

ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วม
ของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วม
ของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต



นายอลงกรณ์ อักษรศรี

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์,

Ph.D. (Nursing)

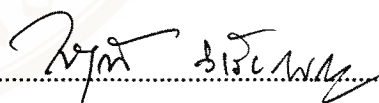
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



อาจารย์พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม,

ปร.ด. (การพยาบาล)

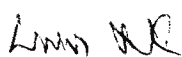
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



รองศาสตราจารย์ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ,

กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ไฉ สัทธิมงคล,

Ph.D. (Nursing)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วม
ของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 30 พฤษภาคม พ.ศ. 2554



รองศาสตราจารย์วราภรณ์ ชัยวัฒน์,

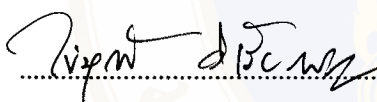
D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



นายอลงกรณ์ อักษรศรี

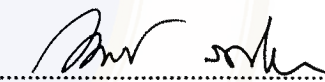
ผู้วิจัย



รองศาสตราจารย์ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ,

กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

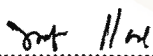
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์เอมพร รตินธร,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



อาจารย์พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม,

ปร.ด. (การพยาบาล)

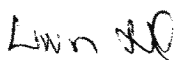
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

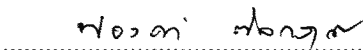


ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



รองศาสตราจารย์ฟองคำ ทิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความเอาใจใส่อย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้กรุณาให้ความรู้ให้คำปรึกษา ในการพัฒนากระบวนการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง อีกทั้งขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร. ไชยมุข วิเชียรเจริญ และอาจารย์ ดร. พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ได้ให้คำชี้แนะ และข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอมพร รตินทร ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์นี้ ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์บุญเพียร จันทวัฒนา, Professor Dr. Bernadette Mazurek Melnyk และ Professor Dr. Charles D. Spielberger ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ตลอดจนบิดามารดาของเด็กป่วยทุกคนที่ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้ทุนการศึกษาเฉลิมพระเกียรติ 60 ปี ครองราชสมบัติ และขอขอบพระคุณสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ ที่ได้ให้ทุนมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาสน์ เพื่อสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อมิ่งกุญ คุณแม่อัมพร อักษรศรี ตลอดจนคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทุกด้านให้แก่ผู้วิจัย ขอขอบคุณสมาชิกครอบครัว อักษรศรี และพี่ๆ น้องๆ รหัส 50 ทุกท่านที่เป็นกำลังใจและช่วยเหลือกันมาตลอด

อลงกรณ์ อักษรศรี

ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

THE EFFECTS OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION ON PARENTAL ANXIETY AND PARENTAL PARTICIPATION IN CARE FOR CHILDREN IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

อลงกรณ์ อักษรศรี 5036742 NSPN/ M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, Ph.D. (NURSING),
ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ, กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร), พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ประ.ด.
(การพยาบาล)

บทคัดย่อ

บิดามารดามักจะวิตกกังวลมาก เมื่อบุตรมีความเจ็บป่วยรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวล และการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร โดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาของเด็กป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านวิดีโอเกี่ยวกับความรู้สึทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ลักษณะสภาพแวดล้อม และสาเหตุของความรู้สึทางประสาทสัมผัส อาการและประสบการณ์ เรียงตามลำดับเหตุการณ์ กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของบิดามารดาโดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberger (1977) ฉบับภาษาไทย และประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ดัดแปลงจาก Index of Parent Participation ของ Melnyk (1994) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Independent t-test และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มทดลอง หลังจากทีบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย 48 ชั่วโมง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) คะแนนการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรกลุ่มทดลอง หลังจากทีบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย 72 ชั่วโมง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) การวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า ควรให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านวิดีโอแก่บิดามารดา เพื่อลดความวิตกกังวล และเพิ่มการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

คำสำคัญ: การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย/ ความวิตกกังวลของบิดามารดา/การมีส่วนร่วมของ
บิดามารดาในการดูแลบุตร/ บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

THE EFFECTS OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION ON
PARENTAL ANXIETY AND PARENTAL PARTICIPATION IN CARE FOR
CHILDREN IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

ALONGKORN AKSORNSRI 5036742 NSPN/ M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANLAYA THAMPANICHAWAT, Ph.D.
(NURSING), KAIMOOK WICHIENTHAROEN, Ed.D. (CURRICULUM
RESEARCH AND DEVELOPMENT), PARNNARAT SANGPERM, Ph.D.
(NURSING)

ABSTRACT

Parents often feel very anxious when their children are critically ill and have to be admitted into a pediatric intensive care unit. The purpose of this quasi-experimental study was to examine the effects of concrete-objective information on parental anxiety and parental participation in care for children. The theoretical framework is based on the self-regulation theory of Johnson (1999). Sixty-six parents of children who had been on endotracheal tubes and respirators were recruited from Buddhachinaraj Hospital in Phitsanulok province of Thailand. They were assigned into experimental and control groups of 33 each. The experimental group received concrete-objective information via video, providing explanations about physical sensations and symptoms that occurred, temporal characteristics, environmental features, and causes of sensations, symptoms and experiences. The control group received routine information. The Spielberger (1977) State Anxiety Inventory Form Y-1 (Thai version) was used to assess parental anxiety. The Melnyk (1994) Index of Parent Participation was modified and used to evaluate parental participation in care. Data were analyzed by using independent t-test and analysis of covariance with pre-test anxiety score as a covariate.

The results showed that the parental anxiety mean score of the experimental group at 48 hours after admission was significantly lower than that of the control group ($p < .01$). The parental participation mean score of the experimental group at 72 hours after admission was also significantly higher than that of the control group ($p < .01$). These findings indicate that providing concrete-objective information via video can reduce parental anxiety and increase parental participation in care for children in pediatric intensive care unit.

KEY WORDS: CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION/ PARENTAL
ANXIETY/ PARENTAL PARTICIPATION IN CARE/
PARENTS OF CHILDREN IN PEDIATRIC INTENSIVE
CARE UNIT

126 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบทฤษฎีการวิจัย	6
ขอบเขตการวิจัย	9
นิยามตัวแปร	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	13
ความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในระยะวิกฤต	13
การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร	23
การให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล	30

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	43
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	43
สถานที่เก็บข้อมูล	45
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	46
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	50
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	52
การวิเคราะห์ข้อมูล	55
บทที่ 4 ผลการวิจัย	56
บทที่ 5 การอภิปรายผล	65
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	71
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	74
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	87
รายการอ้างอิง	101
ภาคผนวก	109
ประวัติผู้วิจัย	126

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวน และร้อยละของบิดามารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร	57
4.2 จำนวน และร้อยละของเด็กป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชนิดของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค และระดับความรู้สึกรู้ตัว	60
4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวล ก่อนและหลังการทดลอง ของบิดามารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	62
4.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลอง ระหว่างบิดา มารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความ แปรปรวนร่วม (ANCOVA) และใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อน การทดลองเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)	63
4.5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ในการดูแลบุตรหลังการทดลอง ระหว่างบิดามารดา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test	64
จ.1 การทดสอบการกระจายแบบปกติของคะแนนความวิตกกังวล ขณะเผชิญ และการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร	123
จ.2 การทดสอบความแตกต่างของความแปรปรวนคะแนนความ วิตกกังวลขณะเผชิญ	124
จ.3 การทดสอบขนาดและทิศทางความสัมพันธ์ของคะแนนความ วิตกกังวลก่อนการทดลอง (Pre-test) และคะแนนความวิตกกังวล หลังการทดลอง (Post-test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม	125

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ		หน้า
1.1	กรอบทฤษฎีการวิจัย	9
2.1	Model of self-regulation theory of coping with stressful experiences	32
3.1	ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง	54

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันในประเทศไทยพบว่า จำนวนเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (Pediatric intensive care unit) มีเป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากรายงานสถิติจำนวนเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกภายใน 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 - 2551 พบว่ามีจำนวน 219, 235, 214 คนตามลำดับ โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคทางระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะโรคปอดอักเสบพบมากเป็นอันดับหนึ่ง และส่วนใหญ่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (หน่วยสถิติทางการแพทย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2551) ซึ่งทำให้เด็กป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเกิดขึ้นกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 7 ปี (Curley, 2001) ซึ่งการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตนั้น ถือเป็นสถานการณ์ที่รุนแรง และเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตไม่เพียงแต่จะเกิดผลกระทบต่อเด็กป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อบิดามารดาอีกด้วยโดยจะทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวล สับสน และเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Melnyk, 2000; Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Miles & Carter, 1983)

จากการศึกษาของ Miles, Carter, Riddle, Hennessey และ Eberly (1989) เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ที่เป็นแหล่งความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต จำนวน 510 ราย ผลการวิจัยพบว่า สิ่งที่ทำให้บิดามารดาเครียดมากที่สุด ได้แก่ ด้านพฤติกรรมและอารมณ์บุตร เช่น เห็นบุตรได้รับความเจ็บปวด บุตรไม่สามารถสื่อสารได้ และด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดา เช่น ไม่สามารถปกป้องบุตรได้ ไม่สามารถช่วยเหลือบุตรได้ ไม่สามารถอุ้มบุตรได้ Youngblut, Brooten และ Kuluz (2009) ศึกษาปฏิกิริยาตอบสนองของบิดามารดาใน 24-48 ชั่วโมงแรกที่บุตรบาดเจ็บศีรษะและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต จำนวน 246 คน พบว่า สิ่งที่ทำให้บิดามารดาเครียดมากที่สุด คือ เห็นบุตรได้รับการฉีดยาและเจาะเลือด ไม่ทราบว่าต้องช่วยบุตรอย่างไรขณะที่บุตรร้องไห้ เห็นบุตรดิ้นรนต่อสู้ เห็นบุตรร้องไห้ และเห็นบุตรถูกผูกมัด จะเห็นได้ว่าสิ่งที่ทำให้บิดามารดาเครียดมากที่สุด คือ ด้านพฤติกรรม การแสดงออกและอารมณ์ของบุตร และพรศิริ ใจสม (2536) ศึกษาความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 60 คน

ผลการวิจัยพบว่า สาเหตุที่ทำให้บิดามารดามีความเครียดมาก คือ การที่บุตรมีอาการเหนื่อยหอบ เห็นบุตรมีอาการสับสน ไม่ค่อยรู้สึกตัว เจ้าหน้าที่พยาบาลไม่แจ้งให้ทราบถึงสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับบุตร เห็นบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ท่อระบายทรวงอก การที่บุตรมีแผลหรือเลือดซึมออกตามร่างกาย และสาเหตุที่ทำให้บิดามารดามีความเครียดปานกลาง คือ การที่บิดามารดาไม่สามารถปลอบโยนบุตรเมื่อบุตรร้องไห้ การที่บิดามารดาได้ยินเสียงจากเครื่องมือต่างๆ ดังขึ้นทันทีทันใด เห็นสัญญาณการเต้นของหัวใจ จากเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้นอีก ซึ่งได้แก่ ปัญหาด้านการเงิน ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นครั้งแรก (Miles, Carter, Eberly, Hennessey, & Riddle, 1989; Pangnukroh, 2005) ระยะเวลาในการให้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยน้อย สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับบิดามารดาที่มีน้อย รู้สึกผิดที่ไม่สามารถช่วยป้องกัน และช่วยเหลือนบุตรจากความเจ็บป่วยได้ (Miles, Carter, Spicher, & Hassanein, 1984; Seideman et al., 1997)

จากการสัมภาษณ์ประสบการณ์ของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช พบว่าบิดามารดาส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลและเครียดมาก โดยเฉพาะในวันแรกที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต บิดามารดาไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับบุตรบ้างและเมื่อเห็นอุปกรณ์ต่างๆ เช่น ท่อช่วยหายใจ เครื่องติดตามอาการที่ติดอยู่กับตัวบุตร ก็ยิ่งทำให้บิดามารดากังวลมากขึ้น บิดามารดาส่วนใหญ่คิดว่าถ้าบุตรต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต แสดงว่าอาการหนักมาก และกลัวว่าบุตรของตนจะเสียชีวิต การที่บิดามารดาคิดเช่นนั้นอาจเป็นเพราะว่าบิดามารดารับรู้ว่าเป็นสถานการณ์ที่วิกฤตรุนแรง และคุกคามต่อชีวิต และเป็นสัญญาณที่บอกถึงภาวะใกล้ตาย (LaMontagne & Pawlak, 1990; Lewandowski, 1992; Riddle, Hennessey, Eberly, Carter, & Miles, 1989) ผลกระทบจากความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดา อาจทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจกระสับกระส่าย ร้องไห้ง่ายนอนไม่หลับ รู้สึกหมดพลัง เบื่ออาหาร (Aldridge, 2005; Board, 2004; Board & Ryan-Wenger, 2003) ถ้ามีความวิตกกังวลในระดับสูง ก็จะทำให้ทักษะในการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้ของบิดามารดาลดลง ความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่ลดลงด้วย (Smith, Hefley, & Anand, 2007) อีกทั้งความวิตกกังวลยังทำให้ความสามารถในบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรลดลงด้วย นั่นคือการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรลดลง (Melnyk, 1995; Pangnukroh, 2005) เพราะในสถานการณ์ที่บิดามารดาต้องดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตนั้น บิดามารดาจะเกิดความกลัว ไม่กล้าจะให้การดูแลบุตร เนื่องจากขาดข้อมูลข่าวสาร และไม่ทราบว่าจะช่วยเหลือนบุตรได้อย่างไร (พรศิริ ใจสม, 2536; Miles, Carter, Hennessey, Eberly, & Riddle, 1989) ซึ่งถ้าบิดามารดาได้รับข้อมูลข่าวสารก็จะทำให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้ (บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาฉีก, พรทิพย์

อาปนกะพันธ์ และ วาสนา แฉล้มเขตร, 2544) เพราะบิดามารดาเป็นผู้ที่เข้าใจ และไวต่อการตอบสนองความต้องการของบุตร ถ้าหากบิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ก็จะช่วยให้บุตรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และส่งผลดีต่อการรักษาของบุตร อาจช่วยลดการติดเชื้อภาวะแทรกซ้อนและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (Kristensson-Hallstrom, 1999; Neill, 1996)

การช่วยเหลือบิดามารดาเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด เมื่อบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต มีหลากหลายวิธี อาทิเช่น การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้ความรู้ (Kaaresen, Ronning, Ulvund, & Dahl, 2006) การพยาบาลทางด้านจิตสังคม (Puntanit, 2002) กลุ่มเพื่อนสนับสนุนการจับคู่บัดดี้ (Preyde & Ardal, 2003) และการให้ข้อมูล (บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาดิกล, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร และ เมลนิก เบอร์นาเดตี, 2544; Melnyk, Alpert-Gillis, et al., 2004; Melnyk et al., 2006) เป็นต้น จากหลักฐานงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การให้ข้อมูลมีหลากหลายวิธีการและสามารถลดความวิตกกังวลและความเครียดของบิดามารดาได้ เช่น พรประภา โลจนะวงศกร (2541) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแก่มารดาก่อนการเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนด ต่อระดับความเครียดและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก จำนวน 40 คนพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลโดยใช้คู่มือรูปภาพประกอบคำบรรยาย มีระดับความเครียดต่ำกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ Raengkasikorn (2005) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความเครียดและการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด จำนวน 40 คนผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และศุกลักษณ์ พุทธรักษ์, วิภาพร จันทรทักษิณภาส และพิมพ์พรรณ โอทองคำ (2550) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้วยสื่อคอมพิวเตอร์ต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการสวนหัวใจ จำนวน 40 คนผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง บิดามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตครั้งแรก จะไม่เข้าใจในสิ่งที่ตนเห็นหรือกำลังจะเผชิญ ทำให้คาดการณ์ไปก่อนล่วงหน้าว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับบุตรของตน บิดามารดาจะให้ความสนใจอยู่กับลักษณะอารมณ์ของตนเอง จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยตามกรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) เป็นข้อมูลที่เป็นจริง ชัดเจน ตรงไปตรงมา ช่วยให้บิดามารดามีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น ช่วยขจัดความคลุมเครือ และสามารถคาดการณ์ในสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้ลดการตอบสนองทางอารมณ์และความวิตกกังวลของบิดามารดา รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหาและการปรับตัวในบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลที่ได้มาจาก

ประสบการณ์ของบิดามารดาที่เคยมีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตมาก่อน ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับสถานการณ์จริง ซึ่งจะช่วยให้บิดามารดาที่มีความเข้าใจและการรับรู้ความเป็นจริงที่เป็นประโยชน์ต่อการเผชิญความเครียดในสถานการณ์ดังกล่าว (Johnson, 1999; Melnyk, Alpert-Gillis, Hensel, Cable-Beiling, & Rubenstein, 1997) Melnyk (1994) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการเผชิญความเครียดของมารดาและบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้คาดการณ์มาก่อนใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ผสมผสานกับทฤษฎีควบคุม (Control theory) ให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียง โดยแบ่งการให้ข้อมูลแก่มารดากลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่มคือ 1) ให้ข้อมูลเฉพาะพฤติกรรมของบุตร 2) ให้ข้อมูลเฉพาะบทบาทของมารดา 3) ให้ข้อมูลทั้งพฤติกรรมของบุตรและบทบาทของมารดา โดยให้ข้อมูลในช่วงแรกภายใน 12 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษา ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุม 24-48 ชั่วโมงหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษา และมารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม 48-72 ชั่วโมงหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษา

การศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาโดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) คือ ปณัฐทิภา เหล็กแท้ (2551) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติ Pissajam (2007) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจจำนวน 54 รายพบว่า คะแนนความวิตกกังวลของมารดาในกลุ่มทดลองก่อนการสวนหัวใจ ต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลของมารดากลุ่มควบคุม และ Rattanasiri (2005) ศึกษาผลของโปรแกรมการรับมือต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 60 คน พบว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการรับมือ มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลในงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สามารถลดความวิตกกังวลของมารดาได้ แต่งานวิจัยดังกล่าวทำการศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก มารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ และมารดาที่มีบุตรป่วยโรคทางระบบทางเดินหายใจ ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต คือ พิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์ และวิไล ตั้งสถิตพร (2548) ศึกษาผลของการให้

ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน โดยให้ข้อมูลผ่านสมุดคู่มือเกี่ยวกับอาการและการรักษาพยาบาล, เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย, แนะนำสถานที่, ระเบียบการเยี่ยม, การปฏิบัติตัวขณะเยี่ยม ผลการวิจัยพบว่า หลังการให้ข้อมูล 24 ชั่วโมง มารดามีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งงานวิจัยดังกล่าว มีจุดอ่อนคือ มีแต่กลุ่มทดลอง ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่อาจสรุปได้ว่าผลการวิจัยเกิดจากการให้ข้อมูลจริง และยังไม่พบงานวิจัยที่ให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) ประกอบกับหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเลือกที่จะทำการทดลองนั้น ยังไม่มีการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาอย่างมีแบบแผน ชัดเจน และเป็นรูปธรรม ทำให้บิดามารดาส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเมื่อเข้ามาดูแลบุตร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยจะสามารถลดความวิตกกังวล และช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้หรือไม่ โดยคาดว่าผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

คำถามการวิจัย

การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยสามารถลดความวิตกกังวล และเพิ่มการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้หรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดา ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดาในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร กลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

กรอบทฤษฎีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) ซึ่งกล่าวถึงกระบวนการควบคุมตนเองของบุคคลเมื่อเผชิญความเครียดในสถานการณ์ที่เข้ารับบริการสุขภาพ กระบวนการควบคุมที่เกิดขึ้นนั้นมี 2 แนวทางเกิดควบคู่กัน และเกิดในรูปแบบคู่ขนานกัน แนวทางแรกเป็นการควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ (Regulation of functional responses) ซึ่งเป็นการแสดงออกของบทบาทการกระทำ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้หรือสนใจกับลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective features) ของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ ทำให้บุคคลรับรู้สถานการณ์ที่จะต้องเผชิญก่อนล่วงหน้า และทำให้เข้าใจในเหตุการณ์ที่กำลังจะพบและเตรียมเผชิญเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม ส่วนอีกแนวทางหนึ่ง เป็นการควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Regulation of emotional responses) เป็นการแสดงออกทางด้านอารมณ์ความรู้สึก เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้หรือสนใจกับลักษณะแบบอัตนัย (Subjective features) คือ ลักษณะที่มีการนำอารมณ์ความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์มากขึ้น เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล สภาวะอารมณ์ทางด้านลบ เป็นต้น (Johnson, 1999)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต อีกทั้งยังต้องได้รับการรักษาด้วยหัตถการต่างๆ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ การเจาะเลือด การใส่สายให้อาหาร เป็นต้น ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ตึงเครียด ทำให้บิดามารดาเกิดสภาวะอารมณ์ด้านลบต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด บิดามารดาเกิดความวิตกกังวลล่วงหน้า ว่าบุตรของตนนั้นจะเป็นอย่างไร ซึ่งจะคาดการณ์ไปก่อนล่วงหน้า บางครั้งอาจสงสัยว่าเหตุใดบุตรของตนจึงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และเพราะเหตุใดจึงต้องได้รับการรักษาด้วยหัตถการต่างๆ เหล่านั้น ดังนั้นถ้าหากบิดามารดาได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective information) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 มิติ คือ ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึก

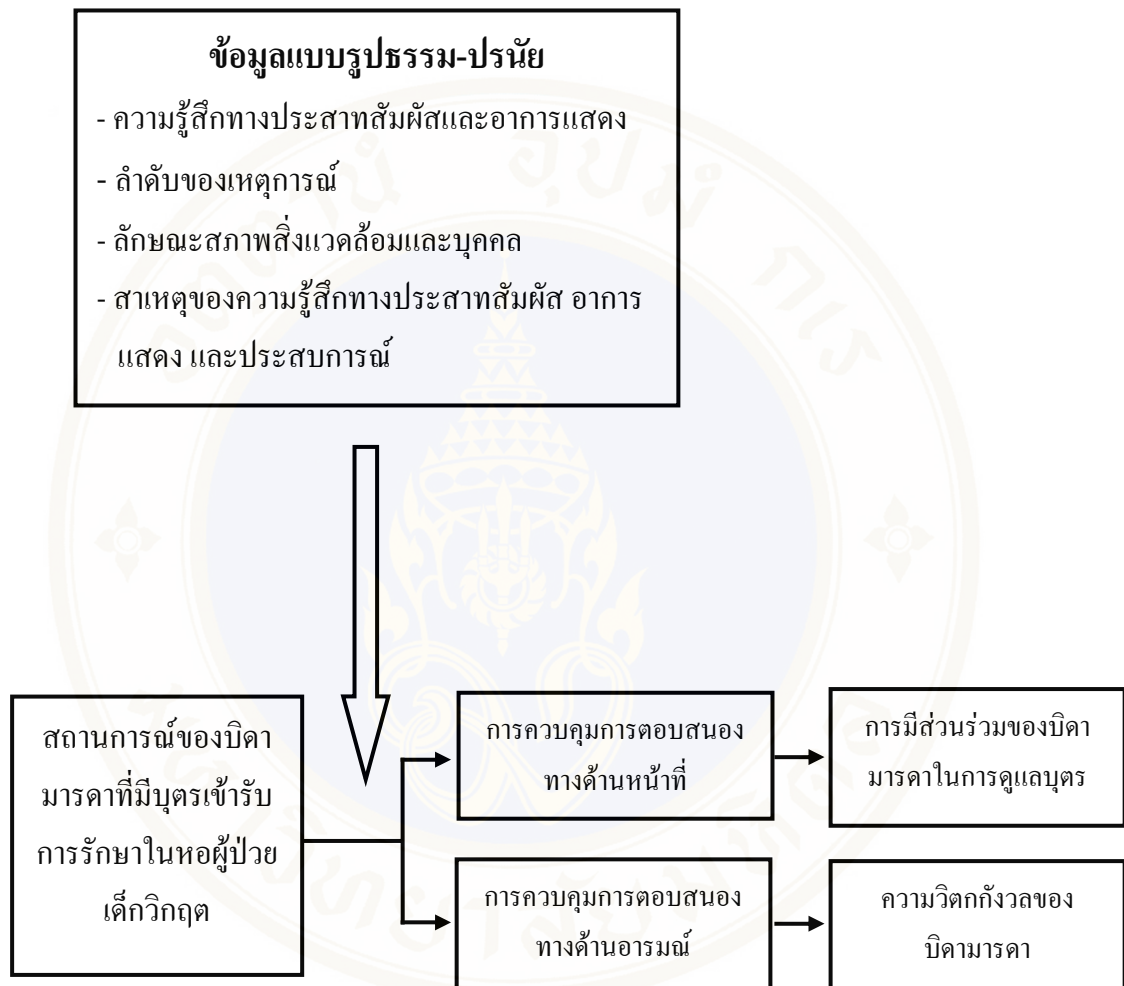
ทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น (Physical sensations and symptoms that occur), ข้อมูลที่บอกถึงลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Temporal characteristics), ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล (Environmental features) และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ (Causes of sensations, symptoms and experiences) จะทำให้บิดามารดาสร้างแบบแผนความคิดความเข้าใจ (Schema) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น เมื่อบิดามารดาเผชิญกับสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับ บิดามารดาจะแปลความหมายของเหตุการณ์ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ได้อย่างถูกต้องชัดเจน จึงลดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่บิดามารดาคาดคิดไว้กับสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง เพิ่มความสามารถในการคาดการณ์สิ่งที่จะเผชิญต่อไปได้ และเพิ่มความสามารถในการเข้าใจและการแปลความหมายในสถานการณ์และเหตุการณ์นี้เป็นอย่างดี ทำให้รู้สึกว่าคุณเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่จะเผชิญได้ ลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัยจะปรากฏชัดขึ้นในความทรงจำ บิดามารดาจะมุ่งให้ความสนใจกับลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective features) ของเหตุการณ์ที่เข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ทำให้บิดามารดาแปลความหมายของเหตุการณ์เน้นลักษณะที่เป็นปรนัย และมีการเผชิญความเครียดที่มุ่งไปที่การแก้ไขปัญหา (Problem-solving) เพิ่มมากขึ้น ทราบบทบาทของตนเองสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้องและมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากขึ้น ซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านหน้าที่ (Regulation of functional responses) บิดามารดาจะไม่ให้ความสนใจกับลักษณะแบบอัตนัย (subjective features) ของเหตุการณ์ที่เข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และจะเลือกให้ความสนใจกับการเผชิญความเครียดที่ใช้อารมณ์ (Emotional-reactions) น้อยลง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Regulation of emotional responses) จะลดลง จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลงตามไปด้วย (Johnson, 1999; Johnson, Fielers, Jones, Wlasowicz, & Mitchell, 1997)

จากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในกลุ่มของมารดาเด็กป่วย โดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแก่มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป เพื่อเตรียมให้มารดาเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้น โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของสภาพแวดล้อม ความรู้สึทางประสาทสัมผัสและสาเหตุของความรู้สึดังกล่าว เรียงลำดับตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จากหลักฐานการวิจัยพบว่า การให้ข้อมูลสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากได้ (ปณัฐทิศา เหล็กแท้, 2551) ช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจได้ (Pissajarn, 2007) ช่วยลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้

(Rattanasiri, 2005) และช่วยให้มารดาและบุตรสามารถเผชิญความเครียดในสถานการณ์เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้คาดการณ์มาก่อนได้ (Melnyk, 1994)

การให้ข้อมูลแก่บิดามารดานั้นมีหลากหลายวิธีการ จากหลักฐานงานวิจัยที่ผ่านมาข้างต้นมีการใช้สื่อในการให้ข้อมูลที่แตกต่างกันไป เช่น การใช้วีดิทัศน์ วีดิโอเทป แผ่นพับ เทปบันทึกเสียง และสมุดคู่มือ เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายคือ การใช้สื่อผสมเพราะจะเป็นการแสดงให้เห็นทั้งภาพ และเสียงได้ในเวลาเดียวกัน ทำให้เห็นภาพและฟังเสียงได้อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม การเรียนรู้ผ่านการมองเห็นนั้นสามารถทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ได้มากถึง ร้อยละ 83 และการเรียนรู้ที่ผ่านทาง การได้ยิน ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ได้ถึงร้อยละ 11 (กิดานันท์ มลิทอง, 2548; ประทีน คล้ายนาค, 2550) เกศินี สมศรี (2547) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 30 ราย โดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ขั้นตอนในการใส่ท่อช่วยหายใจ ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และคำแนะนำที่ควรปฏิบัติในระหว่างที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม และลดอัตราการอาเจียน (2545) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง จำนวน 30 ราย โดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการ ขั้นตอนในการผ่าตัดทางหน้าท้อง ข้อมูลบ่งบอกความรู้สึก และคำแนะนำที่ควรปฏิบัติหลังการผ่าตัด ผ่านวีดิทัศน์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านวิดีโอ ประกอบไปด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึทางประสาทสัมผัสและอาการแสดง ลำดับของเหตุการณ์ ลักษณะสภาพ สิ่งแวดล้อมและบุคคล สาเหตุของความรู้สึทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ อีกทั้งผู้วิจัยยังเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ซักถามข้อสงสัยได้เพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลที่ให้อย่าง กระจ่างชัด และจะทำให้บิดามารดาเข้าใจในสถานการณ์ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก วิกฤต ส่งผลให้บิดามารดาสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดี นั่นคือ มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น และ สามารถที่จะควบคุมอารมณ์และความรู้สึที่วิตกกังวลของตนเองได้ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1.1 กรอบ ทฤษฎีการวิจัยดังนี้



แผนภูมิที่ 1.1 กรอบทฤษฎีการวิจัย

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร โดยศึกษาในบิดามารดาที่มีบุตรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตของโรงพยาบาลพุทธชินราช ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึง สิงหาคม 2553

นิยามตัวแปร

การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย หมายถึง การให้ข้อมูลแก่บิดามารดาหลังจากบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตในช่วงแรกเริ่ม ภายใน 4-6 ชั่วโมง ผ่านวิดีโอ โดยให้ข้อมูลที่เป็นจริง ชัดเจน ตรงไปตรงมา และปราศจากความคลุมเครือ และมีการตอบข้อซักถามของบิดามารดาหลังให้ข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากประสบการณ์ของบิดามารดาที่เคยมีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ตามกรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) ประกอบด้วยข้อมูล 4 มิติดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกละทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น (Physical sensations and symptoms that occur) เป็นข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกละทางประสาทสัมผัส สิ่งที่เกิดที่บิดามารดาเห็น ได้กลิ่น ได้ยินเสียง ที่เกิดขึ้นในขณะที่บิดามารดาเข้ามาดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เช่น รู้สึกเย็นเมื่อเข้ามาในหอผู้ป่วย เห็นมีท่อช่วยหายใจคาในปากของบุตร เห็นบุตรดิ้นไปมามือไขว่คว้าท่อช่วยหายใจ ได้ยินเสียงเตือนจากเครื่องช่วยหายใจ เห็นบุตรได้รับการเจาะเลือด เห็นพยาบาลเจาะเลือดให้บุตร และเห็นพยาบาลดูดเสมหะให้บุตร เป็นต้น

2. ข้อมูลที่บอกถึงลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Temporal characteristics) เป็นข้อมูลที่จะกล่าวถึงขั้นตอน ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เช่น มีการวัดชีพจร วัดออกซิเจนทุก 1 ชั่วโมง พยาบาลจะมาวัดไข้ให้ทุก 4 ชั่วโมง ในตอนเช้า พยาบาลจะเจาะเลือดให้ ต่อจากนั้นพยาบาลจะดูดเสมหะให้ ทำความสะอาดช่องปากให้ และหลังจากนั้นจะมาอาบน้ำให้ รวมไปถึงกิจกรรมการพยาบาลประจำวันของเด็กป่วยได้รับตามลำดับ

3. ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล (Environmental features) เป็นข้อมูลที่บอกถึงสภาพของสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย และบุคลากรในหอผู้ป่วยที่บิดามารดาต้องพบเจอขณะที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เช่น มีเจ้าหน้าที่พยาบาลแต่งชุดสีม่วง สีชมพู มีแพทย์คอยให้การรักษามารดาของตน เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา เช่น ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องให้น้ำเกลือ เครื่องติดตามอาการต่างๆ เช่น ที่วัดความดัน ที่วัดออกซิเจนในเลือด ที่วัดชีพจร

4. ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกละทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ (Causes of sensations, symptoms and experiences) เป็นข้อมูลที่บอกถึง สาเหตุ หรือแหล่งที่มาของความรู้สึกต่างๆ ของบิดามารดา เช่น แหล่งที่มาของเสียงสัญญาณเตือนต่างๆ สาเหตุที่บุตรต้องใส่ท่อช่วยหายใจ สาเหตุที่ทำให้บุตรดิ้นไปมาขณะใส่ท่อช่วยหายใจ สาเหตุที่ทำให้รู้สึกเย็นจัดขณะอยู่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เป็นต้น

ความวิตกกังวลของบิดามารดา หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่รู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกว่าถูกคุกคามต่อความสุข และการดำเนินชีวิต มีความรู้สึกหวาดหวั่น รู้สึกไม่ปลอดภัย ซึ่งเกิดจากการตอบสนองหรือการประเมินเหตุการณ์ของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตสามารถประเมินระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาได้ด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y-1) (SAI) ของบุญเพียร จันทวัฒนา, นางลักขณ์ จินตนาคิด, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร และเมลนิก เบอร์นาเดตี (2544) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Spielberg, Gorsuch, Lushene, Vagg และ Jacobs (1977) โดยแบบประเมินนี้มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร หมายถึง การที่บิดามารดาได้เข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร หรือมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการตัดสินใจในระหว่างที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต แบ่งการมีส่วนร่วมของบิดามารดาออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. กิจกรรมการดูแลที่ทำเป็นประจำ หมายถึง การที่บิดามารดาได้เข้าร่วมปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในชีวิตประจำวันแต่ละวันของบุตร เช่น การให้อาหาร การอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้า การทำความสะอาดช่องปาก และการจัดทำให้บุตร เป็นต้น
2. กิจกรรมการดูแลทางการแพทย์ หมายถึง การที่บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรขณะที่ได้รับการรักษาพยาบาลต่างๆ เช่น การปลอบโยนบุตรในขณะที่ได้รับความเจ็บปวด ช่วยจับตัวบุตรขณะที่แพทย์หรือพยาบาลให้การรักษา
3. การแลกเปลี่ยนข้อมูล หมายถึง การที่บิดามารดาได้มีโอกาสให้ข้อมูลหรือรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการดูแลรักษาพยาบาลบุตรกับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล เช่น การสอบถามหรือขอคำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตรให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ เป็นต้น
4. การตัดสินใจ หมายถึง การที่บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะให้แก่บุตร และอธิบายให้บุตรเข้าใจเกี่ยวกับกิจกรรมการรักษาพยาบาล และเหตุผลของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สามารถประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจาก Index of Parent Participation (IPP) ของ Melnyk (1994) โดยแบบสอบถามนี้มีจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก คิดคะแนนเป็นร้อยละ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ประนัยแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต
2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ประนัยแก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลในกลุ่มผู้ป่วยอื่นๆ ต่อไป



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหา
ดังต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในระยะวิกฤต
 - 1.1 สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต
 - 1.2 มโนทัศน์ความวิตกกังวล
 - 1.3 ความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต
 - 1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของบิดามารดา
2. การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร
 - 2.1 ความหมายของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร
 - 2.2 แนวคิดของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร
 - 2.4 การประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร
3. การให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล
 - 3.1 ทฤษฎีการควบคุมตนเอง
 - 3.2 การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย แก่บิดามารดา
 - 3.3 การให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตและหอผู้ป่วยเด็กสามัญ

ความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในระยะวิกฤต

สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เป็นสถานการณ์ที่คุกคาม และเป็น
ประสบการณ์ที่ทำให้เกิดความตึงเครียด สำหรับบุตรและบิดามารดา ข้อมูลจาก Certification

Corporation, American Association of Critical Care Nurse พบว่าสาเหตุที่เด็กป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต แบ่งออกตามระบบ ได้แก่ โรคระบบทางเดินหายใจ 28%, โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 24%, โรคระบบประสาท 15%, บาดเจ็บหลายระบบ 12%, โรคระบบทางเดินอาหาร 5% (Curley, 2001) และจากรายงานสถิติ 5 อันดับโรคแรก ที่เป็นสาเหตุให้เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก พบว่าในปี พ.ศ. 2550 โรคที่พบบ่อยเรียงตามลำดับคือ โรคปอดอักเสบ (92 ราย) โรคเมะเร็งเม็ดเลือดขาว (18 ราย) บาดเจ็บศีรษะ (15 ราย) ดิดเชื้อในกระแสเลือด (13 ราย) โรคธาลัสซีเมีย (10 ราย) (หน่วยสถิติทางการแพทย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2551)

มโนทัศน์ความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นภาวะทางอารมณ์ที่ทุกคนมักประสบอยู่เสมอในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนและทุกเวลา เป็นอารมณ์ที่สลับซับซ้อนที่บุคคลตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น หรือสิ่งที่คุกคามตามการรับรู้แล้วแปรผันตามทัศนะของตนเอง เป็นประสบการณ์และความรู้สึก ไม่จำเป็นต้องเกี่ยวข้องกับความคิดทางจิตใจ เป็นเสมือนสัญญาณเตือนว่ามีความไม่สมดุลเกิดขึ้นในจิตใจ (Kennerley, 1995) และมีผู้ที่ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวลไว้ดังนี้

Spielberger (1966) ได้กล่าวว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ความรู้สึกที่ไม่สบายใจในสิ่งที่คลุมเครือ ความรู้สึกหวาดหวั่นต่อเหตุการณ์ที่ทำให้บุคคลรู้สึกว่ากำลังถูกคุกคาม อยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย หรือเกิดจากความรู้สึกนึกคิด หรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตว่าจะมีอันตราย ระดับความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงที่บุคคลประเมินว่าเป็นสิ่งที่คุกคาม และความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคล ซึ่งผลของความวิตกกังวลส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น ใจสั่น ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย เหงื่อออก เป็นต้น

Shives (1998) ได้กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้บุคคลมีความรู้สึกไม่สุขสบายใจ รู้สึกไม่มั่นคงโดยจะมีอาการตึงเครียด หวั่นวิตก และกระวนกระวาย ซึ่งเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

Goodwin (1986) ให้ความหมายความวิตกกังวลว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคามทั้งที่เป็นจริงและที่คาดว่าจะเป็นอย่างนั้น บุคคลจะมีอาการตึงเครียด รู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวายใจ หวั่นกลัวต่อเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น

Priest (1983) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าที่เข้ามาคุกคาม ทั้งที่เป็นเหตุการณ์จริงหรือเป็นเพียงการคาดคะเน ทำให้รู้สึกไม่สบายใจในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นในอนาคต รู้สึกหวั่นกลัว กระวนกระวาย

จากความหมายข้างต้นอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะอารมณ์ที่รู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกว่ากำลังถูกคุกคามต่อการดำเนินชีวิต รู้สึกว่ากำลังอยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัยซึ่งอาจเป็นสิ่งที่จริง หรืออาจเกิดจากการคาดเดาเหตุการณ์ของบุคคลเอง ซึ่งอาจทำให้บุคคลนั้นมีความตึงเครียด หวั่นวิตก กลัว กระวนกระวาย และอาจมีผลทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย ใจสั่น เหงื่อออก เป็นต้น

ชนิดของความวิตกกังวล

Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg และ Jacobs (1983) ได้จำแนกความวิตกกังวลออกเป็น 2 ชนิดตามลักษณะที่แสดงออก คือ

1. อุปนิสัยกังวล หรือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวบุคคล (Trait anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลซึ่งเกิดกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลานานจนเป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ (Personality trait) เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่และไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลในแต่ละครั้งที่เกิดขึ้น โดยในสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บุคคลที่มีอุปนิสัยวิตกกังวลสูงจะรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เป็นความเครียดนั้นได้เร็วกว่า และแสดงภาวะวิตกกังวลได้มากกว่าบุคคลที่มีอุปนิสัยวิตกกังวลต่ำกว่า

2. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ หรือความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น (State anxiety or A-State) เป็นความวิตกกังวลซึ่งเกิดขึ้นกับบุคคลเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์เฉพาะอย่างที่เกิดขึ้นทันทีทันใดขณะนั้น และมีระยะเวลาสั้นๆ ทำให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย หวาดหวั่น โดยที่ความรุนแรงและความยาวนานของภาวะวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับพื้นฐานอุปนิสัยวิตกกังวลที่ประกอบอยู่ในบุคลิกภาพของบุคคลนั้น กล่าวคือ ภาวะวิตกกังวลเป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน เมื่อมีสิ่งเร้าจากภายนอกกระตุ้น เช่น ความเจ็บป่วย การออกจากงาน หรือการได้รับการบอกเล่าว่าบุคคลอันเป็นที่รักได้รับอุบัติเหตุหรือเป็นอันตราย เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกที่จะวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญหรือความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น (State anxiety or A-State) เนื่องจากเป็นสถานการณ์เฉพาะของบิดามารดาที่ต้องเผชิญกับความวิตกกังวลจากการที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

ซึ่งเป็นภาวะหรือสถานการณ์ที่คุกคามต่อการดำเนินชีวิต และมีผลให้เกิดความรู้สึกตึงเครียด กระวน กระวาย หวาดหวั่น ต่อสถานการณ์ดังกล่าว

ระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล จะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับ อายุ ภาวะทางอารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต และภาวะสุขภาพ รวมทั้งสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย ซึ่งโดยทั่วไปมีการแบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 4 ระดับ (Stuart, 2005) Spielberg และคณะ (1977) ได้ทำการศึกษาและกำหนดค่า คะแนนของความวิตกกังวลขณะเผชิญ (A-State) ให้มีค่าคะแนนระหว่าง 20-80 คะแนน และขนิษฐา นาคะ (2534) ได้นำคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ (A-State) ของ Spielberg และคณะ มา จัดแบ่งระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลดังต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวลระดับน้อย (Mild anxiety) มีคะแนนระหว่าง 20-40 คะแนน ความวิตกกังวลระดับนี้ เป็นความวิตกกังวลระดับปกติที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเป็นอยู่ ประจำวัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้ จะมีความตื่นตัว มีความสามารถในการรับรู้ของระบบ ประสาทต่างๆ ดีขึ้น ตลอดจนมีความสามารถในการจัดการกับต้นเหตุของความเครียด เรียนรู้และ แก้ปัญหาได้ดีขึ้น สามารถคิดอย่างมีเหตุผลได้ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย รู้สึกไม่สุขสบาย เล็กน้อย

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) มีคะแนนระหว่าง 41-60 คะแนน เมื่อมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น จะมีผลทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาท สัมผัสต่างๆ ลดลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง บุคคลมุ่งเฉพาะสิ่งที่ตนเองสนใจ และกระทำ อยู่ในขณะนั้น มีความลังเลใจหรือผลัดวันประกันพรุ่ง มีการเปลี่ยนแปลงของระดับเสียงและความเร็วในการพูด สมาธิเสื่อมลง ถ้าได้รับการช่วยเหลือ จะทำให้ความวิตกกังวลลดลง ความสามารถต่างๆ จะกลับดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อตึงตัว หายใจ เข้าออกแรง ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะบ่อย รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) มีคะแนนระหว่าง 61-70 คะแนน ความวิตกกังวลระดับนี้จะทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลงมาก การรับรู้และการคิด บิดเบือนไปจากความเป็นจริงมาก สนใจรายละเอียดที่ไม่สำคัญ ไม่สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ระหว่างเหตุการณ์ได้ ไม่สามารถเรียนรู้หรือทำกิจกรรมที่มีเป้าหมายได้ ความสามารถในการ แก้ปัญหาลดลง บุคคลจะมีความไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ พฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกจะมี เป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety) มีคะแนนระหว่าง 71-80 คะแนน ความวิตกกังวลระดับนี้ทำให้ความสามารถในการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง บุคคลจะตกอยู่ในความกลัวจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีความผิดปกติทางความคิดและบุคลิกภาพ อาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนร่วมด้วย ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างเข้าใจ ความสามารถในการเรียนรู้จะเสียไป นอกจากนี้อาจมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ได้ มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินระดับความวิตกกังวล

การประเมินระดับความวิตกกังวลสามารถกระทำได้ 3 วิธี (Lader & Mark, 1971) ดังต่อไปนี้

1. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measures of anxiety) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น วัดอัตราการเต้นของชีพจร วัดความดันโลหิต เป็นต้น ประโยชน์ของเครื่องมือการวัดทางสรีรวิทยา คือ สามารถพิจารณาปัญหาได้รวดเร็ว จากการศึกษากิจกรรมของระบบประสาทซิมพาเทติกที่เกิดขึ้นเมื่อเกิดความวิตกกังวล จะพบว่า อัตราการเต้นของชีพจรและความดันโลหิตเพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าในบางคน ระบบประสาทพาราซิมพาเทติกอาจทำงานในเวลาเดียวกัน หรืออาจทำงานมากกว่าก็ได้ ซึ่งจะมีผลให้อัตราการเต้นของชีพจรช้าลง ความดันโลหิตลดลง ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของบุคคลเมื่อเกิดความวิตกกังวลนั้น มีการเปลี่ยนแปลงที่ไม่แน่นอน

2. การวัดโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measures of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นความรู้สึกที่บุคคลสามารถรับรู้ได้ โดยให้ตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกของตน มีผู้สร้างแบบสอบถามขึ้นมาใช้ประเมินความวิตกกังวล ดังนี้

2.1 แบบวัดความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) ของ Spielberger และคณะ (1977) แบบวัดความวิตกกังวลนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) มีทั้งหมด 20 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นการประเมินความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในขณะทำแบบทดสอบนั้น ในส่วนที่สอง เป็นการวัดอุปนิสัยกังวล หรือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวบุคคล (Trait anxiety) มีทั้งหมด 20 ข้อ เช่นกัน คำตอบมีลักษณะเป็นการประเมินความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ต่างๆ ไป

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) แบบประเมินนี้จะใช้ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยแล้วว่ามีความผิดปกติทางจิต โดยจะใช้ในการประเมินความรุนแรงของความวิตกกังวลในผู้ป่วยเด็กหรือผู้ใหญ่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ แบบสอบถามนี้ถูกสร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1959 โดย Max Hamilton

2.3 แบบประเมินความวิตกกังวล Taylor Manifest Anxiety Scale (MAS) เป็นเครื่องมือวัดความวิตกกังวลที่ใช้กันค่อนข้างแพร่หลาย ตามแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล เพื่อประเมินความวิตกกังวลทั่วไปในสถานการณ์ต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ

3. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measures of anxiety) เป็นการสังเกตความผันแปรในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารที่ไม่ใช่คำพูด การรับรู้ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกาย การรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ และที่ซับซ้อน เนื่องจากมีความเชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนจากอารมณ์ภายในใจ ซึ่งเราสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีอาการกระสับกระส่าย ถอนหายใจ เป็นต้น ในการวัดโดยการสังเกตพฤติกรรมนี้ Grayham และ Conley (1971) ได้สร้างแบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่เป็นผลมาจากความวิตกกังวลขึ้น

การวัดความวิตกกังวลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเป็นวิธีที่นิยมมากที่สุด เพราะสามารถวัดได้หลายมิติของความวิตกกังวล ในการวัดทางสรีรวิทยาและการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกมีความสำคัญ แต่ไม่สามารถบอกประสบการณ์ความวิตกกังวลได้อย่างแท้จริง การประเมินความวิตกกังวลด้วยตนเองเป็นโอกาสที่จะทำให้บุคคลสามารถเปิดเผยความในใจหรือประสบการณ์ที่ซ่อนเร้นออกมา ในภาวะปกติของบุคคลจะมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้ ซึ่งความวิตกกังวลในลักษณะนี้จะมีผลดีต่อบุคคลให้พร้อมที่จะเผชิญกับภาวะคุกคาม แต่เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์ในชีวิต เช่น การเจ็บป่วย การผ่าตัด หรือการมีบุคคลที่รักต้องเจ็บป่วย จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกคุกคามทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Stuart, 2005; Melnyk, Small, & Carno, 2004) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะใช้วิธีการประเมินโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measures of anxiety) โดยเลือกใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) ของบุญเพียร จันทวัฒนา, นางลักษณ์ จินตนาดิกล, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร และเมธนิค เบอร์นาเดตตี (2544) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Spielberg และคณะ (1977) เนื่องจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นแบบประเมินที่บุคคลสามารถประเมินความรู้สึกได้อย่างอิสระตามการรับรู้ที่แท้จริงของตนเอง ใช้เวลาสั้นในการประเมิน และเหมาะสำหรับการประเมินความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ขณะนั้น

ความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

การเผชิญกับความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต อาจทำให้บิดามารดาเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ ถ้าหากเกิดขึ้นโดยทันทีทันใด หรือไม่ได้คาดการณ์มาก่อน สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย เป็นแหล่งความเครียดที่ทำให้บิดามารดาต้องมีการปรับตัว เช่น ขาดการเป็นส่วนตัว สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่แปลกไป มีทั้งผู้คนมากมาย ซึ่งผู้คนอาจกำลังร้องไห้ หรือพูดคุยกันเสียงดัง และอาจจะกระทบต่อแบบแผนการนอนหลับ และแบบแผนการรับประทานอาหารของบิดามารดา ขณะที่บิดามารดาเข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต แหล่งความเครียดจากภายนอกโรงพยาบาล ก็ยังคงมีผลต่อบิดามารดาเช่นกัน บิดามารดาอาจจะรู้สึกเป็นกังวลกับปัญหาของบุตรที่อยู่ที่บ้าน ค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาเยี่ยมบุตร ค่าที่พักอาศัย อาหาร การเข้ามาเฝ้าดูแลบุตร และการขาดงานเพื่อมาเฝ้าดูแลบุตร สมาชิกครอบครัวคนอื่นอาจเจ็บป่วยในเวลาเดียวกันกับที่บุตรเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สถานการณ์นี้จะเพิ่มความเครียดและความวิตกกังวลให้กับบิดามารดามากขึ้น (Curley, 2001; Lewandowski, 1992) ในวันแรกที่บิดามารดาเข้ามาเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต จะมีความวิตกกังวลมากที่สุด ซึ่งอยู่ในระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 98 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 71.2 ซึ่งเข้าใกล้ภาวะ Panic anxiety และจะลดลงมาในระดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 84 ในวันที่ 2, 3, และ 4 ซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเท่ากับ 61.5, 58.07, และ 59 ตามลำดับ (Huckabay & Tilem-Kessler, 1999)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แหล่งความเครียด หรือสถานการณ์ที่ทำให้บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตเกิดความเครียดนั้น มีดังนี้

1. สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตซึ่งเต็มไปด้วยอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่บิดามารดาไม่เคยพบมาก่อน เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามอาการ เสียงสัญญาณเตือนจากเครื่องติดตามอาการของบุตร หรือจากเครื่องมือ อุปกรณ์ต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย (พรศิริ ใจสม, 2536; Board, 2004; Board & Ryan-Wenger, 2003; Miles, Carter, Riddle, et al., 1989)

2. พฤติกรรมและอารมณ์ของบุตร เช่น เห็นบุตรได้รับความเจ็บปวด บุตรไม่สามารถสื่อสารได้ตามปกติ เห็นบุตรดิ้นรนต่อสู้ เห็นบุตรร้องไห้ เห็นบุตรสับสน กระสับกระส่าย เห็นบุตรไม่สุขสบาย เป็นต้น ซึ่งจะทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกเครียดและรู้สึกวิตกกังวลกับสิ่งที่ตนได้เห็น และพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตรนี้ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดมากที่สุด เมื่อเทียบกับแหล่งความเครียดด้านอื่นๆ (พรศิริ ใจสม, 2536; Board, 2004; Board & Ryan-Wenger, 2003; Diaz-Caneja, Gledhill, Weaver, Nadel, Garralda, 2005; Miles, Carter, Riddle, et al., 1989; Seideman et al., 1997; Youngblut et al., 2009)

3. ลักษณะที่ปรากฏของบุตร ประกอบไปด้วย ชั้นของอุปกรณ์ต่างๆ ที่ติดตามตัวเด็ก เช่น มีท่อช่วยหายใจคาในปาก ท่อระบายทรวงอก มีอุปกรณ์ติดตามอาการติดอยู่ตามร่างกาย มีสายน้ำเกลือติดที่มือ สีผิวของบุตรที่เปลี่ยนไป เห็นบุตรมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ บุตรมีอาการหนาวสั่น เป็นต้น (พรศิริ ใจสม, 2536; Board & Ryan-Wenger, 2003; Miles et al., 1984; Miles, Carter, Riddle, et al., 1989; Seideman et al., 1997)

4. การทำหัตถการต่างๆ กับบุตร เช่น เห็นบุตรได้รับการฉีดยา เจาะเลือด และเจาะหลัง บุตรได้รับการดูดเสมหะ ถ้าบิดามารดาไม่เคยมีประสบการณ์ หรือไม่เคยทราบมาก่อน เมื่อเห็นบุตรได้รับการทำหัตถการต่างๆ เหล่านี้ จะทำให้บิดามารดาไม่เข้าใจในสิ่งที่เห็น และจะรู้สึกว่าจะไม่สามารถเผชิญกับสิ่งที่เห็นได้ (วาสนา ไชยวงศ์, 2546; Board, 2004; Board & Ryan-Wenger, 2003; Miles et al., 1984; Miles, Carter, Riddle, et al., 1989; Seideman et al., 1997; Youngblut et al., 2009)

5. ปฏิสัมพันธ์และการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย ถ้าเจ้าหน้าที่หรือทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพไม่ให้ข้อมูลกับบิดามารดาที่เพียงพอ หรือบางครั้งใช้คำศัพท์ทางการแพทย์พูดคุยกัน หรือคุยกับบิดามารดา ก็จะทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกเครียดและสงสัยได้ (พรศิริ ใจสม, 2536; Diaz-Caneja et al., 2005; Miles, Carter, Riddle, et al., 1989)

6. พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่หรือทีมบุคลากรในหอผู้ป่วย ถ้าเจ้าหน้าที่แสดงท่าทางไม่พอใจ หรือไม่สนใจบุตรและบิดามารดา เช่น เจ้าหน้าที่ไม่พูดคุยเล่นด้วย หรือไม่ยิ้มแย้มด้วย ก็จะทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกได้ และถ้าเจ้าหน้าที่ไม่แจ้งให้ทราบถึงสิ่งที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นกับบุตร จะมีผลทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดอยู่ในระดับมาก (Miles, Carter, Riddle, et al., 1989; Board & Ryan-Wenger, 2003)

7. การเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดา เช่น ไม่สามารถอุ้มบุตรได้ ไม่สามารถสื่อสารกับบุตรได้ตามปกติ ไม่สามารถปกป้องบุตรของตนได้ ไม่สามารถเข้าเยี่ยมบุตรหรือดูแลช่วยเหลือบุตรได้ตามปกติ ไม่สามารถปลอบโยนบุตรเมื่อบุตรร้องไห้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดานี้ก็อาจทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกเครียดมากที่สุด เมื่อเทียบกับแหล่งความเครียดด้านอื่นๆ เช่นเดียวกับด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตร (Board, 2004; Carter & Miles, 1989; Miles, Carter, Riddle, et al., 1989)

จะเห็นได้ว่าแหล่งความเครียดของบิดามารดานั้นมีอยู่หลายประการ ซึ่งจะทำให้บิดามารดาารู้สึกเครียดและจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Emotional responses) ต่างๆ ตามมา เช่น ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งบิดามารดาแต่ละคนจะเกิดการตอบสนองทางด้านอารมณ์หรือความวิตกกังวลแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของบิดามารดา

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต มีดังต่อไปนี้

1. อายุของบิดามารดา ผู้ที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์ที่มากกว่า มีความคิดที่สมบูรณ์มากกว่า สามารถตัดสินใจ และมีการเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งการศึกษาของ Miles, Carter, Hennessey และคณะ (1989) พบว่าบิดามารดาที่มีอายุมากกว่านั้น จะมีความเครียดน้อยกว่าบิดามารดาที่มีอายุน้อย
2. จำนวนของบุตร มีการศึกษาพบว่าเมื่อบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาที่มีบุตรจำนวนหลายคน จะมีความวิตกกังวลสูง (Lewandowski, 1992) ในทางตรงกันข้าม การศึกษาของ Vulcan และ Niculich-Barrett (1988) กลับพบว่ามารดาที่มีบุตรเพียงคนเดียวกลับมีความวิตกกังวลสูงกว่ามารดาที่มีบุตรจำนวนหลายคน ที่เป็นเช่นนั้นอาจเป็นเพราะว่า มารดาที่มีบุตรเพียงคนเดียวประเมินว่าบุตรของตนเจ็บป่วยรุนแรงและบุตรของตนอาจตายได้ จึงมีความวิตกกังวลสูงมากกว่าผู้ที่มีบุตรจำนวนหลายคน
3. ประสบการณ์เดิม เป็นส่วนที่ทำให้บิดามารดาแปลความหมายของเหตุการณ์นั้น หรือมีผลต่อความวิตกกังวล ผู้ที่เคยมีประสบการณ์เดิมมาก่อน อาจจะมีการเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์เลย (Folkman & Lazarus, 1980)
4. อายุของบุตร Miles, Carter, Hennessey และคณะ (1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล/ ครอบครัว ปัจจัยด้านสถานการณ์ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดความเครียด และการตอบสนองต่อความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต พบว่าอายุของบุตรมีความสัมพันธ์กับความเครียดของบิดามารดา โดยอาจกล่าวได้ว่า อายุของเด็กที่มีความแตกต่างกันนั้นมีผลต่อพัฒนาการของเด็กในด้านต่างๆ เช่น ความคิด อารมณ์ การใช้ภาษา การตัดสินใจอาทิเช่น เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี ยังไม่สามารถสื่อสารได้ ยังไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ และยังไม่เข้าใจในเรื่องความเป็นเหตุผล ส่วนใหญ่เด็กวัยนี้ก็จะแสดงออกด้วยการร้องไห้ จึงอาจทำให้บิดามารดาที่มีบุตรอายุน้อยกว่ามีความเครียดมากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรอายุมากกว่า
5. อาชีพ จากการศึกษากองคัพพันธ์ (2533) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุกโดยทั่วไปในมารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า อาชีพของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิธีการเผชิญความเครียดของมารดา โดยที่มารดาที่เป็นแม่บ้านจะมีวิธีการเผชิญความเครียดไม่ดีเท่ามารดาที่ทำงานนอกบ้าน อาจเป็น

เพราะมารดาที่ทำงานนอกบ้านนั้นมีประสบการณ์ในการจัดการกับปัญหาต่างๆ มากกว่ามารดาที่เป็นแม่บ้านที่มีโอกาสในการจัดการกับปัญหาต่างๆ น้อย

6. รายได้ของครอบครัว รายได้ของครอบครัวเป็นสิ่งที่สนับสนุนในยามที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง ค่าอาหาร โดยบิดามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวน้อย จะมีความวิตกกังวลมากกว่าบิดามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวมาก ซึ่งจากการศึกษาของ Pangnukroh (2005) ศึกษาระดับความเครียดที่มาจากสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต วิธีการเผชิญความเครียด และการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต พบว่า รายได้ของครอบครัวสามารถทำนายการปรับตัวของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้ร้อยละ 12.2

7. ระดับการศึกษา พบว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถทำความเข้าใจและใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ในการจัดการกับปัญหาหรือสถานการณ์ของความเครียดนั้นๆ ได้ดี (Board & Ryan-Wenger, 2003)

8. สถานภาพสมรส เมื่อมารดาตกอยู่ในสถานการณ์ที่วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ตึงเครียด กลุ่มสมรสจะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด จากการศึกษาของ เจียงคำ อินทวิชัย (2533) เกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กเรื้อรัง พบว่า มารดาที่มีสถานภาพโสดจะมีความเครียดมากกว่ามารดาที่มีสถานภาพสมรสแล้ว

9. บทบาทความเป็นบิดาหรือมารดา จากการศึกษาของ Miles, Carter, Hennessey และคณะ (1989) พบว่ามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตจะมีความเครียดมากกว่าผู้ที่เป็นบิดา

10. การรับรู้ของบิดามารดาต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตร ความวิตกกังวลของบิดามารดามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตร จากการศึกษาของสากล กงพันธ์ (2533) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุกโดยทั่วไปในมารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตร มีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกโดยทั่วไป นั่นหมายความว่า ถ้ามารดาที่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยของบุตรรุนแรงมาก มารดาก็จะมีความผาสุกน้อยลง มารดาส่วนใหญ่จะรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตรจากลักษณะที่ปรากฏของบุตร เช่น บุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีเครื่องติดตามอาการ จำนวนของสายน้ำเกลือที่บุตรได้รับ (Youngblut & Shiao,

1993) และถ้ามารดารับรู้ว่าการเจ็บป่วยของบุตรรุนแรงมาก ก็จะมีคามวิตกกังวลสูงตามไปด้วย (Miles, Carter, Hennessey, et al., 1989)

11. ชนิดของการเข้ารับการรักษา (การคาดการณ์ไว้ก่อนล่วงหน้าหรือไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน) จากการศึกษาของ Miles, Carter, Hennessey และคณะ (1989) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อนนั้น จะมีความเครียดมากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยที่มีการคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าก่อนแล้ว

12. ระดับความรู้สึกตัวของบุตร เป็นสิ่งที่แสดงออกของบุตรที่มีผลต่อความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาด้วยเช่นกัน จากการศึกษาของ Miles และคณะ (1984) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรไม่รู้สึกตัวนั้นจะมีความเครียดมากกว่า บิดามารดาที่มีบุตรรู้สึกตัว

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร

ความหมายของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร

Detrick, Stull, Dixon, Puczynski และ Jackson (1986) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาว่าหมายถึง การที่บิดามารดาปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลบุตรทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยกิจกรรมการดูแลบุตรทางตรง ได้แก่ การดูแลที่ทำเป็นประจำ และการดูแลทางด้านจิตใจเมื่อได้รับกิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมการดูแลบุตรทางอ้อม ได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและทีมสุขภาพ

Callery และ Smith (1993) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดา หมายถึง การที่บิดามารดา ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยโดยตรงโดยเป็นกิจกรรมที่บิดามารดาได้ตัดสินใจและปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเป็นประจำ

Coyne (1996) อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดาหมายถึง การอนุญาตให้บิดามารดาสามารถเฝ้าดูแลบุตรและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลบุตร รวมไปถึงการเจรจาต่อรองในการดูแลรักษาของบุตร

Neill (1996) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหมายถึง การที่บิดามารดาได้เข้าร่วมหรือได้รับอนุญาตในการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ประเมินผลการดูแลเด็กป่วย และเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลเด็กป่วย

Schepp และ Pai (1995) ได้อธิบายว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดา หมายถึง การที่บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งที่บิดามารดาได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติใน 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำการมีส่วนร่วมใน

กิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย

จากความหมายที่มีผู้ให้ไว้ต่างๆ ข้างต้นพอที่จะสรุปความหมายของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาได้ว่า การที่บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตร อาจเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในด้านต่างๆ เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของเด็กป่วย การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็ก การเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลเด็กป่วย รวมไปถึงการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลเด็กอีกด้วย ซึ่งการมีส่วนร่วมของบิดามารดาจะเป็นอย่างไรขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วย

แนวคิดของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรของ Schepp และ Pai (1995) ซึ่งกล่าวถึงการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรขณะอยู่ในโรงพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อม 4 ด้านดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลที่เป็นประจำ (Participation in routine care) หมายถึง การที่บิดามารดาได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่เป็นประจำ ในเรื่องการอยู่กับบุตรขณะอยู่ที่โรงพยาบาล การเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลบุตรขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล การให้อาหารหรือช่วยเหลือบุตรให้ได้รับอาหาร การอาบน้ำให้บุตรหรือช่วยเหลือบุตรให้ได้รับการอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้บุตร และการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้บุตร

2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลทางการแพทย์ (Participation in technical care) หมายถึง การที่บิดามารดาได้เข้าร่วมในการดูแลบุตรที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ เช่น การช่วยวัดไข้ ช่วยวัดความดันเลือด การอยู่กับบุตรหรือช่วยเหลือบุตรในขณะที่ได้รับหัตถการรักษา เช่น การให้น้ำเกลือ การเจาะเลือด การปล่อยสาย尿管ในขณะที่ได้รับความเจ็บปวด การส่งเด็กไปตรวจพิเศษต่างๆ เช่น เอกซเรย์ การช่วยให้อาบน้ำบุตร

3. การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล (Participation in information sharing) หมายถึง การที่บิดามารดาได้มีโอกาสให้ข้อมูลหรือรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาพยาบาลบุตรกับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ด้วยการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่บุตรได้รับ การขอให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลทุกอย่างที่บุตรได้รับ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา การแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตรให้แพทย์หรือพยาบาลทราบ

4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Participation in decision making) หมายถึง การที่บิดามารดามีโอกาสตัดสินใจในการดูแลบุตรในสถานการณ์ที่ต้องการการตัดสินใจจากบิดามารดา การตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่บุตรได้รับ การอธิบายกิจกรรมการรักษายาบาลแก่บุตร การเลือกบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่ให้การดูแลบุตร และการให้บุคลากรพยาบาลขออนุญาตบิดามารดาก่อนที่จะปลุกบุตรให้ตื่น

จากหลักฐานงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรคือ นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเจ็บป่วยเรื้อรังที่บิดามารดาได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติ โดยใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาของ Schepp และ Pai (1995) กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาของเด็กป่วยเรื้อรัง อายุ 1 เดือน ถึง 16 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 145 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลที่ให้เป็นประจำในระดับมาก และกิจกรรมที่ผู้ปกครองปฏิบัติทุกครั้งคือ การอยู่กับเด็กป่วยขณะอยู่ในโรงพยาบาล รองลงมาคือ การให้อาหารหรือช่วยเหลือเด็กป่วยให้ได้รับอาหาร การอาบน้ำให้เด็กป่วยหรือช่วยเหลือเด็กป่วยให้ได้รับการอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็กป่วย ตามลำดับ และการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองด้านกิจกรรมการพยาบาล พบว่า กิจกรรมที่ผู้ปกครองปฏิบัติมากที่สุดคือ การส่งเด็กไปตรวจพิเศษต่างๆ รองลงมาคือ การอยู่กับเด็กป่วยหรือช่วยเหลือเด็กป่วยในขณะที่ได้รับหัตถการ การปลอบโยนเด็กป่วยในขณะที่ได้รับความเจ็บปวด ตามลำดับ การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล พบว่า กิจกรรมที่ผู้ปกครองปฏิบัติทุกครั้งคือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษา รองลงมาคือ ได้รับการแจ้งเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตรตามความเป็นจริง และการให้บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษายาบาลทุกอย่างที่เด็กป่วยได้รับ ตามลำดับ การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย พบว่า กิจกรรมที่ผู้ปกครองปฏิบัติทุกครั้งคือ การเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษายาบาลแก่เด็กป่วย การเป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่บุตรได้รับ และการให้บุคลากรพยาบาลขออนุญาตผู้ปกครองก่อนที่จะปลุกเด็กป่วยให้ตื่น ตามลำดับ ผู้ปกครองทั้งหมดปรารถนาที่จะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเรื้อรังในด้านกิจกรรมที่ให้เป็นประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับมาก และมากกว่าครึ่งหนึ่งปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลด้านการตัดสินใจในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยด้านเด็กป่วย

1.1 อายุของบุตรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร บุตรที่มีอายุน้อยมากๆ จะมีความต้องการพึ่งพาบิดามารดาหรือบุคคลอื่นมาก ทำให้บิดามารดาต้องให้การดูแลมากเป็นพิเศษ จากการศึกษาพบว่า บิดามารดาจะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่มีอายุน้อย มากกว่าการดูแลบุตรที่มีอายุมาก (Newton, 2000; Schepp, 1991) นอกจากนี้บิดามารดาที่มีบุตรอายุน้อยปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลบุตรที่ทำเป็นประจำ มากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรอายุมาก (Balling & McCubbin, 2001)

1.2 ชนิดของความเจ็บป่วย จากการศึกษา Snowdon และ Gitteb (1989) พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร มีความเกี่ยวข้องกับชนิดของความเจ็บป่วยของเด็ก ได้แก่ ความเจ็บป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง และวิกฤตและมีการศึกษารายงานว่าบิดามารดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง มากกว่าบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือวิกฤต (Balling & McCubbin, 2001; Casey, 1995)

1.3 ระยะเวลาที่บุตรรักษาอยู่โรงพยาบาล บิดามารดาจะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากกว่าถ้าบุตรเข้ารับการรักษาอยู่โรงพยาบาลนาน (Casey, 1995)

1.4 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีการศึกษาที่พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง จะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากขึ้น เนื่องจากบิดามารดามีความคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่และสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล และกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่บุตรของตนได้รับ (Brown & Ritchie, 1990)

2. ปัจจัยด้านบิดามารดา

2.1 อายุของบิดามารดาเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า จะมีความเต็มใจและเอาใจใส่ในการดูแลบุตรมากกว่าบิดามารดาที่มีอายุน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า จะมีวุฒิภาวะและความสามารถในการดูแลบุตรได้ดีกว่า (Kristensson-Hallstrom, 1999)

2.2 ความเป็นบิดาหรือมารดา มารดามีความปรารถนาที่จะดูแลบุตรมากกว่าผู้ที่เป็นบิดา (Schepp, 1991) มารดาจะเป็นผู้ที่มียบทบาทในการรับผิดชอบงานภายในบ้าน การเลี้ยงดูบุตร เป็นผู้ที่ให้ความสุขสบายแก่บุตร และมีความใกล้ชิดกับบุตรมากกว่าบิดา ในขณะที่บทบาทของ

บิดาคือการประกอบอาชีพนอกบ้าน เพื่อหารายได้มาให้แก่คนในครอบครัว ดังนั้นมารดาจึงอาจมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากกว่าบิดาได้ (Coyne, 1995; Lam, Chang, & Morrissey, 2006)

2.3 อาชีพ การมีงานทำจะมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในกิจกรรมการดูแลบุตรที่ทำเป็นประจำ โดยบิดามารดาที่ไม่ได้ทำงานจะมีความปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำมากกว่าบิดามารดาที่มีงานประจำทำอยู่ (Balling & McCubbin, 2001)

2.4 เจตคติของบิดามารดาต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ส่วนใหญ่บิดามารดามักมีความเต็มใจที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร แต่มีการศึกษาที่พบว่าบิดามารดาไม่ปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วย เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่มีความเครียด ดังนั้นเจตคติของบิดามารดาต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมีผลโดยตรงต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร (Coyne, 1995)

2.5 ความวิตกกังวลของบิดามารดา ความวิตกกังวลของบิดามารดาเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร (Kristensson-Hallstrom, 1999) จากการศึกษาของ Schepp (1991) พบว่าความวิตกกังวลที่สูงขึ้นนั้นเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร แต่ถ้าวัดระดับความวิตกกังวลลดลง บิดามารดาจะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเพิ่มมากขึ้น

2.6 กลไกการปรับตัวของบิดามารดา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร (Kristensson & Hallstrom, 1999; Neill, 1996) มีการศึกษาพบว่า บิดามารดาซึ่งมักจะใช้กลไกการปรับตัวด้วยการแก้ปัญหา เช่น บิดามารดาที่มีการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร จะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากกว่าบิดามารดาที่ใช้กลไกการปรับตัวทางด้านอารมณ์ เช่น การหลีกเลี่ยง หรือการเมินเฉย (LaMontagne, Hepworth, & Chiafery, 1992)

3. ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์

3.1 เจตคติของบุคลากรพยาบาล Neill (1996) กล่าวว่าเจตคติของบุคลากรพยาบาลเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร กล่าวคือ บุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เห็นด้วยที่จะให้บิดามารดาดูแลบุตรของตนเองจะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ในทางตรงกันข้าม บุคลากรพยาบาลที่เห็นประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของบิดามารดา จะส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร

3.2 การสื่อสาร Neill (1996) กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างบิดามารดาและบุคลากรพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดา บิดามารดาที่มีความต้องการข้อมูลในการตัดสินใจในการดูแลบุตรระหว่างที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ถ้าบุคลากรทางการแพทย์

ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยน้อย หรือไม่ให้ข้อมูลเลย ก็จะมีผลให้การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรน้อยลง

3.3 ระบบการบริการพยาบาล กล่าวคือ ระบบการบริการพยาบาลที่เน้นการปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ จะมุ่งเน้นดูแลเฉพาะทางด้านร่างกาย และให้ความสนใจต่อการดูแลด้านจิตใจของเด็กป่วยและบิดามารดาน้อย อาจทำให้การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรน้อยลงตามไปด้วย (Coyne, 1995)

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกที่จะจับคู่ให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องความเป็นบิดามารดาเหมือนกัน และอายุบุตรอยู่ในช่วงเดียวกัน เนื่องจากผู้ที่เป็นบิดามารดานั้นจะมีความแตกต่างในการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร กล่าวคือ มารดาจะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากกว่าบิดา อีกทั้งช่วงอายุของบุตรก็มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรด้วย นั่นคือ บิดามารดาจะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่มีอายุน้อย มากกว่าการดูแลบุตรที่มีอายุมากกว่า

การประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสามารถประเมินได้ ดังต่อไปนี้

1. ประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measures of participation) เป็นการประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรโดยใช้แบบสังเกต โดยพยาบาลผู้ประเมินจะสังเกตถึงพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของบิดามารดา เช่น แบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรด้านร่างกาย Visual Analogue Scale-Physical Care (VAS-PC) และแบบสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรด้านจิตใจ Visual Analogue Scale-Emotional Care (VAS-EC) ของ Melnyk และคณะ (1997) เครื่องมือทั้งสองมีมาตรวัดตั้งแต่ 0 ถึง 100 ให้คะแนนโดย ไม่ปฏิบัติเลย (0 คะแนน) ปฏิบัติมากที่สุด (100 คะแนน) ซึ่งมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่าน

2. ประเมินโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measures of participation) เป็นการประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรโดยให้บิดามารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง แบบสอบถามดังกล่าวได้มีผู้สร้างขึ้นไว้ดังนี้

2.1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของ Stull และ Deatricks (1986) ประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยโดยตรงและโดยอ้อม ซึ่งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยโดยตรง ได้แก่ กิจกรรมการเล่น ความสุขสบายทั่วไป การดูแลทางด้านร่างกายก่อน

ผ่าตัด และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางอ้อม ได้แก่ การปรึกษาหารือกับบุคลากรพยาบาล การเป็นบิดามารดาแบบสอบถามนี้เป็นแบบรายการให้เลือกตอบ ใช่ กับ ไม่ใช่

2.2 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่บิดามารดาได้ปฏิบัติ (The Parental Actual Participation Scale: PAPS) และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่บิดามารดาปรารถนาที่จะปฏิบัติ (The Parental Preferred Participation Scale: PPPS) ของ Schepp และ Pai (1995) มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ จำนวน 24 ข้อ ซึ่งแบ่งการมีส่วนร่วมของบิดามารดาออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลที่เป็นประจำ กิจกรรมการพยาบาล การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดากับบุคลากรพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วยในประเทศไทย ณิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ใช้แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่บิดามารดาได้ปฏิบัติ (The Parental Actual Participation Scale: PAPS) และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่บิดามารดาปรารถนาที่จะปฏิบัติ (The Parental Preferred Participation Scale: PPPS) ในสถานการณ์ที่บิดามารดาของเด็กป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร (Index of Parent Participation) ของ Melnyk (1994) แบบประเมินประกอบไปด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ ให้คะแนนโดยถ้าบิดามารดาปฏิบัติได้ 1 คะแนน ไม่ปฏิบัติได้ 0 คะแนน คะแนนเต็มรวม 36 คะแนน คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน Melnyk (1994) สร้างแบบสอบถามนี้ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และการสัมภาษณ์บิดามารดาที่ให้การดูแลบุตรขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดัชนีฉบับเดิมมี 42 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยใช้ผู้ทรงคุณวุฒิ 8 ท่าน ให้ตัดออก 2 ข้อ หลังจากหาความเชื่อมั่นแล้วตัดออกอีก 4 ข้อ เหลือ 36 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 15 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .77 และต่อมา Melnyk และคณะ (1997) นำแบบสอบถามนี้มาใช้กับมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และได้ทำการหาค่าความเชื่อมั่นกับมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต จำนวน 15 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .82

ในประเทศไทย บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาธิล, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ และ วาสนา แฉล้มเขตร (2544) ได้แปลแบบสอบถามนี้ และใช้วัดการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หาค่าความเชื่อมั่นโดยนำไปทดลองใช้กับมารดาเด็กป่วยวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .78

การให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

ทฤษฎีการควบคุมตนเอง

ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) อยู่บนพื้นฐานของกระบวนการประมวลข้อมูล (Information processing) ที่อธิบายพฤติกรรมของบุคคล และกระบวนการความคิด (Cognitive process) ในแต่ละบุคคล กระบวนการทางสติปัญญาจะเข้ามาเกี่ยวข้อง เมื่อบุคคลมีการประมวลข้อมูลจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก ข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในความทรงจำภายใต้โครงสร้างทางสติปัญญา เรียกว่าแบบแผนความคิดความเข้าใจ และบุคคลจะใช้แบบแผนความคิดความเข้าใจนั้นมาควบคุมการตอบสนองและพฤติกรรมของตนเอง ทฤษฎีการควบคุมตนเองในการเผชิญกับการเจ็บป่วยมีข้อตกลงเบื้องต้น 4 ข้อ ดังนี้ (Johnson, 1999)

1. บุคคลสามารถใช้การรับรู้และการแปลความหมายประสบการณ์ของตนเองมาใช้ในการควบคุมการตอบสนองและพฤติกรรมของตนเอง
2. ความรู้เกี่ยวกับแนวความคิดและข้อมูลเกี่ยวกับการจะใช้ความรู้นั้นอย่างไร ถูกแสดงไว้ในโครงสร้างทางสติปัญญา ที่เรียกว่าแบบแผนความคิดความเข้าใจ (Schema) ซึ่งแบบแผนนี้จะประกอบด้วยความหมายของแนวคิดของแต่ละบุคคล แบบแผนนี้จะแสดงความรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการแปลความหมายของแนวคิดทั้งหมด และถูกเก็บไว้ในความทรงจำ ซึ่งประกอบไปด้วยสิ่งที่เป็นพื้นฐาน สภาพสังคม เหตุการณ์และลำดับของเหตุการณ์ การกระทำและลำดับของการกระทำ แบบแผนความคิดความเข้าใจ จะช่วยให้บุคคลคาดการณ์ล่วงหน้าถึงเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น และมีการวางแผนจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ โดยเป็นแบบแผนความคิดความเข้าใจในเหตุการณ์ที่ใกล้จะมาถึง รวมถึงการคาดการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก การตอบสนองด้านอารมณ์ กิจกรรมที่จะเกิดขึ้น ผลที่ต้องการและส่วนประกอบอื่นๆ ของเหตุการณ์ ซึ่งเป็นการเตรียมการตัดสินใจและแปรผันไปตามประสบการณ์ ข้อมูลที่ได้รับมาจากความทรงจำ การวางแผนการกระทำ และเลือกผลหรือเป้าหมายที่ต้องการ เมื่อแบบแผนความคิดความเข้าใจนี้มีความสอดคล้องพอดีกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการที่จะผ่านเหตุการณ์นี้ไปได้ และสร้างความคาดหวังหรือคาดการณ์ไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันที่จะเกิดขึ้นในอนาคต และสามารถที่จะใช้แบบแผนความคิดความเข้าใจนี้ ในการวางแผนและจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ให้ผ่านไปให้ได้
3. ข้อมูลในแบบแผนความคิดความเข้าใจจะถูกจัดเรียงไว้เป็นระดับชั้น ซึ่งระดับชั้นนี้จะเริ่มต้นจากสิ่งที่เป็นรูปธรรมไปสู่ระดับที่เป็นนามธรรม ในแต่ละระดับของแบบแผนความคิดความเข้าใจจะเป็นตัวแทนเหตุการณ์ของปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย แบบแผนความคิดความเข้าใจในระดับนามธรรม ได้แก่ การเผชิญกับเหตุการณ์ การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค และวิธีการรักษา ส่วนแบบแผนความคิดความเข้าใจในระดับรูปธรรม ได้แก่ ประสบการณ์การรับรู้ทาง

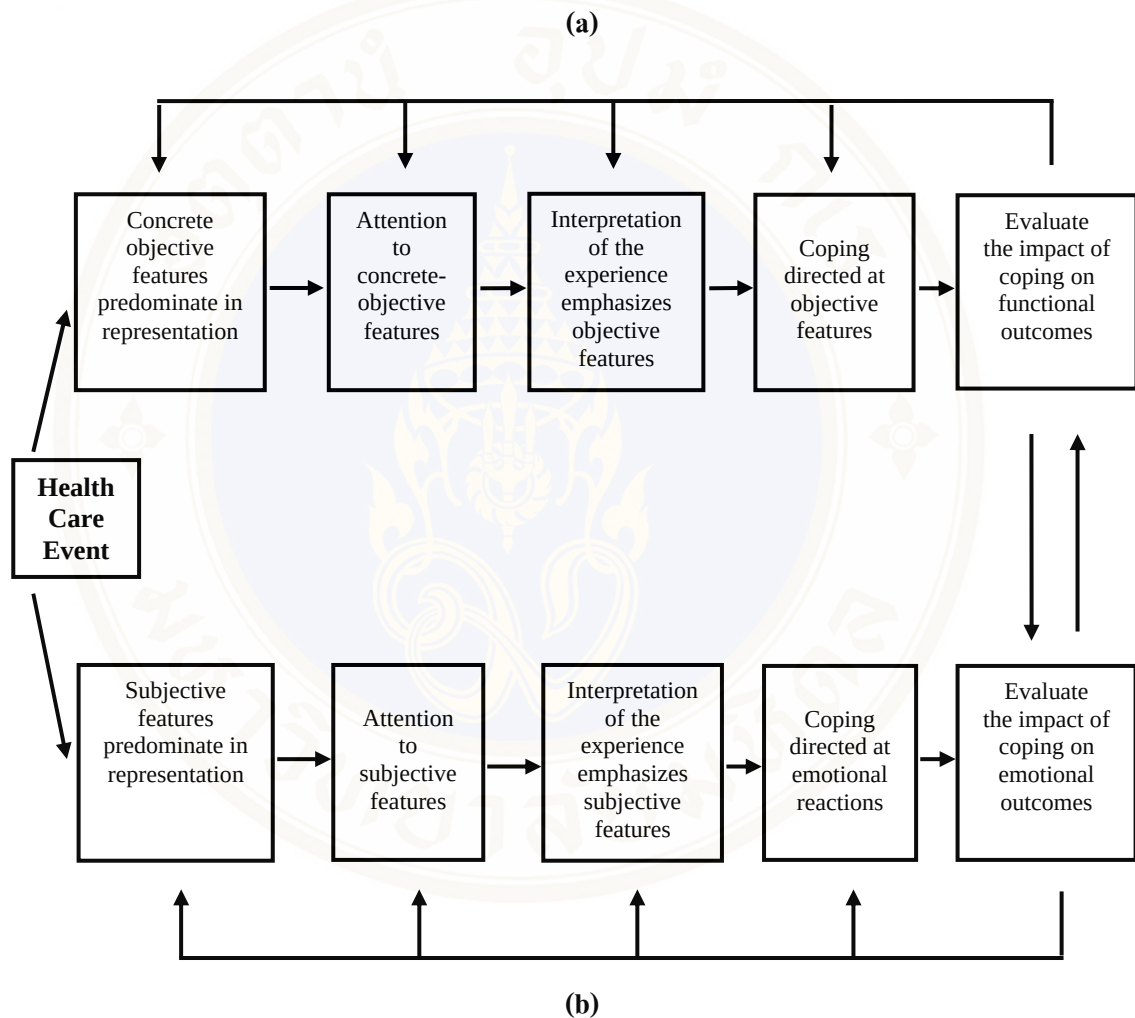
ประสาทสัมผัสและการเกิดปฏิกิริยา เช่น ความกลัว ลักษณะของข้อมูลระดับรูปธรรมมีความสำคัญต่อความสัมพันธ์ระหว่างแนวคิดระดับนามธรรมและประสบการณ์ในอดีต แบบแผนความคิดความเข้าใจในระดับสูงเป็นการบูรณาการเนื้อหาในแนวคิดระดับพื้นฐานเข้าไว้ด้วยกัน เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจในความหมายทั้งหมด เพื่อเป็นแนวทางการตัดสินใจต่อการลงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล เนื่องจากระดับของเนื้อหาที่ปรากฏขึ้นในภาพแห่งความคิดหรือความทรงจำจะถูกรวบรวมบูรณาการเข้าไว้ด้วยกัน บุคคลจึงไม่จำเป็นต้องเพ่งจุดสนใจเฉพาะในระดับใดระดับหนึ่งแบบแยกส่วนจากกัน

4. ถ้าเกิดความแตกต่างระหว่างเป้าหมายที่บุคคลคาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง จะทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมหรือการกระทำเพื่อที่จะลดความแตกต่างนั้น ข้อมูลป้อนกลับของความแตกต่างจะกระตุ้นให้บุคคลสนใจต่อสิ่งเร้า และพยายามหาทางที่จะได้รับผลที่ต้องการ หรือลดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง การเปรียบเทียบสิ่งที่คาดหวังกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริงจะถูกเก็บไว้ในลำดับขั้นของแบบแผนความคิดความเข้าใจ และถูกสร้างขึ้นให้เป็นลำดับขั้นตอนของการตัดสินใจในการที่จะเลือกกระทำหรือจัดการในสถานการณ์นั้นๆ เพื่อให้ประสบความสำเร็จถึงเป้าหมายที่ต้องการ

กระบวนการของทฤษฎีการควบคุมตนเอง

ทฤษฎีการควบคุมตนเองใช้ในการเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย ความหมายของประสบการณ์ในสถานการณ์หนึ่งของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน (วัลยาธรรมพนิชวัฒน์, 2553) ซึ่งบุคคลจะหาวิธีการในการจัดการกับเหตุการณ์เพื่อตอบสนองความพึงพอใจของตนเอง ดังนั้นจึงเรียกว่าทฤษฎีการควบคุมตนเอง แม้ว่าผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจะมีอิทธิพลต่อการแปลความหมายสถานการณ์และสิ่งที่ผู้ป่วยต้องเผชิญปัญหา แต่พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจะเป็นผลมาจากการสรุปและการตัดสินใจของผู้ป่วยเอง กระบวนการของทฤษฎีการควบคุมตนเอง แสดงไว้ในแผนภูมิที่ 2.1 โดยกระบวนการจะมีสองแนวทาง โดยแนวทางแรก (a) อยู่ด้านบนของแผนภูมิ เป็นการควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ และอีกแนวทางหนึ่ง (b) อยู่ด้านล่างของแผนภูมิ เป็นการควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ กระบวนการทั้งสองนี้เกิดขึ้นคู่ขนานกันและเป็นอิสระต่อกัน ความสนใจในแต่ละแนวทางของผู้ป่วยจะปรับเปลี่ยนไปมาได้ การย้อนกลับระหว่างสองแนวทางอาจมีอิทธิพลต่อกระบวนการควบคุมตนเองด้วย ดังนั้นการเผชิญปัญหาในทฤษฎีการควบคุมตนเองจึงเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง สามารถเกิดขึ้น ปรับเปลี่ยนไปมาได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยสามารถเลือกแนวทางในการเผชิญปัญหาด้วยตนเองตามความเข้าใจในประสบการณ์ของผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยจะเลือกใช้วิธีในการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับตนเองในสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งอาจจะเป็นเรื่องใหม่หรืออาจเคยใช้มาแล้วในอดีตก็ได้ การเผชิญ

ปัญหาจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล และประสบการณ์จะแตกต่างกันไปตามกาลเวลา ซึ่งเป้าหมายในการเผชิญปัญหา คือ มีอารมณ์ที่สุขสบาย และสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดี ลดผลกระทบของการเจ็บป่วยที่มีต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Johnson, 1999)



แผนภูมิที่ 2.1: Model of self-regulation theory of coping with stressful experiences

ที่มา: จาก “Self-Regulation Theory and Coping with Physical Illness.” by J. E. Johnson, 1999, *Research in Nursing & Health*, 22, หน้า 437.

การควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ (Regulation of functional responses)

กระบวนการตอบสนองทางด้านหน้าที่ แสดงในเส้นที่อยู่ด้านบนของแผนภูมิที่ 2.1 กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นเมื่อประสบการณ์ที่มีลักษณะของรูปธรรม-ปรนัยปรากฏขึ้นในภาพแห่งความคิดหรือความทรงจำ โดยลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัยในเหตุการณ์ของการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสของร่างกายและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ลำดับของเหตุการณ์ ลักษณะของสิ่งแวดล้อม และสาเหตุที่ทำให้เกิดความรู้สึกต่างๆ ซึ่งธรรมชาติของลักษณะรูปธรรม-ปรนัยสามารถลดความคลุมเครือของเหตุการณ์ ทำให้ง่ายต่อการจดจำ สามารถวางแผนที่จะรับหรือเผชิญกับเหตุการณ์นั้น และผู้ป่วยจะรวบรวมความรู้ความเข้าใจ จากแหล่งต่างๆ เช่น สติปัญญา สังคม อุปกรณ์ เครื่องมือ จากการสัมผัสหรือมองเห็น และนำไปสร้างเป็นแบบแผนความคิดความเข้าใจเมื่อประสบการณ์ที่มีลักษณะของรูปธรรม-ปรนัยเด่นชัดขึ้นในความทรงจำ และผู้ป่วยให้ความสนใจกับลักษณะของรูปธรรม-ปรนัย และถ้าเหตุการณ์เป็นไปตามที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ ความเชื่อมั่นในแบบแผนความคิดความเข้าใจของผู้ป่วยก็จะเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีการนำแบบแผนนั้นมาใช้ในการวางแผนและเผชิญกับเหตุการณ์ แต่ถ้าแปลเหตุการณ์ออกมาโดยลักษณะของเหตุการณ์ไม่เหมือนหรือไม่ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังไว้ ก็จะเกิดกระบวนการคิดย้อนกลับใหม่อีกครั้ง หรือผู้ป่วยอาจกำจัดแบบแผนความคิดความเข้าใจนั้นออกจากความทรงจำ ลักษณะของประสบการณ์ที่เด่นชัดขึ้นมาในความทรงจำจะมีอิทธิพลต่อการแปลความหมายของเหตุการณ์ของผู้ป่วย โดยการแปลความหมายของผู้ป่วยหรือความเข้าใจในเหตุการณ์อยู่บนพื้นฐานของลักษณะของประสบการณ์นั้น หรือเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเคยได้รับหรือประสบการณ์รู้สึกนั้นมาก่อน จากการรับรู้ที่มาจากประสาทสัมผัส เช่น อาการชาตามร่างกาย เวลาที่เกิดขึ้น และระยะเวลาที่เกิด หรือลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการกระทำหรือสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกเย็นจนปวด และสาเหตุของความรูสึกนั้นๆ ภาพการแปลผลของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสจากข้อมูลในอดีตที่มีความรู้สึกเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนี้เหมือนกับสิ่งที่พบมาหรือเหมือนกับสิ่งที่คาดเดาไว้ ไม่มีความคลุมเครือ สิ่งเหล่านี้จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจว่ามีอะไรเกิดขึ้น ทำให้สร้างความเชื่อมั่นของผู้ป่วยในการจัดการเพิ่มขึ้น วางแผนสำหรับการเผชิญปัญหาและมีความพยายามเผชิญปัญหาให้ตรงกับสิ่งที่คาดหวังไว้ วางแผนปฏิบัติเพื่อที่จะลดความเครียดต่ออาการหรือความรู้สึกนั้น พยายามปรับเปลี่ยนให้เป็นไปตามกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยให้น้อยที่สุด (Johnson, 1999)

การควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Regulation of emotional responses)

กระบวนการตอบสนองทางด้านอารมณ์ แสดงในเส้นที่อยู่ด้านล่างของแผนภูมิที่ 2.1 ลักษณะเด่นของภาพความคิดหรือการรับรู้ที่แสดงในระดับเหตุการณ์ของเส้นทางนี้คือ สภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นเมื่ออยู่ในเหตุการณ์ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาทางด้านอารมณ์ เกิดจากการประเมินเหตุการณ์ของบุคคล ซึ่งอารมณ์ที่เกิดขึ้นมีผลกับผู้ป่วย เช่น รู้สึกโกรธ กังวล หรืออาจไม่รู้สึกละอะไร ดังนั้น อาจเป็นอารมณ์ทางบวกหรือทางลบก็ได้ แต่เมื่อเหตุการณ์ไม่เหมือนกับแบบแผนความคิดหรือการรับรู้ที่ผ่านมา ผู้ป่วยจะให้ความสนใจในการตอบสนองต่อเหตุการณ์โดยใช้อารมณ์มากกว่า และจะแสดงอารมณ์เช่นเดียวกับที่ผ่านมา เมื่อผู้ป่วยให้ความสนใจต่อลักษณะที่เป็นอัตนัย (Subjective features) ในการแปลความหมายของเหตุการณ์ จะมีแนวโน้มแสดงอารมณ์ออกมาในลักษณะอารมณ์ที่ไม่เป็นสุข และให้ความสนใจต่ออารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง การประเมินเพื่อการตอบสนองต่อแบบแผนการรับรู้จะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจประสบการณ์นั้นว่าเป็นเรื่องของความไม่สบาย ทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่ดี การแปลความหมายนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความพยายามที่จะเผชิญต่อเหตุการณ์ใหม่ เพื่อที่จะลดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่ไม่เป็นสุขให้ไปสู่เป้าหมาย คือ ความสุขสบายทางด้านอารมณ์ ประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหาจะถูกประเมินจากผลกระทบต่ออารมณ์ผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอารมณ์ที่เป็นสุข จะมีการสะท้อนกลับไปสู่เส้นทางการควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ และให้ความสนใจในการตอบสนองทางด้านหน้าที่มากกว่า แต่ถ้าวการเผชิญกับเหตุการณ์เพื่อให้มีภาวะอารมณ์ที่เป็นสุขไม่สำเร็จ จะมีการสะท้อนกลับไปที่ย้อนตอนแรกในเส้นทางการควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ซึ่งจะถูกกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนและให้พยายามใหม่ อารมณ์และปฏิกิริยาของบุคคลจะถูกติดตามอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ไปถึงอารมณ์ที่เป็นสุข เช่น หลังการผ่าตัดผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวล ผู้ป่วยจะพยายามเบี่ยงเบนความสนใจไปดูโทรทัศน์ แต่เมื่อพบว่าไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ ผู้ป่วยก็จะพยายามหาวิธีอื่นๆ เพื่อที่จะลดความวิตกกังวลนั้นลง (Johnson, 1999)

สรุปกระบวนการของทฤษฎีการควบคุมตนเอง เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด จะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัวในสองแนวทางเกิดขึ้นในรูปแบบคู่ขนานกันและเป็นอิสระต่อกัน คือ การควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ (Regulation of functional responses) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้หรือสนใจกับลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective features) ซึ่งมีลักษณะที่มีความชัดเจนตรงไปตรงมาของประสบการณ์หรือเหตุการณ์ ทำให้บุคคลได้รับรู้ในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญล่วงหน้า เข้าใจในเหตุการณ์ที่กำลังจะประสบและเตรียมเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม ส่วนอีกแนวทางหนึ่งเป็นการ

ควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Regulation of emotional responses) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้หรือสนใจกับลักษณะแบบอัตนัย (Subjective features) คือ ลักษณะที่มีอารมณ์ความรู้สึกส่วนตัวเข้ามาเกี่ยวข้องของประสบการณ์หรือเหตุการณ์ ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ความกลัว ความไม่สบายใจ ความวิตกกังวล กระบวนการควบคุมตนเองทั้งสองแนวทางนี้ช่วยในการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม หรือสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด บุคคลสามารถที่จะเลือกใช้แนวทางการเผชิญกับสถานการณ์ในแนวทางใดแนวทางหนึ่งมากกว่าอีกแนวทางหนึ่งก็ได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะหรือแง่มุมของประสบการณ์ที่บุคคลรับทราบและเลือกให้ความสนใจ ถ้าให้ความสนใจลักษณะใดลักษณะหนึ่งมาก จะทำให้สนใจอีกลักษณะหนึ่งน้อยลง

การให้ข้อมูลและทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Intervention and self-regulation theory)

ทฤษฎีการควบคุมตนเองถือว่า เนื้อหาที่ปรากฏขึ้นในความทรงจำของผู้ป่วยในเหตุการณ์การดูแลสุขภาพนั้นเป็นหัวใจสำคัญในกระบวนการเผชิญปัญหา ซึ่งเนื้อหาที่ปรากฏในความทรงจำนั้นได้รับอิทธิพลมาจากการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย การให้ข้อมูลจะเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสนใจในลักษณะที่เป็นปรนัย โดยการให้ข้อมูลในช่วงแรกของทฤษฎีการควบคุมตนเองจะเรียกว่า “ข้อมูลความรู้สึกทางประสาทสัมผัส” (Sensory information) ข้อมูลประกอบไปด้วยเนื้อหาที่อธิบายถึงประสบการณ์ความรู้สึกทางประสาทสัมผัส ซึ่งประกอบไปด้วย การรับรส การสัมผัส การมองเห็น การได้ยินเสียง และการได้กลิ่น ตัวอย่างข้อมูลความรู้สึกทางประสาทสัมผัส เช่น รสหวาน อาการปวด เห็นคนสวมผ้าปิดปาก-ปิดจมูก ได้ยินเสียงดังคลิก และการได้กลิ่นน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ต่อมาพบว่าการให้ข้อมูลความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้นไม่เพียงพอในการอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงสถานการณ์ได้ จึงมีการขยายขอบเขตการให้ข้อมูลเพิ่มขึ้น นอกจากข้อมูลความรู้สึกทางประสาทสัมผัสแล้ว มีการอธิบายเกี่ยวกับลักษณะของรูปธรรม-ปรนัย เพิ่มขึ้นมาคือ ข้อมูลที่บอกถึงลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์การให้ข้อมูลในงานวิจัยทางคลินิกจึงเรียกว่า “ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย” (Concrete-objective information) ขั้นตอนสำคัญในการสร้างข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ตามกรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง คือ การสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มีประสบการณ์ในสถานการณ์ภาวะสุขภาพที่สนใจ และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีความซ้ำกันมากกว่าร้อยละ 50 ขึ้นไป มาใช้สร้างเนื้อหาข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในงานวิจัยเชิงทดลอง เพราะเป็นข้อมูลที่เป็นตัวแทนประสบการณ์ของคนส่วนใหญ่ (Typical features) ที่เข้าใจ รับรู้ หรือได้สัมผัสในสถานการณ์นั้นๆ (Johnson, 1999)

การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย แก่บิดามารดา

การให้ข้อมูลที่เป็นแบบรูปธรรม-ปรนัยจะครอบคลุมเนื้อหาทั้ง 4 มิติดังต่อไปนี้ (Johnson, 1999)

1. ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและการแสดงที่เกิดขึ้น (Physical sensations and symptoms that occur) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสที่จะเกิดขึ้นกับบิดามารดา สิ่งที่บิดามารดาเห็น ได้กลิ่น ได้ยินเสียงที่เกิดขึ้นในขณะที่บิดามารดามาดูแลบุตรที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
2. ข้อมูลที่บอกถึงลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Temporal characteristics) เป็นข้อมูลที่จะกล่าวถึงขั้นตอน ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อบิดามารดามาดูแลบุตรที่รับการรักษาในโรงพยาบาล
3. ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล (Environment features) เป็นข้อมูลที่บอกถึงสภาพของสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่บิดามารดาจะต้องพบเจอ และบุคลากรในหอผู้ป่วยที่ต้องพบเจอ
4. ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ (Causes of sensations, symptoms and experiences) เป็นข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุ หรือแหล่งที่มาของความรู้สึกต่างๆ ของบิดามารดา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาเด็กป่วยโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเอง เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา คือ Melnyk (1994) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการเผชิญปัญหาของมารดาและบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยไม่ได้คาดการณ์มาก่อน กลุ่มตัวอย่าง 108 ราย ใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ผสมผสานกับทฤษฎีควบคุม (Control theory) ให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียง โดยแบ่งการให้ข้อมูลแก่มารดาออกเป็น 3 กลุ่มคือ กลุ่มที่ 1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร กลุ่มที่ 2 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของมารดา กลุ่มที่ 3 ให้ข้อมูลทั้งพฤติกรรมของบุตรและบทบาทของมารดา โดยให้ข้อมูลในช่วงแรกรับภายใน 12 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษา ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มมีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุมในช่วง 24-48 ชั่วโมงหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมารดากลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากกว่ามารดากลุ่มควบคุมในช่วง 48-72 ชั่วโมงหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ มารดากลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มมีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุมในช่วง 10-14 วันหลังจากบุตรจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

Melnyk, Alpert-Gillis และคณะ (2004) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรม COPE กับมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต กลุ่มตัวอย่าง 163 ราย ตามกรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ผสมผสานกับทฤษฎีควบคุม (Control theory) โปรแกรม COPE แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1) 6-16 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต มารดาจะได้รับข้อมูลเรื่องพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตร และบทบาทของมารดาในการดูแลบุตร โดยให้ฟังเทปบันทึกเสียงและอ่านคู่มือ ระยะที่ 2) 6-16 ชั่วโมงหลังย้ายจากหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตไปหอผู้ป่วยเด็กทั่วไป มารดาจะได้ฟังเทปบันทึกเสียงและอ่านคู่มือ เกี่ยวกับการเสริมแรงและให้ความรู้เกี่ยวกับการตอบสนองและวิธีการส่งเสริมการเผชิญความเครียดของบุตรขณะที่อยู่โรงพยาบาล สมุดคู่มือกิจกรรมสำหรับมารดาและบุตร ระยะที่ 3) 2-3 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการโทรศัพท์ติดตามใช้เวลาประมาณครั้งละ 5 นาที ซึ่งจะเป็นการพูดคุยให้กำลังใจมารดาและให้มารดาซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางพฤติกรรมหรืออารมณ์ของบุตร ส่วนมารดากลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการและนโยบายของหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยให้ฟังเทปบันทึกเสียง และอ่านคู่มือ 3 ระยะเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า 6-16 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ระดับความวิตกกังวล ความเครียด สภาพอารมณ์ทางลบ และการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตร ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะช่วงระยะเวลาตั้งแต่บุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต จนถึงการวัดตัวแปรตามสั้นเกินไป ประกอบกับกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลในช่วงระยะเวลาวิกฤตที่มารดามีความเครียดสูง ซึ่งการได้รับข้อมูลในช่วงระยะเวลานี้ อาจมีผลทำให้ความวิตกกังวลและสภาวะอารมณ์ทางลบลดลงได้ และพบว่า 2-16 ชั่วโมงหลังย้ายจากหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตไปหอผู้ป่วยเด็กทั่วไป มารดากลุ่มทดลองมีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมและมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มควบคุม และ 2-3 วัน, 1 เดือน, 6 เดือน, และ 1 ปี หลังจากที่บุตรจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มารดากลุ่มทดลองมีระดับความวิตกกังวล ความเครียด ภาวะซึมเศร้าและสภาวะอารมณ์ทางลบต่ำกว่ากลุ่มควบคุม และมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มควบคุม

Melnyk และคณะ (2006) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรม COPE กับบิดามารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด เข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่าง 258 ราย ซึ่งใช้กรอบแนวคิดของทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ผสมผสานกับทฤษฎีควบคุม (Control theory) โปรแกรมมี 4 ระยะ แต่ละระยะจะมีการให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียงและอ่านคู่มือ ดังนี้

ระยะ 1) 2-4 วันหลังจากบุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลทารกแรกเกิด บิดามารดาจะได้รับข้อมูลเรื่องพฤติกรรมของบุตรและบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตร

ระยะ 2) 2-4 วันหลังจากที่ได้รับโปรแกรมระยะที่ 1 บิดามารดาจะได้รับข้อมูลเรื่องพฤติกรรมของบุตรและพัฒนาการของบุตร นอกจากนี้ยังมีการให้แรงเสริมและให้ข้อมูลในการสร้างเสริมพัฒนาการของบุตร

ระยะ 3) 1-4 วันก่อนบุตรจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บิดามารดาจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์ และการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดามารดาและบุตร

ระยะ 4) 1 สัปดาห์หลังจากบุตรจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล บิดามารดาจะได้รับคำแนะนำล่วงหน้าเกี่ยวกับพัฒนาการของบุตร และการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาแก่บุตร ผลการวิจัยพบว่า ระหว่างที่บุตรรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม COPE มีระดับความเครียด ต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุม และ 2 เดือนหลังจากบุตรจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม COPE มีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุม

ปณัฐิกา เหล็กแท้ (2551) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก จำนวน 40 คน โดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson มีการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนเข้าเยี่ยมบุตร เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของมารดา ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ขณะมาเยี่ยมบุตร สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย และสาเหตุของการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่างๆ ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

Pissajarn (2007) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาน หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 54 ราย โดยใช้แนวคิดทฤษฎี การควบคุมตนเองของ Johnson ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ โดยให้ข้อมูล 1 วันก่อนบุตรเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของมารดากลุ่มทดลอง 1-2 ชั่วโมง ก่อนการตรวจสวนหัวใจ ต่ำกว่าคะแนนระดับความวิตกกังวลของมารดากลุ่มควบคุม

Rattanasiri (2005) ศึกษาผลของโปรแกรมแรกรับต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาเด็กป่วยที่เข้ารับรักษา ณ หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ในโรงพยาบาลอินทรีบุรี จำนวน 60 คน โดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson โดยมีการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ในช่วงแรกรับทันที

เกี่ยวกับการรักษา หัตถการที่บุตรได้รับ บทบาทของมารดาในการดูแลบุตร ผ่านวิดีโอเทป และแผ่นพับ วัดความวิตกกังวล 24 ชั่วโมงหลังเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแรกเริ่ม มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากหลักฐานงานวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียง (Melnyk, 1994; Melnyk et al., 1997; Melnyk, Alpert-Gillis, et al., 2004; Melnyk et al., 2006) และส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลภายในวันแรกที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอยู่ในช่วงระยะเวลาประมาณ 6 ชั่วโมงหลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่นเดียวกันกับการวัดความวิตกกังวลก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่จะวัดอยู่ในช่วงระยะเวลาประมาณ 6 ชั่วโมงหลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Rattanasiri, 2005; Melnyk, 1994; Melnyk, Alpert-Gillis, et al., 2004) ส่วนการวัดความวิตกกังวลหลังการทดลอง จะมีความแตกต่างกันไป แต่เวลาส่วนใหญ่ที่ใช้วัดความวิตกกังวลหลังการทดลอง คือ ประมาณ 24-48 ชั่วโมง หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จากงานวิจัยข้างต้น จะเห็นได้ว่าการวัดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร หลังให้ข้อมูลไปแล้ว จะมีความแตกต่างกันไป แต่เวลาที่ใช้วัดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ที่พบว่าผลการทดลองได้ผลคือ ประมาณ 48-72 ชั่วโมง หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Melnyk, 1994)

การให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และหอผู้ป่วยเด็กสามัญ

หลักฐานงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่ามีผู้ที่ศึกษาการให้ข้อมูลทั่วไปแก่บิดามารดาเพื่อลดความวิตกกังวล คือ ศุภลักษณ์ พุทธิรักษ์และคณะ (2550) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 40 คน โดยได้รับข้อมูลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์เกี่ยวกับ ความหมายและวัตถุประสงค์ในการตรวจสวนหัวใจ ภาวะแทรกซ้อน สถานที่ การเตรียมผู้ป่วยก่อนการตรวจสวนหัวใจ การเตรียมในห้องตรวจสวนหัวใจ วิธีการตรวจสวนหัวใจ สถานที่พักฟื้นภายหลังการตรวจสวนหัวใจ และการปฏิบัติตัวภายหลังการตรวจสวนหัวใจขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน โดยจะให้ข้อมูล 1 วันก่อนผู้ป่วยเด็กจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับข้อมูลบิดามารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

พิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์ และ วิไล ตั้งสถิตพร (2548) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 40 คน ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ โดยให้ข้อมูลผ่านสมุดคู่มือ ซึ่งประกอบด้วย อาการและการรักษาพยาบาล เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย แนะนำสถานที่ ระเบียบเยี่ยม การปฏิบัติตัวขณะเยี่ยม เป็นต้น วัดความวิตกกังวล 2 ครั้ง ครั้งแรกก่อนการให้ข้อมูล และครั้งที่สองวัดความวิตกกังวลหลังการให้ข้อมูล 24 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า มารดามีความวิตกกังวลลดลงภายหลังการได้รับข้อมูล

บุญเพียร จันทวัฒนา, นางลักษณ จินตนาดิolk, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร และเมลนิค เบอร์นาเดติ (2544) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาของเด็กป่วยวัยก่อนเรียน จำนวน 69 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 40 ราย และกลุ่มควบคุม 29 ราย ให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียงและสมุดคู่มือเกี่ยวกับ พฤติกรรมของบุตร และบทบาทของมารดาในการช่วยเหลือบุตร ผลการวิจัยพบว่า ระดับความวิตกกังวลของมารดาภายหลังได้รับข้อมูลลดลงทั้งในกลุ่มควบคุมและทดลอง แต่เมื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน

บุญเพียร จันทวัฒนา, นางลักษณ จินตนาดิolk, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ และ วาสนา แฉล้มเขตร (2544) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาของเด็กป่วยวัยก่อนเรียน จำนวน 70 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 40 ราย และกลุ่มควบคุม 30 ราย ให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียงและสมุดคู่มือเกี่ยวกับ พฤติกรรมของบุตรที่อาจเปลี่ยนแปลงจากการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และบทบาทของมารดาในการช่วยเหลือบุตร ผลการวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรทั้งในกลุ่มควบคุมและทดลองไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้วิจัยเก็บข้อมูลสลับกลุ่มระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในหอผู้ป่วยเดียวกันไปเรื่อยๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีโอกาสแลกเปลี่ยนข้อมูลกัน

Puntanit (2002) ศึกษาผลของการพยาบาลด้านจิตสังคมต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โดยใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ซึ่งการให้ข้อมูลเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะโรคของบุตร อาการของบุตร เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ และสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุม

พรประภา โลจนะวงศกร (2541) ศึกษาเปรียบเทียบผลการให้ข้อมูลแก่มารดาก่อนการเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนด ต่อระดับความเครียดและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน ให้ข้อมูลผ่านคู่มือรูปภาพประกอบคำบรรยาย เกี่ยวกับ สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ลักษณะและพฤติกรรมของบุตร การเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา และลักษณะพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ พบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลโดยใช้คู่มือรูปภาพประกอบคำบรรยายมีระดับความเครียดต่ำกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากหลักฐานงานวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลมีหลากหลายรูปแบบต่างกันไป ตามสถานการณ์ต่างๆ เช่น การให้ข้อมูลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ (สุกัญญา พุทธิรักษ์ และคณะ, 2550) เทปบันทึกเสียง (บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาติก, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ และ วาสนา แฉล้มเขตร, 2544; บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาติก, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร และเมลินิก เบอร์นาเดตี, 2544) และสมุดคู่มือ (พิรุณรัตน์ วงศ์พานิชย์ และ วิไล ตั้งสติดพร, 2548) ส่วนใหญ่การให้ข้อมูลสามารถลดความวิตกกังวลแก่บิดามารดาได้ และเนื้อหาของข้อมูลส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องของพฤติกรรมและการแสดงออกของบุตร สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ บทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตร (บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาติก, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ และ วาสนา แฉล้มเขตร, 2544; บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาติก, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร และเมลินิกเบอร์นาเดตี, 2544; พรประภา โลจนะวงศกร, 2541; Puntanit, 2002)

การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เป็นการบอกข้อมูลที่เป็นประสบการณ์ของคนส่วนใหญ่ เมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด โดยใช้คำพูดบอกเล่าประสบการณ์นั้นอย่างเฉพาะเจาะจง ชัดเจน และตรงไปตรงมา ไม่รวมเอาคำพูดที่บอกถึงอารมณ์ความรู้สึกและการประเมินเชิงอัตนัยไปด้วย เช่น เจ็บปวดมาก รู้สึกตึงเครียด หงุดหงิด เป็นต้น เนื้อหาของข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ได้มาจากการสัมภาษณ์บิดามารดาที่เคยมีบุตรเข้ารับการรักษามารดาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตมาก่อน โดยใช้ลักษณะเด่นของประสบการณ์ (Typical features) ที่บิดามารดาประมาณครึ่งหนึ่ง (50%) รายงานเหมือนกัน ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้สูงที่การรับรู้ความเป็นจริงของบิดามารดาจะประกอบด้วยลักษณะบางอย่างที่บิดามารดาจะพบในสถานการณ์จริง ซึ่งจะทำให้บิดามารดาสามารถเผชิญความเครียดในสถานการณ์นี้ได้ (วิลยา ธรรมพนิชวัฒน์, 2553; Johnson, 1999)

สรุป การเข้ารับการรักษามารดาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตของบุตร จะส่งผลกระทบต่ออารมณ์จิตใจประจำวันของบิดามารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งผลกระทบด้านจิตใจ คือความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งเกิดจากสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่ไม่เคยพบเห็น เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การรักษาพยาบาลของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล พฤติกรรมที่บุตรแสดงออก

ประกอบกับบทบาทหน้าที่ของบิดามารดาที่เปลี่ยนไป เมื่อต้องมาเฝ้าดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ล้วนแล้วแต่ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความวิตกกังวลมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการหาแนวทางช่วยเหลือให้บิดามารดา ลดความวิตกกังวลและสามารถแสดงบทบาทที่เหมาะสมในการดูแลบุตรขณะที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต การให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพก่อนล่วงหน้า และเป็นข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีความชัดเจน ตรงไปตรงมา บอกถึงความรู้สึก สาเหตุของความรู้สึกนั้น สภาพแวดล้อมและบุคคล ตามลำดับขั้นตอน ซึ่งเป็นข้อมูลที่บิดามารดาจะต้องพบเจอในสถานการณ์จริง ก็จะทำให้บิดามารดาเก็บข้อมูลนั้นไว้ในความทรงจำ และมีการสร้างแบบแผนความคิดความเข้าใจ (Schema) ขึ้นมา และเมื่อบิดามารดาต้องเผชิญกับเหตุการณ์จริง บิดามารดาจะมีการประเมินเหตุการณ์ และแปลความหมายของเหตุการณ์นั้น ทำให้เกิดความเข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง และสามารถดูแลบุตรของตนได้อย่างเต็มที่

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวล และการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต มีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ บิดามารดาของเด็กป่วยที่มีอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1. เป็นบิดาหรือมารดาที่เฝ้าดูแลบุตรขณะที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต
2. ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) บิดามารดาที่มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรง (Panic anxiety) โดยมีคะแนนความวิตกกังวลระหว่าง 71-80 คะแนน จากการประเมินด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ State Anxiety Inventory Form Y-1 (SAI)

เกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation criteria) บิดามารดาที่มีบุตรย้ายหรือจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต หรือเสียชีวิตในระหว่างการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษากำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้อำนาจการทดสอบที่ระดับ .80, $\alpha = .05$ และคำนวณค่าขนาดอิทธิพล จากงานวิจัยของ Melnyk (1994) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการเผชิญความเครียดของมารดาและบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้คาดการณ์มาก่อน โดยให้ข้อมูลแก่มารดาเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตรและบทบาทของมารดาผ่านเทปบันทึกเสียง ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่ม

ทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุม และมารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากกว่ามารดากลุ่มควบคุม โดยใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ($N = 27, \bar{X} = 38.30, SD = 7.70$) และกลุ่มควบคุม ($N = 27, \bar{X} = 46.6, SD = 11.60$) และใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของกลุ่มทดลอง ($N = 27, \bar{X} = 80.0, SD = 9.40$) และกลุ่มควบคุม ($N = 27, \bar{X} = 60.7, SD = 14.90$) ในการคำนวณค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) โดยใช้สูตรของกลาส (Glass, 1976) ดังต่อไปนี้

$$d = \frac{\bar{X}_e - \bar{X}_c}{SD_c}$$

เมื่อ d = ค่าขนาดอิทธิพลของสถิติ t-test

$\bar{X}_e$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง

$\bar{X}_c$ = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มควบคุม

SD_c = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มควบคุม

แทนค่าในสูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- 1) ขนาดอิทธิพลที่คำนวณจากค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล (d_1)

$$\begin{aligned} d_1 &= \frac{38.30 - 46.6}{11.60} \\ &= -0.71 \end{aligned}$$

- 2) ขนาดอิทธิพลที่คำนวณจากค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร (d_2)

$$\begin{aligned} d_2 &= \frac{80.0 - 60.7}{14.90} \\ &= 1.29 \end{aligned}$$

ผู้วิจัยเลือกใช้ค่าขนาดอิทธิพล (d_1) = .71 ซึ่งมีขนาดเล็กกว่าเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่มากพอที่จะสามารถพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ โดยนำไปแปลงเป็นค่าขนาดอิทธิพลของสถิติ ANCOVA (f) แทนค่าในสูตร (Cohen, 1988, หน้า 276) ดังนี้

$$f = \frac{d}{2}$$

$$f = \frac{0.71}{2}$$

$$= 0.35$$

คำนวณค่าองศาแห่งความเป็นอิสระ (u) จากสูตร $u = k-1$, เมื่อ k หมายถึง จำนวนกลุ่มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 2 กลุ่ม แทนค่าในสูตร ดังนี้

$$\begin{aligned} u &= k-1 \\ &= 2-1 \\ &= 1 \end{aligned}$$

จากการเปิดตารางขนาดตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ยสองกลุ่มโดยใช้สถิติ ANCOVA (Cohen, 1988) ที่ระดับ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพลที่ระดับ .35 และ $u = 1$ จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย รวมเป็น 66 ราย ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้แล้วเสร็จก่อน จากนั้นจึงทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึง หรือใกล้เคียงกัน (Matched pair) ดังต่อไปนี้

1. เป็นบิดาหรือมารดาเหมือนกัน (เพศเดียวกัน)
2. อายุของบุตรอยู่ในช่วงเดียวกันแบ่งเป็น 3 ช่วง ดังนี้
 - 2.1 ต่ำกว่า 1 ปี
 - 2.2 1-5 ปี
 - 2.3 6-15 ปี

สถานที่เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก ณ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (PICU) โดยหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตนี้จะรับเด็กป่วยอายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 15 ปี รับผู้ป่วยทุกโรค โดยโรคที่พบมากอันดับแรกคือโรคระบบทางเดินหายใจ และเด็กป่วยส่วนใหญ่จะได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ เด็กป่วยทุกคนจะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ และได้รับอาหารทางสายให้อาหาร มีจำนวนเตียงทั้งหมด 8 เตียง อัตราครองเตียงร้อยละ 100 และมีระยะเวลาในการครองเตียงโดยเฉลี่ยประมาณ 1 อาทิตย์ จำนวนผู้ป่วยรับใหม่เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 16 คน มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในเวรเช้า จำนวน 5 คน เวรบ่าย 3 คน และเวรคืน 2 คน และมีกุมารแพทย์ประจำหอผู้ป่วย 2 คน เวียนกันปฏิบัติงาน

หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (PICU) รับดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะวิกฤตที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง ในแต่ละวันอนุญาตให้ญาติเข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 2 คน แต่อนุญาตให้

เฉพาะบิดามารดาเข้าเยี่ยมได้ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อแรกรับผู้ป่วยเด็กเข้ามาในหอผู้ป่วย บิดามารดาจะได้รับข้อมูลจากแพทย์ในเรื่องของอาการและแนวทางการรักษาของบุตร จากนั้นพยาบาลจะซักประวัติของเด็กป่วยและให้บิดามารดาเซ็นชื่อในใบยินยอมรับการรักษา และให้ข้อมูลแก่บิดามารดาในเรื่องของการปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วย เช่น ต้องล้างมือก่อนเข้าและออกจากหอผู้ป่วย ต้องถอดรองเท้าก่อนเข้าเยี่ยมบุตร เป็นต้น กฎระเบียบของหอผู้ป่วยในการเข้าเยี่ยม เช่น ห้ามนำที่ชาร์ตแบตเตอรี่มือถือมาไว้ในหอผู้ป่วย เป็นต้น แนะนำสถานที่และอุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ที่จำเป็นภายในหอผู้ป่วย เช่น ที่ทิ้งขยะธรรมดาและขยะติดเชื้อ ห้องน้ำ ที่กดน้ำร้อน เป็นต้น หลังจากທີ່พยาบาลให้ข้อมูลเมื่อแรกรับแล้ว บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งสามารถที่จะมาเฝ้าบุตรของตนได้ และสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของตนได้ เช่น ช่วยเช็ดตัวหรืออาบน้ำให้บุตร ช่วยเปลี่ยนผ้าให้บุตร พุดคุยปลอบใจบุตร เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ วิดีทัศน์ เรื่อง “เมื่อลูกป่วยอยู่ในห้องไอซียู” โดยให้ข้อมูลที่เป็จริง ชัดเจนเกี่ยวกับ สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย พฤติกรรมที่บุตรแสดงออก เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ การรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ และกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน โดยผู้วิจัยสร้างข้อมูลในวิดีโอ จากประสบการณ์ของบิดามารดาที่เคยมีบุตรป่วยเข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ระยะเวลาให้ข้อมูลผ่านวิดีโอประมาณ 16 นาที

ขั้นตอนของการพัฒนาวิดีโอเรื่อง “เมื่อลูกป่วยอยู่ในห้องไอซียู” มีดังต่อไปนี้

1) ศึกษาข้อมูลโดยการสังเกตขั้นตอนการรับใหม่ หัตถการที่เด็กป่วยได้รับ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล อาการและอาการแสดงของเด็กป่วย การรักษาพยาบาล เจ้าหน้าที่หรือบุคลากร สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย และกิจกรรมการพยาบาลประจำวันที่เด็กป่วยได้รับเมื่อเข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช

2) ศึกษาข้อมูล โดยการสัมภาษณ์บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 10 คน โดยใช้ข้อคำถามตามกรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น “ท่านรู้สึกอย่างไรบ้างเมื่อเข้ามาในห้องไอซียู” “ท่านได้ยินเสียงอะไรบ้างเมื่ออยู่ในห้องไอซียูพร้อมทั้งบอกเหตุผล” “ให้ท่านเล่าลำดับขั้นตอนเหตุการณ์ในแต่ละวันที่บุตรของท่านเข้ารับการรักษในห้องไอซียู” จากนั้นนำข้อมูลที่ได

จากการสัมภาษณ์วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ซ้ำกันมากกว่า 5 คนขึ้นไป มาจัดหมวดหมู่และนำไปสร้างเป็นเนื้อหาของวิดิทัศน์

3) สร้างวิดิทัศน์ (ภาคผนวก ก) จากข้อมูลที่ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์บิดามารดาเด็กป่วย ซึ่งเป็นข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ประกอบด้วย บทบรรยายภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหวที่เหมาะสมในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช และบุคคลที่มีภาพอยู่ในวิดิทัศน์เป็นลายลักษณ์อักษร และด้วยวาจาเรียบร้อยแล้ว และจะใช้วิดิทัศน์นี้เฉพาะในงานวิจัยนี้เท่านั้น จะไม่นำไปใช้ในงานอื่น หรือนำไปเผยแพร่ในที่อื่นใดเนื้อหาของวิดิทัศน์ ประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและการแสดงที่เกิดขึ้น (Physical sensations and symptoms that occur) ได้แก่ สไลด์ที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 24 ตัวอย่างเช่น สไลด์ที่ 4 มีบทบรรยายว่า “เมื่อเข้ามาในห้องไอซียู จะรู้สึกเย็นเนื่องจากการเปิดแอร์ไว้ตลอดเวลา และคุณอาจจะได้กลิ่นของยา กลิ่นแอลกอฮอล์ หรือกลิ่นน้ำยาล้างมือภายในห้องไอซียูด้วย”

3.2 ข้อมูลที่บอกถึงลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Temporal characteristics) ได้แก่ สไลด์ที่ 20, 21, 22, 23 ตัวอย่างเช่น สไลด์ที่ 21 มีบทบรรยายว่า “หลังจากที่พยาบาลดูแลเสร็จแล้ว พยาบาลจะทำความสะอาดภายในช่องปาก โดยจะใช้ไม้พันสำลีเล็กๆ จุ่มในน้ำยาสีเขียว หรือน้ำอุ่น ก่อนที่จะนำมาเช็ดทำความสะอาดภายในช่องปากของคุณ เพื่อเอาน้ำลาย สิ่งสกปรก และเชื้อโรคออกมาจากช่องปากและฟันของคุณ คุณสามารถช่วยทำความสะอาดช่องปากของคุณด้วยก็ได้”

3.3 ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล (Environmental features) ได้แก่ สไลด์ที่ 3 มีบทบรรยายว่า “ภายในห้องไอซียู มีเตียงทั้งหมด 8 เตียง มีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลเด็กป่วยหลายชนิด เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามอาการ ซึ่งจะมีอยู่ประจำเตียงของผู้ป่วยแต่ละคน ผนังห้องเป็นสีเขียว มีแพทย์ใส่เสื้อสีขาว มีพยาบาลใส่ชุดสีม่วง ผู้ช่วยพยาบาลใส่ชุดสีชมพูคอยให้การดูแลของคุณ”

3.4 ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการแสดง และประสบการณ์ (Causes of sensations, symptoms and experiences) ได้แก่ สไลด์ที่ 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 21 ตัวอย่างเช่น สไลด์ที่ 12 มีบทบรรยายว่า “คุณอาจจะได้ยินเสียงดังตุ๊ๆ ตุ๊ๆ กันจากเครื่องติดตามอาการที่หัวเตียงของผู้ป่วย เสียงนี้เป็นเสียงสัญญาณเตือนว่าอาจมีค่าของความดัน ชีพจร หรือออกซิเจนต่ำลง และพยาบาลจะเข้ามาช่วยแก้ไขให้”

ผู้วิจัยได้จัดหมวดหมู่เนื้อหาของวิดิทัศน์ และเรียบเรียงบทบรรยายให้ต่อเนื่อง กระชับและเข้าใจง่าย และนำเสนอเนื้อหาวิดิทัศน์ตามลำดับเหตุการณ์ คือ สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย พฤติกรรมที่บุตรแสดงออก เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ การรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ และกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อความเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ในสไลด์ที่ 7, 8, 9, 21, 24 ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ตัวอย่างเช่น สไลด์ที่ 7 มีบทบรรยายเพิ่มเติมว่า “คุณอาจจะช่วยดูแลลูกได้ โดยการพูดคุยปลอบโยน กอดลูก หรือให้กำลังใจลูก”

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร (ภาคผนวก ข)

2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และชนิดของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์บิดามารดา การวินิจฉัยโรค จากแฟ้มประวัติของบุตร และระดับความรู้สึกรู้ตัว จากการสังเกต (ภาคผนวก ข)

2.3 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ State Anxiety Inventory Form Y-1 (SAI) (ภาคผนวก ข) ของบุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาดิolk, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร และเมลนิค เบอรรนาเดตี (2544) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Spielberg และคณะ (1977) มีการทดสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยทดสอบกับมารดาผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 10 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น .89 และ Puntanit (2002) ได้หาค่าความเชื่อมั่นโดยทดสอบกับมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก (PICU) จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) .87 แบบสอบถามมีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับดังนี้

รู้สึกมาก	หมายถึง	ในขณะนี้คุณมีความรู้สึกนี้อยู่มาก
รู้สึกปานกลาง	หมายถึง	ในขณะนี้คุณมีความรู้สึกนี้อยู่ปานกลาง
รู้สึกบ้าง	หมายถึง	ในขณะนี้คุณมีความรู้สึกนี้อยู่บ้าง
ไม่รู้สึกเลย	หมายถึง	ในขณะนี้คุณไม่มีความรู้สึกนี้อยู่เลย

ข้อความที่มีความหมายด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20

ข้อความที่มีความหมายด้านลบ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18

โดยมีเกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนนดังนี้

ระดับความรู้สึก		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
รู้สึกมาก	ให้	1 คะแนน	4 คะแนน
รู้สึกปานกลาง	ให้	2 คะแนน	3 คะแนน
รู้สึกบ้าง	ให้	3 คะแนน	2 คะแนน
ไม่รู้สึกเลย	ให้	4 คะแนน	1 คะแนน

คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 20 - 80 คะแนน โดยคะแนนมากหมายถึงมีความวิตกกังวลมาก

2.4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร The Parent Participation Questionnaire (PPQ) (ภาคผนวก ข) โดยผู้วิจัยแปลและดัดแปลงจาก Index of Parent Participation (IPP) ของ Melnyk (1994) แบบสอบถามต้นฉบับมีจำนวน 36 ข้อ ผู้วิจัยตัดออก 9 ข้อ เหลือ 27 ข้อ โดยข้อความที่ตัดออกแบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ

1) ข้อความเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร น้ำ นม และการให้ยา ตัดออกเนื่องจากส่วนใหญ่พยาบาลจะเป็นผู้ให้นมทางสายให้อาหารแก่เด็กป่วย บิดามารดาจึงไม่มีโอกาสได้ปฏิบัติข้อความที่ตัดออก คือ

- ป้อนข้าวหรือช่วยจัดอาหารให้ลูก เช่น เปิดขวดนม ตัดอาหารเป็นชิ้นๆ เป็นต้น
- กระตุ้นให้ลูกดื่มน้ำบ่อยๆ กรณีที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล
- สังเกตว่าลูกกินอาหาร หรือดื่มน้ำได้มากน้อยเพียงใด และแจ้งให้พยาบาลทราบเพื่อลงบันทึกในตารางหรือรายงาน
- ช่วยพยาบาลป้อนยาให้ลูก รวมถึงการดูแลให้ลูกยอมรับประทานยา

2) ข้อความเกี่ยวกับการเล่นของเด็กป่วย ตัดออกเนื่องจากสภาพอาการเด็กป่วยเด็กไม่สามารถเล่นและเดินได้เพราะใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ บิดามารดาจึงไม่มีโอกาสได้ปฏิบัติข้อความที่ตัดออก คือ

- พาลูกไปเล่นของเล่น กรณีที่ได้รับอนุญาต
- ร่วมเล่นของเล่นกับลูก เช่น เกมส บล็อก เป็นต้น
- เล่นกับลูกเพื่อให้ลูกได้พูด หรือแสดงความรู้สึก ใช้หุ่นมือ ตุ๊กตา หรือแสดงบทบาทสมมุติ เช่น ลูกเล่นเป็นหมอหรือพยาบาล และให้แม่เล่นเป็นผู้ป่วย

- พาลูกไปเดินเล่น ในกรณีที่ได้รับอนุญาต

3) ข้อความเกี่ยวกับการเสนอให้แพทย์ หรือพยาบาลทำบางสิ่งบางอย่างให้เนื่องจากในบริบทของสังคมไทย บิดามารดาอาจไม่กล้าที่จะเสนอ หรือต่อรองกับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลข้อความที่ตัดออก คือ

- เสนอให้พยาบาลหรือแพทย์ ใช้วิธีการหรือช่วงเวลาอื่นที่คุณคิดว่าดีกว่าในการทำบางสิ่งบางอย่างให้ลูกของคุณ

ผู้วิจัยได้สร้างข้อความใหม่ในเรื่อง การรับประทานอาหาร น้ำ นม และการให้ยา 2 ข้อคือ “บอกให้พยาบาลทราบเมื่อนมที่ให้ทางสายให้อาหารใกล้จะหมด” “บอกให้พยาบาลทราบเมื่อยาหรือน้ำเกลือที่ให้ทางหลอดเลือดดำใกล้จะหมด” หลังจากที่น่าแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาแล้ว ได้เสนอให้เพิ่มอีก 1 ข้อ คือ “ช่วยจับตัวลูกเพื่อไม่ให้ดิ้นขณะแพทย์ หรือพยาบาลให้การรักษ เช่น เจาะเลือด ให้น้ำเกลือ คุณสมพะ” ทำให้แบบสอบถามมีจำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน) จากการสอบถามบิดามารดาและการสังเกตในระหว่างการทดลองใช้แบบสอบถามพบว่า มีบิดามารดาบางรายที่เลือกคำตอบ ไม่ปฏิบัติ เพราะเป็นสถานการณ์ที่บิดามารดาไม่พบเหตุการณ์นั้น จึงไม่นำข้อที่ไม่พบเหตุการณ์มาคิดคะแนน ผู้วิจัยจึงคิดคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเป็นร้อยละ (Melnyk, 1994) โดยคำนวณจาก

$$\text{คะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร} = \frac{(\text{คะแนนรวมที่ได้} \times 100)}{\text{คะแนนเต็มหลังจากหักข้อที่ไม่พบเหตุการณ์ออกแล้ว}}$$

คะแนนเต็มหลังจากหักข้อที่ไม่พบเหตุการณ์ออกแล้ว

คะแนนรวมของแบบสอบถามอยู่ระหว่าง 0 –100 คะแนน โดยคะแนนมาก หมายถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน (ภาคผนวก ค) ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเด็กป่วยในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 2 ท่าน เป็นผู้พิจารณา ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสำนวนภาษาที่ใช้ เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

2. การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มบิดามารดาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับ กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษาที่โรงพยาบาลพุทธชินราช จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) และใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) (KR-20) (Burns & Grove, 2005)

แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = .86 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 ราย อีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = .82

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร (PPQ) ได้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) (KR-20) = .83 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 ราย อีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน = .82

3. ตรวจสอบคุณภาพของวิดิทัศน์ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลเด็กป่วยในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 2 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของการใช้ภาษา และความสมบูรณ์ของวิดิทัศน์ จากนั้นนำวิดิทัศน์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับบิดามารดาของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ของวิดิทัศน์ และนำไปปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุดสายพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพุทธชินราช (ภาคผนวก ง) ผู้วิจัยเข้าพบบิดามารดาในช่วง 4-6 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการเข้ารับการรักษาที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน และบิดามารดาอาจกำลังตกใจ หรือสับสนจากเหตุการณ์ที่บุตรกำลังได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจหรือได้รับการรักษาอยู่ ผู้วิจัยเข้าพบบิดามารดาเพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของบิดามารดาในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลแต่

อย่างไรก็ตาม นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัย บิดามารดาอาจถอนตัวออกจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่บุตรจะได้รับจากโรงพยาบาลพุทธชินราช ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยให้บิดามารดาอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อบิดามารดายินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงขอให้เซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ ผู้วิจัยคำนึงถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับบิดามารดา จึงได้ป้องกันความเสี่ยง โดยกำหนดว่าบิดามารดาที่มีคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (SAI Pre-test) ระหว่าง 71-80 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับรุนแรง (Panic anxiety) จะถูกคัดออกจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยและจะได้รับการดูแลช่วยเหลือ โดยผู้วิจัยจะรายงานให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้ทราบ เพื่อส่งปรึกษาจิตแพทย์ให้มาทำการประเมิน และให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธชินราช เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัยและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม

1. บิดามารดาได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ได้แก่ การปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยมบุตร กฎระเบียบของหอผู้ป่วย สถานที่และอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น
2. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 4-6 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงเข้าพบบิดามารดาเพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้บิดามารดาอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยเมื่อบิดามารดายินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงขอให้เซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
3. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและบุตร และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรจากแฟ้มประวัติและการสังเกต
4. ประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดาโดยให้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI Pre-test)

5. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 48 ชั่วโมง ผู้วิจัยขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI Post-test)

6. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 72 ชั่วโมง ผู้วิจัยขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร (PPQ Post-test)

กลุ่มทดลอง

1. บิดามารดาได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ได้แก่ การปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยมบุตร กฎระเบียบของหอผู้ป่วย สถานที่และอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น

2. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 4-6 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงเข้าพบบิดามารดาเพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และให้บิดามารดาอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยเมื่อบิดามารดายินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงขอให้เซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

3. ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและบุตร และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรจากแฟ้มประวัติและจากการสังเกต

4. ประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดาโดยใช้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI Pre-test)

5. ผู้วิจัยให้ข้อมูลแบบรูปธรรม- ปรนัย ผ่านวีดิทัศน์ทันทีหลังจากบิดามารดาตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI Pre-test) ดังต่อไปนี้

5.1 อธิบายถึงวัตถุประสงค์ และระยะเวลาของการชมวีดิทัศน์

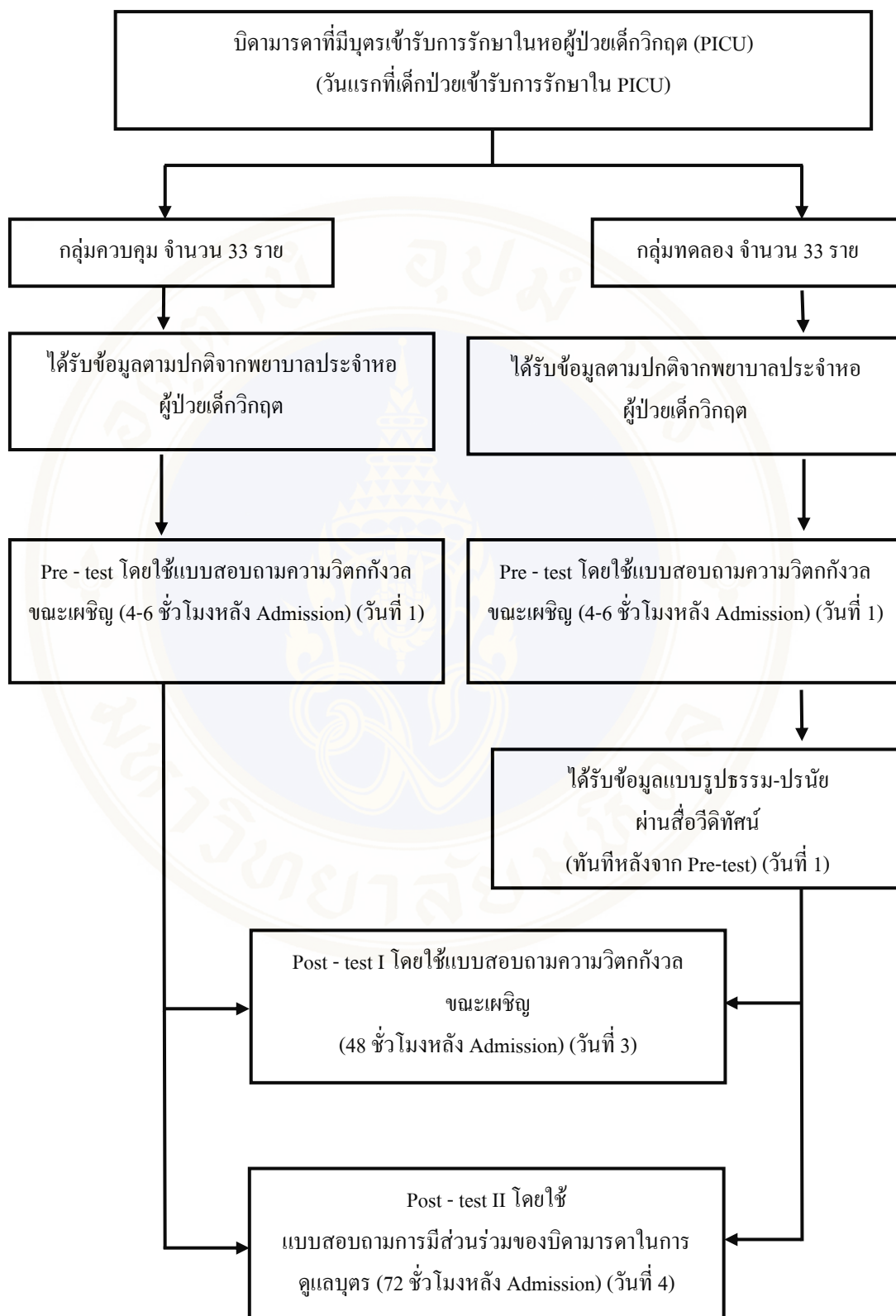
5.2 เชิญบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กไปยังห้องประชุมของหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และให้บิดามารดาชมวีดิทัศน์โดยใช้ระยะเวลาในการชมประมาณ 16 นาที

5.3 เปิดโอกาสให้บิดามารดาซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับข้อมูลในวีดิทัศน์โดยใช้เวลาประมาณ 10 นาที

6. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 48 ชั่วโมง ผู้วิจัยขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI Post-test)

7. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 72 ชั่วโมง ผู้วิจัยขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร (PPQ Post-test)

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงสิงหาคม 2553 ทาบตามบิดามารดา กลุ่มทดลอง 33 ราย ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกราย ทาบตามกลุ่มควบคุม 34 ราย คัดออก 1 ราย เนื่องจากมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง 71 คะแนน ได้ทำการแจ้งพยาบาลหัวหน้าเวรและแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อปรึกษาจิตแพทย์ให้มาประเมินและให้การช่วยเหลือ



แผนภูมิที่ 3.1 ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1. หาค่าความถี่ จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว การรับรู้ความรู้แรงการเจ็บป่วยของบุตร และข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ชนิดของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค และระดับความรู้สึกรักตัว

2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลอง (SAI Post-test) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (SAI Pre-test) เป็นตัวแปรร่วม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม พบว่าเป็นไปตามข้อตกลง ดังนี้

2.1 ทดสอบการกระจายแบบปกติของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Normal distribution) โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง (Post-test) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกระจายแบบปกติ (ตารางที่ จ.1, ภาคผนวก จ)

2.2 ทดสอบความแตกต่างของความแปรปรวนคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Homogeneity of variances) โดยใช้สถิติ Levene's Test พบว่า ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวล ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ จ.2, ภาคผนวก จ)

2.3 ทดสอบขนาดและทิศทางความสัมพันธ์ของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อนการทดลอง (Pre-test) และคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลอง (Post-test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Homogeneity of regression across group) โดยใช้สถิติ F-test พบว่า ขนาดและทิศทางความสัมพันธ์ของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง และคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลองของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ จ.3, ภาคผนวก จ)

3. เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรหลังการทดลอง (PPQ Post-test) ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independentt-test ทดสอบการกระจายแบบปกติ (Normal distribution) ของคะแนนการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า คะแนนการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการกระจายแบบปกติ (ตารางที่ จ.1, ภาคผนวก จ)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวล และการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช ทั้งหมด 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย ประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดา ด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดา ด้วยแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงสิงหาคม 2553 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม และสถิติ Independent t-test และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของบิดามารดา และคะแนนการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของบิดามารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรง การเจ็บป่วยของบุตร

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N= 33)		กลุ่มควบคุม (N= 33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
21-30	15	45.50	16	48.50
31-40	15	45.50	11	33.30
41-48	3	9.00	6	18.20
	Range = 21- 48		Range = 22 - 48	
	Mean = 32.60, SD =6.34		Mean = 31.42, SD =7.33	
เพศ				
ชาย	8	24.20	8	24.20
หญิง	25	75.80	25	75.80
สถานภาพสมรส				
คู่	32	97.00	33	100
หย่าร้าง/ หม้าย/ แยกกันอยู่	1	3.00	0	0
จำนวนบุตร				
1 คน	8	24.20	12	36.40
มากกว่า 1 คน	21	63.60	25	75.80
	Range = 1-5		Range = 1-3	
	Mean = 2.03, SD =.88		Mean = 1.78, SD =.69	

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของบิดามารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรง การเจ็บป่วยของบุตร (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N= 33)		กลุ่มควบคุม (N= 33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	9.10	0	0
ประถมศึกษา	18	54.50	14	42.40
มัธยมศึกษา	11	33.40	16	48.50
อนุปริญญา/ ปริญญาตรีขึ้นไป	1	3.00	3	9.10
อาชีพ				
แม่บ้าน	7	21.20	7	21.20
รับจ้าง/ ค้าขาย	13	39.40	19	57.60
เกษตรกร	12	36.40	5	15.20
พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท	1	3.00	2	6.00
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)				
< 5,000	6	18.20	3	9.10
5,000-10,000	22	66.60	23	69.70
> 10,000	5	15.20	7	21.20
	Range = 3,000-13,000		Range = 3,000-30,000	
	Mean = 6,454.50		Mean = 9,712.10	
	SD = 2,329.71		SD = 5,683.08	

ตารางที่ 4.1 จำนวน และร้อยละของบิดามารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรง การเจ็บป่วยของบุตร (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N= 33)		กลุ่มควบคุม (N= 33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ความรุนแรง				
การเจ็บป่วยของบุตร				
ปานกลาง	0	0	3	9.00
มาก	15	45.50	15	45.50
มากที่สุด	18	54.50	15	45.50

จากตารางที่ 4.1 จะเห็นได้ว่า บิดามารดากลุ่มทดลองที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 91.00) มีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ร้อยละ 81.80) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมารดาเหมือนกัน (ร้อยละ 75.80) จำนวนบิดามารดากลุ่มทดลองที่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 97) ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 100)

บิดามารดากลุ่มทดลองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 75.80) และกลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 63.60) มีบุตรมากกว่า 1 คน บิดามารดากลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 54.50) และกลุ่มควบคุมน้อยกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42.40) มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา

บิดามารดากลุ่มทดลองที่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 39.40) มีจำนวนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 45.5) กลุ่มทดลองที่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 66.6) มีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 69.7) และบิดามารดากลุ่มทดลองที่มีการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรในระดับรุนแรงมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 100.00) มีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ร้อยละ 91.00)

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของเด็กป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ชนิดของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค และระดับความรู้สึกตัว

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N= 33)		กลุ่มควบคุม (N= 33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
< 1	15	45.50	15	45.50
1-5	11	33.30	11	33.30
6-15	7	21.20	7	21.20
	Range = 1 เดือน - 15 ปี		Range = 1 เดือน - 13 ปี	
	Mean = 3.34, SD = 4.12		Mean = 3.33, SD = 3.85	
เพศ	19	57.60	21	63.60
ชาย	14	42.40	12	36.40
หญิง				
จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษา				
0	23	69.70	16	48.50
1	10	30.30	14	42.40
2-5	0	0	3	9.10
ชนิดของการเข้ารับการรักษา				
ในโรงพยาบาล				
คาดการณ์ไว้ก่อน	0	0	2	6.10
ไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน	33	100	31	93.90

ตารางที่ 4.2 จำนวน และร้อยละของเด็กป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ เพศ จำนวนครั้งที่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ชนิดของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การวินิจฉัยโรค และระดับความรู้สึกรู้ตัว (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N= 33)		กลุ่มควบคุม (N= 33)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรค				
โรคระบบทางเดินหายใจ	18	54.55	21	63.63
โรคทางระบบประสาท	5	15.15	4	12.12
โรคเมะเร็ง	3	9.10	2	6.10
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	3	9.10	0	0
ติดเชื้อในกระแสโลหิต	1	3.00	1	3.00
อุบัติเหตุ	3	9.10	5	15.15
ระดับความรู้สึกรู้ตัว				
รู้สึกรู้ตัว	29	87.90	28	84.80
ไม่รู้สึกรู้ตัว	4	12.10	5	15.20

จากตารางที่ 4.2 จะเห็นได้ว่า เด็กป่วยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุต่ำกว่า 5 ปีเหมือนกัน (ร้อยละ 78.80) กลุ่มควบคุมที่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.60) มีจำนวนมากกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 57.60)

มากกว่าครึ่งหนึ่งของเด็กป่วยกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 69.70) และประมาณครึ่งหนึ่งของเด็กป่วยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 48.50) ยังไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตของเด็กป่วยกลุ่มทดลองที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน (ร้อยละ 100) มีมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ร้อยละ 93.30) และเด็กป่วยกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 63.63) ได้รับการวินิจฉัยโรคในระบบทางเดินหายใจมากกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 54.55) เด็กป่วยกลุ่มทดลองทั้งที่รู้สึกรู้ตัว และไม่รู้สึกรู้ตัว (ร้อยละ 87.90, ร้อยละ 12.10) มีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 84.80, ร้อยละ 15.20) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของบิดามารดา และคะแนนการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4.3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองของบิดามารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความวิตกกังวล	กลุ่มทดลอง (N= 33)			กลุ่มควบคุม (N= 33)		
	Range	M	SD	Range	M	SD
ก่อนการทดลอง	42-70	60.69	7.70	40-70	60.09	8.42
หลังการทดลอง	41-64	55.15	5.90	34-69	57.81	7.29

จากตารางที่ 4.3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองของบิดามารดากลุ่มทดลอง (mean = 60.69, SD = 7.70) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 60.09, SD = 8.42) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังทดลองของบิดามารดากลุ่มทดลอง (mean = 55.15, SD = 5.90) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 57.81, SD = 7.29)

ตารางที่ 4.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลอง ระหว่างบิดามารดากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)

Source	df	Type III Sum of Squares	Mean Squares	F
Covariate (Pre-test)	1	2139.44	2139.44	199.47**
Main Effects (Group)	1	158.42	158.42	14.77**
Residual (Error)	63	675.70	10.72	
Corrected Total	65	2932.48		

** $p < .01$, Adjusted R Squared = .76

จากตารางที่ 4.4 จะเห็นได้ว่าคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (Pre-test) มีความสัมพันธ์กับคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง (Post-test) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=199.47$, $p < .01$) แสดงว่า ตัวแปรร่วมหรือคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง มีอิทธิพลต่อคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง และเมื่อควบคุมอิทธิพลของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (Pre-test) แล้ว พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($F=14.77$, $p < .01$)

ตารางที่ 4.5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรหลังการทดลอง ระหว่างบิดามารดา
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independentt-test

กลุ่มตัวอย่าง	Range	M	SD	t
กลุ่มทดลอง (N= 33)	56.67-93.10	74.65	9.42	3.93**
กลุ่มควบคุม (N= 33)	28.57-93.10	60.15	18.93	

** p< .01

จากตารางที่ 4.5 จะเห็นได้ว่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (mean = 74.65, SD = 9.42) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 60.15, SD = 18.93) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independentt-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.93$, $p < .01$)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวล และการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้งสองข้อ ซึ่งสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

จากตารางที่ 4.3 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของบิดามารดากลุ่มทดลอง (mean = 55.15, SD = 5.90) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 57.81, SD = 7.29) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.77, p < .01$) (ตารางที่ 4.4) แสดงว่า หลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ครบ 48 ชั่วโมงแล้ว บิดามารดากลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective information) ผ่านวิดิทัศน์ที่มีภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ที่ชัดเจนสมจริง มีเสียงบรรยายประกอบภาพอย่างชัดเจนและสอดคล้องกัน เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากรภายในหอผู้ป่วย ทำให้บิดามารดาเข้าใจสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในหอผู้ป่วย ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและการแสดงที่เกิดขึ้น รวมทั้งสาเหตุของความทุกข์ทางประสาทสัมผัส และการแสดงดังกล่าว ได้แก่ ประสาทสัมผัสทางการมองเห็น เช่น เห็นบุตรมีอาการหายใจเหนื่อยหอบจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ พร้อมทั้งอธิบายเหตุผลของการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ประสาทสัมผัสทางการได้กลิ่น เช่น บิดามารดาอาจจะได้กลิ่นของยา กลิ่นแอลกอฮอล์ หรือกลิ่นน้ำยาล้างมือ เป็นต้น ประสาทสัมผัสทางผิวหนัง เช่น อากาศภายในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตจะเย็นกว่าอากาศภายนอกเนื่องจากมีการเปิดแอร์ตลอดเวลา เป็นต้น ประสาทสัมผัสทางการได้ยิน เช่น เสียงสัญญาณเตือนจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ และสาเหตุของเสียงสัญญาณเตือนนั้นๆ โดยให้ข้อมูลเรียงลำดับขั้นตอนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

ในขณะที่บิดามารดาจะต้องเผชิญขณะที่เข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต บิดามารดาจะทราบว่าต้องพบเจอกับอะไรในเวลาใดบ้าง และทราบขั้นตอนกิจกรรมการพยาบาลตลอดทั้งวันที่บุตรของตนจะได้รับ เช่น ในตอนเช้าจะมีพยาบาลมาเจาะเลือด ฉีดยา เกาะปอด ดูแลเสมหะ อาบน้ำให้ หรือมีการวัดสัญญาณชีพให้ทุก 1 ชั่วโมง เป็นต้น

หลังจากที่บิดามารดาได้ชมวิดิทัศน์แล้ว จะสร้างแบบแผนความคิดความเข้าใจ (Schema) เก็บไว้ในความทรงจำ และเมื่อบิดามารดาเผชิญกับสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับ บิดามารดาจะแปลความหมายของเหตุการณ์ตามแบบแผนความคิดความเข้าใจที่มีอยู่ จึงลดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่บิดามารดาคาดคิดไว้กับสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง สามารถคาดการณ์ในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ บิดามารดาจะมุ่งให้ความสนใจไปที่ลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective features) ของเหตุการณ์ที่เข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ทำให้บิดามารดาแปลความหมายของเหตุการณ์เน้นลักษณะที่เป็นปรนัย และมีการเผชิญความเครียดที่มุ่งไปที่การแก้ไขปัญหา (Problem-solving) บิดามารดาจะไม่ให้ความสนใจกับลักษณะแบบอัตนัย (Subjective features) ของเหตุการณ์ที่เข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต การตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Regulation of emotional responses) จะลดลง จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลงตามไปด้วย (Johnson, 1999; Johnson et al., 1997)

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ดังนี้ Melnyk (1994) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการเผชิญความเครียดของมารดาและบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กสามัญ โดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อน ใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ผสมผสานกับทฤษฎีควบคุม (Control theory) ให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียง และแผ่นพับ แบ่งการให้ข้อมูลแก่มารดาออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของมารดา 3) ให้ข้อมูลทั้งพฤติกรรมของบุตรและบทบาทของมารดา ให้ข้อมูลในช่วงแรกรับภายใน 12 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษา ผลการวิจัยพบว่า 24-48 ชั่วโมงหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล มารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุม Melnyk และคณะ (2006) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรม COPE กับบิดามารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดโดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ผสมผสานกับทฤษฎีควบคุม (Control theory) ให้ข้อมูลช่วง 2-4 วันแรกที่บุตรเข้ารับการรักษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร และบทบาทหน้าที่ของบิดามารดาในการดูแลบุตร ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับข้อมูล 2-4 วัน บิดามารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม COPE มีระดับความเครียดต่ำกว่าบิดามารดากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศไทยที่มีการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ได้แก่ ปณัฐิกา เหล็กแท้ (2551) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ให้ข้อมูลผ่านแผ่นภาพก่อนเข้าเยี่ยมบุตรครั้งแรก ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติ Pissajarn (2007) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ ให้ข้อมูลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ 1 วันก่อนที่บุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของมารดาในกลุ่มทดลอง 1-2 ชั่วโมงก่อนการตรวจสวนหัวใจ ต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลของมารดาในกลุ่มควบคุม Rattanasiri (2005) ศึกษาผลของโปรแกรมแรกรับต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ในช่วงแรกรับทันทีผ่านวิดีโอเทปและแผ่นพับ พบว่า 24 ชั่วโมงหลังเด็กป่วยเข้ารับการรักษามารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแรกรับ มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยข้างต้นล้วนแล้วแต่ให้ข้อมูลโดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลในวันแรกที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สื่อที่ใช้ในการให้ข้อมูลก็แตกต่างกัน เช่น เทปบันทึกเสียง สื่อคอมพิวเตอร์ วิดีโอเทป แผ่นพับ ซึ่งการให้ข้อมูลดังกล่าวข้างต้นสามารถลดความวิตกกังวลของบิดามารดาได้ทั้งสิ้น สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาในสถานการณ์ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และข้อมูลที่ให้พัฒนามาจากการสัมภาษณ์บิดามารดาที่มีประสบการณ์ในสถานการณ์ดังกล่าวมาก่อน ข้อมูลที่ให้จึงมีความเฉพาะเจาะจง และชัดเจน ไม่มีคำพูดที่บอกถึงอารมณ์ความรู้สึก ซึ่งจะทำให้การรับรู้ความเป็นจริงของบิดามารดาประกอบด้วยลักษณะบางอย่างที่บิดามารดาจะพบในสถานการณ์จริง และยังช่วยให้บิดามารดาสนใจให้ความสนใจกับลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัยของเหตุการณ์ มากกว่าลักษณะที่เป็นอารมณ์ความรู้สึกส่วนตัวที่เกิดขึ้น จึงทำให้บิดามารดาสามารถเผชิญความเครียดในสถานการณ์นี้ได้

จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านวิดีโอเทป แก่บิดามารดาในช่วง 4-6 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต สามารถทำให้ความวิตกกังวลของบิดามารดาในกลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมได้ เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยดังกล่าว

สมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร กลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

จากตารางที่ 4.5 พบว่า หลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้ 72 ชั่วโมง บิดามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ($\text{mean} = 74.65$, $\text{SD} = 9.42$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 60.15$, $\text{SD} = 18.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.93$, $p < .01$) ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต อาจทำให้บทบาทหน้าที่ของบิดามารดาเปลี่ยนไป เช่น ไม่ทราบว่าจะช่วยดูแลบุตรได้อย่างไรบ้าง ไม่สามารถสื่อสารกับบุตรได้เหมือนเดิม เป็นต้น (Board, 2004; Carter & Miles, 1989; Miles, Carter, Riddle, et al., 1989) เมื่อบิดามารดากลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective information) หลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เป็นข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและการแสดงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ของบิดามารดา เรียงตามลำดับของเหตุการณ์ ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล จึงช่วยให้บิดามารดาสร้างแบบแผนความคิดความเข้าใจ (Schema) ไว้ในความทรงจำ และเมื่อบิดามารดาเผชิญกับสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับ ก็จะสามารถคาดการณ์ได้ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตนบ้างขณะที่เข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และทราบว่าจะสามารถช่วยบุตรของตนได้อย่างไรบ้าง ลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัยจะปรากฏชัดขึ้นในความทรงจำ บิดามารดาจะมุ่งให้ความสนใจกับลักษณะของรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective features) ของเหตุการณ์ที่เข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ทำให้บิดามารดา มีการเผชิญความเครียดที่เน้นการแก้ไขปัญหา (Problem-solving) และมีการตอบสนองทางด้านหน้าที่ (Regulation of functional responses) เพิ่มขึ้น นั่นคือ การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรจึงเพิ่มมากขึ้น (Johnson, 1999; Johnson et al., 1997)

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาดังนี้ Melnyk (1994) ศึกษาผลของการให้ข้อมูล ต่อการเผชิญความเครียดของมารดาและบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กสามัญ โดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อน ใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ผสมผสานกับทฤษฎีควบคุม (Control theory) ให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียงและแผ่นพับ แบ่งการให้ข้อมูลแก่มารดาออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร 2) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทของมารดา 3) ให้ข้อมูลทั้งพฤติกรรมของบุตรและบทบาทของมารดา ให้ข้อมูลในช่วงแรกภายใน 12 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษา ผลการวิจัยพบว่า หลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 48-72 ชั่วโมง มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม Melnyk และคณะ (2006) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรม COPE กับบิดามารดาของทารกเกิดก่อน

กำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ซึ่งใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ร่วมกับทฤษฎีควบคุม (Control theory) ให้ข้อมูลช่วง 2-4 วันแรกที่บุตรเข้ารับการรักษา เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร และบทบาทหน้าที่ของบิดามารดาในการดูแลบุตร ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับข้อมูล 2-4 วัน บิดามารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม COPE มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มควบคุม สำหรับการวิจัยครั้งนี้เป็นการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาภายใน 4-6 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต พบว่า การให้ข้อมูลก็สามารถเพิ่มการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรได้เช่นเดียวกัน

ถึงแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่งานวิจัยอาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลการวิจัยไปสู่ประชากรที่กำหนด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 75.80) มากกว่าบิดา (ร้อยละ 24.20) ถ้าหากมีการศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มที่เป็นบิดาเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรอายุอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 78.80) และบุตรอายุ 6-15 ปี มีเพียงร้อยละ 21.20 เท่านั้น จึงยังไม่ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ซึ่งผลการวิจัยได้คำตอบที่ชัดเจนในกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี แต่ยังไม่ชัดเจนในกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรอายุ 6-15 ปี ดังนั้นถ้ามีการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป อาจศึกษาเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรอายุระหว่าง 6-15 ปี หรือในวัยเรียนเพิ่มเติม

การสร้างสื่อวีดิทัศน์ก็ยังคงต้องมีการปรับปรุงคุณภาพให้ดียิ่งขึ้นต่อไปอีก เนื่องจากภาพบางภาพยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร นั่นคือ ภาพเด็กป่วยโรคหัวใจชนิดเขียว อาจทำให้ผู้ที่ชมวีดิทัศน์เข้าใจผิดคิดว่าเป็นเด็กป่วยกำลังมีอาการเขียวได้ ภาพส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อาจไม่สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจนกับบิดามารดากลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรอายุ 6-15 ปี ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปไม่ควรใช้ภาพเด็กป่วยโรคหัวใจชนิดเขียว และควรเพิ่มภาพเด็กโตในวีดิทัศน์ด้วย หรืออาจพัฒนาสื่อวีดิทัศน์แยกเฉพาะกลุ่มเด็กป่วยอายุต่ำกว่า 5 ปี และกลุ่มเด็กป่วยอายุ 6-15 ปี ก็จะทำให้สื่อวีดิทัศน์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

นอกจากนี้บิดามารดากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้เสนอกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเพิ่มเติม ได้แก่ “เล่นกับลูก เช่น ให้อุ้มลูก ตา รูปภาพการ์ตูนที่มีสีสัน” “ช่วยตัดเล็บให้ลูก” “ช่วยป้อนน้ำ หรือนมทางสายยางให้อาหาร” “บอกพยาบาลเมื่อมีเสมหะขึ้นท่อน้ำหายใจ” “ช่วยพลิกตะแคงตัว หรือจัดท่านอนให้ลูก” ซึ่งกิจกรรมที่เป็นการเล่นกับบุตรนั้นอาจมีข้อจำกัดและไม่สามารถปฏิบัติได้ในกรณีที่เด็กป่วยต้องใส่ท่อน้ำหายใจ หรือบางคนอาจไม่รู้สึกรู้สีกว่า ส่วนกิจกรรมอื่นๆ สามารถเพิ่มเติมในแบบสอบถามได้อีก ซึ่งจะช่วยให้แบบสอบถามสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จากการสังเกตและการสอบถามเพิ่มเติมพบว่า มีกิจกรรมที่บิดามารดาบางคนตอบว่าไม่ปฏิบัติ เพราะไม่พบเหตุการณ์จำนวน 2 ข้อ คือ “บอกให้พยาบาลทราบเมื่อนมที่ลูกได้รับทางสายยางให้อาหาร

ใกล้จะหมด” เนื่องจากบุตรไม่ได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร และ “หิวหรือแปร่งผมให้ลูก” เนื่องจากบุตรได้รับการโกนผม หรือผมสั้นมาก จึงไม่พบเหตุการณ์และไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาแบบสอบถามการมีส่วนร่วมนี้ โดยอาจเพิ่มช่อง “ไม่พบเหตุการณ์” ให้บิดามารดาเลือก เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมบางข้อที่บิดามารดาตอบว่าปฏิบัติเหมือนกันทุกคนนั่นคือ “คุยกับพ่อแม่ของเด็กป่วยคนอื่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของลูก หรือการมาอยู่โรงพยาบาล” ซึ่งไม่พบความแตกต่างของการตอบคำถามในข้อนี้ ดังนั้นการศึกษารายครั้งต่อไปจึงควรตัดข้อความดังกล่าวออกไป

หลักฐานจากงานวิจัยครั้งนี้สนับสนุนทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย แก่บิดามารดาภายใน 4-6 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งพบว่า สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้เมื่อครบ 48 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยดังกล่าว และช่วยเพิ่มการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรเมื่อครบ 72 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยดังกล่าว โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดา และมีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวล และการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาของเด็กป่วยที่มีอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวนทั้งหมด 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย โดยใช้วิธีจับคู่ คือ เป็นบิดาหรือมารดาเหมือนกัน (เพศเดียวกัน) อายุของบุตรอยู่ในช่วงเดียวกัน แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ 1) ต่ำกว่า 1 ปี, 2) 1-5 ปี, และ 3) 6-15 ปี ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของบิดามารดาก่อนการทดลอง ภายใน 4-6 ชั่วโมงหลังบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต บิดามารดากลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านวิดีโอ ในขณะที่ยังอยู่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ ประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของบิดามารดาหลังการทดลอง หลังจากบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 48 ชั่วโมง และประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรหลังการทดลอง หลังจากบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตครบ 72 ชั่วโมง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 2 ชุด ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ วิดีทัศน์ เรื่อง “เมื่อลูกป่วยอยู่ในห้องไอซียู” เป็นวิดีโอที่สร้างขึ้น โดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) และได้ผสมผสานข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ทั้ง 4 มิติเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย พฤติกรรมที่บุตรแสดงออก เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ การรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ กิจกรรมการพยาบาลประจำวัน และการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร วิดีทัศน์นี้ประกอบด้วย บทบรรยายภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหวที่เหมาะสมภายในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช โดยใช้เวลาในการชมวิดีโอประมาณ 16 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา 8 ข้อ และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร 6 ข้อ

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ State Anxiety Inventory Form Y-1 (SAI) ของบุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาดิกล, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร

และเมลนิค เบอร์นาเคตตี (2544) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Spielberger และคณะ (1977) มี 20 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นกับบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็ก วิกฤต 10 ราย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ .86 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 ราย อีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82

2.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงจาก Index of Parent Participation (IPP) ของ Melnyk (1994) มี 30 ข้อ หาค่าความเชื่อมั่นกับบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 10 ราย โดยใช้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) (KR-20) ได้ .83 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้หาค่าความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 66 ราย อีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสันเท่ากับ .82

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมการวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ใช้สถิติ ANCOVA และ Independent t-test ผลการวิจัยมีดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของบิดามารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.77, p < .01$)
2. คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร กลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.93, p < .01$)

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 75.80) และมีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 78.80) ผลการวิจัยครั้งนี้จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นบิดา และบิดามารดาที่มีบุตรอายุ 6-15 ปี ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. สามารถนำการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ผ่านวิดิทัศน์นี้ไปใช้กับมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลตามปกติ และเป็นการเตรียมมารดาในการเข้ามาดูแล

บุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้อย่างเต็มที่

2. การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ผ่านวิธีนี้นี้สามารถนำไปดัดแปลง หรือประยุกต์ไปใช้ในการให้ข้อมูลแก่มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตหน่วยงานอื่นได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวล และการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นบิดา หรือกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรอายุ 6-15 ปี หรือเด็กวัยรุ่น ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร โดยอาจตัดข้อความที่ไม่พบความแตกต่างของการตอบคำถามออก เพิ่มช่อง “ไม่พบเหตุการณ์” ให้บิดามารดาเลือกตอบคำถาม และเพิ่มข้อความตามที่บิดามารดาได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ในการศึกษาครั้งนี้

ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวล และการมีส่วนร่วมของบิดามารดา
ในการดูแลบุตรที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

THE EFFECTS OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION ON PARENTAL
ANXIETY AND PARENTAL PARTICIPATION IN CARE FOR CHILDREN IN
PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

อลงกรณ์ อักษรศรี 5036742 NSPN/ M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, Ph.D. (NURSING),
ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ, กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร), พรพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ประ.ด.
(การพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันในประเทศไทยพบว่า เด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (Pediatric intensive care unit) มีเป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้จากรายงานสถิติจำนวนเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกภายใน 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2549 - 2551 พบว่ามีจำนวน 219, 235, 214 คน ตามลำดับ โรคที่พบมากที่สุดคือโรคระบบทางเดินหายใจ และส่วนใหญ่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (หน่วยสถิติทางการแพทย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2551) ซึ่งทำให้เด็กป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเกิดขึ้นกับเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 7 ปี (Curley, 2001) การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตนั้น ถือว่าเป็นสถานการณ์ที่รุนแรง และเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตไม่เพียงแต่จะเกิดผลกระทบต่อเด็กป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อบิดามารดาอีกด้วยโดยจะทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวล สับสน และเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Melnyk, 2000; Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Miles & Carter, 1983)

จากการศึกษาของ Miles, Carter, Riddle, Hennessey และ Eberly (1989) เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ที่เป็นแหล่งความเครียดของบิดามารดา จำนวน 510 ราย ผลการวิจัยพบว่า สิ่งที่ทำให้บิดามารดาเครียดมากที่สุด ได้แก่ ด้านพฤติกรรมและอารมณ์บุตร เช่น เห็นบุตรได้รับความเจ็บปวด บุตรไม่สามารถสื่อสารได้ และด้านการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดา เช่น ไม่สามารถปกป้องบุตรได้ ไม่สามารถช่วยเหลือบุตรได้ ไม่สามารถอุ้มบุตรได้ และพรศิริ ใจสม (2536) ศึกษาความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จำนวน 60 คน ผลการวิจัยพบว่า สาเหตุที่ทำให้บิดามารดามีความเครียดมาก คือ การที่บุตรมีอาการเหนื่อยหอบ เห็นบุตรมีอาการสับสน ไม่ค่อยรู้สึกตัว เจ้าหน้าที่พยาบาลไม่แจ้งให้ทราบถึงสิ่งผิดปกติที่เกิดขึ้นกับบุตร เห็นบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ท่อระบายทรวงอก การที่บุตรมีแผลหรือเลือดซึมออกตามร่างกาย และสาเหตุที่ทำให้บิดามารดามีความเครียดปานกลาง คือ การที่บิดามารดาไม่สามารถปล่อยบุตรเมื่อบุตรร้องไห้ การที่บิดามารดาได้ยินเสียงจากเครื่องมือต่างๆ ดังขึ้นทันทีทันใด เห็นสัญญาณการเต้นของหัวใจ จากเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ

ผลกระทบจากความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดา อาจทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจกระสับกระส่าย ร้องไห้ง่าย นอนไม่หลับ รู้สึกหมดพลัง เบื่ออาหาร (Aldridge, 2005; Board, 2004; Board & Ryan-Wenger, 2003) ถ้ามีความวิตกกังวลในระดับสูง ก็จะทำให้ทักษะในการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้ของบิดามารดาลดลง ความสามารถในการจัดการกับปัญหาก็ลดลงด้วย (Smith, Hefley, & Anand, 2007) อีกทั้งความวิตกกังวลยังทำให้ความสามารถในบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรลดลงด้วย นั่นคือ การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรลดลง (Pangnukroh, 2005; Melnyk, 1995) ในสถานการณ์ที่บิดามารดาต้องดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตนั้น บิดามารดาจะเกิดความกลัว ไม่กล้าจะให้การดูแลบุตร เนื่องจากขาดข้อมูลข่าวสาร และไม่ทราบว่า จะช่วยเหลือบุตรได้อย่างไร (พรศิริ ใจสม, 2536; Miles, Carter, Hennessey, Eberly, & Riddle, 1989) ถ้าบิดามารดาได้รับข้อมูลที่เหมาะสมก็จะทำให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น (บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาดิolk, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ และ วาสนา แฉล้มเขตร, 2544)

การช่วยเหลือบิดามารดาเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด เมื่อบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต มีหลากหลายวิธี อาทิเช่น การให้การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้ความรู้ (Kaaresen, Ronning, Ulvund, & Dahl, 2006) การพยาบาลทางด้านจิตสังคม (Puntanit, 2002) กลุ่มเพื่อนสนับสนุน การจับคู่บัดดี้ (Preyde & Ardal, 2003) และการให้ข้อมูล (บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาดิolk, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร และเมลนิก เบอร์นาเดตี, 2544;

พรประภา โลจนะวงศกร, 2541; ศุภลักษณ์ พุทธิรักษ์, วิทยาพร จันทรทัตทิโยภาส และพิมพ์พรรณ โอทองคำ, 2550; Melnyk, Alpert-Gillis, et al., 2004; Melnyk et al., 2006; Raengkasikorn, 2005)

การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยตามกรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) เป็นวิธีการหนึ่งในการลดความวิตกกังวลของบิดามารดา และเพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหา และการปรับตัวในบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Johnson, 1999; Melnyk, Alpert-Gillis, Hensel, Cable-Beiling, & Rubenstein, 1997) Melnyk (1994) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการเผชิญความเครียดของมารดาและบุตรที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กสามัญโดยไม่ได้อาสาเข้าร่วมไว้ก่อน ให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียงและแผ่นพับ ผลการวิจัยพบว่า 24-48 ชั่วโมงหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุม และมารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม 48-72 ชั่วโมงหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาน

ในประเทศไทย มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาโดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) และทำการศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก (ปณัฐทิกา เหล็กแท้, 2551) มารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ (Pissajarn, 2007) และมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (Rattanasiri, 2005) ซึ่งการให้ข้อมูลในงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้น สามารถลดความวิตกกังวลของมารดาได้ และพบการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต คือ พิภูรรัตน์ วงศ์พานิชย์ และวิไล ตั้งสถิตพร (2548) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ผลการวิจัยพบว่า หลังการให้ข้อมูล 24 ชั่วโมง มารดามีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งงานวิจัยดังกล่าว มีจุดอ่อนคือ มีแต่กลุ่มทดลอง ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่อาจสรุปได้ว่าผลการวิจัยเกิดจากการให้ข้อมูลจริง และยังไม่พบงานวิจัยที่ให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) ประกอบกับหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเลือกที่จะทำศึกษานั้น ยังไม่มีการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาอย่างมีแบบแผน ชัดเจน และเป็นรูปธรรม ทำให้บิดามารดาส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเมื่อเข้ามาดูแลบุตร ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยจะสามารถลดความวิตกกังวล และเพิ่มการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้หรือไม่ โดยคาดว่าผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดา ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร กลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

กรอบทฤษฎีการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) ซึ่งกล่าวถึงกระบวนการควบคุมตนเองของบุคคลเมื่อเผชิญความเครียดในสถานการณ์ที่เข้ารับบริการสุขภาพ กระบวนการควบคุมที่เกิดขึ้นนั้นมี 2 แนวทางเกิดควบคู่กันในรูปแบบคู่ขนานกัน แนวทางแรกเป็นการควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ (Regulation of functional responses) ซึ่งเป็นการแสดงออกของบทบาทการกระทำ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลสนใจกับลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective features) ของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ ทำให้บุคคลรับรู้สถานการณ์ที่จะต้องเผชิญก่อนล่วงหน้า และทำให้เข้าใจในเหตุการณ์ที่กำลังจะพบและเตรียมเผชิญเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม ส่วนอีกแนวทางหนึ่ง เป็นการควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Regulation of emotional responses) เป็นการแสดงออกทางด้านอารมณ์ความรู้สึก เกิดขึ้นเมื่อบุคคลสนใจกับลักษณะแบบอัตนัย (Subjective features) คือ ลักษณะที่มีการ

นำอารมณ์ความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์มากขึ้น เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล สภาวะอารมณ์ทางด้านลบ เป็นต้น (Johnson, 1999)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาสถานการณ์ของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต อีกทั้งยังต้องได้รับการรักษาด้วยหัตถการต่างๆ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นต้น ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ตึงเครียด ทำให้บิดามารดาเกิดสภาวะอารมณ์ด้านลบต่างๆ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด และเกิดความวิตกกังวลล่วงหน้าว่าบุตรของตนนั้นจะเป็นอย่างไร หรืออาจสงสัยว่าเหตุใดบุตรของตนจึงต้องได้รับการรักษาด้วยหัตถการต่างๆ เหล่านั้น ดังนั้นถ้าหากบิดามารดาได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective information) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูล 4 มิติ คือ ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น (Physical sensations and symptoms that occur), ลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Temporal characteristics), ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล (Environmental features) และสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ (Causes of sensations, symptoms and experiences) จะทำให้บิดามารดาสร้างแบบแผนความคิดความเข้าใจ (Schema) เกี่ยวกับสถานการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้น เมื่อบิดามารดาเผชิญกับสถานการณ์จริง บิดามารดาจะแปลความหมายของเหตุการณ์ตามแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่ได้ จึงลดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่บิดามารดาคาดคิดไว้กับสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง เพิ่มความสามารถในการคาดการณ์สิ่งที่จะเผชิญต่อไป และเพิ่มความสามารถในการเข้าใจและการแปลความหมายในสถานการณ์นี้ ทำให้รู้สึกว่าคุณเองสามารถควบคุมสถานการณ์ที่จะเผชิญได้ บิดามารดาจะมุ่งให้ความสนใจกับลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective features) ของเหตุการณ์ที่เข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ทำให้บิดามารดาแปลความหมายของเหตุการณ์เน้นลักษณะที่เป็นปรนัย และบิดามารดาจะมีการเผชิญความเครียดที่เน้นการแก้ไขปัญหา (Problem-solving) เพิ่มขึ้น ทราบบทบาทของตน สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างถูกต้องและมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรมากขึ้น ซึ่งเป็นการตอบสนองทางด้านหน้าที่ (Regulation of functional responses) บิดามารดาจะไม่ให้ความสนใจกับลักษณะแบบอัตนัย (Subjective features) ของเหตุการณ์ที่เข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และบิดามารดาจะมีการเผชิญความเครียดที่ใช้อารมณ์ (Emotional reactions) น้อยลง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Regulation of emotional responses) จะลดลง จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลงตามไปด้วย (Johnson, 1999; Johnson et al., 1997)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ บิดามารดาของเด็กป่วยที่มีอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ต้องเป็นบิดาหรือมารดาที่เฝ้าดูแลบุตรขณะที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตมาก่อน เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ บิดามารดาที่มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรง คือ มีคะแนนความวิตกกังวลระหว่าง 71-80 คะแนน และเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ บิดามารดาที่มีบุตรย้ายหรือจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต หรือเสียชีวิตในระหว่างการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) และคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ Melnyk (1994) จากการเปิดตารางขนาดตัวอย่างจากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ยสองกลุ่มโดยใช้สถิติ ANCOVA (Cohen, 1988) ที่ระดับ $\alpha = .05$ อำนาจการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล (f) ที่ระดับ .35 และ $u = 1$ จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย รวมทั้งหมด 66 ราย จับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน (Matched pair) ได้แก่ เป็นบิดาหรือมารดาเหมือนกัน (เพศเดียวกัน), อายุของบุตรอยู่ในช่วงเดียวกัน คือ 1) ต่ำกว่า 1 ปี, 2) 1-5 ปี, 3) 6-15 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ วิดีทัศน์ เรื่อง “เมื่อลูกป่วยอยู่ในห้องไอซียู” เป็นวิดีโอที่สร้างขึ้น โดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) และได้ผสมผสานข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ทั้ง 4 มิติ เกี่ยวกับความรู้สึทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้นสาเหตุของความรู้สึทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล เรียงตามลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น วิดีทัศน์นี้ประกอบด้วย บทบรรยาย ภาพนิ่ง และ

ภาพเคลื่อนไหวที่เหมาะสมภายในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช โดยใช้เวลาในการชมวิดีโอประมาณ 16 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา 8 ข้อ และแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร 6 ข้อ

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ State Anxiety Inventory Form Y-1 (SAI) ของบุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาธิกุล, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร และ เมลนิค เบอร์นาเดทตี (2544) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Spielberg และคณะ (1977) มี 20 ข้อ

2.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร The Parent Participation Questionnaire (PPQ) โดยผู้วิจัยแปลและดัดแปลงจาก Index of Parent Participation (IPP) ของ Melnyk (1994) มี 30 ข้อ

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และสำนวนภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน จากนั้นนำวิดีโอที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับบิดามารดาของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ของวิดีโอ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = .82 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร (PPQ) ได้ค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) (KR-20) = .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ชุตสายพยาบาลศาสตร์ และคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพุทธชินราช โดยมีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. บิดามารดาทั้งสองกลุ่มจะได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เกี่ยวกับกระบวนการของหอผู้ป่วย สถานที่และอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น
2. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 4-6 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงเข้าพบบิดามารดากลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้บิดามารดาอ่าน

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย เมื่อบิดามารดายินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงขอให้เซ็นชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

3. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและบุตร และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรจากแฟ้มประวัติ และจากการสังเกต

4. ประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มตัวอย่างโดยให้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI Pre-test)

5. สำหรับกลุ่มทดลอง จะได้ชมวิดีโอทัศน์ทันทีหลังจากบิดามารดาตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI Pre-test) โดยใช้เวลาในการชมประมาณ 16 นาที

6. หลังจากเด็กป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 48 ชั่วโมง ผู้วิจัยขอให้บิดามารดากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI Post-test) อีกครั้งหนึ่ง

7. หลังจากเด็กป่วยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 72 ชั่วโมง ผู้วิจัยขอให้บิดามารดากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร (PPQ Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยหาค่าความถี่ จำนวน และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและบุตร เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม และเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. บิดามารดากลุ่มทดลองที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี (ร้อยละ 91.00) มีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ร้อยละ 81.80) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมารดาเหมือนกัน (ร้อยละ 75.80) และบิดามารดากลุ่มทดลองที่มีการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรในระดับรุนแรงมากถึงมากที่สุด (ร้อยละ 100.00) มีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ร้อยละ 91.00)

เด็กป่วยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีอายุต่ำกว่า 5 ปีเหมือนกัน (ร้อยละ 78.80) การเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตของเด็กป่วยกลุ่มทดลองที่ไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน (ร้อยละ 100) มีมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ร้อยละ 93.30) เด็กป่วยกลุ่มทดลองทั้งที่รู้สึกตัว และไม่รู้สึกตัว (ร้อยละ 87.90, ร้อยละ 12.10) มีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 84.80, ร้อยละ 15.20) ตามลำดับ

2. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (mean = 60.69, SD = 7.70) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 60.09, SD = 8.42) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มทดลองหลังการทดลอง (mean = 55.15, SD = 5.90) ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 57.81, SD = 7.29) และเมื่อทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองหลังการทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.77, p < .01$)

3. คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง (mean = 74.65, SD = 9.42) สูงกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 60.15, SD = 18.93) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.93, p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของบิดามารดากลุ่มทดลอง (mean = 55.15, SD = 5.90) ที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (mean = 57.81, SD = 7.29) ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดาทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 14.77, p < .01$) แสดงว่า หลังจากที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแล้ว ความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มทดลองหลังจากบุตรเข้ารับการรักษา 48 ชั่วโมง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective information) ผ่านวิดิทัศน์ที่มีภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหว ที่ชัดเจนสมจริง มีเสียงบรรยายประกอบภาพเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากรภายในหอผู้ป่วย ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและการแสดงที่เกิดขึ้น รวมทั้งสาเหตุของประสาทสัมผัส

และอาการแสดงดังกล่าว โดยให้ข้อมูลเรียงลำดับขั้นตอนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หลังจากที่มีบิดามารดาได้ชมวิดีโอแล้ว จะสร้างแบบแผนความคิดความเข้าใจ (Schema) เก็บไว้ในความทรงจำ และเมื่อบิดามารดาเผชิญกับสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับ บิดามารดาจะแปลความหมายของเหตุการณ์ตามแบบแผนความคิดความเข้าใจที่มีอยู่ จึงลดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่บิดามารดาคาดคิดไว้กับสิ่งที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง สามารถคาดการณ์ในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ บิดามารดาจะมุ่งให้ความสนใจไปที่ลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective features) ของเหตุการณ์ที่เข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ทำให้บิดามารดาแปลความหมายของเหตุการณ์เน้นลักษณะที่เป็นปรนัย และมีการเผชิญความเครียดที่มุ่งไปที่การแก้ไขปัญหา (Problem-solving) บิดามารดาจะไม่ให้ความสนใจกับลักษณะแบบอัตนัย (Subjective features) ของเหตุการณ์ที่เข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต การตอบสนองทางอารมณ์ (Regulation of emotional responses) จะลดลง จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลงตามไปด้วย (Johnson, 1999; Johnson et al., 1997)

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา Melnyk (1994) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการเผชิญความเครียดของมารดาและบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กสามัญโดยไม่ไดวางแผนไว้ก่อน ให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียงและแผ่นพับ ผลการวิจัยพบว่า 24-48 ชั่วโมงหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุม Melnyk และคณะ (2006) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรม COPE กับบิดามารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ให้ข้อมูลช่วง 2-4 วันแรกที่บุตรเข้ารับการรักษา เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุตร และบทบาทหน้าที่ของบิดามารดาในการดูแลบุตร ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับข้อมูล 2-4 วัน บิดามารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม COPE มีระดับความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ปณัฐกานา เหล็กแท้ (2551) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ให้ข้อมูลผ่านแผ่นภาพ ก่อนเข้าเยี่ยมบุตรครั้งแรก ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติ Pissajarn (2550) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ ให้ข้อมูลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ 1 วันก่อนเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของมารดากลุ่มทดลอง 1-2 ชั่วโมงก่อนการตรวจสวนหัวใจ ต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลของมารดากลุ่มควบคุม Rattanasiri (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการรับมือต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ในช่วงแรกรับทันทีผ่านวิดีโอเทปและแผ่นพับ พบว่า 24 ชั่วโมงหลังเด็ก

ป่วยเข้ารับการรักษา มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแรกมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยข้างต้นล้วนแล้วแต่ให้ข้อมูลโดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-regulation theory) ของ Johnson (1999) ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลในวันแรกที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการให้ข้อมูลสามารถลดความวิตกกังวลของบิดามารดาได้ทั้งสิ้น

สมมติฐานที่ 2 คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร กลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

หลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้ 72 ชั่วโมง บิดามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ($\text{mean} = 74.65$, $\text{SD} = 9.42$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($\text{mean} = 60.15$, $\text{SD} = 18.93$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 3.93$, $p < .01$) ผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต อาจทำให้บทบาทหน้าที่ของบิดามารดาเปลี่ยนไป เช่น ไม่ทราบว่าจะช่วยดูแลบุตรได้อย่างไรบ้าง ไม่สามารถสื่อสารกับบุตรได้เหมือนเดิม เป็นต้น (Board, 2004; Carter & Miles, 1989; Miles, Carter, Riddle, et al., 1989) เมื่อบิดามารดากลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective information) หลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เป็นข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ของบิดามารดา เรียงตามลำดับของเหตุการณ์ ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล จึงทำให้บิดามารดาจะสร้างแบบแผนความคิดความเข้าใจ (Schema) ไว้ในความทรงจำ และเมื่อบิดามารดาเผชิญกับสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ก็จะสามารถคาดการณ์ได้ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตนบ้างขณะที่เข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และทราบว่าสามารถช่วยบุตรของตนได้อย่างไรบ้าง ลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัยจะปรากฏชัดขึ้นในความทรงจำ บิดามารดาก็จะมุ่งให้ความสนใจกับลักษณะของรูปธรรม-ปรนัย (Concrete-objective features) ของเหตุการณ์นี้ ทำให้บิดามารดามีการเผชิญความเครียดที่เน้นการแก้ไขปัญหา (Problem-solving) ทำให้การตอบสนองทางด้านหน้าที่ (Regulation of functional responses) เพิ่มขึ้น นั่นคือการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรจึงเพิ่มมากขึ้น (Johnson, 1999; Johnson et al., 1997)

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา Melnyk (1994) ศึกษาผลของการให้ข้อมูล ต่อการเผชิญความเครียดของมารดาและบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กสามัญโดยไม่ได้อาสาแผนไว้ก่อน ผลการวิจัยพบว่า หลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 48-72

ชั่วโมง มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม Melnyk และคณะ (2006) ได้ศึกษาผลของโปรแกรม COPE ในบิดามารดาของทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับข้อมูล 2-4 วัน บิดามารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรม COPE มีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ถึงแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ การสร้างข้อมูลในสื่อวีดิทัศน์ ยังต้องมีการปรับปรุงคุณภาพให้ดียิ่งขึ้นต่อไปอีก เนื่องจากภาพบางภาพยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร นั่นคือ ภาพเด็กป่วยโรคหัวใจชนิดเขียว อาจทำให้ผู้ที่ชมวีดิทัศน์เข้าใจผิดคิดว่าเป็นเด็กป่วยกำลังมีอาการเขียวได้ ภาพส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อาจไม่สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจนกับ บิดามารดากลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรอายุ 6-15 ปี ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปไม่ควรใช้ภาพเด็กป่วยโรคหัวใจชนิดเขียว และควรเพิ่มภาพเด็กโตในวีดิทัศน์ด้วย หรืออาจพัฒนาสื่อวีดิทัศน์แยกเฉพาะกลุ่มเด็กป่วยอายุต่ำกว่า 5 ปี และกลุ่มเด็กป่วยอายุ 6-15 ปี ก็จะทำให้สื่อวีดิทัศน์มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้บิดามารดากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้เสนอกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเพิ่มเติม ได้แก่ “เล่นกับลูก เช่น ให้อุ้มกอด รับประทานอาหารที่มีสีสวย” “ช่วยตัดเล็บให้ลูก” “ช่วยป้อนน้ำ หรือนมทางสายยางให้อาหาร” “บอกพยาบาลเมื่อมีเสมหะขึ้นท่อนช่วยหายใจ” “ช่วยพลิกตะแคงตัว หรือจัดท่านอนให้ลูก” ซึ่งกิจกรรมที่เป็นการเล่นกับบุตรนั้นอาจมีข้อจำกัด และไม่สามารถปฏิบัติได้ในกรณีที่เด็กป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจ หรือบางคนอาจไม่รู้สีกตัว ส่วนกิจกรรมอื่นๆ สามารถเพิ่มเติมในแบบสอบถามได้อีก ซึ่งจะช่วยให้แบบสอบถามสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 75.80) และมีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 78.80) ผลการวิจัยครั้งนี้จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นบิดา และบิดามารดาที่มีบุตรอายุ 6-15 ปี ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. สามารถนำการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ผ่านวีดิทัศน์นี้ไปใช้กับมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลตามปกติ และเป็นการเตรียมมารดาในการเข้ามาดูแล

บุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้อย่างเต็มที่

2. การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ผ่านวิธีนี้นี้สามารถนำไปดัดแปลง หรือประยุกต์ไปใช้ ในการให้ข้อมูลแก่มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตหน่วยงานอื่นได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวล และการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นบิดา หรือกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรอายุ 6-15 ปี หรือเด็กวัยรุ่น ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร โดยอาจตัดข้อความที่ไม่พบความแตกต่างของการตอบคำถามออก เพิ่มช่อง “ไม่พบเหตุการณ์” ให้บิดามารดาเลือกตอบคำถาม และเพิ่มข้อความตามที่บิดามารดาได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ในการศึกษาครั้งนี้

THE EFFECTS OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION ON
PARENTAL ANXIETY AND PARENTAL PARTICIPATION IN CARE FOR
CHILDREN IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

ALONGKORN AKSORNSRI 5036742 NSPN/ M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANLAYA THAMPANICHAWAT, Ph.D.
(NURSING), KAIMOOK WICHIENTHAROEN, Ed.D. (CURRICULUM
RESEARCH AND DEVELOPMENT), PARNNARAT SANGPERM, Ph.D.
(NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

In Thailand, many children are currently admitted to pediatric intensive care units. As shown in statistical reports from 2006 to 2008, the numbers of children admitted to the pediatric intensive care unit of Buddhachinaraj Hospital in Phitsanulok province were 219, 235, and 214, respectively. The most common diseases reported were respiratory disorders and most of the children needed endotracheal tubes and respirators (Medical Statistic Unit of Buddhachinaraj Hospital, 2008), causing them to experience suffering and discomfort especially children younger than 7 years of age (Curley, 2001). Being admitted to an intensive care unit is not only a serious and life-threatening event for children but also for their parents. Parents may feel anxious, confused and stressed about this situation (Melnyk, 2000; Melnyk & Alpert-Gillis, 1998; Miles & Carter, 1983).

According to the study of Miles, Carter, Riddle, Hennessey and Eberly (1989) on sources of stress in pediatric intensive care unit environments with 510 parents of children, the greatest causes of stress for parents were found to be the behaviors and emotions of children such as seeing their children in pain, their children's inability to communicate with them, and changes in parental roles such as their inability to protect their children or provide care and inability to hold their children. Jaisom (1993) studied stress and coping strategies in 60 parents of children who were admitted to the pediatric intensive care unit. The findings revealed that high stress of parents occurred when children had dyspnea, when parents saw their children confused or unconscious, when nursing staff did not inform them if there was anything wrong with their children, when parents saw their children on endotracheal and intercostal drainage tubes, or when their children had wounds or bleeding. Moderate stress of parents was due to the fact that they could not console their children when crying, they heard sudden sounds from various medical equipments and they observed heart rate signals on the monitors.

The impacts of stress on parents may result in discomfort, anxiety, uneasiness, predisposition to crying, insomnia, feelings of powerlessness and loss of appetite (Aldridge, 2005; Board, 2004; Board & Ryan-Wenger, 2003). High level of anxiety affects communication skills and learning process of parents and their ability to deal with problems (Smith, Hefley, & Anand, 2007). Anxiety also affects their ability to perform parental roles, thereby reducing their participation in childcare (Melnyk, 1995; Pangnukroh, 2005). When parents have to provide care for their children in pediatric intensive care units, they are often afraid to take care of their children because of inadequate information and knowledge about how to best help their children (Jaisom, 1993; Miles, Carter, Hennessey, Eberly, & Riddle, 1989). If parents receive appropriate information, they will have higher participation in childcare (Chanwatana, Jintanadilok, Apanakapan, & Chalamket, 2001).

There are many different methods to reduce parental anxiety and stress when their children are hospitalized in pediatric intensive care units. Some of these strategies involve providing emotional support and knowledge (Kaaresen, Ronning, Ulvund, & Dahl, 2006), psychosocial nursing care (Puntanit, 2002), friend support group or parent buddy program (Preyde & Ardal, 2003) and providing information

(Chanwatana, Jintanadilok, Apanakapan, Chalamket, & Melnyk 2001; Lochanawongkorn, 1998; Melnyk, Alpert-Gillis, et al., 2004; Melnyk et al., 2006; Putttarak, Junthaksinopas, & O-tongkum, 2007; Raengkasikorn, 2005).

Providing concrete-objective information based on the self-regulation theory is one method for reducing parental anxiety and increasing parental ability to effectively handle problems and adjust to parental roles (Johnson, 1999; Melnyk, Alpert-Gillis, Hensel, Cable-Beiling, & Rubenstein, 1997). Melnyk (1994) studied the effects of informational interventions on coping strategies of mothers with unplanned childhood hospitalization. The information was provided via audiotape and leaflets. The findings revealed that the mothers in the experimental group reported less anxiety at 24-48 hours after the children had been admitted to the hospital and had higher scores of participation in care at 48-72 hours after admission than those in the control group.

In Thailand, studies have been conducted on providing information for parents based on the self-regulation theory of Johnson (1999) in mothers of preterm infants with respiratory distress syndrome (Lektae, 2008), mothers of children undergoing cardiac catheterization (Pissajarn, 2007) and mothers of children hospitalized with respiratory disorders (Rattanasiri, 2005). The information provided in the above studies was able to reduce maternal anxiety. In addition, Vongpanich and Tangsatitporn (2005) studied the effects of providing information on anxiety of mothers whose children were admitted to the pediatric intensive care unit. According to the findings, the mothers had less anxiety at 24 hours after providing information. A weakness of this study was that there was only one experimental group and no comparison group. It could not be concluded that the findings were actually caused by the information provided. Thus far, no studies have been found to provide information for the parents of children admitted to the pediatric intensive care unit by using the self-regulation theory of Johnson (1999). Moreover, the pediatric intensive care unit of Buddhachinaraj Hospital, which was selected as a study setting, does not have guidelines for providing information to these parents. Most parents have anxiety when they come to take care of their children. Therefore, the researcher was interested in investigating if concrete-objective information can reduce parental anxiety and increase parental participation in care for children admitted to pediatric intensive care

unit. It was expected that the findings of this study would be useful in providing information for parents of children admitted to pediatric intensive care unit.

Objectives

1. To compare the mean anxiety scores of parents whose children were hospitalized in pediatric intensive care unit, between the experimental group who received concrete-objective information and the control group who received only routine information.
2. To compare the mean scores of parental participation in care for children hospitalized in pediatric intensive care unit, between the experimental group who received concrete-objective information and the control group who received only routine information.

Hypotheses

1. The mean anxiety score of parents who received concrete-objective information would be lower than that of parents who received only routine information.
2. The mean participation score of parents who received concrete-objective information would be higher than that of parents who received only routine information.

Theoretical Framework

The theoretical framework of this study is based on the self-regulation theory of Johnson (1999). The self-regulation theory explains a coping process that person uses when facing stressful health care events. There are two pathways in the model. The process in one pathway is concerned with regulating functional response and achieving functional goals. The process in the other pathway is concerned with regulating emotional response and achieving emotional goals. The pathways represent

the two functions of coping: 1) regulation of functional response and 2) regulation of emotional response to threatening or stressful situations. The process in one pathway is not dependent on the process in the other; the processes in the pathways occur in a parallel fashion (Johnson, 1999).

This research aimed to study a stressful situation for parents whose children were admitted to the pediatric intensive care unit and also required treatment with various procedures such as intubation and mechanical ventilation. It caused parents to have various negative emotional states such as anxiety, stress, and worry about their children's prognosis or why their children required treatment with these procedures. If parents receive concrete-objective information comprising 4 dimensions: 1) physical sensations and symptoms that occurred, 2) temporal characteristics, 3) environmental features, 4) causes of sensations, symptoms and experiences, the information will help parents to form a cognitive schema about the situations to happen. When parents are faced with actual situations, parents will interpret situations according to their schema, thus reducing the discrepancy between what parents expect to occur and what actually occurs in actual situations. When the concrete-objective features were dominant in their representation, parents' interpretation or understanding of their experience was based in those features. When parents' attention was focused on the concrete-objective features, coping was directed at problem-solving and actions taken to deal with the situation were directed at achieving positive effects on functions. Because concrete-objective features of an experience were readily identified as they occur, the experience was viewed as predictable and unambiguous, which enhanced their ability to understand what is happening. When coping efforts in the pathway for regulation of functional outcomes are successful, a positive effect on emotional response can occur. Parents would not pay attention to subjective features. As a result, the parents would not attend to emotional response to this event, resulting in decreased parental anxiety (Johnson, 1999; Johnson et al., 1997).

Methodology

This study was quasi-experimental research with a pretest-posttest control group design.

Population and Sample

The population of this study comprised parents of children aged 1 month to 15 years old who were on endotracheal tubes and respirators and were admitted to the pediatric intensive care unit of Buddhachinaraj Hospital in Phitsanulok province.

Inclusion criteria:

1. Fathers or mothers taking care of their children while they were admitted to the pediatric intensive care unit.
2. Fathers or mothers with no experience in providing care for their children when admitted to the pediatric intensive care unit.

Exclusion criteria: Parents with severe anxiety scores of 71-80 points (panic anxiety) assessed by the State Anxiety Inventory Form Y-1 (SAI).

Discontinuation criteria: Parents whose children were transferred or discharged from the pediatric intensive care unit or died during the study.

Sample Size

The sample size for this study was determined by using power analysis with a significance level at .05, power of test at .80, effect size (f) at .35, and $u = 1$. The effect size (f) for ANCOVA was calculated from a previous study by Melnyk (1994). A table developed by Cohen (1988) was used to determine the number of subjects needed for comparison of mean differences between independent groups. The sample size of an experimental group and control group was 33 parents each with a total sample of 66 parents. Both groups were matched on the following characteristics: a) parents of the same gender, and b) children in the same age groups as follows: 1) less than 1 year, 2) 1-5 years, and 3) 6-15 years.

Instrumentation

The instruments used in the study consisted of the followings:

1. Instruments used for the experiment

The intervention used in the experiment was a video entitled "When your child is sick in the ICU" created by using the self-regulation theory which combined all 4 dimensions of concrete-objective information regarding physical sensations and symptoms that occurred, temporal characteristics, environmental features, and causes of sensations, symptoms and experiences. The video contained descriptions and appropriate motion pictures of the pediatric intensive care unit at Buddhachinaraj Hospital. The video lasted approximately 16 minutes.

2. Instruments used for data collection

2.1 The demographic data form for the parents containing 8 items and the demographic data form for children containing 6 items.

2.2 The State Anxiety Inventory Form Y-1 (SAI) was developed by Spielberger et al (1977) and translated into Thai by Chanwatana, Jintanadilok, Apanakapan, Chalamket and Melnyk (2001) with 20 items.

2.3 The Parent Participation Questionnaire (PPQ) was translated and modified by the researcher from the Index of Parent Participation (IPP) of Melnyk (1994) with 30 items.

All instruments were assured by a panel of three qualified experts for content validity, consistency with the objectives and language suitability. The revised and edited video was then tried out with five parents of children who were admitted to the pediatric intensive care unit to assess comprehension of the content, suitability of images and understanding of the language used. The reliability of the State Anxiety Inventory (SAI) using Cronbach's alpha coefficient was .82. The reliability of the Parent Participation Questionnaire (PPQ) using Kuder - Richardson (KR-. 20) was .82.

Data Collection

This research has been approved by the Mahidol University Institutional Review Board (Nursing) and the Ethics Committee on Human Research of Buddhachinnaraj Hospital. Data collection was conducted as follows:

1. The parents in both experimental and control groups received routine information about rules and regulations, facilities, equipment and necessities from nurses in the pediatric intensive care unit.
2. After the children had been admitted to the pediatric intensive care unit for 4-6 hours, the researcher approached parents of the children, introduced himself and explained the study objectives. Parents were asked to read a participant information sheet of the study. Once the parents were willing to participate in the study, they were requested to sign an informed consent form to confirm their willingness to participate in the study.
3. The parents in both groups were interviewed for demographic data by the researcher. The researcher recorded the data on the children's illness from the patients' medical records and observation.
4. The parents in both groups were asked to complete the State Anxiety Inventory (SAI Pre-test) to assess parental anxiety.
5. For the experimental group, the parents received concrete-objective information via video for approximately 16 minutes immediately after they had completed the State Anxiety Inventory (SAI Pre-test).
6. After the children had been admitted to the pediatric intensive care unit for 48 hours, the parents in both groups were asked to complete the State Anxiety Inventory (SAI Post-test) once again.
7. After the children had been admitted to the pediatric intensive care unit for 72 hours, the parents in both groups were asked to complete the Parent Participation Questionnaire (PPQ Post-test).

Data Analysis

The data was analyzed by using a computer program. The level of statistical significance was .05 whereby statistical analysis was employed as follows:

1. Frequency, number and percentage were used for analysis of demographic data for the parents and children.
2. The mean anxiety scores of the experimental and control groups (SAI Post-test) were compared by using an analysis of covariance (ANCOVA) with pre-test anxiety scores as a covariate. The assumptions of ANCOVA were all met.
3. The mean participation scores of the experimental and control groups (PPQ Post-test) were compared by using independent t-test.

Results

1. The parents in the experimental group were 21-40 years of age (91.00%), which was at a slightly higher percentage than the control group (81.80%). Both the experimental and control groups were mostly mothers (75.80%). The parents in the experimental group perceived the severity of their children's illness as severe to extremely severe (100.00%), which was at a slightly higher percentage than the control group (91.00%).

Most of children in both the experimental and control groups were younger than 5 years (78.80%). For the children in the experimental group, unplanned hospitalization in the pediatric intensive care unit (100%) was at a slightly higher percentage than those in the control group (93.30%). The numbers of conscious and unconscious children in the experimental group (87.90% and 12.10%) were likely similar to the numbers of those in the control group (84.80% and 15.20%) respectively.

2. The mean anxiety score of the experimental group at pre-test (mean = 60.69, SD = 7.70) was slightly higher than that of the control group (mean= 60.09, SD = 8.42) and the mean anxiety score of the experimental group at post-test (mean = 55.15, SD = 5.90) was lower than that of the control group (mean = 57.81, SD = 7.29). When an analysis of covariance (ANCOVA) was used with pre-test anxiety scores as a

covariate, it was found that the mean anxiety scores of both groups at post-test were different with a statistical significance ($F = 14.77, p < .01$).

3. The mean participation score of the experimental group at post-test (mean = 74.65, SD = 9.42) was higher than that of the control group (mean = 60.15, SD = 18.93). When an independent t-test was used, the mean participation score of the experimental group was found to be higher than that of the control group with a statistical significance ($t = 3.93, p < .01$).

Discussion

Hypothesis 1 - The mean anxiety score of parents who received concrete-objective information would be lower than that of parents who received only routine information.

When the mean anxiety score of parents in the experimental group (mean = 55.15, SD = 5.90), which was lower than that of the control group (mean = 57.81, SD = 7.29), was compared by an analysis of covariance with pre-test anxiety scores as a covariate, the mean anxiety scores of parents in both groups were found to be different with a statistical significance ($F = 14.77, p < .01$). This finding indicated that the mean anxiety score of parents in the experimental group after receiving concrete-objective information was lower than that of the control group after their children had been admitted to pediatric intensive care unit for 48 hours. This finding may be explained in that the provision of concrete-objective information via clear sound and video images with narration about the physical sensations and symptoms that occurred, temporal characteristics, environmental features, causes of sensations, symptoms and experiences will help parents to form a schema in their cognitive structure after watching the video. Once the parents faced the actual situation in the pediatric intensive care unit that was consistent with the information they had received, the parents' attention was focused on concrete-objective features of events where parents took care of their children in the pediatric intensive care unit. Thus, parents interpreted the meanings of event with emphasis on objective term and coping was focused on problem-solving. Parents would not pay attention to the subjective features of this event. As a result, the parents would not attend to their emotional

response to this event, resulting in decreased parental anxiety (Johnson, 1999; Johnson et al., 1997).

The findings of this study were consistent with the findings of previous studies. Melnyk (1994) studied the effect of informational intervention on coping strategies of mothers with unplanned childhood hospitalization. The information was provided via audiotape and leaflets. The findings revealed that the mothers in the experimental group reported less anxiety than those in the control group after the children had been admitted to the hospital for 24-48 hours. Melnyk et al (2006) studied the effects of the COPE program with parents of premature infants who had been admitted to the neonatal intensive care unit. Information was provided regarding premature infant behavior and parental roles in childcare during the first 2-4 days after admission. After receiving the information, the anxiety scores of parents in the COPE program were lower than those of parents in the control group. Lektae (2008) investigated the effect of concrete-objective information on anxiety of mothers who had premature infants with respiratory distress syndrome. Information was given via posters before the first maternal visit. The findings showed that mothers who received concrete-objective information had lower mean anxiety score than mothers who received only routine information. Pissajarn (2007) studied the effect of concrete-objective information on anxiety of mothers whose children had undergone cardiac catheterization. Information was provided via multimedia one day before cardiac catheterization. The findings revealed the mean anxiety score of mothers in the experimental group to be significantly lower than that of mothers in the control group at 1-2 hours prior to cardiac catheterization. Rattanasiri (2005) examined the effect of an admission program on anxiety of mothers whose children were hospitalized with respiratory disorders. Concrete-objective information was given via videotape and brochure immediately after admission. The findings revealed the mean anxiety score of mothers in the experimental group to be lower than that of the control group at 24 hours after admission. These studies were based on the self-regulation theory of Johnson (1999), which provided information to parents of children who were admitted to hospital under different circumstances. Most of the information was given on the first day of admission and the information was able to reduce parental anxiety.

Hypothesis 2 - The mean participation score of parents who received concrete-objective information would be higher than that of parents who received only routine information.

The mean participation score of the experimental group (mean = 74.65, SD = 9.42) was higher than that of the control group (mean = 60.15, SD = 18.93) at 72 hours after admission with a statistical significance. This finding supported hypothesis 2 and may be explained in that parental roles may be changed when their children were hospitalized in the pediatric intensive care unit, and parents did not know how to take care of their children and were unable to communicate with their children (Board, 2004; Carter & Miles, 1989; Miles, Carter, Riddle, et al., 1989). The parents in the experimental group received concrete-objective information within 4-6 hours after admission. The information described the physical sensations and symptoms that occurred, causes of the sensations, symptoms, and experiences, temporal characteristics and the environmental features of the pediatric intensive care unit. This helps parents create an accurate schema in their cognitive structure. When the parents faced a real situation in the pediatric intensive care unit that was consistent with the information that they had received, they were able to anticipate what would happen to them while they took care of their children in the pediatric intensive care unit and know how to help their children. When the concrete-objective features were dominant in their representation, parents' attention was focused on the concrete-objective features of the event in taking care of their children in the pediatric intensive care unit. Thus, the parents' coping strategies were focused on problem-solving, which enhanced regulation of functional responses and thereby resulting in increased parental participation in care (Johnson, 1999; Johnson et al., 1997).

This finding was consistent with the findings of past studies. Melnyk (1994) investigated the effect of information intervention on coping strategies of mothers of children with unplanned hospitalizations in pediatric wards. Information was provided via audiotape and leaflets. The findings showed that the mean participation score of mothers in the experimental group was higher than that of the control group at 48-72 hours after admission. Melnyk et al (2006) studied the effects of the COPE program in parents of premature infants admitted to a neonatal intensive care unit. It was found that 2-4 days after receiving the information, parents who

participated in the COPE program had higher mean participation score than that of the control group.

Although these findings supported the hypotheses, this study had some limitations. The quality of the video and information should be improved further. Some images are not as clear as they should be. The images of the children who had cyanotic heart disease could make people viewing the video mistakenly think the children are cyanotic. Most of the images were of children younger than 5 years of age. These images might not communicate well to parents whose children are 6-15 years of age. Therefore, images of children with cyanotic heart disease should not be used and further studies should add more pictures of children who are 6-15 years of age in the video or develop videos specifically for children younger than 5 years old or children 6-15 years old, so the videos will be more relevant. Furthermore, the parents in this study suggested that some items should be added to the Parent Participation Questionnaire. For examples, “play quiet activities with your child”, “look at colorful cartoon pictures”, “cut your child’s nails”, “help feed your child some water or milk via a nasogastric tube”, “tell nurses when you notice some secretions in the endotracheal tube”, “help your child change position”. However, the item “play with your child” may not be possible if the children are intubated or some children may be unconscious and unable to join this activity. The other items can be added to the Parent Participation Questionnaire to make it more complete.

Limitations of the Study

Most of the study subjects were mothers (75.80%) and their children were younger than 5 years of age (78.80%). The findings of this study may not be generalizable to caregivers who were fathers and parents of children aged 6-15 years old who are on endotracheal tubes and respirators and hospitalized in the pediatric intensive care unit.

Recommendations for Nursing Practice

1. Concrete-objective information can be provided via video to mothers of children under 5 years of age who are on endotracheal tubes and respirators and hospitalized in pediatric intensive care units. It will help increase an effectiveness of the routine information. In addition, the video can be used to prepare mothers whose children are admitted to the pediatric intensive care unit. It will help reduce maternal anxiety and help mothers fully participate in childcare.

2. The concrete-objective information provided in this study can be modified to be used with mothers whose children are admitted to pediatric intensive units at other institutions.

Recommendations for Further Studies

1. Further studies should explore the effects of concrete-objective information on paternal anxiety and paternal participation in care or parents of children 6-15 years old or school-age children who are on endotracheal tubes and respirators.

2. The Parent Participation Questionnaire should be developed by excluding some item that had no variation, including a choice of “not applicable”, and adding the items suggested by the parents in this study.

รายการอ้างอิง

- กิดานันท์ มลิทอง. (2548). เทคโนโลยีและการสื่อสารเพื่อการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์.
- เกศินี สมศรี. (2547). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจียงคำ อินทวิชัย. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณิกานต์ ไชยชนะ. (2545). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาดีลก, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์ และวาสนา แฉล้มเขตร. (2544). (Chanwatana, B., Jintanadilok, N., Apanakapan, P., & Chalamket, W., 2001). ผลของการให้ข้อมูลต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตรวัยก่อนเรียนที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, 1(3), 73-85.
- บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาดีลก, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร และเมลนิก เบอร์นาเดทตี. (2544). (Chanwatana, B., Jintanadilok, N., Apanakapan, P., Chalamket, W., & Melnyk, B. M., 2001). ผลของการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, 1(2), 26-36.

- ปณัฐิกา เหล็กแท้. (2551). (Lektae, P., 2008). ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประทีน คล้ายนาค. (2550). การผลิตรายการโทรทัศน์ทางการศึกษา (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครปฐม: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พรประภา โลจนะวงศกร. (2541). (Lochanawongkorn, P., 1998). เปรียบเทียบผลของการให้ข้อมูลแก่มารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนด ต่อระดับความเครียดของมารดาและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรศิริ ใจสม. (2536). (Jaisom, P., 1993). ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์ และวิไล ตั้งสถิตพร. (2548). (Vongpanich, P., & Tangsatitporn, W., 2005). การพัฒนาคุณภาพงานโดยการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (PICU). *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(2), 239-244.
- ลดาวลัย อจหาญ. (2545). ผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์. (2553). ทฤษฎีการควบคุมตนเอง: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเด็กและครอบครัว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 23-33.
- วาสนา ไชยวงศ์. (2546). สิ่งก่อความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยที่ติดเชื้ทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สากุล คงพันธ์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการเผชิญความเครียดกับความผาสุกโดยทั่วไปในมารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศุภลักษณ์ พุทธรักษ์, วิภาพร จันทรทัตย์โนภาส และพิมพ์พรรณ โอทองคำ. (2550). (Puttarak, S., Junthaksinopas, W., & O-tongkum, P., 2007). ผลของการให้ข้อมูลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการสวนหัวใจ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(6), 501-509.
- หน่วยสถิติทางการแพทย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช. (2551). (Medical Statistic Unit of Buddhachinaraj Hospital, 2008). *รายงานสถิติประจำปี. พิษณุโลก: งานเวชระเบียน และสถิติ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก.*
- Aldridge, M. D. (2005). Decreased parental stress in the pediatric intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 25(6), 40-50.
- Balling, K., & McCubbin, M. (2001). Hospitalized children with chronic illness: Parental caregiving needs and valuing parental expertise. *Journal of Pediatric Nursing*, 16, 110-119.
- Board, R. (2004). Father stress during a child's critical care hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care*, 18(5), 244-249.
- Board, R., & Ryan-Wenger, N. (2003). Stressor and stress symptoms of mothers with children in the PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 195-202.
- Brown, R. W., & Ritchie, J. A. (1990). Nurses' perceptions of parent and nurse role in caring for hospitalized children. *Children's Health Care*, 19, 28-36.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, & utilization* (5th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Callery, P., & Smith, L. (1993). A study of role negotiation between nurses and the parents of hospitalized child. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 772-781.
- Carter, M. C., & Miles, M. S. (1989). The parent stressor scale: Pediatric intensive care unit. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18(3), 187-198.
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Pediatric Nursing*, 12, 368-373.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Coyne, I. T. (1995). Parental participation in care: A critical review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 716-722.

- Coyne, I. T. (1996). Parent participation: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 733-740.
- Curley, M. A. Q. (2001). The essence of pediatric critical care nursing. In M. A. Q. Curley & P. A. Moloney-Harmon (Eds.), *Critical care nursing of infants and children* (2nd ed., pp.3-65). New York: Saunders.
- Detrick, J. A., Stull, N. K., Dixon, D., Puczynski, S., & Jackson, S. (1986). Measuring parental participation: Part II. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 9, 239-246.
- Diaz-Caneja, A., Gledhill, J., Weaver, T., Nadel, S., & Garralda, E. (2005). A child's admission to hospital: A qualitative study examining the experiences of parents. *Intensive Care Medicine*, 31, 1248-1254.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in the middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Glass, G. V. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Educational Researcher*, 5, 3-8.
- Goodwin, D. W. (1986). *Anxiety*. New York: Oxford University Press.
- Grayham, E. A., & Conley, E. M. (1971). Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. *Nursing Research*, 20(2), 113-122.
- Huckabay, L. M. D., & Tilem-Kessler, D. (1999). Patterns of parental stress in PICU emergency admission. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 18(2), 36-42.
- Johnson, J. E. (1999). Self-regulation theory and coping with physical illness. *Research in Nursing & Health*, 22, 435-448.
- Johnson, J. E., Fieler, V. K., Jones, L. S., Wlasowicz, G. S., & Mitchell, M. L. (1997). *Self-regulation theory: Applying theory to your practice*. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Press.
- Kaarensen, P. I., Ronning, J. A., Ulvund, S. E., & Dahl, L. B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118(1), 9-19.
- Kennerley, H. (1995). *Managing anxiety: A training manual*. New York: Oxford University Press.
- Kristensson-Hallstrom, I. (1999). Strategies for feeling secure influence parents' participation in care. *Journal of Critical Nursing*, 8, 586-592.

- Lader, M., & Mark, I. (1971). *Clinical anxiety*. New York: Grune and Stratton.
- Lam, L. W., Chang, A. M., & Morrissey, J. (2006). Parents' experiences of participation in the care of hospitalized children: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 535-545.
- LaMontagne, L. L., Hepworth, J. T., & Chiafery, M. (1992). Parental coping and activities during pediatric critical care. *American Journal of Critical Care*, 1, 76-80.
- LaMontagne, L. L., & Pawlak, R. (1990). Stress and coping of parents of children in a pediatric intensive care unit. *Heart & Lung*, 19(4), 416-421.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lewandowski, L. A. (1992). Psychosocial aspects of pediatric critical care. In M. F. Hazinski (Ed.), *Nursing care of the critically ill child* (2nd ed., pp. 19-72). St. Louis: Mosby.
- Melnyk, B. M. (1994). Coping with unplanned childhood hospitalization: Effects of informational interventions on mothers and children. *Nursing Research*, 43(1), 50-55.
- Melnyk, B. M. (1995). Parental coping with childhood hospitalization: A theoretical framework to guide research and clinical intervention. *Maternal-Child Nursing Journal*, 23(4), 123-131.
- Melnyk, 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.
- Melnyk, B. M., & Alpert-Gillis, L. J. (1998). The COPE program: A strategy to improve outcome of critically ill young children and their parents. *Pediatric Nursing*, 24(6), 521-527.
- Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Feinstein, N. F., Crean, H. F., Johnson, J., Small, L., et al. (2004). Creating opportunities for parent empowerment: Program effects on mental health/coping outcomes for critically ill young children and their mothers. *Pediatrics*, 113(6), 597-607.
- Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L. J., Hensel, P. B., Cable-Beiling, R. C., & Rubenstein, J. S. (1997). Helping mothers cope with a critically ill child: A pilot test of the COPE intervention. *Research in Nursing & Health*, 20, 3-14.

- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., et al. (2006). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcome with the creating opportunities for parent empowerment (COPE) neonatal intensive care unit program: A randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 118(5), 1414-1427.
- Melnyk, B. M., Small, L., & Carno, A. A. (2004). The effectiveness of parent-focused interventions in improving coping/mental health outcomes of critically ill children and their parents: An evidence base to guide clinical practice. *Pediatric Nursing*, 30(2), 143-148.
- Miles, M. S., & Carter, M. C. (1983). Assessing parental stress in intensive care units. *Maternal-Child Nursing Journal*, 8, 354-359.
- Miles, M. S., Carter, M. C., Eberly, T. W., Hennessey, J., & Riddle, I. I. (1989). Toward an understanding of parent stress in the pediatric intensive care unit: Overview of the program of research. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18(3), 181-185.
- Miles, M. S., Carter, M. C., Hennessey, J., Eberly, T. W., & Riddle, I. I. (1989). Testing a theoretical model: Correlates of parental stress responses in the pediatric intensive care unit. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18(3), 207-219.
- Miles, M. S., Carter, M. C., Riddle, I. I., Hennessey, J., & Eberly, T. W. (1989). The pediatric intensive care unit environment as a source of stress for parents. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18(3), 199-206.
- Miles, M. S., Carter, M. L., Spicher, C., & Hassanein, R. S. (1984). Maternal and paternal stress reactions when a child is hospitalized in a pediatric intensive care unit. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 7, 333-342.
- Neill, S. J. (1996). Parents participation 1: Literature review and methodology. *British Journal of Nursing*, 5, 34-40.
- Newton, M. S. (2000). Family-center care: Current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*, 26, 164-168.
- 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.

- Pissajarn, S. (2007). *The effect of concrete-objective information on maternal anxiety of children undergoing cardiac catheterization*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Preyde, M., & Ardal, F. (2003). Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Canadian Medical Association Journal*, 168(8), 969-973.
- Priest, R. (1983). *Anxiety and depression*. London: Martin Dunit.
- Puntanit, U. (2002). *The effect of psychosocial care on anxiety of mothers whose children being hospitalized in the pediatric intensive care unit*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Raengkasikorn, S. (2005). *The effects of structured information on stress and role adaptation in mothers of premature infants in NICU*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Rattanasiri, P. (2005). *The effect of an admission program on anxiety of mothers of hospitalized children with respiratory disorders*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Riddle, I. I., Hennessey, J., Eberly, T. W., Carter, M. C., & Miles, M. S. (1989). Stressor in the pediatric intensive care unit as perceived by mothers and fathers. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18(3), 221-234.
- Schepp, K. G. (1991). Factors influencing the coping effort of mothers of hospitalized children. *Nursing Research*, 40(1), 42-45.
- Schepp, K. G., & Pai, J. S. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parents of hospitalized children*. Unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA.
- Seideman, R. Y., Watson, M. A., Corff, K. E., Odle, P., Haase, J., & Bowerman, J. L. (1997). Parent stress and coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(3), 169-177.
- Shives, L. R. (1998). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Smith, A. B., Hefley, G. C., & Anand, K. J. S. (2007). Parent bed space in the PICU: Effect on parental stress. *Pediatric Nursing*, 33(3), 215-221.
- Snowdon, A. W., & Gitteb, L. N. (1989). The maternal role in the pediatric intensive care unit and hospital ward. *Maternal-Child Nursing Journal*, 18, 97-115.
- Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and behavior*. New York: Academic.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1977). *Self-evaluation questionnaire*. California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (form Y): Self-evaluation questionnaire*. California: Consulting Psychologists Press.
- Stuart, G. W. (2005). Anxiety responses and anxiety disorder. In G. W. Stuart & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed., pp. 261-284). St. Louis: Mosby.
- Stull, M. K., & Deatrick, J. A. (1986). Measuring parental participation: Part I. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 9, 157-165.
- Vulcan, M. C., & Niculich-Barrett, M. (1988). The effect of selected information on mothers' anxiety levels during their children's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 3(2), 97-102.
- Youngblut, J. M., Brooten, D., & Kuluz, J. (2009). Parents' reactions at 24-48 hours after a preschool child's head injury. *Pediatric Critical Care Medicine*, 6(5), 550-556.
- Youngblut, J. M., & Shiao, S. P. (1993). Child and family reaction during and after pediatric ICU hospitalization: A pilot study. *Heart & Lung*, 22(1), 46-52.



ภาคผนวก ก

วีดิทัศน์

เรื่อง “เมื่อลูกป่วยอยู่ในห้องไอซียู”



จัดทำโดย

นายอลงกรณ์ อักษรศรี

หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2554

บทวิทัศน์เรื่อง เมื่อลูกป่วยอยู่ในห้องไอซียู

สไลด์ ที่	วัตถุประสงค์	รูปภาพนิ่ง/ ภาพเคลื่อนไหว	บทบรรยาย/เสียง
1	• • •	“เมื่อลูกป่วยอยู่ใน ห้องไอซียู”	เสียงเพลงบรรเลงนำ เมื่อลูกป่วยอยู่ในห้องไอซียู เสียงเพลงบรรเลงเบาๆระหว่าง บรรยาย (ทุก slide ให้มีเสียงเพลงบรรเลง เบาๆระหว่างบรรยาย)
• • •	• • •	• • •	• • •
3	- บอกถึงสภาพแวดล้อม ภายในห้องไอซียู (Environment features)	- ภาพเด็กป่วยภายใน หอผู้ป่วย สภาพแวดล้อม ภายในหอผู้ป่วย เครื่องมือและ อุปกรณ์ที่ใช้ในการ ดูแลเด็กป่วย เจ้าหน้าที่ในหอ ผู้ป่วย	ภายในห้องไอซียู มีเตียง ทั้งหมด 8 เตียง มีเครื่องมือและ อุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลเด็กป่วย หลายชนิด เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามอาการ ซึ่งจะมีอยู่ ประจำเตียงของผู้ป่วยแต่ละคน ผนัง ห้องเป็นสีเขียว มีแพทย์ใส่เสื้อสีขาว มีพยาบาลใส่ชุดสีม่วง ผู้ช่วย พยาบาลใส่ชุดสีชมพูคอยให้การ ดูแลลูกของคุณ

สไลด์ที่	วัตถุประสงค์	รูปภาพนิ่ง/ ภาพเคลื่อนไหว	บทบรรยาย/เสียง
4	- บอกถึงความรู้สึกเย็นของอากาศ และกลิ่นภายในหอผู้ป่วย (Physical sensations) รวมทั้งสาเหตุของอากาศเย็นและการได้กลิ่น (Causes of sensations, symptoms and experiences)	- ภาพแอร์ - ภาพแอลกอฮอล์และน้ำยาล้างมือ	เมื่อเข้ามาในห้องไอซียู จะรู้สึกเย็นเนื่องจากการเปิดแอร์ไว้ตลอดเวลา และคุณอาจจะได้กลิ่นของยา กลิ่นแอลกอฮอล์ หรือกลิ่นน้ำยาล้างมือภายในห้องไอซียูด้วย
• • •	• • •	• • •	• • •
12	- บอกถึงเสียงเตือนที่ได้ยินจากเครื่องติดตามอาการ (Physical sensations) และแหล่งที่มาของเสียงเตือนนั้น (Causes of sensations, symptoms and experiences)	- ภาพที่ปรากฏบนหน้าจอของเครื่องติดตามอาการ ขณะที่มียาเตือนเตือน	คุณอาจจะได้ยินเสียงดังตื๊ดๆ ตืดๆ กันจากเครื่องติดตามอาการที่หัวเตียงของผู้ป่วย เสียงนี้เป็นเสียงสัญญาณเตือนว่าอาจมีค่าของความดัน ชีพจร หรือออกซิเจนต่ำลง และพยาบาลจะเข้ามาช่วยแก้ไขให้

สไลด์ที่	วัตถุประสงค์	รูปภาพนิ่ง/ ภาพเคลื่อนไหว	บทบรรยาย/เสียง
21	- บอกลำดับเหตุการณ์ (Temporal characteristics) - บอกสิ่งที่พบเห็นนั่นคือเห็นบุตรได้รับการทำความสะอาดช่องปาก (Physical sensation) และสาเหตุที่บุตรต้องได้รับการทำความสะอาดช่องปาก (Causes of sensations, symptoms and experiences)	-ภาพของเด็กป่วยได้รับการทำความสะอาดช่องปาก	หลังจากที่พยาบาลดูดเสมหะแล้ว พยาบาลจะทำความสะอาดภายในช่องปาก โดยจะใช้ไม้พันสำลีเล็กๆ จุ่มในน้ำยาสีเขียว หรือน้ำอุ่น ก่อนที่จะนำมาเช็ดทำความสะอาดภายในช่องปากของลูกคุณ เพื่อเอาน้ำลาย สิ่งสกปรก และเชื้อโรคออกมาจากช่องปากและฟันของลูก คุณสามารถช่วยทำความสะอาดช่องปากลูกของคุณด้วยก็ได้
• • •	• • •	• • •	• • •
25	• • •	-ภาพการดูแลเด็กป่วยในไอซียู และภาพบิดามารดากำลังมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร -ภาพเด็กป่วยอาการดีขึ้นกำลังได้กลับบ้าน	หวังว่าวิดีโอนี้จะช่วยให้คุณเข้าใจในสิ่งที่คุณจะต้องพบเจอขณะที่ลูกของคุณเข้ารับการรักษาในไอซียู.....และเมื่อลูกของคุณมีอาการดีขึ้น ก็จะได้ย้ายออกไปอยู่ในหอผู้ป่วยเด็กสามัญ หรือสามารถกลับบ้านได้

ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร
- ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร

เลขที่.....

วันที่.....

ส่วนที่ 1

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. จำนวนบุตร คน
4. สถานภาพสมรส
☐ คู่
☐ หย่าร้าง/ หม้าย/ แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา

☐ ไม่ได้เรียนหนังสือ	☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น	☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช.
☐ ปวส. / อนุปริญญา	☐ ปริญญาตรีขึ้นไป
6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ย.....บาท/ ต่อเดือน
7. อาชีพ

☐ แม่บ้าน	☐ รับจ้าง
☐ ค้าขาย	☐ เกษตรกรรม
☐ รับราชการ	☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ พนักงานบริษัท
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....	
8. การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตร

☐ รุนแรงน้อย
☐ รุนแรงปานกลาง
☐ รุนแรงมาก
☐ รุนแรงมากที่สุด

เลขที่.....

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์บิดามารดา

1. อายุ.....ปี
2. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
3. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....
4. ชนิดของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตครั้งนี้
☐ มีการคาดการณ์ไว้ก่อนล่วงหน้า ☐ ไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อนล่วงหน้า

ข้อมูลจากแฟ้มประวัติของบุตร

การวินิจฉัยโรค.....

ข้อมูลจากการสังเกต

ระดับการรู้สีกตัว

☐ รู้สีกตัว ☐ ไม่รู้สีกตัว

เลขที่.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y - 1)

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่อาจแสดงความรู้สึกต่างๆ ของคุณ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมายกากบาท (X) ทับลงบนตัวเลขในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของคุณเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ของลูกคุณในครั้งนี้ คำตอบของคุณไม่มีถูกหรือผิด และคุณไม่ต้องให้เวลากับการตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งมากเกินไป แต่ขอให้เลือกข้อที่ตรงกับความรู้สึกของคุณในขณะนี้มากที่สุด ดังนี้

ไม่รู้สึกเลย	หมายถึง	ในขณะนี้คุณไม่มีความรู้สึกนี้อยู่เลย
รู้สึกบ้าง	หมายถึง	ในขณะนี้คุณมีความรู้สึกนี้อยู่บ้าง
รู้สึกปานกลาง	หมายถึง	ในขณะนี้คุณมีความรู้สึกนี้อยู่ปานกลาง
รู้สึกมาก	หมายถึง	ในขณะนี้คุณมีความรู้สึกนี้อยู่มาก

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่รู้สึกเลย	รู้สึกบ้าง	รู้สึกปานกลาง	รู้สึกมาก
1. ฉันรู้สึกแสบใส	X	2	3	4

คำอธิบายจากตัวอย่าง ถ้าท่านใส่เครื่องหมาย (X) ทับเลข 1 แสดงว่าในขณะนี้ท่านไม่รู้สึกแสบใสเลย

ข้อความ	ไม่รู้สึกเลย	รู้สึกบ้าง	รู้สึกปานกลาง	รู้สึกมาก
1. ฉันรู้สึกสงบ	1	2	3	4
2. ฉันรู้สึกมั่นคง	1	2	3	4
3. ฉันรู้สึกดีใจ	1	2	3	4
.....				
.....				
.....				
20. ฉันรู้สึกแสบใส	1	2	3	4

เลขที่.....

ส่วนที่ 3

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่กล่าวถึงกิจกรรมที่คุณได้ปฏิบัติในการดูแลลูกของคุณ ภายใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา อ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่คุณแน่ใจว่าได้ ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลลูกของคุณ

ปฏิบัติ หมายถึง คุณได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้ในการดูแลลูกของคุณ

ไม่ปฏิบัติ หมายถึง คุณไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนี้ในการดูแลลูกของคุณ

ตัวอย่าง

กิจกรรมในการดูแลลูก	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. อาบน้ำหรือเช็ดตัวให้	✓	

คำอธิบายจากตัวอย่าง ถ้าคุณใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ปฏิบัติแสดงว่า คุณได้อาบน้ำหรือเช็ดตัวให้ลูกของคุณ

กิจกรรมในการดูแลลูก	ปฏิบัติ	ไม่ปฏิบัติ
1. ช่วยดูแลเกี่ยวกับการขับถ่าย (เปลี่ยนผ้าอ้อมให้ เช็ดทำความสะอาด หลังลูกขับถ่าย)		
2. อาบน้ำหรือเช็ดตัวให้ลูก		
3. บอกให้พยาบาลทราบเมื่อนมที่ลูกได้รับทางสายให้อาหารใกล้จะหมด		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
30. คุยกับพ่อแม่ของเด็กป่วยคนอื่น เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของลูก หรือ การมาอยู่โรงพยาบาล		

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหาของเครื่องมือ ทัศนเรื่อง
“เมื่อลูกป่วยอยู่ในห้องไอซียู” และเครื่องมือ แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแล
บุตร

1. รองศาสตราจารย์ ดร. วรากรณ์ ชัยวัฒน์
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นางสาวพิกุล จำศรีบุศ
หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก มนตรี ตูจินดา (PICU)
โรงพยาบาลศิริราช
3. นางเมตตา ภิรมย์อยู่
หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักเด็กโต (PICU)
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ภาคผนวก ง
การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย ประกอบด้วย

1. เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาลัยพยาบาลศาสตร์
2. เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

**เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ
มหาวิทยาลัยมหิดล ชุดสายพยาบาลศาสตร์**



COA.No.MU-IRB/C 2010/ 33.0104

Documentary Proof of Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing)

Title of Project: THE EFFECTS OF CONCRETE-OBJECTIVE INFORMATION ON PARENTAL ANXIETY AND PARENTAL PARTICIPATION IN CARE FOR CHILDREN IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Project Number: MU-IRB/C 2010/ 47.0302

Principle Investigator: Mr. Alongkorn Aksornsri

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) MU-IRB/C Submission form version received date 19 March 2010
- 2) Participant Information sheet version date 19 March 2010
- 3) Consent form version date 19 March 2010
- 4) Questionnaire version received date 2 February 2010

Mahidol University Institutional Review Board Panel C (Nursing) is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Date of Approval: 01 April 2010

Date of Expiration: 01 April 2011

Signature of Chair:

Pornsri Sriussadaporn.

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Signature of Dean, Faculty of Nursing

Fongcum Tilokakulchai

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai)

Dean, Faculty of Nursing

Office of Institutional Review Board panel C (Nursing) Room 502 Faculty of Nursing, 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503

**เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของ
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก**

15/53



เอกสารรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์
คณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ชื่อโครงการ	ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต
ชื่อหัวหน้าโครงการ	นายอลงกรณ์ อักษรศรี
เลขที่โครงการ/รหัส	-
สังกัดหน่วยงาน	นักศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
การรับรอง	ขอรับรองโครงการวิจัยดังกล่าวข้างบนนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เมื่อวันที่ 25 ก.พ. 2553

ลงนาม

(นายแพทย์ธีระ ศิริอาชาวัฒนา)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม
และสถิติ Independent t-test

ตารางที่ จ.1 การทดสอบการกระจายแบบปกติของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ และการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Post_Anxiety Control	Post_Anxiety Exp.	IPP Control	IPP Exp.
N		33	33	33	33
Normal Parameters ^a	Mean	57.8182	55.1515	60.1582	74.6558
	Std. Deviation	7.29064	5.90085	1.89349E1	9.42707
Most Extreme Differences	Absolute	.193	.187	.153	.113
	Positive	.102	.084	.131	.101
	Negative	-.193	-.187	-.153	-.113
Kolmogorov-Smirnov Z		1.111	1.073	.879	.652
Asymp. Sig. (2-tailed)		.169	.200	.423	.789

a. Test distribution is Normal.

จากตารางที่ จ.1 พบว่า คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดสอบมีการกระจายแบบปกติ ทั้งกลุ่มทดลอง ($p > .05$) และกลุ่มควบคุม ($p > .05$) นอกจากนี้ คะแนนการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร มีการกระจายแบบปกติทั้งกลุ่มทดลอง ($p > .05$) และกลุ่มควบคุม ($p > .05$) เช่นเดียวกัน

ตารางที่ จ.2 การทดสอบความแตกต่างของความแปรปรวนคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable: Post_Anxiety

ตัวแปรตาม	F	df1	df2	Sig.
Post_Anxiety	.020	1	64	.888

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

a. Design: Intercept + Pre_Anxiety + Group

จากตารางที่ จ.2 จะเห็นได้ว่า ความแปรปรวนของคะแนนความวิตกกังวลทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($F = .02, p > .05$)

ตารางที่ จ.3 การทดสอบขนาดและทิศทางความสัมพันธ์ของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (Pre-test) และคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง (Post-test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: Post_Anx

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	2282.183 ^a	3	760.728	72.528	.000
Intercept	207.704	1	207.704	19.803	.000
Group	11.299	1	11.299	1.077	.303
Pre_Anx	2081.601	1	2081.601	198.460	.000
Group * Pre_Anx	25.405	1	25.405	2.422	.125
Error	650.302	62	10.489		
Total	213508.000	66			
Corrected Total	2932.485	65			

a. R Squared = .778 (Adjusted R Squared = .768)

จากตารางที่ จ.3 พบว่าขนาดและทิศทางความสัมพันธ์ของคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลอง (Pre-test) และคะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง (Post-test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($F = 2.42, p > .05$)

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	นายอลงกรณ์ อักษรศรี
วัน เดือน ปีเกิด	4 มิถุนายน 2526
สถานที่เกิด	จังหวัดพิษณุโลก
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2544-2547: พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550-2554: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
ทุนการศึกษา/ ทุนวิจัย	-ทุนเฉลิมพระเกียรติ 60 ปี ครองราชสมบัติ โดยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล -ทุนหม่อมเจ้าหญิงมณฑารพ กมลาสน์ โดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ
ตำแหน่ง	อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็ก ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก
สถานที่ทำงาน	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก โทรศัพท์ 055-966828
ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้	218/20 ถ. วิสุทธิกษัตริย์ ต.ในเมือง อ.เมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 E-mail: Alonenx@hotmail.com