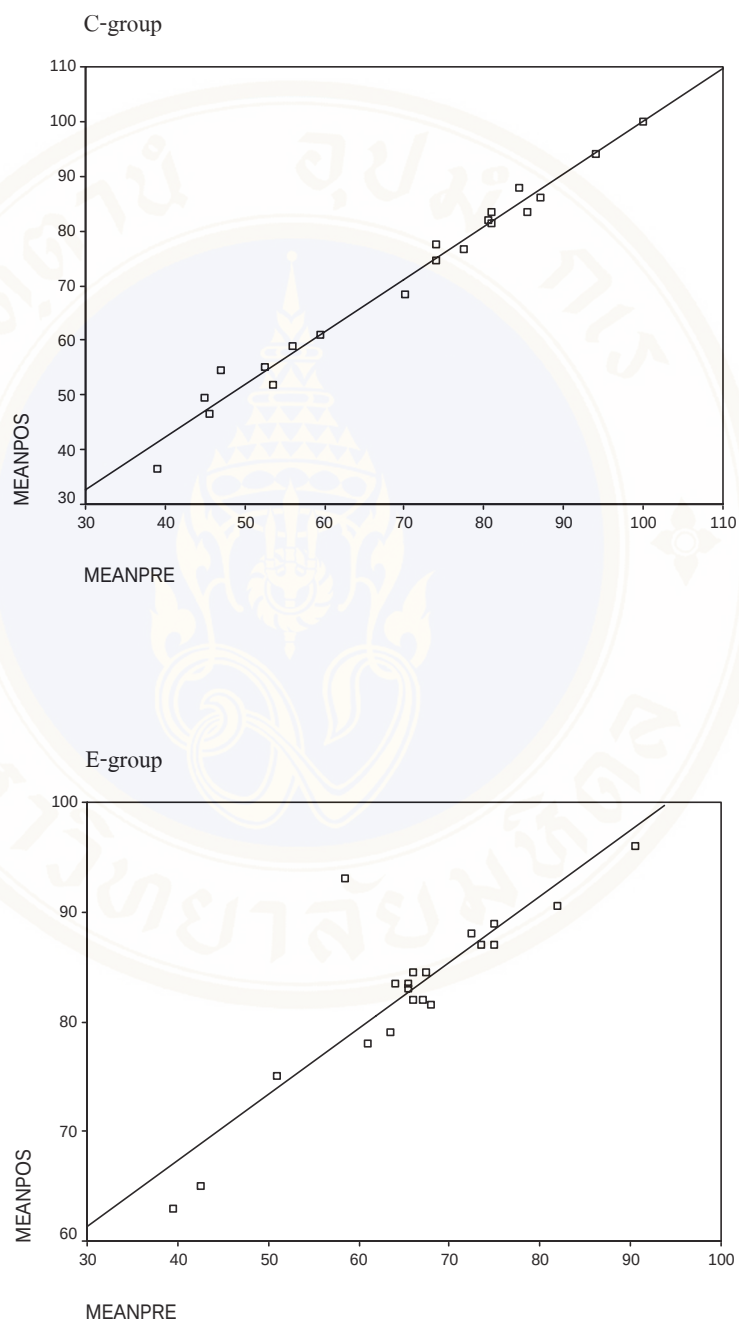
ks-test prescore-E group

		MEANPRE
N		20
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	65.7000
	Std. Deviation	11.90688
Most Extreme Differences	Absolute	.177
	Positive	.123
	Negative	-.177
Kolmogorov-Smirnov Z		.790
Asymp. Sig. (2-tailed)		.560

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงของตัวแปรตามและตัวแปรร่วมในแต่ละกลุ่ม (Linearity)



**การตรวจสอบขนาดและทิศทางของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรร่วมและตัวแปรตาม
ในแต่ละกลุ่มตัวแปรอิสระ (Homogeneity of regression across groups)**

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
กลุ่ม 1	ควบคุม	20
2	ทดลอง	20

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: MEANPOS

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	8279.203 ^a	3	2759.734	251.898	.000
Intercept	890.380	1	890.380	81.270	.000
กลุ่ม	633.748	1	633.748	57.846	.000
MEANPRE	4606.210	1	4606.210	420.436	.000
กลุ่ม * MEANPRE	246.569	1	246.569	22.506	.000
Error	394.408	36	10.956		
Total	243414.313	40			
Corrected Total	8673.611	39			

a. R Squared = .955 (Adjusted R Squared = .951)

**การตรวจสอบความเท่าเทียมกันของความแปรปรวนของตัวแปรตามในแต่ละกลุ่ม
(Homogeneity of variance) ด้วย Levene's Test**

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
กลุ่ม 1	ควบคุม	20
2	ทดลอง	20

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: MEANPOS

F	df1	df2	Sig.
.684	1	38	.413

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + MEANPRE + กลุ่ม

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางสาวโสพิศ สุมานิต
วัน เดือน ปี เกิด	21 พฤษภาคม พ.ศ. 2521
สถานที่เกิด	จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี พ.ศ. 2541-2544 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547-2548 ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบหายใจ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2550-2552 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2544 - ปัจจุบัน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 56 หมู่ 2 ถ. ศรีวิชัย อ. เมือง จ. สุราษฎร์ธานี 84000 โทรศัพท์ 0-7727-2231 ต่อ 2307