

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรัง
ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2555

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับ
การใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

กัทธนาช ภูมิพาน

นางสาวกัทธนาช ภูมิพาน

ผู้วิจัย

ฟองคำ ฟองคำ

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ดร. สัมพร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กวีวรรณ ถัมประยูร,

พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ดร. น

รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ดร. น

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร. น

รองศาสตราจารย์นงลักษณ์ จินตนาดิกล,

พย.ด.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับ
การใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 17 มกราคม พ.ศ. 2555

นางสาวกัทธนูช ภูมิพาน
ผู้วิจัย
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิริหมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อาจารย์ประวิทย์ เจตณชัย,
พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ
พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph. D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร. ฟองคำ ดิลกสกุลชัย อาจารย์ที่ปรึกษาหลักวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. ทศนี ประสพกิตติคุณ และผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์กวีวรรณ ถัมภ์ประยูร อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม วิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ และคำชี้แนะข้อบกพร่อง พร้อมทั้งให้ข้อคิดอันเป็น ประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งมอบกำลังใจและความห่วงใยเสมอมา ผู้วิจัยมีความ ประทับใจอย่างสุดซึ้ง และขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. ยาใจ สิทธิมงคล ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง และให้ข้อเสนอแนะต่างๆ อันเป็นประโยชน์ เพื่อให้ วิทยานิพนธ์ในครั้งนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาสละเวลาอันมีค่าใน การตรวจสอบเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่ง

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา พี่ น้อง และบุคคลอันเป็นที่รัก ที่คอย ให้กำลังใจ ให้ความรัก ความห่วงใย และให้การสนับสนุนในทุกๆ เรื่อง ขอกราบขอบพระคุณ บุรพจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิตรหัส 52 และขอบคุณบิดามารดา และเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ตลอดจนขอบคุณทุกท่านที่ได้เฝ้าไข้มาไว้ ณ ที่นี้ด้วย คุณประโยชน์ที่ เกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ขอบอบแด่ บุพการี คณาจารย์ และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องใน การวิจัยครั้งนี้

ภัทรนุช ภูมิพาน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต
FACTORS INFLUENCING PARENTS' UNCERTAINTY IN ILLNESS OF CHRONICALLY ILL CHILDREN WITH INTUBATION

ภัทรนุช ภูมิพาน 5236555 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: พงศ์คำ ดิลกสกุลชัย, Ph.D. (NURSING), ทศนี ประสพกิตติคุณ, Ph.D. (NURSING), กวีวรรณ ลิ้มประยูร, พ.บ., ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต โดยใช้กรอบแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) เป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา หรือมารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรก และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 80 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี 5 ฉบับ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ร้อยละ 47.5 ($R^2 = .475$, $F_{(4, 75)} = 16.960$, $p < .001$) และปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ($\beta = .443$, $t = 4.881$, $p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ($\beta = -.364$, $t = -2.817$, $p = .006$) ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรหาแนวทางพัฒนารูปแบบกิจกรรมการพยาบาล ในการลดระดับการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร และเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

คำสำคัญ: เด็กป่วยเรื้อรัง / การใส่ท่อช่วยหายใจ / ความรู้สึกไม่แน่นอน

FACTORS INFLUENCING PARENTS' UNCERTAINTY IN ILLNESS OF CHRONICALLY ILL CHILDREN WITH INTUBATION

PATTARANUCH POOMPAN 5236555 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: FONGCUM TILOKSKULCHAI, Ph.D. (NURSING), TASSANEE PRASOPKITTIKUN, Ph.D. (NURSING), KAWEWAN LIMPRAYOON, M.D.

ABSTRACT

This study investigated predictive relationships in order to study the predictability of perception of children's illness severity, parental education, credibility of the authority of healthcare staff, and informational and emotional support on parental uncertainty in the illness of chronically ill children with intubation, by using Mishel's (1988) uncertainty in illness concept as the study's conceptual framework. The sample group comprised 80 parents of chronically ill children who were intubated for the first time and received treatment in the Pediatric Intensive Care Unit of Siriraj Hospital. The sample group was selected by convenience sampling. Data collection was performed using a demographic data record form, along with questionnaires on parental uncertainty, perception of child's illness severity, the credible authority of healthcare staff, and informational and emotional support. Data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression analysis.

According to the findings, perception of the child's illness severity, parental education, the credible authority of healthcare staff, and informational and emotional support could explain 47.5% of the variance in the parents' uncertainty ($R^2 = .475$, $F_{(4, 75)} = 16.960$, $p < .001$) The significant predictors were perceived illness severity in children ($\beta = .443$, $t = 4.881$, $p < .001$) and perceived informational and social support ($\beta = -.364$, $t = -2.817$, $p = .006$). The findings of this study suggest that nurses should develop interventions to reduce levels of perceived illness severity in children and increase informational and social support in order to reduce parents' uncertainty during the illnesses of chronically ill children with intubation.

KEY WORDS: CHRONICALLY ILL CHILDREN / INTUBATION / UNCERTAINTY

128 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อ (ภาษาไทย)	ง
บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)	จ
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	5
วัตถุประสงค์	5
สมมติฐานการวิจัย	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	11
นิยามตัวแปร	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	13
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	14
การเจ็บป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต	15
- ลักษณะเด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต	15
- หลักการรักษายาบาลเด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต	16
การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแก่เด็กป่วยในระยะวิกฤต	19
- ข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ	19
- ข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจ	20
- เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจที่จะเริ่มใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ	20
- การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ	20
- ผลกระทบที่เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเด็กและผู้ปกครอง	24

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร	29
- ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครอง	29
- ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยเรื้อรัง ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต	33
- การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วย ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต	37
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	38
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	45
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
แหล่งเก็บข้อมูล	46
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล	47
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	50
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	51
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	53
บทที่ 4 ผลการวิจัย	54
ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	54
ส่วนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา	61
ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	62
ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐาน	62
บทที่ 5 อภิปรายผล	64
การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร	64
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์	66
ระดับการศึกษาของบิดามารดา	67
ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพ	68

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 6	
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	70
สรุปผลการวิจัย	71
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้	72
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	73
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	86
รายการอ้างอิง	100
ภาคผนวก	110
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	111
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ	119
ภาคผนวก ค หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน	120
ภาคผนวก ง หนังสือรับรองการเข้าทำการวิจัยในโรงพยาบาลศิริราช	122
ภาคผนวก จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิจัย	123
ประวัติผู้วิจัย	128

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของบิดามารดาจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	55
4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยเด็กจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	57
4.3 พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกล้มแน่นอนของบุตร การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง	61
4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา	62
4.5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression) ในการทำนายความรู้สึกล้มแน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต	63

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ	หน้า
1.1 ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนของ Mishel (1988)	8
1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วย เรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต	11

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบยาว และมีอันตรายต่อร่างกายโดยส่งผลต่อการทำงานทางสรีรวิทยาของระบบต่างๆ และอาจรวมถึงลักษณะรูปร่างภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไปด้วย ผลของการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือมีความพิการเกิดขึ้น และการพยากรณ์โรคจะแตกต่างกันออกไปตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย กล่าวคือ ตั้งแต่เด็กป่วยเรื้อรังมีชีวิตเหมือนคนปกติ มีช่วงที่อาการกำเริบมีอาการของโรคเป็นๆ หายๆ มีช่วงเวลาของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่รุนแรงจนกระทั่งเข้าสู่ระยะวิกฤต และอาจเสียชีวิตได้ เด็กป่วยเรื้อรังในระยะที่เข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือระยะที่ถูกคุกคามต่อชีวิตการเจ็บป่วยของเด็กเด็กป่วยมักมีอาการที่รุนแรงมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคอย่างรวดเร็วมีอาการไม่คงที่อาการกลับไปมาบางครั้งมีอาการดีขึ้นในระยะเวลาสั้นอาจมีอาการเลวลงหรือมีระบบในร่างกายล้มเหลวมากกว่า 1 ระบบขึ้นไป (อัคราสมบูรณ์ฉันทน์, 2543) ดังนั้นเด็กป่วยเรื้อรังในระยะที่เข้าสู่ภาวะวิกฤตต้องการการรักษาและการดูแลอย่างใกล้ชิด เร่งด่วน และต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการของโรคทรุดหนักลง (Corbin, 2001) และเด็กมีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลเด็กหนัก (intensive care unit) เพื่อการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด และติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันมีเด็กป่วยเรื้อรังที่มีภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักเป็นจำนวนมากจากการสำรวจเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมการแพทย์ทั่วประเทศ ไทย ที่มีอายุระหว่าง 1 เดือน – 14 ปี ในปี 2551 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยทั้งหมด 20,399 คน เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 7,657 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และในปี 2552 พบว่า จำนวนผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยทั้งหมด 20,104 คน เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่รักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต 8,250 คน คิดเป็นร้อยละ 41 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (หน่วยเวชระเบียนโรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์, 2552) และสถิติในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก 2 (Pediatric Respiratory Care Unit: PRCU) โรงพยาบาลศิริราชปี 2551- 2552 ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก 2 จำนวน 263 คน มีจำนวนเด็กป่วยเรื้อรังที่มีภาวะวิกฤต 200 คน คิดเป็นร้อยละ 76.1 (แบบบันทึกจำนวนผู้ป่วยใน หออภิบาลผู้ป่วยเด็ก 2 (PRCU) โรงพยาบาลศิริราช, 2552)

เด็กป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลเด็กหนัก มักมาด้วยภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลให้โรคเดิมทรุดหนักลง ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในเด็กป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก คือ ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะปอดอักเสบ ซึ่งภาวะดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพราะการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยให้การระบายอากาศในถุงลม และการกระจายอากาศในปอดดีขึ้น ทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยในด้านการรักษา (ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล, 2542) จากการศึกษาของ Lowe และคณะ (2001) พบว่า ผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจถึงร้อยละ 95 และสถิติจากเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก 2 (PRCU) โรงพยาบาลศิริราช ปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า จำนวนเด็กป่วยเรื้อรังที่มีภาวะวิกฤต 200 คน มีจำนวนที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ 184 คน คิดเป็นร้อยละ 92 ของจำนวนเด็กป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลเด็กหนักด้านการหายใจ (แบบบันทึกจำนวนผู้ป่วยในหออภิบาลเด็กหนักด้านการหายใจ โรงพยาบาลศิริราช, 2552)

ถึงแม้การใส่ท่อช่วยหายใจจะส่งผลดีต่อตัวเด็กป่วยโดยตรงในด้านการรักษาแล้ว แต่การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจก็ยากที่จะหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยเด็ก ซึ่งได้แก่ bronchospasm, atelectasis หรือ lung collapse, hypoxia, cardiac arrhythmia, bradycardia, mucosal trauma และ increased intracranial pressure (Kaiser & Williams, 2008) นอกจากนี้อาจทำให้กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจอ่อนแรงจากการไม่ได้ใช้งาน ฝาปิดกล่องเสียงเปิดตลอดเวลาทำให้มีโอกาสดเกิดการสูดสำลักได้ ส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (อภิรักษ์ ปาลวัฒน์วิไชย, 2546) ผู้ป่วยเด็กมีอาการของโรคเดิมทรุดหนักลง และเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตตามมาด้วย จากการศึกษาของ Shapiro, Anderson, และ Bartlett (2000) พบว่า เด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30 - 60 นอกจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยเด็กแล้ว ภาวะดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อบิดามารดา ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วย บ่อยครั้งที่มักพบว่าบิดามารดาเด็กป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมักจะเกิดความกลัวไม่มั่นคงต่อชีวิต เนื่องจากรับรู้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจหมายถึงการหมดหวังในทางรักษา (ศิริรัตน์ เชาว์รัตน์, 2535; Bergbom-Engberg, & Haljamae, 1989) บิดามารดาไม่เข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยอาการ และการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ไม่รู้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจจะส่งผลดีหรือผลร้ายต่อผู้ป่วยเด็กเกิดความไม่ชัดเจนในการรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากขาดความสมบูรณ์ในการให้และการรับข้อมูล ไม่สามารถทำนายอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กในอนาคตได้ ซึ่งการรับรู้สถานการณ์ในลักษณะนี้เป็นความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) (Mishel, 1988)

ภาวะเจ็บป่วยของเด็กที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาล นำมาซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองในระดับสูง ดังการศึกษาของ Miles, Funk และ Kasper (1992) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลเด็กแรกเกิด (NICU) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ชีระรังสี-กุล ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และอัญชัญ เตชะวิรากร (2545) ที่พบว่า มารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมสูง และจากการศึกษาของรัตนสุดา ยศวงศ์ศรีสมิ (2006) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับสูง ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาล ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจยังไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษาไว้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องมือต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรสูงกว่ากลุ่มที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและไม่ได้ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (รัตนสุดา ยศวงศ์ศรีสมิ, 2006) อาจกล่าวได้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจของบุตรที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก ส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองในระดับสูง

ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนถ้าสูงมากในระดับที่ไม่สามารถจะจัดการได้จะมีผลทำให้ผู้ปกครองเกิดความเครียด (Mishel, 1988) จากการศึกษาของ Lamontagne, และ Pawlak (1990) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดสูงถึงร้อยละ 40 ของสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งหมด ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ปกครองมีปัญหาในการตัดสินใจ ประเมินสถานการณ์ไม่ได้ ขาดความสามารถในการแก้ปัญหา และจัดการกับอาการเจ็บป่วยของบุตร (Deatrick, Knaft, & Murphy-Moore, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของ อารีรัตน์ แนวชาลี (2008) พบว่า บิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับสูง และพบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดสูงถึงร้อยละ 21 ของสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งหมด ในบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต บิดามารดาอาจประเมินสถานการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจว่าเป็นเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงและบุตรอาจเสียชีวิตได้ ประกอบกับการที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักส่วนใหญ่จะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลจะทำงานอย่างเร่งด่วนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ทันต่อเหตุการณ์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรแก่บิดามารดาจึงให้เพียงสั้นๆ และไม่ต่อเนื่อง ทำให้บิดามารดาได้รับข้อมูลไม่ชัดเจน เกิดความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร และไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นใน

อนาคตได้ ส่งผลให้บิดามารดาเด็กป่วยเกิดความเครียด และไม่สามารถเผชิญต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรได้อย่างเหมาะสม (Newton, 2000) ดังนั้นการช่วยเหลือบิดามารดาลดความรู้สึกไม่แน่นอนจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก เพื่อป้องกันผลด้านลบที่ตามมา อย่างไรก็ตามการวางแผนการดูแล หรือการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ Mishel (1988) มีทั้งหมด 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยกระตุ้น เป็นสิ่งกระตุ้นที่จะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความเข้าใจในสถานการณ์ความเจ็บป่วยลดความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ คือ รูปแบบของอาการ ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ 2) ปัจจัยด้านความสามารถในการรู้คิด เป็นความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลข่าวสารได้ถูกต้องกับเหตุการณ์ปัจจัยนี้จะมีผลทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนโดยผ่านทางปัจจัยกระตุ้น และ 3) ปัจจัยที่เป็นโครงสร้างของแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ถูกต้อง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ ระดับการศึกษา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคคลที่เชื่อถือได้ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีเพียงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กหนัก จากการศึกษาของ Christman (1990) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง หากบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยมาก จะส่งผลให้ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนสูง และจากการศึกษาของ Turner, Tomlinson และ Harbaugh (1990) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร และความเชื่อถือและยอมรับในทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนจากการศึกษาของ Mitchell และ Courtney (2004) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในครอบครัวเด็กป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยเด็กหนัก และจากการศึกษาของ Cohen (1993) พบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก คือ เมื่อผู้ปกครองเด็กป่วยมีระดับความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมาก ผู้ปกครองจะเกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจความสามารถของแพทย์ และพยาบาลในการดูแลรักษาบุตร ส่งผลให้ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง ในประเทศไทยพบการศึกษาของรัตนสุดา ยศวงศ์ศรีศรี (2006) ซึ่งระบุว่าระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก

จากประสบการณ์การทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก 2 (PRCU) โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ในสถานการณ์ที่บุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ บิดามารดามักจะประเมินว่าเป็นสถานการณ์ในขณะนั้นว่ามีความรุนแรงและการรักษาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับค่อนข้างมีความซับซ้อน จากเหตุการณ์ดังกล่าวนี้บิดามารดาจะรับรู้ได้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในชีวิตของตนมาก ไม่สามารถคาดเดาอาการเจ็บป่วยของบุตรที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ประกอบกับเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพมีการทำงานที่เร่งรีบเพื่อให้การรักษาพยาบาลทันกับสภาพความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจึงให้ได้เพียงระยะเวลาสั้นๆ ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร มีความวิตกกังวล และไม่สามารถที่จะปรับตัวได้เหมาะสมต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรได้ ดังนั้นเพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดผลกระทบด้านลบดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลในการหาแนวทางการดูแลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน และป้องกันการเกิดผลกระทบด้านลบที่ตามมาจากรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

คำถามการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตหรือไม่

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามทฤษฎีของ Mishel (1988) ซึ่งทฤษฎีนี้ได้กล่าวไว้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่ไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มี 4 รูปแบบ (Mishel, 1988) ได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (ambiguity), ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (complexity), การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (lack of information) และการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (unpredictability) ซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะมากหรือน้อยขึ้นกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งทางตรงและทางอ้อมมี 3 ประการ ได้แก่

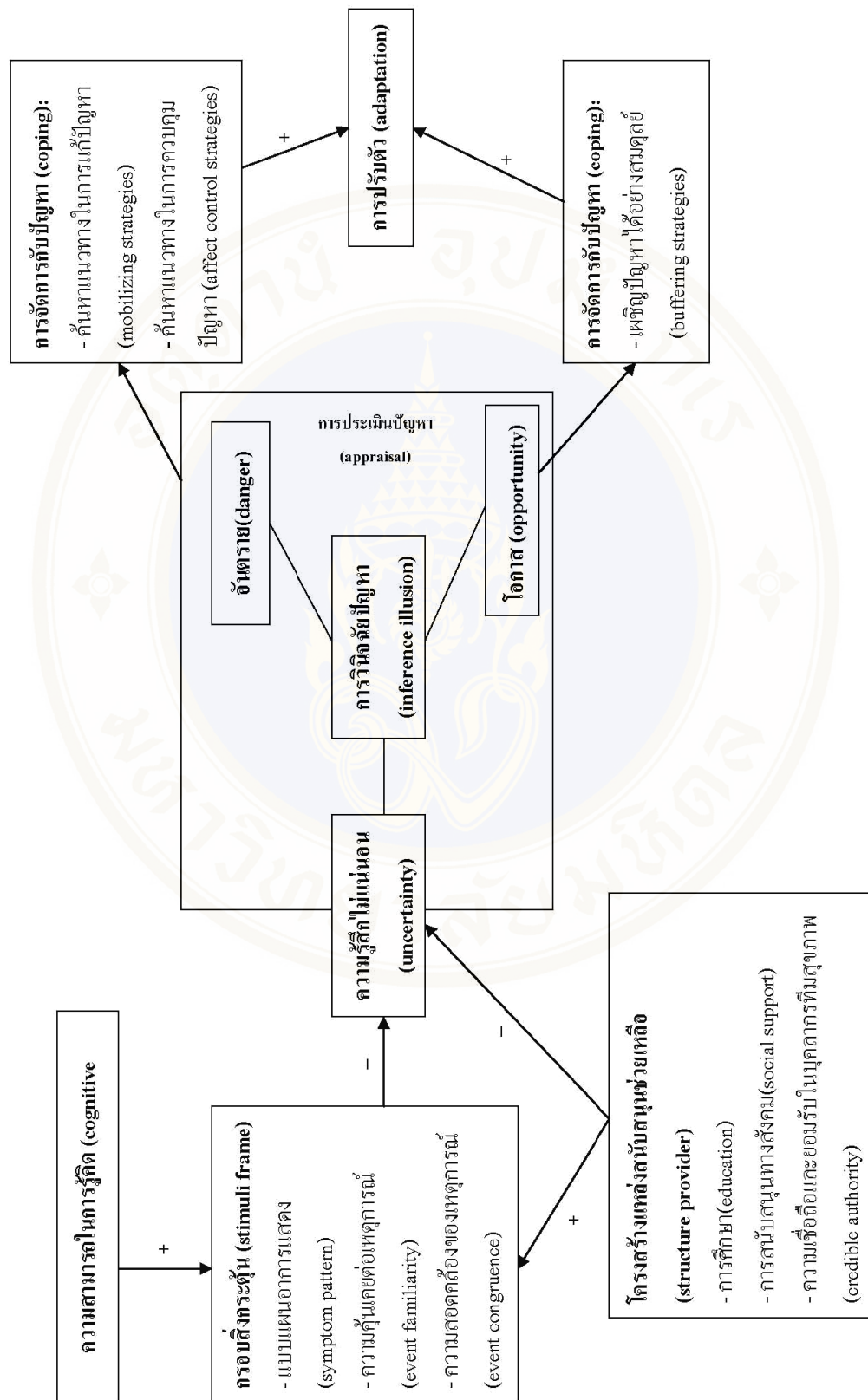
1. กรอบสิ่งกระตุ้น (stimuli frame) สิ่งกระตุ้นที่ชัดเจนจะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจในสถานการณ์ความเจ็บป่วยลดความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ปัจจัยกระตุ้นส่งผลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอน (Mishel, & Braden, 1988) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ แบบแผนอาการแสดง (symptom pattern) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (event familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ (event congruence)

2. ความสามารถในการรู้คิด (cognitive capacity) เป็นความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลข่าวสารได้ถูกต้องกับเหตุการณ์ ปัจจัยนี้มีผลโดยอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนโดยผ่านทางปัจจัยกระตุ้น

3. โครงสร้างแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (structure provider) หมายถึง แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมายของแบบแผนของสิ่งกระตุ้นเป็นแหล่งที่ให้การ

ช่วยเหลือทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงได้แก่ การศึกษา(education) การสนับสนุนทางสังคม(social support) และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ (credible authority) แหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนนี้มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ขณะที่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย บุคคลจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามการรับรู้ที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย และความเชื่อพื้นฐานของบุคคล ซึ่งผลของการประเมินจะปรากฏใน 2 รูปแบบ คือ เป็นอันตรายหรือเป็นโอกาสความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นอันตราย จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินว่ากำลังจะเกิดอันตราย หรือความสูญเสียกับตนเอง เป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะมีวิธีเผชิญปัญหาโดยมุ่งแก้ปัญหา และ/หรือจัดการกับอารมณ์ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นโอกาส จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีความรู้สึกไปในทางบวก แม้เหตุการณ์นั้นมีความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ไปในทางลบก็ตาม บุคคลพอใจที่จะคงความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นไว้ เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความหวัง บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะมีวิธีเผชิญปัญหาโดยการยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นแม้มีความรู้สึกไม่แน่นอน ดังแสดงในรูปภาพที่ 1.1



รูปภาพที่ 1.1 ทฤษฎีความรู้สึกละโม้ไม่แน่นอนของ Mischel (1988)

การที่บุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก บิดามารดามักจะประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรในขณะนี้ว่ามีความรุนแรง ได้รับการรักษาที่ซับซ้อน ซึ่งบิดามารดาารู้สึกว่าเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นภาวะที่คุกคามต่อจิตใจเป็นอย่างมาก ไม่สามารถแบ่งแยกหรือแยกแยะได้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจจะสามารถช่วยรักษามุมมองให้มีความดีขึ้น หรือหายได้ (Lewandoski, 1980) ได้รับข้อมูลเพียงสั้นๆ เนื่องจากเจ้าหน้าที่บุคลากรทีมสุขภาพมีความเร่งรีบเพื่อให้การรักษาทันกับสภาพความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นตลอดเวลา (Curley, 1996) ตลอดจนใช้ภาษาที่ซับซ้อนและเข้าใจยาก บิดามารดาไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ จากเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้บิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน

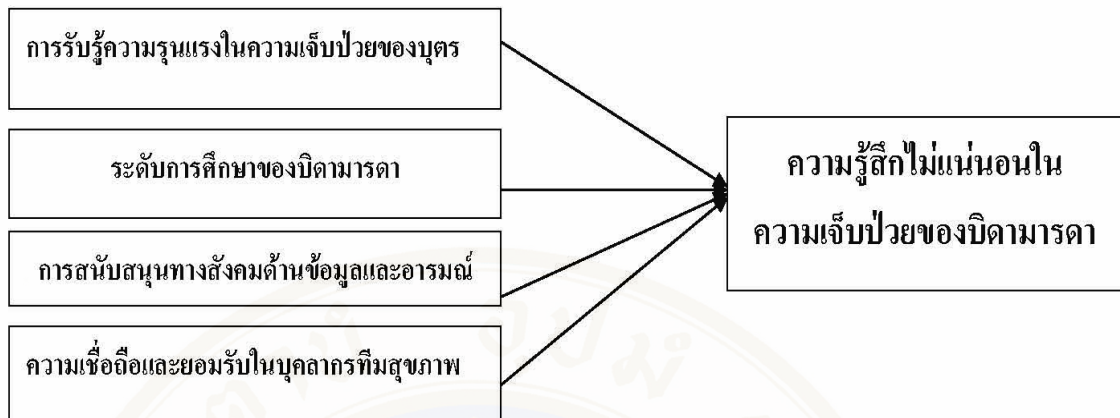
ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน โดยศึกษาเฉพาะอิทธิพลทางตรงของกรอบสิ่งกระตุ้น และโครงสร้างแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเท่านั้น ส่วนอิทธิพลทางอ้อมที่ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยผ่านทางกรอบสิ่งกระตุ้น ซึ่งได้แก่ ความสามารถในการรู้คิดและโครงสร้างแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ผู้วิจัยไม่ได้นำมาศึกษา

สำหรับการศึกษาอิทธิพลด้านกรอบสิ่งกระตุ้น (stimuli frame) ในการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาในเรื่องการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร เนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงอธิบายถึงแบบแผนอาการแสดง (symptom pattern) ไว้ว่า เมื่อบุคคลมีอาการหรือความเจ็บป่วยที่แสดงออกมานั้นมีความรุนแรง บุคคลจะไม่สามารถมองเห็น และเข้าใจรูปแบบอาการนั้นได้อย่างชัดเจน ดังนั้นบุคคลจะรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยมาก ส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น แต่หากบุคคลรับรู้อาการที่แสดงออกมาอย่างชัดเจน รู้แบบแผนของอาการ หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น บุคคลจะเกิดความเข้าใจต่ออาการหรือความเจ็บป่วยนั้น สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ส่วนในด้านองค์ประกอบที่ไม่ได้นำมาศึกษา คือ ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (event familiarity) เนื่องจากกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา คือ บิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรก และความสอดคล้องของเหตุการณ์ (event congruence) เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาในช่วงเวลาที่เด็กป่วยเรื้อรังได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นช่วงระยะเวลาที่สั้น แต่การศึกษาเพื่อให้เห็นถึงความสอดคล้องของเหตุการณ์กับสิ่งที่คาดหวังต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน และต้องทำการศึกษาในเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วในอดีต

ในการศึกษาอิทธิพลด้านของโครงสร้างแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (structure provider) ผู้วิจัยศึกษา 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การศึกษา (education) การสนับสนุนทางสังคม (social support) และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ (credible authority) ในการศึกษาเรื่องการ

สนับสนุนทางสังคมครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เนื่องจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ปกครองมีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับต่างๆ ของความต้องการทั้งหมดของผู้ปกครอง (ปรีดา อุ๋นเสียม, 2539; พวงเพชร ยัพัฒน์พันธ์, 2540) และการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยให้บิดามารดาสามารถรับรู้ข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรได้ดีขึ้น (Richmond, & Craig, 1986) เพราะขณะที่เด็กป่วยอยู่ในภาวะวิกฤตทำให้ความสามารถในการรับข้อมูลของผู้ปกครองลดลงเกิดปัญหาด้านจิตใจโดยเฉพาะระยะ 1-3 วันแรกของการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม บิดามารดาจึงต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์เพื่อลดปัญหาด้านจิตใจก่อน (Shives, 2005) และเริ่มการให้การสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นลำดับต่อมาจากการศึกษาความต้องการของบิดามารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักของMcHaffie (1992) ซึ่งทำการศึกษาในผู้ปกครองทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิดพบว่าผู้ปกครองมีความต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ในระดับมากที่สุดและการศึกษาของปรีดาอุ๋นเสียม (2539) พบว่าบิดามารดาต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากแพทย์และพยาบาลในด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุดรองลงมาคือด้านอารมณ์ในการศึกษาของMcGrath (2002) พบว่าผู้ปกครองมีความต้องการข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ในขณะที่บุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวขณะได้รับการรักษาและจากการศึกษาของEriksson & Lauri (2000) พบว่าการสนับสนุนทางอารมณ์ควรกระทำร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลรวมทั้งข้อเสนอแนะจากการศึกษาของรัตนสุดายศวงศ์ศรีศรี (2006) ระบุไว้ว่าเมื่อเด็กป่วยเข้าสู่ภาวะวิกฤต และได้เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมบิดามารดาต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ และด้านข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมากที่สุดดังนั้นการสนับสนุนทั้งทางด้านข้อมูลและอารมณ์จึงน่าส่งผลในการลดความความรู้สึกไม่แน่นอน

โดยสรุปในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสนใจศึกษาว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต คือ การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ดังแสดงในรูปภาพที่ 1.2



รูปภาพที่ 1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วย
เรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต โดยศึกษาในบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 3 เดือน-15 ปี และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรกในระยะวิกฤต เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก 2 หน่วย โรงพยาบาลศิริราช เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงเดือนกันยายน 2554

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราชเพียงแห่งเดียว เนื่องจากโรงพยาบาลศิริราชเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย รับการรักษาผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทุกโรคจากทั่วประเทศ ซึ่งมีทั้งผู้ป่วยในทุกสถานะทางเศรษฐกิจและสังคม ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาจึงมีความหลากหลาย ส่งผลให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีความไม่เป็นเอกพันธ์ (heterogeneity) สูง เหมาะสมกับการศึกษารูปแบบ correlational predictive design

นิยามตัวแปร

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกของบิดามารดาที่ไม่สามารถให้ความหมาย หรือเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งประเมินโดย

ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งดัดแปลงมาจาก Parent's Perception of Uncertainty Scale (PPUS) ของ Mishel (1983) มีจำนวนทั้งหมด 28 ข้อ ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึง (4) เห็นด้วยอย่างยิ่ง พิสัยของคะแนนมีค่าอยู่ระหว่าง 28-112 คะแนนการแปลผล คือ บิดามารดาที่ได้คะแนนรวมสูง หมายถึง บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในระดับสูง บิดามารดาที่ได้คะแนนรวมต่ำ หมายถึง บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในระดับต่ำ

การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร หมายถึง การรับรู้ของบิดามารดาต่อความรุนแรงในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยโรคเรื้อรังในช่วงเวลาที่บุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งประเมินได้โดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรของ รัตนสุดา ยศวงศ์ศรี (2006) โดยกำหนดระดับความรุนแรงในความเจ็บป่วยตั้งแต่ 1 - 10 ระดับ 1 หมายถึง บิดามารดารับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรน้อยที่สุดและระดับ 10 หมายถึง ผู้ปกครองรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมากที่สุด

ระดับการศึกษาของบิดามารดา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ หมายถึง ทศนคติ ความเชื่อ ความไว้วางใจ และความคาดหวังของบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อคุณภาพและความสามารถในการดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจของบุคลากรทีมสุขภาพ โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ข้อคำถามมีจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เห็นด้วยจนถึง (5) เห็นด้วยมากที่สุด พิสัยของคะแนนมีค่าระหว่าง 4 - 20 คะแนนการแปลผล คือ คะแนนรวมสูง แสดงว่า บิดามารดามีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพระดับสูง ถ้าคะแนนรวมต่ำ แสดงว่า บิดามารดาไม่มีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพระดับต่ำ

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ หมายถึง การรับรู้ของบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เกี่ยวกับความช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์จากแพทย์และพยาบาล ซึ่งประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ House (1981) และจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนทั้งหมด 15 ข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เป็นจริงเลยจนถึง (5) เป็นจริงมากที่สุด ค่าพิสัยของคะแนนมีค่าระหว่าง 5 - 75 คะแนนการแปลผล คือ คะแนนรวมสูง หมายถึง บิดามารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับสูง ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง บิดามารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับต่ำ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม และเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาล เพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจได้อย่างเหมาะสม
2. เป็นงานวิจัยเบื้องต้นที่นำไปสู่การศึกษาเกี่ยวกับการจัดรูปแบบการดูแล เพื่อลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ



บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การศึกษาความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการศึกษา ดังนี้

การเจ็บป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต

- ลักษณะเด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต
- หลักการรักษายาบาลเด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต

การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแก่เด็กป่วยในระยะวิกฤต

- ข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ
- ข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจ
- เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจที่จะเริ่มใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ
- การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ
- ผลกระทบที่เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเด็ก และ

ผู้ปกครอง

ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร

- ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครอง
- ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการ

ใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

- การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยที่ได้รับการ

การใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต

ลักษณะเด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต

เด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต หมายถึง เด็กป่วยที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยติดต่อกันเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี การเจ็บป่วยนั้นต้องมีการที่รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีอาการไม่แน่นอน มีปัญหาคุณภาพชีวิต การรักษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ต้องการการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง มีความเฉพาะเจาะจงและมีความซับซ้อนในการให้การช่วยเหลือ (Curley, 1996) ซึ่งลักษณะของเด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤตมีดังนี้

1. เป็นความเจ็บป่วยที่หนัก และมีความผิดปกติที่ซับซ้อน โดยเป็นผลมาจากโรคเดิมที่เป็นอยู่ และมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความล้มเหลวของหลายระบบในร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ หรือมีความล้มเหลวของหลายๆ ระบบพร้อมกัน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวนี้ล้วนแล้วแต่ทำให้เด็กป่วยเรื้อรังมีอาการหนักถึงขั้นมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ภาวะเซลล์ของอวัยวะขาดเลือดทำให้อวัยวะเหล่านั้นเกิดความเสียหายและล้มเหลวได้ อัตราการเกิดอวัยวะล้มเหลวมากกว่า 1 อวัยวะขณะที่ผู้ป่วยเด็กมีความเจ็บป่วยในระยะวิกฤตมีสูงถึงร้อยละ 15 และเป็นสาเหตุการตายได้ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่เสียชีวิตในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก (จริยา ตันติธรรม, 2547)

2. ลักษณะอาการไม่แน่นอนเกิดขึ้นจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิมที่ผู้ป่วยเด็กเป็นอยู่ ความเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้มีอาการไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงของอาการตลอดเวลา เด็กป่วยอาจมีอาการดีขึ้นและมีอาการทรุดหนักลงได้อย่างรวดเร็ว ทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี และอาจทำให้เสียชีวิตได้ (จริยา ตันติธรรม, 2547)

3. การรักษาพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนตลอดเวลา เนื่องจากอาการที่ไม่แน่นอนและมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว ไม่คงที่ ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่อยู่ในภาวะวิกฤตทำให้ต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด มีการเฝ้าติดตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็ก เช่น การติดตามสัญญาณชีพด้วยการติดอุปกรณ์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ และมีการวัดความดันโลหิตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจวัดอัตราการหายใจและรูปแบบการหายใจ (Smith & Browne, 1996; จริยา ตันติธรรม, 2547) เพื่อยกย่องการเปลี่ยนแปลงของเด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤตอย่างใกล้ชิด เมื่อพบมีอาการเปลี่ยนแปลงที่แสดงถึงการทำงานที่ผิดปกติของร่างกายต้องทำการช่วยเหลือเด็กป่วยอย่างรวดเร็ว และอาจมีการปรับเปลี่ยนเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ อาจมีการถอดหรือใส่เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ทางการแพทย์เพิ่มเติมตามอาการและการอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลงของเด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต ทำให้การพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลจึงมีการทำอย่างต่อเนื่องและบ่อยครั้ง (Curley, 1996)

4. การรักษาพยาบาลมีหลายวิธีร่วมกัน เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ การใส่สายยางให้อาหาร และมีเครื่องมืออุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ คิดที่ร่างกาย เช่น อุปกรณ์ที่ใช้ในการประเมินการทำงานของหัวใจ เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจ และติดตามการเปลี่ยนแปลงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ อุปกรณ์การวัดความดันโลหิต และสัญญาณชีพอื่นๆ อย่างต่อเนื่อง

สรุป เด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต คือ เด็กป่วยที่มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ติดต่อกันเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน ใน 1 ปี และมีลักษณะความเจ็บป่วยที่หนัก และมีความผิดปกติที่ซับซ้อน เด็กป่วยมักมีอาการที่รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคอย่างรวดเร็ว มีอาการไม่คงที่ อาการกลับไปมา บางครั้งมีอาการดีขึ้น ในระยะเวลาสั้นอาจมีอาการเลวลง หรือมีระบบในร่างกายล้มเหลวมากกว่า 1 ระบบขึ้นไป (อัจฉรา สัมบุญณานนท์, 2543)

หลักการรักษาพยาบาลเด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต

การรักษาและการพยาบาลเด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต อยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์และพยาบาลที่ผ่านการอบรมและมีความรู้ มีประสบการณ์ในการวินิจฉัย รักษา และมีทักษะในการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ที่มีเทคโนโลยีขั้นสูง มีความซับซ้อน รวมทั้งมีการทำงานร่วมกันเป็นทีมระหว่างสหสาขาวิชาชีพต่างๆ เมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก แพทย์ทำการซักประวัติจากผู้ปกครอง หรือผู้ที่มาส่งเด็กป่วย ตรวจร่างกายเด็กป่วยอย่างละเอียด และทำการส่งตัวอย่างสารคัดหลั่งจากร่างกายเพื่อนำไปตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประเมินการทำงานของอวัยวะ หรือระบบต่างๆ ในร่างกาย (สนธิ เรืองรองรัตน์, 2548) เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

ลักษณะการรักษาเมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักมีดังนี้

1. การรักษาในระบบทางเดินหายใจ

โรคที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว โรคปอดอักเสบ เป็นต้น เมื่อเด็กเจ็บป่วยด้วยภาวะวิกฤตในระบบทางเดินหายใจจะทำให้เด็กป่วยมีอาการหายใจเร็ว หรือมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนลดลงต้องให้การรักษาด้วยการให้ออกซิเจนทางหน้ากากออกซิเจน แต่ถ้าเด็กป่วยยังมีอาการหายใจลำบาก เหนื่อยมากขึ้น และมีอาการแสดงถึงภาวะการหายใจล้มเหลว แพทย์และพยาบาลจำเป็นต้องให้ทำการใส่ท่อช่วยหายใจที่ต่อกับเครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับปริมาณออกซิเจนที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และลดการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ และช่วยลดการกักตัวของคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย

2. การรักษาในระบบหัวใจและหลอดเลือด

โรคและภาวะที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะช็อก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทำการรักษาฟื้นฟูด้วยการให้สารน้ำ (volume resuscitation) ส่วนใหญ่ให้เมื่อเด็กป่วยมีความรุนแรงของโรคถึงขั้นเกิดภาวะช็อก ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่มาจากภาวะขาดน้ำ (hypovolemic) หรือติดเชื้อในร่างกาย (septicemia) จำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ รวมทั้งมีการประเมินการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิตด้วยการวัดความดันจากหลอดเลือดดำส่วนกลาง (central venous pressure, CVP) ร่วมกับการติดตามความดันโลหิตของร่างกายอย่างต่อเนื่องด้วยการวัดความดันโลหิตจากภายนอก ร่างกาย ในเด็กป่วย มีการใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินน้ำเข้า-ออกของร่างกาย และเป็นประโยชน์ในการประเมินการทำงานของไต นอกจากนี้ในเด็กป่วยเรื้อรังระยะวิกฤตที่มีปัญหาในระบบหัวใจและหลอดเลือดยังต้องการรักษาด้วยยากลุ่มที่เพิ่มการไหลเวียนของโลหิตด้วย

3. การรักษาในระบบทางเดินอาหาร

ปัญหาที่พบในระบบทางเดินอาหารเป็นปัญหาที่สัมพันธ์กับระบบอื่นๆ เช่น มีปัญหาด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบหายใจทำให้มีผลต่อระบบทางเดินอาหาร มีเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงไม่เพียงพอ เนื่องจากเด็กป่วยมีภาวะช็อกทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะในระบบทางเดินอาหารลดลง ทำให้ลำไส้มีการเคลื่อนไหวน้อย ส่วนปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้เด็กป่วยภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก เช่น โรคอุจจาระร่วงรุนแรง เด็กป่วยมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมาก แพทย์ให้การรักษาด้วยการให้ดื่มน้ำดอาหารทางปากทุกชนิด และสารอาหารทดแทนด้วยการให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ แพทย์พิจารณาให้ใส่สายยางให้อาหารผ่านทางจมูกหรือปาก จากนั้นประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหารด้วยการประเมินการเคลื่อนไหวลำไส้ เมื่อเด็กป่วยมีอาการดีขึ้น แพทย์พิจารณาเริ่มให้อาหารทางปากในปริมาณเล็กน้อย หลังจากนั้นประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหารโดยประเมินจากปริมาณอาหารที่เหลือจากการย่อย ประเมินการเคลื่อนไหวของลำไส้ เป็นต้น

4. การรักษาในระบบทางเดินปัสสาวะ

ปัญหาที่พบในระบบทางเดินปัสสาวะเกิดขึ้นเช่นเดียวกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินอาหาร คือ เมื่อเด็กป่วยภาวะวิกฤตอยู่ในภาวะช็อกทำให้เลือดไปเลี้ยงระบบทางเดินปัสสาวะน้อยลง ส่งผลให้เด็กป่วยมีปัสสาวะออกน้อย แพทย์จะพิจารณาให้ใส่สายสวนปัสสาวะ และประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออกอย่างน้อยทุก 1 ชั่วโมง ประเมินความถ่วงจำเพาะของน้ำปัสสาวะ หากน้ำปัสสาวะมีความถ่วงจำเพาะสูงเกิน 1.005-1.015 แพทย์จะพิจารณาปรับจำนวนการไหลของสารน้ำทางหลอดเลือดดำเพิ่มขึ้น เพื่อให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ในรายที่มีอาการหนักมากทำให้ไตไม่ทำงาน มีของเสียคั่งในร่างกาย เด็กป่วยมีอาการบวม แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาด้วยการ

ล้างไตโดยผ่านทางหน้าท้อง (peritoneal dialysis) ในผู้ป่วยเด็กบางรายที่ทำการรักษาด้วยการล้างไต โดยผ่านทางหน้าท้องเป็นระยะเวลานานเกิน 3-7 วัน ผู้ป่วยเด็กยังคงมีของเสียคั่งในร่างกายมาก แพทย์จะพิจารณาล้างไตด้วยการใช้เครื่องล้างไต โดยการนำเลือดที่มีของเสียคั่งออกมาฟอกนอก ร่างกายโดยผ่านเครื่องฟอกไต (hemodialysis) มักใช้กับผู้ป่วยเด็กที่ป่วยเป็นโรคไตระยะสุดท้าย ส่วนเด็กป่วยไตวายเฉียบพลันที่อยู่ในระยะวิกฤต เช่น ภาวะความดันเลือดไม่คงที่ ภาวะหายใจวายเฉียบพลัน ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะช็อก เป็นต้น แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาด้วยการฟอกเลือดโดยใช้เครื่องไตเทียม เพื่อทดแทนการทำงานของไตในด้านการกำจัดของเสียอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง (จิราภรณ์ ปิ่นอยู่ และกัลยพัทธ์ นิยมวิทย์, 2549)

5. การรักษาในระบบประสาท

เด็กป่วยภาวะวิกฤตที่มีปัญหาในระบบประสาทมักมีสาเหตุจากอาการชักอย่างต่อเนื่อง แพทย์ให้การรักษาดูแลด้วยการประเมินการทำงานของระบบประสาท ให้ยาควบคุมการชัก บางรายอาจติดเครื่องประเมินการทำงานของระบบประสาท เพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้เด็กป่วยมีอาการชัก บางรายอาจรักษาด้วยการผ่าตัด แพทย์จะพิจารณาทำการผ่าตัดในรายที่เนื้องอกในสมองและกดทับเนื้อสมอง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดอาการชัก

สรุปการรักษาเด็กป่วยเรื้อรังในระยะวิกฤต คือ เด็กป่วยที่มีความเจ็บป่วยของโรคเดิมที่เป็นอยู่ และมักจะมีภาวะแทรกซ้อนจากการล้มเหลวของระบบต่างๆ ในร่างกาย ได้แก่ ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินปัสสาวะ และระบบประสาท ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่มักพบบ่อยในผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะปอดอักเสบ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะช็อก และภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ซึ่งภาวะดังกล่าวนี้ส่งผลผู้ป่วยเด็กมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่เร่งด่วน ทันต่อภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยเด็กตลอดเวลา (รัตนสุดา ยศวงศ์รัสมิ, 2006) แพทย์และพยาบาลจะต้องประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด และให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด เร่งด่วน และต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการของโรคทรุดหนักลง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการดีขึ้น (Corbin, 2001)

การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจแก่เด็กป่วยในระยะวิกฤต

ระบบการหายใจ (respiratory system) เป็นระบบที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำรงชีวิต และมีหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ (gas exchange) โดยการนำออกซิเจนจากอากาศเข้าสู่ร่างกาย และขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกาย เพื่อที่จะรักษาระดับออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ (อรสา พันธุ์ภักดี, 2541) เมื่อมีความผิดปกติ

เกี่ยวกับการทำงานของระบบหายใจ หรือระบบอื่นๆ ที่มีผลต่อการหายใจ เช่น เกิดภาวะหายใจวาย ภาวะหยุดหายใจ ภาวะปอดอักเสบ ซึ่งภาวะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยเด็กมีการระบายอากาศและการแลกเปลี่ยนก๊าซเสียไป ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล, 2542) และจากการศึกษาของ Lowe และคณะ (2001) พบว่า ผู้ป่วยเด็กร้อยละ 95 % ที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ

ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) เป็นอุปกรณ์ที่ใช้สอดผ่านสายเสียงเข้าไปในหลอดลมคอ และเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ โดยท่อช่วยหายใจจะทำหน้าที่เป็นช่องทางสำหรับให้เครื่องช่วยหายใจดันอากาศเข้าสู่ปอดของผู้ป่วยเด็ก (สุนิต เกตุสุวรรณ, 2543; Shekleton & Nield, 1987) โดยมีข้อบ่งชี้ ดังนี้ (อักษร พุณนิดิพร, 2545)

1. เพื่อช่วยในการหายใจของผู้ป่วยเด็ก (ventilator support) ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กหยุดหายใจ หรือหายใจไม่เพียงพอจนเกิดภาวะพร่องออกซิเจน เช่น ผู้ป่วยเด็กโรคหืด ปอดอักเสบรุนแรง กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ศูนย์ควบคุมการหายใจถูกกดจากฤทธิ์ของยา หรือมีพยาธิสภาพที่สมอง โดยทำให้ผู้ป่วยมีการระบายอากาศให้เพียงพอ และมีระดับก๊าซในเลือดแดงที่เหมาะสม
2. เพื่อแก้ไขภาวะทางเดินหายใจอุดตัน ซึ่งอาจเกิดจากการสำลักสิ่งแปลกปลอม การมีก้อนท่อน้ำดีอุดตันทางเดินหายใจ มีการบวมของทางเดินหายใจเนื่องจากได้รับอุบัติเหตุบริเวณนั้น มีภาวะติดเชื้อหรือเกิดจากอาการแพ้อย่างรุนแรงและรวดเร็ว (anaphylaxis) เป็นต้น
3. เพื่อป้องกันการสำลักน้ำย่อย น้ำลาย เลือด สิ่งแปลกปลอม เศษเนื้อเยื่อ หรืออาหาร เข้าสู่ทางเดินหายใจในผู้ป่วยเด็กที่ไม่รู้สึกตัว หรือมีปฏิกิริยาตอบสนองไวต่อสิ่งกระตุ้นในทางเดินหายใจลดลง เช่น การได้รับยาระงับความรู้สึก การได้รับยากดประสาทเกินขนาด โดยท่อช่วยหายใจจะแยกทางเดินหายใจและหลอดอาหารออกจากกัน
4. เพื่อช่วยในการดูดเสมหะในผู้ป่วยเด็กที่มีเสมหะมากและไม่สามารถไอขับเสมหะได้
5. เพื่อเปิดทางเดินหายใจส่วนบนให้โล่ง
6. เพื่อการรักษา เช่น ลดระดับแรงดันก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดงผู้ป่วยที่มีความดันในกะโหลกศีรษะสูง
7. เพื่อการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด โดยท่อช่วยหายใจถือได้ว่าเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นมากสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการผ่าตัดใหญ่ด้วยการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย (Harkness Hood & Dincher, 1992) ทั้งยังเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยหายใจในระหว่างการผ่าตัด (Berman, Synder, Kozier, & Erb, 2002)

ข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

การใช้เครื่องช่วยหายใจมีข้อบ่งชี้หลักอยู่ 2 ข้อ คือ (จิตรรา จันชนะกิจ, 2541)

1. การระบายอากาศไม่เพียงพอ (inadequate ventilation) จากการหยุดหายใจหรือการระบายอากาศออกจากถุงลมปอดมีจำนวนต่ำกว่าปกติ (alveolar hypoventilation) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้แรงดันคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (PaO_2) เพิ่มขึ้น และระดับ pH ในเลือดลดลง เกิดภาวะเป็นกรดจากการหายใจในภาวะที่มีการระบายอากาศที่ไม่เหมาะสม

2. ภาวะเลือดพร่องออกซิเจน (hypoxemia) เป็นภาวะที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจเมื่อการให้ออกซิเจนที่มีอัตราการไหลสูงแล้วไม่ประสบความสำเร็จในการคงไว้ซึ่งระดับออกซิเจนในเลือดแดงที่ปกติ ดังนั้นผู้ป่วยเด็กจึงต้องได้รับเครื่องช่วยหายใจเพื่อช่วยเพิ่มระดับออกซิเจนในเลือดให้สูงขึ้น เพิ่มประสิทธิภาพในการระบายอากาศมากขึ้น กลไกการหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินใจที่จะเริ่มใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ (สุชาดา ศรีทิพย์วรรณ, 2547)

1. หายใจเร็วกว่าปกติ หรือช้ากว่าปกติตามเกณฑ์อายุของผู้ป่วยเด็ก
2. มีภาวะหยุดหายใจ (apnea)
3. หายใจแบบหิวอากาศ (air hunger)
4. เหลื่อนจนพูดไม่ได้ กินไม่ได้ หรือนอนไม่ได้
5. ผู้ป่วยเด็กมีค่าความดันออกซิเจน (PaO_2) ต่ำกว่า 60 มม.ปรอท หรือค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (SaO_2) ต่ำกว่า 90% ในขณะที่ได้รับออกซิเจนทางหน้ากากที่มีถุงสำรองอากาศ (mask with bag) มากกว่า 8-10 ลิตรต่อนาที หรือมีค่าความดันคาร์บอนไดออกไซด์ (PaCO_2) มากกว่า 50 มม.ปรอทร่วมด้วย

การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ (สุชาดา ศรีทิพย์วรรณ, 2547)

1. การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

1.1 ภายหลังผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจแล้ว ควรสังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอก ขณะใช้ถุงช่วยหายใจแบบใช้มือบีบ (ambu bag) ต่อกับท่อช่วยหายใจ และฟังเสียงหายใจที่ส่วนบนของทรวงอก และส่วนล่างบริเวณ axilla ทั้งสองข้าง

1.2 ใส่ oropharyngeal airway เพื่อป้องกันผู้ป่วยเด็กกัดท่อช่วยหายใจ

1.3 ปิดพลาสติกหรือเทปโดยรอบท่อกับมุมปาก หรือจมูกเพื่อป้องกันท่อเลื่อนจากตำแหน่งที่ใส่ หรือป้องกันท่อหลุด

1.4 เมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางของผู้ป่วยต้องฟังปอดใหม่ทุกครั้ง เพื่อเช็คตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ เพราะตำแหน่งเดิมของท่ออาจเลื่อนหรือหลุดออกมาได้

1.5 ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กใส่ท่อช่วยหายใจแบบมี cuff ควรใส่ลมเข้าไปใน cuff ตามที่กำหนด อย่าใส่มากหรือน้อยเกินไป เพราะหากใส่ลมมากเกินไปจะทำให้เกิดการกดทับเยื่อปอดจนหลุดออกมาได้ แต่หากใส่ลมน้อยเกินไปจะทำให้เกิดการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจได้ง่าย

1.6 การใส่ท่อช่วยหายใจมีโอกาที่ท่อช่วยหายใจจะพลาดเข้าสู่หลอดอาหาร ซึ่งจะทราบได้โดยการฟังเสียงปอดจะไม่ได้ยิน สังเกตว่ามีโป่งบริเวณกระเพาะอาหารขณะช่วยหายใจด้วยถุงช่วยหายใจแบบใช้มือบีบจะฟังได้เสียงลมในกระเพาะอาหาร ผู้ป่วยเด็กเกิดอาการเขียว ควรรีบถอดท่อเดิมออก และทำการใส่ท่อช่วยหายใจให้ผู้ป่วยเด็กใหม่อีกครั้ง จากนั้นควรดูดลมออกจากกระเพาะอาหาร

2. การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจ

2.1 การดูแลให้ความชื้นแก่ระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะทำให้อากาศที่ผ่านเข้าไปแห้งเนื่องจากไม่ผ่านแหล่งความชื้นในโพรงจมูก มีผลทำให้เยื่อทางเดินหายใจทำงานน้อยลงและเกิดการอักเสบได้ เสมหะที่ขับออกจะมีลักษณะแห้งเหนียว และทำให้การไอขับเสมหะออกเป็นไปได้น้อย จึงเกิดการอุดตันในทางเดินหายใจได้ง่าย ต้องตรวจดูให้ผู้ป่วยเด็กได้รับอากาศที่มีความชื้นอย่างเพียงพอ โดยดูแลให้มีน้ำอยู่ในภาชนะสำหรับทำความชื้นอย่างเพียงพอตลอดเวลา นอกจากนี้ต้องดูแลจัดน้ำที่ค้างอยู่ในสายที่เชื่อมต่อระหว่างเครื่องช่วยหายใจและผู้ป่วยเด็กด้วย เพื่อไม่ให้เกิดการอุดตันของทางผ่านอากาศ และป้องกันไม่ให้น้ำไหลเข้าไปในหลอดลม

2.2 การดูแลเสมหะ การใส่ท่อช่วยหายใจมีผลทำให้กลไกการป้องกันของทางเดินหายใจและปฏิกิริยาการไปเสียไป การทำงานของ cilia ในการขจัดสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจลดลง และทำให้มีการคั่งค้างของเสมหะในทางเดินหายใจมากขึ้น นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นควรดูแลดูดเสมหะเพื่อทำให้ทางเดินหายใจโล่งอยู่เสมอ แต่การดูดเสมหะต้องกระทำเมื่อจำเป็นเท่านั้น ไม่ใช่เป็นงานประจำที่ปฏิบัติทุก 1-2 ชั่วโมง ซึ่งอาการแสดงที่บ่งบอกถึงการมีเสมหะคั่ง ได้แก่ หายใจลำบาก ความดันในขณะหายใจเข้ามีค่าสูงขึ้น มีเสียงสัญญาณเตือนจากเครื่องช่วยหายใจ ฟังเสียงหายใจได้ยินเสียง rhonchi

2.3 การจัดทำผู้ป่วย ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าที่หายใจสะดวกที่สุด ท่ากึ่งหงายกึ่งตะแคง (semifowler) จะช่วยให้การระบายอากาศของปอดส่วนล่างมีการระบายอากาศได้ดีขึ้น

และควรเปลี่ยนท่านอนผู้ป่วยบ่อยๆ ตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย โดยการพลิกตะแคงตัวทุก 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้เสมหะไหลลงตามแรงดึงดูดของโลกจากส่วนล่างของปอดเข้ามาสู่ในท่อหลอดลมคอที่ทางแยกเข้าปอด เป็นการช่วยทำให้การระบายของอากาศในถุงลมดีขึ้น นอกจากนี้การจัดท่าระบายเสมหะ และการช่วยเคาะปอดวันละหลายๆ ครั้ง จะช่วยระบายเสมหะที่อยู่ในหลอดลมปอดส่วนลึกได้

2.4 การดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจะมีความกลัว และความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่ตนเป็นอยู่ และประกอบกับสภาพแวดล้อมที่มีเสียงรบกวนจากการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ เสียงการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ของเจ้าหน้าที่ ดังนั้นพยาบาล และเจ้าหน้าที่ต่างๆ จึงควรคำนึงถึงความต้องการการพักผ่อนของผู้ป่วยเด็กที่ต้องทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยลดสิ่งกระตุ้น และการรบกวนผู้ป่วยเด็กเกินความจำเป็น ก่อนให้การพยาบาลควรมีการวางแผนการพยาบาลเป็นอย่างดี และครบถ้วนเหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละราย

2.5 การดูแลให้สารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ ซึ่งภาวะขาดสารอาหารจะมีผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจเกี่ยวกับกลไกการระบายอากาศ กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ การสร้างสารเคลือบถุงลมปอด การทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน และการแลกเปลี่ยนของสารน้ำในปอด ดังนั้นจึงควรดูแลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

2.6 การดูแลด้านจิตสังคม ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจมักเกิดปัญหาที่กระทบทั้งด้านร่างกายและด้านอารมณ์ ซึ่งเกิดมาจากการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ การติดต่อสื่อสารที่บกพร่อง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่สามารถหายใจได้ด้วยตนเอง อยู่ในภาวะที่พึ่งพาผู้อื่นทั้งหมด ผู้ป่วยมักจะมี ความกลัวและวิตกกังวล เกิดอาการตกใจ ส่งผลให้เกิดการหายใจด้านการทำงานของเครื่องช่วยหายใจได้ ดังนั้นในการช่วยเหลือพยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยเด็กในกรณีที่เด็กไม่สามารถรับรู้ได้ด้วยตัวเองด้วยการให้ข้อมูล อธิบายความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ แนะนำวิธีการปฏิบัติตัวภายหลังใส่ท่อช่วยหายใจ ให้กำลังใจ และคอยให้ความช่วยเหลือ เปิดโอกาสให้ญาติได้มีโอกาสเข้าเยี่ยมและดูแลอย่างใกล้ชิด

ผลกระทบที่เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเด็ก และผู้ปกครอง

การที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตผู้ป่วยเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (Hudak, Gallo, & Morton, 1998) ทำให้ผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก และผู้ปกครอง เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่าง

เจ็บปวณ และต้องใช่อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทยที่หลากหลาย และการรักษามีความซับซ้อน ไม่ได้รับข้อมูลที่เพียงพอเนื่องจากมีการปรับเปลี่ยนการรักษาตลอดเวลาเพื่อให้ทันต่อสถานการณ์การเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ป่วยเด็ก และผู้ปกครองจึงไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจจะส่งผลในการรักษาของผู้ป่วยเด็กอย่างไร ประกอบกับการที่ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก ซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่ประกอบไปด้วยอุปกรณ์การแพทย เครื่องมือที่มีจำนวนมาก มีเสียงดังรบกวน บุคลากรทางการแพทยที่หลากหลายเกิดความไม่คุ้นเคย กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมที่ต้องเยี่ยมเป็นเวลา และหออภิบาลเป็นสถานที่เฉพาะไม่อนุญาตให้ญาติเฝ้าได้ ทำให้ผู้ป่วยเด็กพรากจากผู้ปกครอง และผู้ปกครองไม่ทราบวิธีการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงเกิดความกลัว ไม่แน่ใจ และมีความวิตกกังวล ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กได้จึงทำให้เกิดผลกระทบ ดังนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก

ด้านร่างกาย

1) ระบบหัวใจและหลอดเลือด การใช้เครื่องช่วยหายใจชนิดความดันบวกทำให้มีการเพิ่มความดันในระบบทางเดินหายใจและทรวงอกขณะหายใจเข้า ทำให้เลือดไหลกลับเข้าหัวใจลดลง เป็นผลให้มีปริมาตรเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาที (cardiac output) ลดลง และความดันโลหิตอาจต่ำกว่าปกติได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้ความดันบวกช่วงสุดท้ายของการหายใจออก (positive end expiratory pressure: PEEP) (ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล, 2542; จริยา ตันติธรรม, 2542; ชูศักดิ์ เวชแพทย, 2543; Noll, 1993; Hess & Branson, 2002) ซึ่งผลที่ตามมาคือ ทำให้อวัยวะสำคัญ เช่น ไต และสมองได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง

2) ระบบทางเดินหายใจ ผลกระทบสำคัญที่เกิดขึ้นในระบบทางเดินหายใจ มีดังนี้

2.1 อันตรายต่อหลอดลม เนื่องจากท่อช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ จุดประสงค์ของการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อเป็นช่องทางสำหรับให้เครื่องช่วยหายใจดันอากาศเข้าสู่ปอดของผู้ป่วยเด็ก (ประดิษฐ์ สมประกิจ, 2541; ชูศักดิ์ เวชแพทย, 2543; Shekleton & Nield, 1987) ในรายที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเวลานาน มักจะเกิดการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณทางเดินหายใจส่วนต้นและหลอดลม เป็นผลทำให้เกิดกล่องเสียงและหลอดลมบวม ซึ่งเกิดจากการที่ท่อช่วยหายใจจะมีกระเปาะลม (cuff) สำหรับใส่ลมเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจเป็นระบบปิด และช่วยป้องกันการสำลักเอาของเหลวจากกระเพาะอาหารเข้าสู่หลอดลม ในกรณีที่มีการใส่ลมในกระเปาะลมมากเกินไป ความดันในกระเปาะลมที่สูงจะกดทับเนื้อเยื่อหลอดลม ทำให้ไม่มีการไหลเวียนของหลอดเลือดฝอยที่มาเลี้ยงบริเวณหลอดลม ส่งผลให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อหลอดลมคอ (tracheal necrosis) และอาจเกิดการทะลุต่อกันของหลอดลม

และหลอดอาหาร (tracheoesophageal fistula) นอกจากนี้ยังอาจทำให้หลอดลมตีบแคบลงได้ (อรสา พันธุ์ภักดี, 2541; ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2543; Noll, 1993)

2.2 อันตรายต่อเนื้อปอด เครื่องช่วยหายใจอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บจากความดันกด (barotrauma) คือ ภาวะที่มีอากาศออกนอกถุงลมเพราะการเสียหายของปอด หรือปอดแตกจากการเปลี่ยนแปลงของความดันในปอดและช่องอก อากาศที่รั่วออกมารอบๆ ถุงลมนี้ เมื่อมีปริมาณมากขึ้นจะเข้าไปตามหลอดลมจนอาจแตกเข้าสู่เยื่อที่กั้นกลางช่องอก (mediastinum) ช่องช่องอก ช่องเยื่อหุ้มหัวใจ หรือชั้นใต้ผิวหนัง นอกจากนี้การเกิดลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) ถือได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญเกี่ยวกับการบาดเจ็บจากความดันกดที่อันตรายที่สุด มักพบในรายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่ตั้งความดันหรือปริมาตรสูงเกินไป ผู้ป่วยเด็กที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดจะมีอาการคือ ความดันโลหิตลดลง เบื่อ ความดันปอดหรือทางเดินหายใจในขณะหายใจเข้ามีค่าสูง เสี่ยงลมหายใจลดลง ในปอดข้างที่มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ภาวะดังกล่าวถ้าเกิดมากและไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (อรสา พันธุ์ภักดี, 2541; ชูศักดิ์ เวชแพทย์, 2543; Noll, 1993; Hess & Branson, 2002)

2.3 การติดเชื้อ โดยเฉพาะการเกิดปอดอักเสบ (pneumonia) ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลที่พบได้บ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิต โดยมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 20-50 (สมหวัง คำนชัชวิจิตร และอรรถ นานา, 2544) ปอดอักเสบพบได้มากในผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน (พรณทิพา ประยงค์พันธุ์, 2540) ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดปอดอักเสบ คือ การใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจจะทำให้กลไกการป้องกันตัว และการกำจัดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนถูกรบกวน กล่าวคือทำให้ปฏิกิริยาการไอเสียไป การทำงานของขนกวัดในทางเดินหายใจลดลง (อรสา พันธุ์ภักดี, 2541; Noll, 1993) การใส่ท่อช่วยหายใจจะกระตุ้นให้มีการหลั่งมูกในทางเดินหายใจมากขึ้น ทำให้เกิดการคั่งค้างของเสมหะ (วราภรณ์ สัตยวงศ์ และมุกดา สุวรรณโณมิตร, 2541) อีกทั้งท่อช่วยหายใจจะทำให้เยื่อในทางเดินหายใจถูกทำลายจากการเสียดสี ส่งผลให้เชื้อโรคจับกับทางเดินหายใจได้ง่าย (เฉลิม ลีวศรีสกุล, 2543) ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะมีโอกาสเกิดปอดอักเสบมากเป็น 4 เท่าของผู้ป่วยที่ไม่ได้ใส่ท่อช่วยหายใจ (สมหวัง คำนชัชวิจิตร และอรรถ นานา, 2544) ความเสี่ยงของการเกิดปอดอักเสบจะเพิ่มขึ้นภายหลังการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยความเสี่ยงดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ จากการศึกษาของ Blinkhorn (1998) พบว่าผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 10 วัน เสี่ยงต่อการเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อร้อยละ 6.5 อัตราเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 19 และ 28 หากผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน 20 และ 30 ตามลำดับ

2.4 ภาวะปอดแฟบ (atelectasis) เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีการให้ความเข้มข้นของออกซิเจนสูงเกินกว่าร้อยละ 50 ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับก๊าซไนโตรเจนเป็นส่วนประกอบน้อยหรือไม่มี ซึ่งก๊าซไนโตรเจนจะเป็นตัวช่วยที่สำคัญในการคงรูปร่างของถุงลม ดังนั้น เมื่อก๊าซไนโตรเจนมีน้อยลงหรือไม่มีเลย จึงส่งผลให้ถุงลมแฟบได้ง่าย (Noll, 1993) นอกจากนี้ยังเกิดจากการได้รับปริมาตรอากาศหายใจจากเครื่องช่วยหายใจในปริมาตรเดิมนานๆ ทำให้ปอดไม่ขยายตัว หรือได้รับปริมาตรอากาศหายใจน้อยกว่าปกติ การมีเสมหะอุดตันจากการที่ผู้ป่วยเด็กมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง รวมทั้งอาจเกิดจากเทคนิคการดูดเสมหะที่ไม่ถูกต้อง เช่น คูดนานเกินไป ใช้แรงในการดูดสูงเกินไป หรือสายดูดเสมหะมีขนาดใหญ่ (วารสาร สัตยวงศ์ และ มุกดา สุวรรณโณมิต, 2541)

3) ระบบทางเดินอาหาร

3.1 ภาวะท้องอืด อาจเกิดจากการกลืนอากาศเข้าไป หรือจากการใช้ถุงบีบลมเข้าปอดในขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้สามารถผ่านเข้าสู่ช่องท้องได้ นอกจากนี้การใช้เครื่องช่วยหายใจอาจทำให้มีลมในช่องท้องจากการแตกของถุงลม แล้วผ่านช่องอกมายังช่องท้อง (pneumoperitoneum) ประกอบกับการเคลื่อนไหวของร่างกายน้อยลง จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการท้องอืด ถ้าลมมีจำนวนมากจะทำให้ท้องอืดตึงและหายใจลำบากตามมา (อรสา พันธุ์ภักดี, 2541)

3.2 ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร พบว่าผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมีโอกาสเกิดเลือดออกในทางเดินอาหารได้ (ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2543; Noll, 1993) โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กอาการหนักที่มีภาวะผิดปกติของระบบทางเดินหายใจรุนแรง หรือในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานานเกิน 3-4 วัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการทำงานเพิ่มขึ้นของระบบประสาทซิมพาเทติก จากภาวะเครียด จากการใช้เครื่องมือ หรืออาจเกิดจากภาวะอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น เลือดมีภาวะเป็นกรด ภาวะขาดออกซิเจน เป็นต้น (อรสา พันธุ์ภักดี, 2541; จริยา ดันดิธรรม, 2542)

4) ไต เกิดจากการมีเลือดออกจากหัวใจลดลง หรือมีเลือดออกในทางเดินอาหาร ทำให้มีเลือดไปเลี้ยงไตลดลง มีผลกระตุ้นการตอบสนองของระบบเรนิน-แองจิโอเทนซิน (rennin-angiotensin aldosterone system) ทำให้หลั่งฮอร์โมนโดยเฉพาะหลั่งแอลโดสเตอโรนที่ไปเลี้ยงไตหดร่างกายจะมีการดูดโซเดียมและน้ำกลับมากขึ้น เพื่อเป็นการชดเชยปริมาณน้ำในร่างกาย นอกจากนี้ยังอาจเกิดภาวะน้ำเกินจากการเพิ่มการหลั่งฮอร์โมนด้านการจับน้ำจากร่างกายมากขึ้น และยังมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับค่าอิเล็กโทรไลต์ต่างๆ เช่น เกิดภาวะโพแทสเซียมและคลอไรด์ต่ำ ถ้าร่างกายไม่สามารถชดเชยได้เพียงพอ หรือไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะไตวายได้ (อรสา พันธุ์ภักดี, 2541)

5) ระบบประสาท การใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีการใช้ความดันบวกช่วงสุดท้ายใจออก (PEEP) จะมีผลเพิ่มความดันในหลอดเลือดดำบริเวณคอ (jugular venous) ซึ่งจะไปขัดขวางเลือดที่ไหลออกจากสมอง ทำให้ความดันในกะโหลกศีรษะสูงขึ้น (จริยา ตันติธรรม, 2542; ชูศักดิ์ เวชแพศย์, 2543)

6) ภาวะออกซิเจนเป็นพิษ (oxygen toxicity) อาจเกิดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่มีการให้ความเข้มข้นของออกซิเจนสูงเกินกว่าร้อยละ 50 และใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน (วารภรณ์ สัตยวงศ์ และมุกดา สุวรรณโณมิตร, 2541) ซึ่งพบว่าปอดจะเริ่มมีพยาธิสภาพเกิดขึ้นเมื่อให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงนานกว่า 48 ชั่วโมง อาการของออกซิเจนเป็นพิษจะมีอาการตั้งแต่เล็กน้อยๆ คือ มีการระคายเคืองหลอดลม ไอ เจ็บหน้าอก เหนื่อยหอบ จนถึงมากๆ เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome: ARDS) ได้ ถุงลมปอดแฟบ และมีพังพืด (fibrosis) เกิดขึ้น (อรสา พันธุ์ภักดี, 2541; จริยา ตันติธรรม, 2542)

ด้านจิตใจ อารมณ์

เมื่อผู้ป่วยเด็กที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยเด็กจะรู้สึกสูญเสียความเป็นอิสระ ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด อยู่ในสายตาของแพทย์และพยาบาลที่ต้องคอยระวังไม่ให้ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด และดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพอยู่ตลอดเวลา ผู้ป่วยเด็กมักมีอุปสรรคติดตัวเพื่อการรักษาและเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยเด็กบางรายมีความจำเป็นต้องผูกมัดไว้เพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจออก (Johnson, & Sexton, 1990) ในด้านการสื่อสารนั้นผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจจะมีความบกพร่องด้านการสื่อสาร ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ กิจกรรมที่ได้รับในแต่ละวันแตกต่างไปจากกิจกรรมที่เคยปฏิบัติ และเมื่อแยกจากผู้ปกครองทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความวิตกกังวล กลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ การใส่ท่อช่วยหายใจ และจากการถูกพรากจากผู้ปกครอง ซึ่งจะสังเกตได้จากผู้ป่วยเด็กจะร้องไห้ และหายใจด้านการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ (Bibian, & Stephen, 2005) นอกจากนี้จากการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก ทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามทั้งจากภายในและภายนอกที่ทำให้สภาพความมั่นคงของตนเอง และความสามารถในการควบคุมตัวเองถูกคุกคาม จากการศึกษาของ Bergbom-Engberg & Halamae (1989) ที่ทำการศึกษาประสบการณ์ของผู้ป่วยเด็กระหว่างการใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 158 ราย พบว่า ผู้ป่วยเด็กมีความวิตกกังวลในระหว่างการใส่เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 47 โดยความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน และความรู้สึกไม่ปลอดภัย

ด้านสังคม

เมื่อผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ จะทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ สื่อสาร และบอกความต้องการให้กับบุคคลอื่นได้ (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2547; Harfsteindbottir, 1996) ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ในบางรายอาจได้รับการผูกมัดเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุดของท่อช่วยหายใจ และการเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักทำให้ต้องพลัดพรากจากผู้ปกครอง พี่น้องและเพื่อน (Ball & Binder, 1995) ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการดูแลที่เฉพาะเจาะจงและซับซ้อน ต้องติดตามดูแลให้เครื่องช่วยหายใจทำงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพอยู่ตลอดเวลา และการดูแลต้องมีความเชี่ยวชาญ สามารถให้การดูแลรักษาได้ทันต่อเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงตามอาการของผู้ป่วยเด็กได้ จึงทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ และในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักมีข้อจำกัดของเวลาและการเข้าเยี่ยม ทำให้เด็กป่วยไม่มีโอกาสได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ปกครอง และบุคคลในครอบครัว ทำให้สัมพันธภาพกับบุคคลภายในครอบครัวต้องหยุดชะงัก ผลกระทบดังกล่าวอาจทำให้เด็กป่วยแสดงพฤติกรรมทางลบ เช่น พฤติกรรมถดถอย พังพาผู้อื่นมากขึ้น มีความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง ก้าวร้าว เป็นต้น ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านอารมณ์ และบุคลิกภาพในอนาคตของเด็กได้ (Lau, 2002)

2. ผลกระทบต่อผู้ปกครอง

ความเจ็บป่วยภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กทำให้ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นสาเหตุที่ทำให้มีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ปกครองที่มีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลบุตรและจากสาเหตุของความรักและผูกพันของผู้ปกครอง จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากความเจ็บป่วยที่มีผลต่อผู้ปกครองมีดังนี้

ด้านร่างกาย

ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ปกครอง เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ (Endacott, 1998; Tichy et al., 1988) ผู้ปกครองจะมีความเป็นห่วง และมีความต้องการอยู่เฝ้าเด็กป่วยตลอดเวลา (Kasper, & Nyamathi, 1988; Scott, 1998) แต่เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจค่อนข้างซับซ้อน ทำให้ผู้ปกครองไม่ได้ดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างเต็มที่ และกฎระเบียบของการเข้าเยี่ยมของหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักที่เป็นเวลาไม่สามารถอยู่เฝ้าผู้ป่วยเด็กได้ จึงทำให้ผู้ปกครองต้องหาที่พักที่อยู่ใกล้หออภิบาลผู้ป่วยมากที่สุด ซึ่งสถานที่เหล่านั้น

เป็นสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย ไม่มีความสุขสบายเหมือนบ้าน นอกจากนี้แล้วผู้ปกครองยังมีปัญหาด้านจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น มีผลต่อการพักผ่อนของผู้ปกครอง (Carey, 1999) จากการศึกษาของ Horn และ Tesh (2000) ศึกษาผลกระทบของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่าสมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการนอน จำนวนชั่วโมงในการนอนน้อยลง การเปลี่ยนแปลงของแบบแผน การรับประทานอาหารโดยรับประทานอาหารได้น้อยลง และลดจำนวนมือของการรับประทานอาหาร และมีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนของกิจวัตรประจำวัน

ด้านจิตใจอารมณ์

ความเจ็บป่วยของเด็กในครอบครัวโดยเฉพาะบุตร มีผลให้ผู้ปกครองเกิดปัญหาด้านจิตใจได้แก่ ความเครียด ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กป่วย (Scott, 1998) เกิดความวิตกกังวลจากการพรางจาก ทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดาที่มีหน้าที่ดูแลเด็กป่วย (Heuer, 1993; Turner, Tomlinson, & Harbaugh, 1990) จะรู้สึกไม่มีอำนาจในการดูแลเด็กป่วย เพราะตามปกติผู้ปกครองเป็นผู้ให้การดูแลเด็กทุกๆ ด้าน แต่เมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพเป็นผู้ทำหน้าที่แทน ผู้ปกครองจะรู้สึกต้องพึ่งบุคคลอื่นไม่สามารถช่วยเหลือเด็กป่วยได้ การศึกษาของ Kasper และ Nyamathi (1988) พบว่าการที่ผู้ปกครองไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดาทำให้เกิดความเครียดขึ้นกับผู้ปกครอง เด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักอย่างกะทันหัน ทำให้ผู้ปกครองจะมีความรู้สึกผิด กลัวบุตรจะได้รับการรักษาไม่ดีพอ กลัวบุตรได้รับความทุกข์ทรมาน (Melnyk, 1994)

ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว

1. สัมพันธภาพผู้ปกครองกับพี่น้องผู้ป่วยเด็ก เมื่อมีความเจ็บป่วยภาวะวิกฤตเกิดขึ้นในครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับผลกระทบ โดยเฉพาะครอบครัวที่มีบุตรหลายคน เมื่อมีบุตรคนหนึ่งเกิดความเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลทำให้พี่น้องเด็กป่วยรู้สึกว่าผู้ปกครองไม่สนใจ ทำให้เด็กรู้สึกทอดทิ้งให้อยู่กับญาติ การศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ (2543) ศึกษาผลกระทบของการที่บุตรป่วยและมีผลต่อครอบครัว พบว่า ผู้ปกครองต้องรับภาระดูแลเด็กป่วยและเฝ้าติดตามอาการของเด็กป่วย จนบางครั้งทำให้ไม่ได้ตอบสนองความต้องการของสมาชิกคนอื่นในครอบครัว

2. สัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง ความเจ็บป่วยภาวะวิกฤตขึ้นในครอบครัวบางครั้งทำให้เกิดอารมณ์ฉุนเฉียวได้ง่าย มีการทะเลาะกันระหว่างผู้ปกครองมีการกล่าวโทษกันว่าเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการหนัก และต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (Melnyk, 1994) รวมทั้งการที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเป็นเวลานานทำให้ขาดการสร้างสัมพันธภาพและความผูกพันระหว่างผู้ปกครองกับผู้ป่วยเด็ก (อรพณ บุญประกอบ, 2545)

ด้านเศรษฐกิจ

การที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้เครื่องช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักซึ่งมีค่าใช้จ่ายต่อวันสูง ซึ่งประกอบด้วย ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา ค่าอุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ ทำให้มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว และยังมีสาเหตุทำให้ผู้ปกครองต้องหยุดงานเพื่อมาเฝ้าดูแลผู้ป่วยเด็ก ทำให้ขาดรายได้ หรือรายได้ของครอบครัวลดลง และยังมีค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาล (Bowden, Dickey, & Greenberg, 1998; Carey, 1999)

สรุปผลกระทบที่เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจต่อเด็ก ได้แก่ ด้านร่างกาย ทำให้ระบบใดระบบหนึ่งหรือหลายระบบในร่างกายถูกคุกคาม และถูกทำลาย ความรุนแรงขึ้นอยู่กับลักษณะและความรุนแรงของโรค การรักษาพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ที่มีเทคโนโลยีขั้นสูงและซับซ้อนในการรักษา เจ้าหน้าที่บุคลากรทีมสุขภาพมีความเร่งรีบเพื่อให้การรักษาทันกับสภาพความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นตลอดเวลา ทำให้เด็กต้องพลัดพรากจากผู้ปกครอง พี่น้อง และเพื่อน ทำให้สัมพันธ์ภาพกับบุคคลภายในครอบครัวและสังคมลดลง และผลกระทบของการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยเด็กต่อผู้ปกครอง ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจและอารมณ์ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว มีผลต่อทั้งสัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครองกับพี่น้องเด็กป่วย และสัมพันธภาพระหว่างผู้ปกครอง ด้านเศรษฐกิจ การที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูง ดังนั้นความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กในภาวะวิกฤตนี้มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ปกครอง ส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มั่นคงต่อชีวิต มีผลให้ผู้ปกครองเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก และไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามมา

ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครอง

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลว่าตนไม่สามารถจัดประเภทหรือหมวดหมู่ของเหตุการณ์ได้ เนื่องจากมีข้อมูลไม่เพียงพอ ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น หรือมีความคาดหวังไม่เป็นไปตามที่เกิด บุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน (Mishel, 1988) แบ่งออกได้ 4 รูปแบบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) หมายถึง การที่บิดามารดาไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุมไม่สามารถวิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบของความเจ็บป่วยของบุตรได้ แหล่งกำเนิดความคลุมเครือที่สำคัญ คือลักษณะความเจ็บป่วยและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตร การรักษาที่บุตรได้รับทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเพราะบิดามารดาไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างการรักษาวิธีการหนึ่งกับวิธีการรักษาอื่นได้

2. ความไม่ชัดเจนในการอธิบายความเจ็บป่วย (lack of clarity) หมายถึง การได้รับคำอธิบายที่ไม่ครบถ้วน มีความเข้าใจในความเจ็บป่วยไม่เพียงพอ

3. การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (lack of information) หมายถึง การที่บิดามารดาไม่ได้รับการแลกเปลี่ยนข้อมูล หรือไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยในความเจ็บป่วยของบุตร จึงทำให้บิดามารดาไม่สามารถคาดเดาสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับเด็กป่วยในภายหน้าได้

4. การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค (unpredictability) หมายถึง การที่บิดามารดาไม่สามารถทำนายเหตุการณ์หรือผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยและการรักษาที่บุตรได้รับซึ่งเป็นผลมาจากความคลุมเครือในความเจ็บป่วยและการรักษาที่บุตรได้รับ

ความรู้สึกไม่แน่นอนสามารถลดลงได้ทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยอาศัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนดังนี้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

Mishel (1988) ได้กล่าวว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ 1. กรอบสิ่งกระตุ้น (stimuli frame) เป็นตัวแปรแรกที่เกิดขึ้นก่อน ซึ่งหมายถึง รูปแบบส่วนประกอบ และโครงสร้างของสิ่งกระตุ้นที่บุคคลรับรู้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ แบบแผนอาการแสดง (symptom pattern) ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (event familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ (event congruence)

1.1 แบบแผนอาการแสดง (symptom pattern) หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการที่แสดงออกมาให้บุคคลรับรู้ ซึ่งประเมินจากจำนวนครั้งที่เกิดอาการ ความรุนแรงของอาการ ความถี่ของการเกิดอาการ ระยะเวลาและตำแหน่งที่เกิดอาการ ถ้าแบบแผนของอาการแสดงมีความชัดเจนเป็นขั้นตอนและสม่ำเสมอ ทำให้บุคคลสามารถคาดการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในอนาคตได้ มีปัจจัยที่สามารถรบกวนกระบวนการที่ปกติของการประเมินอาการแสดง เช่น คุณลักษณะของสิ่งกระตุ้น ความถูกต้องของการประเมินอาการแสดง เมื่ออาการแสดงมีลักษณะของความไม่สม่ำเสมอในความรุนแรง ความถี่ ตำแหน่ง หรือระยะเวลา เช่น เกิดขึ้นในความเจ็บป่วยเรื้อรังระยะวิกฤต ระยะที่มีเฉียบพลันที่ไม่สามารถวิเคราะห์แบบแผนได้ อาการแสดงที่ไม่สม่ำเสมอ

ทำให้ไม่สามารถประเมินสภาพความเจ็บป่วยได้อย่างน่าเชื่อถือ ดังนั้นสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีอาการทรุดลง และมีความรุนแรงมากขึ้น มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนที่สูงขึ้นด้วย ผู้ป่วยที่มีลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีอาการแสดงไม่คงที่จะมีระดับความไม่แน่นอนสูงกว่าบุคคลที่มีลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีอาการคงที่ ไม่เปลี่ยนแปลง (Mishel, 1981)

1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ (event familiarity) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นปกติ เกิดขึ้นบ่อยๆ จนเกิดความเคยชิน หรือการเกิดขึ้นซ้ำหลายๆ ครั้งของสภาพแวดล้อมของการดูแลสุขภาพ และเหตุการณ์การที่เกิดขึ้นนี้สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ใหม่กับเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อนในอดีต ทำให้สามารถสร้างความชัดเจน และระบุความหมายในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ความแปลกใหม่และความซับซ้อนของเหตุการณ์ขัดขวางการสร้างความรู้ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ ประสบการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะสถานการณ์ใหม่ทำให้มีความคุ้นเคยน้อย เช่น การเข้ารับการรักษาในโรงเป็นพยาบาลเป็นครั้งแรก หรือการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รังสีรักษาหรือการรักษาอื่นๆ เป็นครั้งแรก Mishel (1981) กล่าวว่า บุคคลที่มีเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและมีความแปลกใหม่ของเหตุการณ์มีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนสูงกว่าบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ในความเจ็บป่วยมาก่อน

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ (event congruence) หมายถึง ความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่คาดหวังกับเหตุการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจริง ถ้ามีความสอดคล้องกันจะทำให้แปลความหมายของความเจ็บป่วยและทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ แต่ถ้าขาดความสอดคล้องจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น เช่น ผู้ป่วยที่ได้รังสีรักษามีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วซึ่งไม่สอดคล้องกับสิ่งที่คาดหวังไว้ ผู้ป่วยมักจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Mishel, 1981)

ทั้ง 3 องค์ประกอบของกรอบสิ่งกระตุ้น ได้รับอิทธิพลมาจาก 2 ตัวแปร ได้แก่ ความสามารถด้านสติปัญญาหรือการรับรู้ (cognitive capacity) และ 2. โครงสร้างของแหล่งให้การช่วยเหลือ (structure provider)

2. ความสามารถด้านสติปัญญาหรือการรับรู้ (cognitive capacity) คือ ความสามารถในการใช้สติปัญญา และความรู้ที่มีอยู่ในการประเมินเหตุการณ์หรือแปลข้อมูลที่รับรู้เพื่อพิจารณาและตัดสินใจของบุคคล การทำหน้าที่บกพร่องของสรีรวิทยาจะทำให้ความสามารถเหล่านี้ลดน้อยลง และมีผลต่อการรับรู้ แหล่งของความสนใจสามารถทำให้ลดลงได้โดยความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย ยาภาวะโภชนาการที่ไม่สมบูรณ์ เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย สิ่งที่เป็นอันตรายและสิ่งที่เกิดขึ้นภายในสรีรวิทยา คือ กิจกรรมของระบบประสาทอัตโนมัติ สามารถมีอิทธิพลต่อความสามารถเกี่ยวกับการรับรู้ และทำให้กิจกรรมการแก้ปัญหาลดน้อยลง

ความสามารถในการใช้สติปัญญานี้จะมีผลโดยตรงกับกรอบสิ่งเร้าโดยช่วยในการปรับความเข้าใจแบบแผนอาการแสดง เกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์และมีความคาดหวังใกล้เคียง หรือสอดคล้องกับเหตุการณ์จริง ซึ่งจะช่วยให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

3. โครงสร้างของแหล่งให้การช่วยเหลือ (structure provider) คือ แหล่งทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมายของกรอบสิ่งกระตุ้น องค์ประกอบที่ให้การช่วยเหลือทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงโดยตรงเมื่อผู้ป่วยพึ่งพาอาศัยขององค์ประกอบที่ให้การช่วยเหลือในการแปลความหมายของเหตุการณ์ การลดลงของความรู้สึกไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นโดยทางอ้อม เมื่อองค์ประกอบที่ให้การช่วยเหลือ ช่วยเหลือผู้ป่วยในการได้ข้อสรุปเกี่ยวกับแบบแผนของอาการแสดง ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ และความสอดคล้องของเหตุการณ์ องค์ประกอบที่ให้การช่วยเหลือ ได้แก่ การศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

3.1 การศึกษา (education) ในทางตรงการศึกษาช่วยให้บุคคลแปลความหมายของสิ่งเร้าได้ง่าย เมื่อบุคคลได้รับข้อมูล การศึกษาจะช่วยขยายความรู้เดิมหรือพื้นฐานความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยให้ชัดเจนเพิ่มขึ้น และเกิดความหมายมากขึ้น และในส่วนของทางอ้อมการศึกษาจะช่วยให้สามารถทำนายแบบแผนของอาการแสดง มีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ และความคาดหวังมีความสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง Mishel (1981) กล่าวว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะเข้าใจข้อมูลและรับรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และจากสื่อต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย

3.2 การสนับสนุนทางสังคม (social support) ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นแหล่งช่วยเหลือที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้โดยตรง โดยช่วยในการเชื่อมโยง แสวงหาข้อมูล ความคิดเห็น และประสบการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้ความคลุมเครือและความซับซ้อนที่รับรู้ลดน้อยลง มีความเข้าใจและแปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น ส่วนผลทางอ้อมการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยผ่านกรอบของสิ่งเร้าซึ่งทำให้คาดเดาเหตุการณ์ของความเจ็บป่วยได้ตรงกับความเป็นจริง

3.3 ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ (credible authority) ได้แก่ แพทย์และพยาบาล ทำให้ยอมรับและเชื่อฟังคำแนะนำต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัว ทั้งยังช่วยแปลความหมายอาการแสดงต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้โดยตรง และผลทางอ้อมทำให้เข้าใจและสามารถเข้าใจกรอบสิ่งเร้าได้ชัดเจนเพิ่มขึ้น จากการรับรู้ข้อมูลต่างๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้เกิดความคุ้นเคย และมีความคาดหวังตรงกับความเป็นจริง

การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนจะมีกระบวนการประเมิน 2 รูปแบบ คือ

1. การลงความเห็น (inference) เกิดจากผลสรุปของการรู้พื้นความรู้ที่จำแล้วนำมากำหนดลักษณะของบุคคลนั้นๆ ในเรื่องของความรู้ ประสบการณ์ทั่วไป และกระบวนการแก้ไขปัญหา

2. การสร้างความเชื่อใหม่ (illusion) ความรู้สึกนึกคิดตามรูปแบบของความเชื่อ ตามแนวคิดความปรารถนาของบุคคล

ซึ่งผลของการประเมินจะปรากฏใน 2 รูปแบบ คือ เป็นอันตรายหรือเป็นโอกาส ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นอันตราย จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินว่ากำลังจะเกิดอันตราย หรือความสูญเสียกับตนเอง เป็นเหตุการณ์ที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ได้อย่างชัดเจน ทำให้เกิดอาการวิตกกังวล บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะมีวิธีเผชิญปัญหาโดยมุ่งแก้ปัญหา และ/หรือจัดการกับอารมณ์ เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่วนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่ถูกประเมินว่าเป็นโอกาส จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์นั้นมีความรู้สึกไปในทางบวก แม้เหตุการณ์นั้นมีความน่าจะเป็นของเหตุการณ์ไปในทางลบก็ตาม บุคคลพอใจที่จะคงความรู้สึกไม่แน่นอนนั้นไว้ เพราะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความหวัง บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้จะมีวิธีเผชิญปัญหาโดยการยอมรับต่อสิ่งที่เกิดขึ้นแม้มีความรู้สึกไม่แน่นอน ดังแสดงในรูปที่ 1.1 (หน้า 8)

ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน มีอาการกำเริบของโรคเป็นพักๆ หรืออาจเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วได้ (Corbin, 2001) และเมื่อเด็กป่วยเรื้อรังมีอาการที่กำเริบจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะวิกฤต การเจ็บป่วยมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงจากโรคเดิมที่เป็นอยู่ ประกอบกับมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการล้มเหลวของระบบต่างๆ ในร่างกาย ส่งผลให้เด็กป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดงตลอดเวลา จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือชนิดพิเศษและทันสมัยที่มีความซับซ้อนของเครื่องมือทางการแพทย์ และเครื่องมือที่สำคัญในการช่วยชีวิตเด็กป่วยเรื้อรัง คือ ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจในเด็กป่วยเพื่อช่วยเหลือชีวิต ซึ่งในการดูแลจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละราย มีการติดตามอาการด้วยเครื่องบันทึกสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล และสหสาขาพร้อมๆ กัน การใส่ท่อช่วยหายใจในเด็กป่วยนั้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ประกอบกับการให้ข้อมูลที่เป็นศัพท์เทคนิคทางการแพทย์ สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก มีการเยี่ยมที่เป็นเวลาบิดามารดาไม่สามารถดูแล

ผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด ด้วยลักษณะดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยครองไม่เข้าใจเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น และถ้าไม่ได้รับความชัดเจนด้านข้อมูล ผู้ปกครองจะไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ได้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วย (Mishel, 1983) ทำให้บิดามารดาไม่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Mishel, 1981) จากการศึกษาของ รัตนสุตา ขวรงค์ศรี (2006) ศึกษาในบิดามารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 100 คน พบว่า บิดามารดากลุ่มเด็กป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องมือต่างๆ กับบุตร โดยเฉพาะในกลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรสูงกว่ากลุ่มที่บุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักและไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต แบ่งได้ 4 รูปแบบ

1. ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) คือ บิดามารดาเกิดความไม่เข้าใจหรือเข้าใจไม่ชัดเจนในเหตุการณ์ที่เด็กป่วยเรื้อรังได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ อาจเนื่องมาจากการใส่ท่อช่วยหายใจ และการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่มีความซับซ้อนในการดูแลและติดตามอาการของบุตร ซึ่งบิดามารดาไม่สามารถแบ่งแยก หรือแยกแยะได้ และเกิดความรู้สึกคลุมเครือว่าการใส่ท่อช่วยหายใจ และการใช้เครื่องช่วยหายใจจะสามารถช่วยรักษาเด็กป่วยให้อาการดีขึ้น หรือหายได้ (Lewandoski, 1980)

2. ความไม่ชัดเจนในการอธิบายความเจ็บป่วย (lack of clarify) คือ บิดามารดาได้รับการอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุ และความจำเป็นที่เด็กป่วยเรื้อรังต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจไม่ชัดเจน อาจเกิดจากขาดความสมบูรณ์ในการรับข้อมูล หรือเกิดจากการที่บุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติหน้าที่อย่างหนัก ทำให้ละเลยการให้ข้อมูลที่เพียงพอแก่บิดามารดา ความยากในการทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับอย่างชัดเจน (Gaw-Ens, 1994; Melnyk, 1994; Turner, et al.,1990) การสื่อสารถูกขัดขวาง ทั้งจากพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพที่มีหน้าที่การทำงานที่ย่งทำให้หลีกเลี่ยงการให้ข้อมูล หรือมีการให้ข้อมูลที่หลากหลาย ไม่ตรงประเด็นเกี่ยวกับเรื่องที่บิดามารดาต้องการ หรือมีการให้ข้อมูลที่แตกต่างกันระหว่างแพทย์และพยาบาล (Scott, 1998) ทำให้บิดามารดาไม่สามารถแปลความหมายและเข้าใจเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจ และการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจที่เด็กป่วยได้รับในแต่ละวันได้ จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน

3. ขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (lack of information) คือ บิดามารดาไม่ทราบข้อมูลอย่างเพียงพอเกี่ยวกับสาเหตุ และความจำเป็นที่เด็กป่วยเรื้อรังต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ขาดข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาพยาบาลที่เด็กป่วยเรื้อรังจะได้รับขณะที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ รวมทั้งไม่สามารถปฏิบัติตัวได้เหมาะสมเมื่อเด็กป่วยเรื้อรังได้รับการใส่ท่อช่วย

หายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือเมื่อเด็กป่วยเรื้อรังมีอาการ และอาการแสดงที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น (Kasper, & Nyamathi, 1988) ทำให้บิดามารดาไม่สามารถปรับตัว หรือเผชิญกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยที่เกิดขึ้นได้

4. ไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค (unpredictability) คือ บิดามารดาไม่สามารถคาดเดาอาการ และการพยากรณ์ของโรคเดิม และภาวะแทรกซ้อนที่เด็กป่วยเรื้อรังเผชิญในขณะนี้ได้ เนื่องจากในขณะที่เด็กป่วยเรื้อรังได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจยังคงมีอาการที่มีความรุนแรง มีอาการเปลี่ยนแปลงกลับไปมา อาจมีอาการดีขึ้นหรืออาจทรุดหนัก (จิริยา ดันดิธรรม, 2547) ประกอบกับบิดามารดาไม่มีความรู้ในการดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ บิดามารดาจึงไม่สามารถคาดเดาในสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ รู้สึกไม่แน่นอน กลัว วิตกกังวลในความสามารถของตนเองที่จะเข้าไปดูแลเด็กป่วยเรื้อรังขณะที่เด็กป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล (Mishal, 1988) ดังนั้นเมื่อบิดามารดามีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับปานกลางถึงสูง ทำให้บิดามารดามีความวิตกกังวลสูงด้วย จากการศึกษาของ Lamontagne, และ Pawlak (1990) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดสูงถึงร้อยละ 40 ของสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งหมด ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ปกครองมีปัญหาในการตัดสินใจ ประเมินสถานการณ์ไม่ได้ ขาดความสามารถในการแก้ปัญหา และจัดการกับอาการเจ็บป่วยของบุตร (Deatrick, Knaft, & Murphy-Moore, 1999)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีเพียงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กหนักความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองที่บุตรป่วยภาวะวิกฤต จากการศึกษาของ Patoomwan (2001) พบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งประสบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรตลอดเวลา โดยระดับความรู้สึกไม่แน่นอนจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงตามเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละช่วงระยะเวลาของการเจ็บป่วย ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนถ้ามากในระดับที่ไม่สามารถจะจัดการได้จะมีผลทำให้ผู้ปกครองเกิดความเครียด และจากการศึกษาของ Miles, Funk และ Kasper (1992) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลเด็กแรกเกิด (NICU) มีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับสูง และจากการศึกษาของ Woodgate และ Degner (2002) ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในเด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ปกครอง จำนวน 39 คน ซึ่งเป็นการศึกษาระยะยาว โดยการสัมภาษณ์และการสังเกต ผลการศึกษา

พบว่า เด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ปกครองทุกคนมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ปกครองต้องอยู่กับการไม่รู้ว่าอะไรจะเกิดขึ้น ไม่รู้จะคาดหวังอะไร เด็กจะมีชีวิตปกติได้หรือไม่ ครอบครัวจะจัดการอย่างไรกับการที่มีเด็กป่วยโรคมะเร็งในครอบครัว และการศึกษาของ Turner และคณะ (1990) ศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยเด็กหนัก พบว่า ความไม่คุ้นเคยกับการปฏิบัติตัวในโรงพยาบาล และความไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแล จะส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยเฉพาะในด้านสิ่งแวดล้อม ความเจ็บป่วย ผู้ดูแล และระบบครอบครัว ในประเทศไทยพบการศึกษาของ วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) ที่ทำการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษามะเร็งในหน่วยบำบัดพิเศษ พบว่ามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง ในระยะแรกของการเข้ารับการรักษ ซึ่งแบ่งรายด้านเรียงจากมากไปหาน้อยตามลำดับได้ดังนี้ เกิดความคลุมเครือ การขาดความชัดเจน การขาดการได้รับข้อมูล และความสามารถคาดการณ์ได้ และจากการศึกษาของ วิไล ลิสุวรรณ และคณะ (2536) การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหน่วยไอซียู พบว่าผู้ปกครองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ชีรรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, และ อัญชัญ เตชะวีรากร (2545) พบว่า มารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต มารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระดับสูง ในด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ระดับสูงที่สุด และจากการศึกษาของ รัตนสุดา ยศวงศ์รัศมี (2006) พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยหนักมีระดับสูง ซึ่งเรียงตามรายด้านได้ดังนี้ เกิดความคลุมเครือความสามารถคาดการณ์ได้ การขาดการได้รับข้อมูล และการขาดความชัดเจน ตามลำดับ จากการศึกษาของอารีรัตน์ แนวชาติ (2008) ศึกษาในบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยง จำนวน 100 คน พบว่า บิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับสูง ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์กับความเครียด และการเผชิญปัญหาด้านการจัดการอารมณ์ ($r = 0.3$ และ $r = 0.42$, $p < .01$ ตามลำดับ) กล่าวคือ เมื่อระดับความรู้สึกไม่แน่นอนสูง จะส่งผลให้บิดาเกิดความเครียด และใช้การเผชิญปัญหาด้านการจัดการอารมณ์มาก

สรุปความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต บิดามารดาอาจประเมินสถานการณ์การใส่ท่อช่วยหายใจว่าเป็นเหตุการณ์การเจ็บป่วยที่รุนแรงและบุตรอาจเสียชีวิตได้ ประกอบกับการที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยเด็กหนักส่วนใหญ่จะเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลจะทำงานอย่างเร่งด่วนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้ทันต่อ

เหตุการณ์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรแก่บิดามารดาจึงให้เพียงสั้นๆ และไม่ต่อเนื่อง ทำให้บิดามารดาได้รับข้อมูลไม่ชัดเจน เกิดความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ส่งผลให้บิดามารดาเด็กป่วยเกิดความเครียด และไม่สามารถเผชิญต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรได้อย่างเหมาะสม (Newton, 2000) ดังนั้นการช่วยเหลือบิดามารดาลดความรู้สึกไม่แน่นอนจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก เพื่อป้องกันผลด้านลบที่ตามมา การวางแผนการดูแล หรือการจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพและเป็นระบบ จำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน

การประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

มิเชล (Mishel, 1983) ได้พัฒนาแบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครอง (Parent Perception of Uncertainty Scale: PPUS) โดยปรับมาจากแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ปี ค.ศ. 1981 โดยศึกษาจากผู้ปกครองของเด็กที่อยู่ในโรงพยาบาลเด็กจำนวน 272 ราย กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการรักษาทางอายุรกรรมจำนวน 126 ราย ได้รับการรักษาทางศัลยกรรม จำนวน 96 ราย และกำลังได้รับการวินิจฉัยโรคจำนวน 50 ราย ผู้ปกครองมีความสามารถในการอ่านและเขียนภาษาอังกฤษ และเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลเด็กตั้งแต่วัยทารกถึง 19 ปี และมีความสามารถที่จะทำแบบประเมินได้สมบูรณ์ แบบประเมินที่ดัดแปลงแล้วมีทั้งหมด 31 ข้อ แบ่งเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะของความเจ็บป่วย (ambiguity) มี 13 ข้อ ความไม่ชัดเจนในคำอธิบายเกี่ยวกับสถานะของความเจ็บป่วย (lack of clarity) มี 9 ข้อ การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา (lack of information) มี 5 ข้อ และการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์ของโรค (unpredictability) มี 4 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าลิเคิต (likert scale) 5 ลำดับ จากเห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้ 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) กับบิดามารดา 347 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวมเท่ากับ .91 ความคลุมเครือเกี่ยวกับสถานะความเจ็บป่วยเท่ากับ .87 การขาดความชัดเจนในความหมาย และขาดความเข้าใจเนื้อหาเท่ากับ .81 การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาเท่ากับ .73 และการไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์โรคเท่ากับ .72

ต่อมามีผู้นำแบบประเมินนี้มาใช้ เช่น ซานตาโครส (Santacroce, 2001) ได้ดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองของมิเชล (Mishel, 1983) เพื่อใช้สำหรับ

ประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองที่อยู่ในช่วงที่เด็กป่วยได้รับการวินิจฉัยความเจ็บป่วยที่รุนแรง หลังพัฒนาเรียบร้อยแล้วได้เป็นแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองที่อยู่ในช่วงที่บุตรได้รับการวินิจฉัยโรค (Parent Perception of Scale-Diagnosis) ซึ่งมีทั้งหมด 24 ข้อ หากความเชื่อมั่นของแบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 ซานตาโครส (Santacroce, 2002) ได้นำมาประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองที่เพิ่งรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 15 ราย หากค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 สำหรับในประเทศไทย วิมลวัลย์ วโรพาร (2535) ได้แปลและดัดแปลงแบบประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองของมิเชล และนำมาศึกษาในกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษ จำนวน 80 ราย หากค่าความเชื่อได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 วิไล ลิสุวรรณ และคณะ (2536) นำมาประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหน่วยไอ.ซี.ยู จำนวน 80 ราย หากค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90 และรัตนสุดา ยศวงศ์ศรีสมิได้นำแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของวิมลวัลย์ วโรพาร มาปรับปรุงและนำไปใช้ประเมินกับผู้ปกครองเด็กป่วยที่ได้รับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโรงพยาบาล มหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 100 ราย หากค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของอัลฟาครอนบาคเท่ากับ .86

การศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ซึ่งดัดแปลงมาจาก Parent Perception of Uncertainty Scale (PPUS) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรของ Mishel (1983) เนื่องจากเป็นแบบสอบถามที่สามารถประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยที่ได้รับการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามกับผู้ปกครองเด็กป่วยที่ครอบคลุม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีเพียงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ป่วย และผู้ปกครองที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ดังนั้นในการทบทวนวรรณกรรมที่

เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้จะเน้นเฉพาะปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วย และผู้ปกครองที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาในหออภิบาล ดังต่อไปนี้

1. กรอบสิ่งกระตุ้น (stimuli frame)

1.1 การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร (Perception of the child's illness severity)

การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรเนื่องจากการรับรู้ความรุนแรงอธิบายถึงแบบแผนอาการแสดง (symptom pattern) ไว้ว่า เมื่อบุคคลมีอาการหรือความเจ็บป่วยที่แสดงออกมานั้นมีความรุนแรง บุคคลจะไม่สามารถมองเห็น และเข้าใจรูปแบบอาการนั้นได้อย่างชัดเจน ดังนั้นบุคคลจะรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยมาก ส่งผลให้บุคคลมีความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้น แต่หากบุคคลรับรู้อาการที่แสดงออกอย่างชัดเจน รู้แบบแผนของอาการ หรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น บุคคลจะเกิดความเข้าใจต่ออาการหรือความเจ็บป่วยนั้น สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นต่อไปได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง จึงสรุปได้ว่าระดับความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับความรู้สึกไม่แน่นอน (Mishel, 1988)

จากการทบทวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีการศึกษาของ Mishel (1983) ทำการศึกษาในผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 272 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ($r = 0.16, p < .004$) และจากการศึกษาของ Turner และคณะ (1990) ศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอน สอดคล้องกับการศึกษาของ McMillan (1991) ศึกษาในกลุ่มบิดามารดาเด็กป่วยที่ได้รับการบำบัดเจ็บที่ศีรษะ และย้ายออกจากไอซียู จำนวน 17 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = 0.53, p < .025$) แต่จากการศึกษาของรัตนสุดา ยศวงศ์รัสมิ (2006) ศึกษาในผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักจำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยไม่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก ($r = 0.08, p < .05$) นอกจากงานวิจัยที่เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ปกครองแล้ว ยังพบการศึกษาของสุมาพร บรรณสาร (2545) ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังจำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = .207, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา หลั่งนาค (2008) ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่

ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 150 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = 0.497, p > .05$) และจากการศึกษาของ Hilton (1994) ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง กลุ่มหญิงที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านมและรอผลการตรวจชิ้นเนื้อ กลุ่มผู้ป่วยที่ทำการเปลี่ยนถ่ายไต และผู้ป่วยที่รอการเปลี่ยนถ่ายไต พบว่า การรับรู้ความรุนแรงสามารถทำนายระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 21%

2. โครงสร้างแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (structure provider)

2.1 ระดับการศึกษา (education)

ระดับการศึกษาของผู้ปกครองเป็นสิ่งที่บอกพื้นฐานของความรู้ของบุคคล ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเข้าใจสิ่งต่างๆ ในลักษณะที่ควรจะเป็นทั้งในลักษณะทั่วไป และบริบทเฉพาะ ผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อยมีโอกาสที่จะขาดความเข้าใจในเหตุการณ์ ต้องการเวลามากในการทำ ความเข้าใจและให้ความหมายของเหตุการณ์นั้น รวมทั้งยังมีระยะเวลาในการเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นเวลานานกว่า และมีความเครียดสูงกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาสูง ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรู้สึกไม่แน่นอน กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจในข้อมูล การรับรู้โรค แผนการรักษาที่ได้รับดีกว่า และสามารถให้ความหมายต่อสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง มากกว่าผู้ที่ได้รับได้รับการศึกษาน้อย ส่งผลให้มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย (Mishel, 1988)

จากการศึกษาของวิลลวล์ วโรพาร (2535) พบว่า ระดับการศึกษามีผลทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล ($r = -0.35, p < .001$) และวิลโล ลีสวอร์ธ, วิลลวล์ วโรพาร และมาลี เลิศมาลีวงศ์ (2536) พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยชีว มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ชีระรังสิกุล และคณะ (2545) ศึกษาในมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดามีบุตรคลอดก่อนกำหนดที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด ในด้านการขาดข้อมูล ($r = -0.244, p < .05$) จากการศึกษาของรัตนสุดา ยศวงศ์ศรีศรี (2006) ศึกษาในผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักจำนวน 100 คน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอน ($r = -.309, p < .001$) และระดับการศึกษาสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักได้ร้อยละ 9.6 ($p < .05$) และจากการศึกษาของ การศึกษาของ Mcmillan (1991) ศึกษาในกลุ่มบิดามารดาเด็กป่วยที่ได้รับการบำบัดเจ็บที่ศีรษะ และย้ายออกจากไอซียู จำนวน 17 คน พบว่า ระดับ

การศึกษาของบิดามารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -0.44, p < .05$) นอกจากการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับระดับการศึกษาในผู้ปกครองเด็กป่วยแล้ว ยังพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ของระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับระดับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยอีกด้วย จากการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนทรรัตน์ และทิมาพร วงศ์หงส์กุล (2534) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะคอ และปากมดลูกที่มารับรังสีรักษา พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการศึกษา กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีระดับการศึกษาน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา หลั่งนาค (2008) ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 150 คน พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -0.206, p < .05$) และจากการศึกษาของ Christman และคณะ (1988) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยกลืนเนื้อหัวใจตายที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว 1 สัปดาห์ พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

2.2 การสนับสนุนทางสังคม (social support)

การสนับสนุนทางสังคมช่วยป้องกันความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะวิกฤตต่างๆ ของชีวิต โดยเป็นข้อมูลที่ช่วยในการให้ความหมายของเหตุการณ์ ความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในฐานะที่เป็นแหล่งของข้อมูล ความรู้ต่างๆ ทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบต่างๆ ช่วยลดระดับความรู้สึกไม่แน่นอน กล่าวคือ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรู้สึกไม่แน่นอน สอดคล้องกับการศึกษาของสุริภรณ์ สุวรรณโสด (2547) ศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำนวน 100 คน พบว่า ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม โดยมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ($r = -0.42, p < .01$) ด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ($r = -0.27, p < .01$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่าและด้านทรัพยากรพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้สึกไม่แน่นอน และจากการศึกษาของ รัตนสุตา ยศวงศ์รัศมี (2006) ศึกษาบิดามารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอภิบาลผู้ป่วยหนัก จำนวน 100 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ($r = -0.224, p < .05$) และพบว่าบิดามารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษานในหอภิบาลผู้ป่วยหนักต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด และจากการศึกษาของ บัณฑิตา นฤมาณเดชะ (2551) ศึกษาในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคเอส แอล อี จำนวน 90 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับ

ความรู้สึกไม่แน่นอน ($r = -0.746, p < .01$) และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -0.733, p < .01$) และจากการศึกษาของสุภาพร บุญกองรัตน์ (2551) และจุฑารัตน์ จงแก (2551) พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์จากแพทย์ หรือพยาบาลสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ปกครองได้นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ วัฒนา หลั่งนาค (2008) ศึกษาในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 150 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -0.240, p < .01$) จากการศึกษาของ Mitchell และ Courtney (2004) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในครอบครัวเด็กป่วยก่อนย้ายออกจากหอผู้ป่วยเด็กหนัก

ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกจึงศึกษาเฉพาะด้านการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารและด้านอารมณ์จากแพทย์ หรือพยาบาล เนื่องจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ผู้ปกครองมีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับต้นๆ ของความต้องการทั้งหมดของผู้ปกครอง โดยเฉพาะที่ได้รับจากกลุ่มแพทย์ หรือพยาบาล (ปริดา อุณเสียม, 2539; พวงเพชร ยั้ววัฒนพันธ์, 2540) และการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจจากแพทย์ หรือพยาบาลด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยให้บิดามารดาสามารถรับรู้ข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรได้ดีขึ้น (Richmond, & Craig, 1986)

2.3 ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ (credible authority)

ระดับความเชื่อมั่นและไว้วางใจที่บุคคลมีต่อบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ และพยาบาลซึ่งจะสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนในกรอบสิ่งกระตุ้นด้วยการหาสาเหตุของโรค และอาการที่จะเกิดตามมาแก่ผู้ป่วยหรือข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ วิธีการรับบริการ ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพจะช่วยลดความคลุมเครือและช่วยให้มองสถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ Clarke-Steffen (1993) การกระทำบทบาทหน้าที่ของครอบครัวภายใต้ความรู้ และความเชื่อถือและยอมรับที่จะได้รับข้อมูลทางสุขภาพของบุตรจากทีมสุขภาพจะช่วยให้ผู้ปกครองรู้สึกมั่นคง และมีความคาดหวังในการเจ็บป่วยของบุตรมากขึ้น และจากการศึกษาของ Mishel (1984) ที่ศึกษาถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและภาวะเครียดในผู้ป่วยที่รับไว้ในแผนกอายุรกรรม จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า การไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ จะทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑา ลิ้มทองกุล (2535) ที่ศึกษาความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และวิธีการเผชิญปัญหาขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม จำนวน 80 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่แพทย์ไม่ได้ให้ข้อมูล

เกี่ยวกับก่อนที่เด็คนม จะมีความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยด้านความคลุ้มเครือเกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยสูง และจากการศึกษาของ นิตยา โรจน์ทินกร (2536) พบว่า ผู้ป่วยที่มีความเชื่อถือในการให้บริการสุขภาพของแพทย์และพยาบาลที่ดีมากจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการรักษาพยาบาลขณะได้รับรังสีรักษา มีความเชื่อมั่นว่าการรักษานี้จะสามารถรักษาโรคได้ ทำให้ความคลุ้มเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง และจากการศึกษาของ และจากการศึกษาของ สุกัตรา ไกรโสภา (2538) พบว่า ความเชื่อถือและการยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และพบว่า ความเชื่อถือและการยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน และจากการศึกษาของเพ็ญภา พิสัยพันธุ์ (2542) ศึกษาในกลุ่มสตรีที่มีบุตรยากจำนวน 100 คน พบว่า ความเชื่อถือและการยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($r = -0.284, p < .01$) และจากการศึกษาของ Turner และคณะ (1990) พบว่า ความเชื่อถือและการยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอน จากการศึกษาคohen (1993) พบว่า ความเชื่อถือและการยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องยังไม่พบการศึกษาปัจจัยนี้กับระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ปกครองเด็กป่วย ดังนั้นในงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความเชื่อถือและการยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต โดยคาดหวังว่าหากบิดามารดามีความเชื่อถือและการยอมรับในการดูแลและการรักษาของบุคลากรทีมสุขภาพ คือ แพทย์ และพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก จะส่งผลให้บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง

โดยสรุปการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นโรคที่ต้องรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน มีอาการกำเริบของโรคเป็นพักๆ หรืออาจเสียชีวิตในเวลาอันรวดเร็วได้ (Corbin, 2001) และเมื่อผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังมีอาการที่กำเริบจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะวิกฤต และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคเรื้อรังจะมีการรับรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์ในขณะนั้นว่าการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึง ผู้ป่วยเด็กอยู่ในภาวะที่เป็นอันตราย และหมดหวังในทางรักษา (ศิริรัตน์ เชาวรัตน์, 2535; Bergbom-Engberg & Halamae, 1989) จากเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้ปกครองเกิดความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่มั่นคงต่อชีวิต มีผลให้ผู้ปกครองเกิดความเครียด รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก และไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมตามมา จากการ

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และจากประสบการณ์การทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก 2 (PRCU) โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ในสถานการณ์ที่บุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ บิดามารดามักจะประเมินว่าเป็นสถานการณ์ในขณะนั้นว่ามีความรุนแรง และการรักษาที่ผู้ป่วยเด็ก ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนข้างมีความซับซ้อน จากเหตุการณ์ดังกล่าวนี้ บิดามารดาจะรับรู้ได้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในชีวิตของตนมาก ไม่สามารถคาดเดาอาการเจ็บป่วยของบุตรที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ประกอบกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีการทำงานที่เร่งรีบเพื่อให้การรักษาพยาบาลทันกับสภาพความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย จึงให้ได้เพียงระยะเวลาสั้นๆ ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร มีความวิตกกังวล และไม่สามารถที่จะปรับตัวได้เหมาะสมต่อสถานการณ์ที่บุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจได้ ดังนั้นเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบด้านลบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต โดยศึกษาปัจจัยดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลซึ่งมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กและบิดามารดามากที่สุดได้เข้าใจ ตระหนัก และเล็งเห็นถึงความสำคัญในการหาแนวทางการดูแลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน และป้องกันการเกิดผลกระทบด้านลบที่ตามมาจากรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษารั้้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บิดา หรือมารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรก ที่ผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 3 เดือน – 15 ปี และเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักของโรงพยาบาลศิริราช การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

บิดา หรือมารดา

1. เป็นบุคคลหลักในการรับผิดชอบดูแลเด็กป่วยเรื้อรังมาตลอด ทั้งในภาวะที่เด็กเป็นปกติหรือมีความเจ็บป่วย

2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

3. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

ผู้ป่วยเด็ก

1. ผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเลือด โรคหัวใจ โรคไต และโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน (autoimmune disorder)

2. ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรกเนื่องจากระบบต่างๆ ในร่างกายล้มเหลว หรือได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน การใส่ท่อช่วยหายใจครั้งนี้ไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน

3. ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 3 วัน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาในอดีตที่มีความใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การศึกษาของ รัตนสุดา ยศวงศ์ศรี (2006) ที่ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาต่อ ความเจ็บป่วยของบุตรที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล ซึ่งปัจจัยที่ รัตนสุดา ยศวงศ์ศรี ได้ศึกษาก็ เป็นคนละชุดกับปัจจัยที่ผู้วิจัยสนใจจะศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้น การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาครั้งนี้จะใช้วิธีคำนวณจาก อัตราส่วนของตัวแปรทำนายต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (ratio of predictor variables to total number of cases) แทนการใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Polit & Beck, 2004) ซึ่ง Tabanick & Fidell (2000) ได้กำหนดไว้ว่า ในการวิเคราะห์ด้วยสถิติ simultaneous regression หรือ hierarchical regression จำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อย 20 คนต่อ หนึ่งตัวแปรทำนาย ในการศึกษาครั้งนี้ซึ่งมีจำนวนตัวแปรทำนายที่สนใจศึกษาทั้งสิ้น 4 ตัวแปร จำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงควรมีอย่างน้อย 80 คน

ในช่วงระยะเวลาการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เชิญชวนผู้มีคุณสมบัติเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 คน แต่มีผู้ปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย 3 คน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เท่ากับ 80 คน

แหล่งเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำที่หออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก 2 แห่ง โรงพยาบาลศิริราช ได้แก่ หออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก (PICU) และหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักด้านการหายใจ (PRCU) ซึ่ง แต่ละหน่วยมีรายละเอียดดังนี้

1. หออภิบาลผู้ป่วยเด็กมนตรี ตูจินดา (PICU) มีเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 7 เตียง เวลาในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 ช่วงเวลา คือ เวลา 10.00 – 12.00 น., 14.00 – 15.00 น. และ 17.00 – 19.30 น.

2. หออภิบาลผู้ป่วยเด็ก 2 (PRCU) มีเตียงสำหรับรองรับผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 6 เตียง เวลา ในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลา คือ เวลา 11.00 – 13.00 น. และ 17.00 – 20.00 น.

กรณีผู้ป่วยแรกรับแพทย์และพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กทั้งสองแห่งได้ให้ข้อมูล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร กฎระเบียบของการเข้าเยี่ยม และการปฏิบัติตนก่อนและหลังการเข้า เยี่ยม ถ้าบิดามารดามีข้อสงสัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร เช่น อาการและอาการแสดง การรักษา แพทย์และพยาบาลสามารถให้ข้อมูลได้เป็นรายบุคคล

ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กมีภาวะฉุกเฉินมีเหตุจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ แพทย์ และพยาบาลจะดำเนินการใส่ท่อช่วยหายใจทันทีเพื่อช่วยผู้ป่วยให้พ้นภาวะวิกฤต และดำเนินการ

ติดต่อผู้ปกครอง ซึ่งแพทย์จะดำเนินการแจ้งเกี่ยวกับสาเหตุและความจำเป็นของการใส่ท่อช่วยหายใจ ผลที่ได้รับจากการใส่ท่อช่วยหายใจ อาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ให้ทราบในลำดับต่อมา พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ซักถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษครั้งนี้ ประกอบด้วย (ภาคผนวก ก)

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย เพศ อายุ สาเหตุของการใส่ท่อช่วยหายใจ และระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว

2. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา แบบสอบถามนี้ดัดแปลงมาจาก Parent's Perception of Uncertainty Scale (PPUS) ของ Mishel (1983) มีทั้งหมด 31 ข้อ สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตัดออก 3 ข้อ เนื่องจากข้อความมีสาระซ้ำซ้อนกันเองกับข้อคำถาม 28 ข้อที่เหลือ และผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามเพื่อให้มีความเหมาะสมสำหรับบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงเพียงบางส่วน และยังคงสาระเดิมของแบบสอบถามต้นฉบับ ซึ่งในการดัดแปลงครั้งนี้ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจาก Mishel ภายหลังการดัดแปลงผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลเด็กป่วยและญาติที่ได้รับการรักษาในระยะวิกฤตเป็นผู้ตรวจสอบ ภายหลังการตรวจสอบคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) เท่ากับ 1

แบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ ซึ่งครอบคลุมความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตทั้ง 4 รูปแบบ คือ

- ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (ambiguity) มี 8 ข้อ คือ 1, 2, 3, 4, 13, 18, 20 และ 25
- ความไม่ชัดเจนในการอธิบายความเจ็บป่วย (lack of clarity) มี 5 ข้อ คือ 10, 14, 16, 21 และ 24

- การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (lack of information) มี 8 ข้อ คือ 5, 6, 9, 12, 17, 26, 27 และ 28

- การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค (unpredictability) มี 7 ข้อ คือ 7, 8, 11, 15, 19, 22 และ 23

ลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวเป็นอย่างมาก

เห็นด้วย หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าว

ไม่เห็นด้วย หมายถึง มีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความดังกล่าว

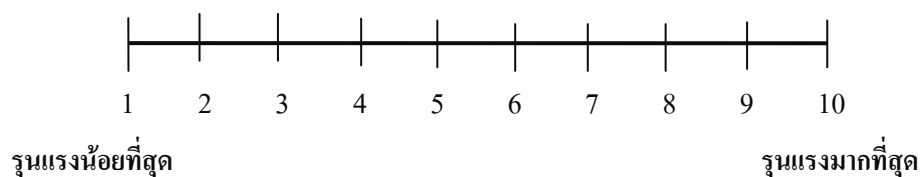
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง มีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความดังกล่าวเป็นอย่างมาก

ข้อคำถามที่มีความหมายด้านลบมีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6, 9, 11, 19, 23, 27, และ 28 และข้อคำถามที่มีความหมายด้านบวกมีจำนวน 21 ข้อ โดยมีเกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนน ดังนี้

	ข้อคำถามด้านลบ (คะแนน)	ข้อคำถามด้านบวก (คะแนน)
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4
เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1

พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 28 – 112 คะแนน การแปลผล คือ บิดามารดาที่ได้คะแนนรวมสูง หมายถึง บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในระดับสูง ส่วนบิดามารดาที่ได้คะแนนรวมต่ำ หมายถึง บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในระดับต่ำ

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร (Perception of the child's illness severity scale) สร้างโดย Mishel (1983) แปลโดย รัตนสุดา ยศวงศ์รัศมี (2006) แบบวัดนี้ต้องการทราบถึงการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรเมื่อบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีจำนวน 1 ข้อ (single item) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) ตั้งแต่ 1 (รุนแรงน้อยที่สุด) ถึง 10 (รุนแรงมากที่สุด) โดยมีลักษณะดังนี้



4. แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ แบบสอบถามนี้สร้างโดยผู้วิจัย ซึ่งโครงสร้างของคำถาม สร้างจากนิยามของความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ หมายถึง ทศนคติ ความเชื่อ ความไว้วางใจ และความคาดหวังของบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อคุณภาพและความสามารถในการดูแลเด็กป่วยของบุคลากรทีมสุขภาพ (Mishel, 1988) และวรรณกรรมเครื่องมือที่วัดตัวแปรเดียวกัน (เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์, 2542) มีจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวในระดับมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวในระดับมาก
เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยพอๆ กัน	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวระดับปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	มีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความดังกล่าว

ข้อคำถามเป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด โดยมีเกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 4 - 20 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนรวมสูง แสดงว่า บิดามารดามีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพระดับสูง ถ้าคะแนนรวมต่ำ แสดงว่า บิดามารดาไม่มีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพระดับต่ำ

5. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดของ House (1981) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามนี้ถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจากแพทย์และพยาบาล ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ คือ

- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 – 9 และ 15
- การสนับสนุนด้านอารมณ์ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 10 – 14

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ดังนี้

เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความจริงที่ท่านได้รับมากที่สุด
เป็นจริงส่วนมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความจริงที่ท่านได้รับเป็นส่วนใหญ่
เป็นจริงปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความจริงที่ท่านได้รับปานกลาง
เป็นจริงน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความจริงที่ท่านได้รับเล็กน้อย
ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือตรงกับความจริงที่ท่านได้รับเลย

ข้อคำถามเป็นข้อความที่มีความหมายด้านบวกทั้งหมด โดยมีเกณฑ์พิจารณาในการให้คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นจริงเลย จนถึง 5 คะแนน หมายถึง เป็นจริงมากที่สุด

พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 5-75 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนรวมสูง หมายถึง บิดามารดาได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับสูง ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง บิดามารดาได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity)

การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้งหมด ได้แก่ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ไปหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบ (ภาคผนวก ข) ดังนี้

1. อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลเด็ก 2 คน
2. พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กป่วยวิกฤต 1 คน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงด้านภาษา เนื้อหา เพื่อให้มีความเหมาะสมทางด้านภาษา และความชัดเจนตรงตามเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว ผู้วิจัยได้ปรับปรุง และแก้ไขตามข้อเสนอแนะแล้ว จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ปกครองเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน นำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง ดังนี้

- แบบสอบถามความรู้สึกลึกซึ้งไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73
- แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91
- แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาของบุตรแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พึงพอใจหรือต้องการยุติการเข้าร่วมวิจัย สามารถขอยกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล และข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอโดยภาพรวม และไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุล หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมในการวิจัยจึงให้ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. หลังจากผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว (ภาคผนวก ค) ผู้วิจัยดำเนินการขอหนังสือแนะนำตัวจาก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช และแพทย์หัวหน้าภาควิชากุมารเวชศาสตร์ เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ภายหลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ และหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยเด็กทั้ง 2 แห่ง คือ หออภิบาลผู้ป่วยเด็กมนตรีนุรักษ์ (PICU) และหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก 2 (PRCU) ของโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขอความร่วมมือและชี้แจงรายละเอียด ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองทั้งหมดที่หออภิบาลผู้ป่วยเด็กทั้ง 2 แห่ง ของโรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนกันยายน 2554 โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

4.1 พยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยเด็กทั้ง 2 แห่ง แจ้งเรื่องการศึกษาวิจัย และสอบถามความสนใจในการเข้าร่วมวิจัยกับบิดา หรือมารดาที่มีคุณสมบัติเป็นกลุ่มตัวอย่าง ถ้าหากมีบิดา หรือมารดาที่สนใจ พยาบาลจะแจ้งให้ผู้วิจัยทราบถึงวัน เวลาที่นัดหมายกับบิดา หรือมารดา

4.2 ผู้วิจัยพบบิดา หรือมารดาตามวัน เวลาที่ได้นัดหมายที่บริเวณหน้าหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยแนะนำตัวเองกับบิดา หรือมารดาเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และในกรณีที่บิดามารดาเป็นผู้ดูแลหลักทั้งคู่ ผู้วิจัยจะให้บิดามารดาเป็นผู้ตัดสินใจว่าใครจะเป็นผู้ให้ข้อมูล

4.3 เมื่อบิดา หรือมารดายินยอมได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งในห้องที่จัดไว้ เพื่อให้มีความเป็นส่วนตัว

4.4 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จากนั้นให้แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง อธิบายขั้นตอนการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองตามลำดับ ดังนี้ (1) ตอบแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร (2) แบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา (3) แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ รวมระยะเวลาในการสัมภาษณ์ และตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 50 นาที

4.5 หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งมอบของที่ระลึก เพื่อขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ตามหลักการทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก บิดามารดา และตัวแปรที่ศึกษา
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนาย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของระดับการศึกษาของบิดามารดา การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา เด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 80 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ บิดา หรือมารดาเด็กป่วยเรื้อรังอายุระหว่าง 3 เดือน – 15 ปี ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรก และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลศิริราช โดยผลการวิจัยจะเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
2. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา
3. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา
4. ผลการทดสอบสมมติฐาน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา

ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดามารดาเด็กป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต จำนวน 80 ราย ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับเด็กป่วย คือ เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 72.5 กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 19 – 52 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 34.08 ปี ($SD = 7.49$) และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.3 มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 68.7 มีการศึกษาโดยเฉลี่ย 13.27 ปี ($SD = 3.48$) จบระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.8 ส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท คิดเป็นร้อยละ 47.5 รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน 17,852.50 บาท ($SD = 10,309.57$) โดยส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,000 – 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 43.7 ดังแสดงในตารางที่ 4.1

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของบิดามารดาจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 80)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก		
บิดา	22	27.5
มารดา	58	72.5
อายุ (ปี)		
18 – 30	23	28.7
31 – 40	45	56.3
41 – 50	10	12.5
50 ปีขึ้นไป	2	2.5
($\bar{x}$ = 34.08, SD = 7.49, range = 19-52, median = 33.5, mode = 32)		
สถานภาพสมรส		
คู่	55	68.7
หม้าย	9	11.3
หย่า/แยกกันอยู่	16	20.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	10.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	5.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	22	27.5
อนุปริญญา/ปวศ.	10	12.5
ปริญญาตรี	35	43.8
ปริญญาโท	1	1.2
($\bar{x}$ = 13.27 , SD = 3.48, range = 4-18, median = 14, mode = 16)		

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของบิดามารดาจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 80) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
เกษตรกรรวม	8	10.0
แม่บ้าน	15	18.8
พนักงานบริษัท	38	47.5
ค้าขาย	4	5.0
ธุรกิจส่วนตัว	6	7.5
รับราชการ	9	11.3
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)		
≤ 5,000	3	3.7
5,001 – 15,000	35	43.7
15,001 – 25,000	23	28.7
25,001 – 35,000	14	17.6
มากกว่า 35,000 ขึ้นไป	5	6.3
($\bar{x}$ = 17,852.50, SD = 10,309.57, range = 2,000-46,000, median = 18,000 , mode = 30,000)		

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

เด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตที่มีบิดามารดาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 80 ราย พบว่ามีจำนวนเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 3 เดือน ถึง 180 เดือน (15 ปี) โดยมีอายุเฉลี่ย 51.39 เดือน ($SD = 49.24$) โดยอยู่ในกลุ่มอายุ 1 -36 เดือนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.5 และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55.0) เป็นบุตรคนแรกของครอบครัว มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบเลือด (hematologic disease) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.2 มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 3 – 60 เดือน หรือเฉลี่ย 14.38 เดือน ($SD = 14.51$) ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักด้วยโรคทางพันธุกรรม และมีโรคร่วม (genetics disease with comorbidity) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 22.5 และสาเหตุที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องมาจากภาวะปอดอักเสบมากที่สุด (pneumonia) คิดเป็นร้อยละ 46.3 มีระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 1.86 วัน ($SD = 0.76$) และส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักเป็นครั้งแรก คิดเป็นร้อยละ 63.8 ดังแสดงในตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยเด็กจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล ($n = 80$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	50.0
หญิง	40	50.0
อายุ (เดือน)		
1 – 36	42	52.5
>36 – 72	13	16.3
>72 – 108	11	13.7
>108 – 144	11	13.7
>144 – 180	3	3.8
($\bar{x} = 51.39$, $SD = 49.24$, range = 4-160, median = 30, mode = 4)		

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยเด็กจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 80) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ลำดับการเกิด		
ลำดับที่ 1	44	55.0
ลำดับที่ 2	25	31.3
ลำดับที่ 3	10	12.5
ลำดับที่ 4	1	1.2
โรคประจำตัว		
Genetics disease	12	15.0
Cardiovascular disease	9	11.2
Neuromuscular disease	13	16.2
Urinary disease	7	8.7
Respiratory disease	3	3.8
Gastrointestinal disease	5	6.3
Hematologic disease	17	21.2
Endocrinologic disease	3	3.7
Immunologic disease	4	5.0
Genetics disease and Cardiovascular disease	5	6.3
Genetics disease and Hematologic disease	1	1.3
Cardiovascular disease and Neuromuscular disease	1	1.3
ระยะเวลาเจ็บป่วย (เดือน)		
1 – 20	59	73.7
21 – 40	16	20.0
41 – 60	5	6.3
($\bar{x}$ = 14.38, SD = 14.51, range = 3-60, median = 8, mode = 8)		

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยเด็กจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 80) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
การวินิจฉัยโรคเมื่อเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก		
Cardiovascular disease	4	5.0
Neuromuscular disease	5	6.3
Urinary disease	2	2.4
Respiratory disease	3	3.7
Hematologic disease	7	8.7
Genetics disease with comorbidity	18	22.5
Cardiovascular disease with comorbidity	7	8.8
Neuromuscular disease with comorbidity	10	12.5
Urinary disease with comorbidity	5	6.2
Respiratory disease with comorbidity	14	17.6
Gastrointestinal disease with comorbidity	3	3.7
Hematologic disease with comorbidity	2	2.6
สาเหตุที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ		
Respiratory failure	8	10.0
Pneumonia	37	46.3
Congestive heart failure	7	8.8
Renal failure	3	3.8
Sepsis	15	18.8
Seizure	10	12.5

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยเด็กจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
(n = 80) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของการใส่ท่อช่วยหายใจ		
1 วัน	30	37.5
2 วัน	31	38.8
3 วัน	19	23.8
($\bar{X} = 1.86$, SD = 0.76, range = 1-3, median = 2, mode = 2)		
จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก		
1 ครั้ง	51	63.8
2 ครั้ง	15	18.8
3 ครั้ง	11	13.7
4 ครั้ง	3	3.7
($\bar{X} = 1.58$, SD = 0.86, range = 1-4, median = 1, mode = 1)		

ส่วนที่ 2 ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรที่ผู้วิจัยศึกษา คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดา การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ซึ่งลักษณะของตัวแปรที่ศึกษานำเสนอด้วยค่าสถิติพรรณนา คือ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.3 พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้สึกไม่แน่นอนของบุตร การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 80)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้จริง	$\bar{X}$	SD
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดา	28 – 112	62 – 90	77.26	5.82
การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร	0 – 10	5 – 10	8.25	1.07
ระดับการศึกษาของบิดามารดา	0 – 18	4 – 18	13.27	3.48
ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ	4 – 20	12 – 20	17.27	2.27
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์	5 – 75	47 – 75	61.01	5.74
1) ด้านข้อมูล	5 – 50	30 – 50	39.11	4.19
2) ด้านอารมณ์	5 – 25	17 – 25	21.90	2.09

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ($r = .57, p < .001$) ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ($r = -.40, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ($r = -.55, p < .001$) ส่วนระดับการศึกษาของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.04, p = .68$) ดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (n=80)

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1.การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร	1.00				
2.ระดับการศึกษาของบิดามารดา	.11	1.00			
3.ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ	-.28*	-.19	1.00		
4.การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์	-.37**	-.04	.73**	1.00	
5.ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดา	.57**	-.04	-.40**	-.55**	1.00

* $p < .05$, ** $p < .001$

ส่วนที่ 4 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย : ปัจจัยเรื่องการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

จากการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression) ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นมาแล้ว (ภาคผนวก จ) ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ร้อยละ 47.5 ($R^2 = .475$, $F_{(4, 75)} = 16.960$, $p < .001$)

ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ($\beta = .443$, $t = 4.881$, $p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ($\beta = -.364$, $t = -2.817$, $p = .006$)

ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ คือ ระดับการศึกษาของบิดามารดา ($\beta = -.116$, $t = -1.331$, $p = .187$) และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ($\beta = -.035$, $t = -.275$, $p = .784$) ดังแสดงในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression) ในการทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต (n=80)

ลำดับ	ตัวแปร	b	SE	β	t	p-value
1	การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร	2.404	.493	.443	4.881	< .001
2	การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์	-.369	.131	-.364	-2.817	0.006
3	ระดับการศึกษาของบิดามารดา	-.194	.146	-.116	-1.331	.187
4	ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพ	-.089	.325	-.035	-.275	.784
Constant = 84.066, $R^2 = .475$, $F_{(4, 75)} = 16.960$, $p < .001$						

บทที่ 5

อภิปรายผล

วิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

จากผลการศึกษานี้ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ร้อยละ 47.5 ($R^2 = .475$, $F_{(4, 75)} = 16.960$, $p < .001$) (ตารางที่ 4.5) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ คือ ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร

จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .57$, $p < .01$) (ตารางที่ 4.4) และเป็นปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ($\beta = .443$, $t = 4.881$, $p < .001$) (ตารางที่ 4.5) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในอดีตที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก และ

มีอาการแสดงอยู่ในระยะวิกฤต (Turner, Tomlinson & Harbaugh, 1990; Stewart & Mishel, 2000; McMillan, 1991) ซึ่งพบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครอง กล่าวคือ เมื่อผู้ปกครองมีการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยมาก ผู้ปกครองจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรมากตามไปด้วย

เมื่อเด็กป่วยเรื้อรังมีอาการกำเริบจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะวิกฤต มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงจากโรคเดิมที่เป็นอยู่ ประกอบกับมีภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดการล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจจนต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ถึงแม้การใส่ท่อช่วยหายใจจะส่งผลดีต่อตัวเด็กป่วยโดยตรงในด้านการรักษา แต่การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจก็ยากที่จะหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อเด็กป่วย และเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตตามมาด้วย จากการศึกษาของ Shapiro, Anderson, และ Bartlett (2000) พบว่า เด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30 – 60 โดยเฉพาะในช่วง 1 – 3 วันแรกของการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นช่วงที่เด็กมักมีอาการไม่คงที่ อาการเปลี่ยนแปลงไปมาตลอดเวลา บางครั้งมีอาการดีขึ้น ในระยะเวลาสั้นอาจมีอาการเลวลง ในระยะนี้เด็กป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และรับแรงจากบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อให้ทันต่อสภาพความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การใส่ท่อช่วยหายใจของเด็กป่วยในครั้งแรกนี้เป็นสถานการณ์ฉุกเฉิน และไม่มีการวางแผนมาก่อน ภายหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจเด็กป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จากที่เคยพูดคุยโต้ตอบกับบิดามารดาได้กลับต้องนอนนิ่งเนื่องจากได้รับยาสลบ บิดามารดาไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับบุตรของตน ไม่สามารถรับรู้แบบแผนอาการความเจ็บป่วยของบุตรที่จะเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าอาการแสดงนั้นไม่มีความสม่ำเสมอ มีความถี่และอาการหนักมากขึ้น สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่อาจส่งผลต่อชีวิตเด็กป่วยได้ ส่งผลให้บิดามารดารับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ว่ามีความรุนแรง บิดามารดาไม่รู้ว่าจะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ได้อย่างไร ไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้บิดามารดาไม่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ทำการศึกษาในกลุ่มบิดามารดาเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก กล่าวว่า บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ บุตรจะได้รับการวางยาสลบ สิ่งที่น่าทึ่งต่อหน้า คือ บุตรมีอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม บิดามารดาไม่รู้ว่าจัดการ หรือดูแลบุตรอย่างไร (Shudy, et al., 2006) บิดามารดาไม่เคยพบเห็นเหตุการณ์เช่นนี้มาก่อน รู้สึกว่าเป็นประสบการณ์ที่เลวร้าย รับรู้ได้ว่าการเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนี้มีความรุนแรง เต็มไปด้วยความรู้สึกกลัว และไม่สามารถคาดหวังกับความเจ็บป่วยของบุตรที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตร (Gillis & Reddick, 2006; Ames, Rennick & Baillargeon, 2011)

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์

จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.55, p < .001$) (ตารางที่ 4.4) และเป็นปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.364, t = -2.817, p < .01$) (ตารางที่ 4.5) หมายความว่า เมื่อบิดามารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์จากแพทย์และพยาบาล จะส่งผลให้บิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง

ขณะที่เด็กป่วยเรื้อรังได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตจะได้รับการรักษาพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในการดูแลจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละราย มีการติดตามอาการด้วยเครื่องบันทึกสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล การใส่ท่อช่วยหายใจในเด็กป่วยนั้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ลักษณะดังกล่าวทำให้บิดามารดาไม่เข้าใจเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น บิดามารดาเกิดความกลัว รู้สึกถึงความไม่มั่นคงต่อชีวิตของบุตร เนื่องจากรับรู้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึงการหมดหวังในทางรักษา (ศิริรัตน์ เชาวรัตน์, 2535; Bergbom-Engberg, & Haljamae, 1989) ประกอบกับเจ้าหน้าที่บุคลากรทีมสุขภาพมีความเร่งรีบเพื่อให้การรักษาทันกับสภาพความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ และบางครั้งมีการสื่อสารกันด้วยศัพท์เทคนิคที่บิดามารดาไม่เข้าใจและไม่กล้าถาม ส่งผลให้ขาดความสมบูรณ์ในการให้และการรับข้อมูล เกิดความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร (Gaw-Eng, 1994; Melnyk, 2002) บิดามารดาไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยได้ ในช่วงนี้บิดามารดาต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลเป็นอย่างมาก

นอกจากความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลแล้ว บิดามารดายังต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วย เพราะช่วยทำให้บิดามารดาลดความวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองได้รับความเอาใจใส่เห็นอกเห็นใจ เกิดความไว้วางใจ และความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ดีขึ้น (Richmond & Craig, 1986) ทำให้บิดามารดาเข้าใจในแบบแผนอาการแสดง สามารถแปลความหมายของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง (Mishel & Clayton, 2003)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า เมื่อบุตรที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล บิดามารดาจะรู้สึกว่าสิ่งแวดล้อมที่ปรากฏต่อหน้านั้นเป็นสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน แต่เมื่อบิดามารดาได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรอย่างเฉพาะเจาะจง สอดคล้องกับสิ่งที่บิดามารดาต้องการทราบ ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรก็จะ

ลดลง มีความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร
ลดลง (McKim, 1993; Brazy, Anderson, Becker & Becker, 2001) นอกจากความต้องการการ
สนับสนุนด้านข้อมูลแล้วยังพบว่า บิดามารดาต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด
(Mcmillan, 1991; รัตนสุดา ยศวงศ์ศรีศรี, 2006)

ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ
บิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ คือ ระดับการศึกษาของบิดา
มารดา ($\beta = -.116, t = -1.331, p > .05$) และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ($\beta = -.035, t = -.275, p > .05$) (ตาราง 4.5) ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

ระดับการศึกษาของบิดามารดา

จากผลการวิจัยพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดา
มารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.04, p = .68$) (ตารางที่ 4.4) และไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่
ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ($\beta = -.116, t = -1.331, p = .187$) (ตารางที่ 4.5) นั่นคือ
ระดับการศึกษาของบิดามารดาไม่มีผลกระทบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดา
มารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

จากผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 43.8) ซึ่งถือได้ว่ามีระดับการศึกษาสูง มีความสามารถในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ความ
เจ็บป่วยของบุตร มีทักษะในการสื่อสารและการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรได้ แต่
เนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วยในขณะนี้ ซึ่งเป็นเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วย
หายใจเป็นครั้งแรก และส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 63.8) ด้วยเช่นกัน อีกทั้งอาการของเด็กป่วยในช่วง 1-3 วันแรกเป็นช่วงที่มีอาการไม่คงที่ มีอาการ
เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากสถานการณ์ดังกล่าวบิดามารดาที่มีความไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
บิดามารดาไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม และไม่สามารถ
คาดการณ์ผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน สอดคล้องกับ
การศึกษาของ อาทิตยา วงอุปปา (2551) ที่ศึกษาในบิดามารดาของเด็กป่วยระยะวิกฤต ขณะรับ
การรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ถึงแม้ว่าบิดามารดาที่มีการศึกษาสูง คือ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือ
สูงกว่า ก็ยังมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร มีความรู้สึกเครียด และวิตกกังวลสูง

อาจเนื่องมาจากการมีระดับการศึกษาสูง ก็ย่อมมีหลายบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ อีกทั้งบุตรที่รับการรักษาในโรงพยาบาลยังอยู่ในระยะวิกฤต มีอาการไม่คงที่ บิดามารดาไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้ตลอดเวลา ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนสูงตามไปด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มบิดามารดาเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และเด็กป่วยที่มีอาการไม่คงที่ (Pyke-Grimm, Stewart, Kelly & Degner, 2006) พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมปลาย แต่กลับพบว่า บิดามารดาที่มีความไม่เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีความคลุมเครือต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของบุตร เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนี้

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีของ Mishel (1988) ที่กล่าวว่า บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจในข้อมูล การรับรู้โรค แบบแผนการรักษาที่ได้รับ และสามารถให้ความหมายต่อสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง มากกว่าบุคคลที่ได้รับได้รับการศึกษาน้อย ส่งผลให้มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่าบุคคลที่ได้รับได้รับการศึกษาน้อย อาจเนื่องมาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ฉุกเฉิน ความต้อชีวิตของเด็กป่วย ไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้ามาก่อน ประกอบกับเจ้าหน้าที่มีความเร่งรีบในการรักษาของเด็กป่วย ทำให้ขาดความสมบูรณ์ในการให้และรับข้อมูล บางครั้งมีการใช้ศัพท์เทคนิค บิดามารดาอาจเกิดความรู้สึกไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ประกอบกับวัฒนธรรมของคนไทยที่ส่วนใหญ่มักฝ่ายรับข้อมูลมากกว่าการเป็นฝ่ายซักถามข้อมูล (สุภาพร บุญทองรัตน์, 2551) ดังนั้นถึงแม้ว่าบิดามารดาจะมีระดับการศึกษาสูงหรือไม่ก็ตาม ย่อมเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนไม่แตกต่างกัน เป็นผลให้ระดับการศึกษาของบิดามารดาไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในกรณีที่บุตรมีภาวะวิกฤตสูง

ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพ

จากผลการวิจัย พบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดา ($r = -.40, p < .01$) สอดคล้องกับทฤษฎีของ Mishel (1988) ที่กล่าวไว้ว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพจะช่วยลดความคลุมเครือ และช่วยให้วิเคราะห์สถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง อธิบายได้ว่า การที่บิดามารดาที่มีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพนั้นเป็นทัศนคติ ความเชื่อ ความไว้วางใจ และความคาดหวังของบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อคุณภาพและความสามารถในการดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจของบุคลากรทีมสุขภาพ

บิดามารดาแม้จะไม่เข้าใจในสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรกของบุตร แต่เมื่อมีความมั่นใจในระบบบริการ เกิดความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพมากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรก็จะลดลง ดังที่พบในการศึกษาของกลุ่มบิดามารดาของเด็กป่วยระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก (Turner, et al., 1990; Cohen, 1993) พบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร แต่เมื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายกลับพบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาได้ และเป็นที่น่าสังเกตว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์สูงมาก ($r = 0.73, p < .01$) ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่า ความแปรปรวนของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ถูกอธิบายโดยการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์มากกว่าความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ จึงทำให้ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาของเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ร้อยละ 47.5 และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ แต่อย่างไรก็ตาม ในการแปลผลการวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้องตระหนักถึงอิทธิพลของระยะเวลาเจ็บป่วยอาจมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต เพราะระยะเวลาในความเจ็บป่วย จะช่วยให้บิดามารดาเกิดความคุ้นเคยกับเหตุการณ์การเจ็บป่วยของบุตร สามารถเชื่อมโยงเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นใหม่กับเหตุการณ์ในอดีต ทำให้สามารถสร้างความชัดเจนต่อเหตุการณ์ ยอมรับในเหตุการณ์ต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นได้ และสามารถคาดเดาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้นำตัวแปรนี้มาศึกษา

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ประชากรที่ศึกษา คือ บิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 80 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และผ่านการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือจากบิดามารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร = 0.73 แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ = 0.91 และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ = 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับ ดังนี้

1. สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก บิดามารดา และตัวแปรที่ศึกษา
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)
3. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนาย โดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression)

สรุปผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของเด็กป่วย มีอายุระหว่าง 19 – 52 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด และส่วนใหญ่มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน 17,852.50 บาท

2. ลักษณะทั่วไปของเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 3 เดือน – 180 เดือน (15 ปี) และมากกว่าครึ่งเป็นบุตรคนแรกของครอบครัว มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบเลือด (hematologic disease) มากที่สุด ระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 3 – 60 เดือน หรือเฉลี่ย 14.38 เดือน เด็กป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักด้วยโรคทางพันธุกรรม และมีโรคร่วม (genetics disease with comorbidity) ส่วนสาเหตุที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องมาจากภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) มากที่สุด มีระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 1.86 วัน และส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักเป็นครั้งแรก

3. จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วย ($r = .57, p < .001$) ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ($r = -.40, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ($r = -.55, p < .001$) ส่วนระดับการศึกษาของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.04, p = .68$)

4. จากการทดสอบอำนาจในการทำนาย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ร้อยละ 47.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ($\beta = .443, t = 4.881, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ($\beta = -.364, t = -2.817, p = .006$)

ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดา เด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ คือ ระดับการศึกษาของบิดามารดา ($\beta = -.116, t = -1.331, p = .187$) และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ($\beta = -.035, t = -.275, p = .784$)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

เนื่องจากในปัจจุบันเจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลในลักษณะที่ต่างคนต่างให้ไม่ได้ทำการบันทึกใดๆ เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่บิดามารดา ทำให้เกิดการซ้ำซ้อน หรือความไม่ครบถ้วนของข้อมูล และอาจยังเพิ่มความวิตกกังวลในความเจ็บป่วยของบุตรมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้ยังทำให้เห็นถึงความสำคัญ และการพัฒนารูปแบบกิจกรรมของการให้ข้อมูลว่าจะต้องมีความครอบคลุม มีแบบแผน และเป็นระบบ สอดคล้องกับความต้องการของแต่ละครอบครัว หรือผู้ป่วยแต่ละคน

นอกจากนี้ควรมีสื่อ หรือเอกสารที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ วิธีการรักษาและการดูแล ผลดี และผลเสียที่เด็กป่วยจะได้รับจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้บิดามารดามีความเข้าใจในสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรมากขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ สามารถทำควบคู่ไปกับการให้ข้อมูล โดยการสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจ ความเอาใจใส่ ความปรารถนาดี ยินดีตอบข้อซักถามของบิดามารดา และเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งรับฟังอย่างตั้งใจ

ด้านการวิจัย

1. ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มแบบสะดวก (convenience sampling) และศึกษาในเฉพาะกลุ่มบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรกในโรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความหลากหลาย ไม่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดี ในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาจากหลากหลายแหล่งข้อมูล และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
ในระยะวิกฤต

FACTORS INFLUENCING PARENTS' UNCERTAINTY IN ILLNESS OF CHRONICALLY
ILL CHILDREN WITH INTUBATION

ภัทรนุช ภูมิพาน 5236555 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: ฟองคำ ติลกสกุลชัย, Ph.D. (NURSING), ทศนี ประสพกิตติคุณ,
Ph.D. (NURSING), กวีวรรณ ลิ้มประยูร, พ.บ., ว.ว. (กุมารเวชศาสตร์)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ความเจ็บป่วยเรื้อรังในเด็ก เป็นภาวะความเจ็บป่วยที่ส่งผลกระทบระยะยาว และมีอันตรายต่อร่างกาย โดยส่งผลกระทบต่อการทำงานทางสรีรวิทยาของระบบต่างๆ และอาจรวมถึงลักษณะรูปร่างภายนอกที่เปลี่ยนแปลงไป ด้วยผลของการเปลี่ยนแปลงนี้ทำให้ร่างกายไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติหรือมีความพิการเกิดขึ้น และการพยากรณ์โรคจะแตกต่างกันออกไปตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย กล่าวคือ ตั้งแต่เด็กป่วยเรื้อรังมีชีวิตเหมือนคนปกติ มีช่วงที่อาการกำเริบมีอาการของโรคเป็นๆ หายๆ มีช่วงเวลาของความเจ็บป่วยเรื้อรังที่รุนแรงจนกระทั่งเข้าสู่ระยะวิกฤต และอาจเสียชีวิตได้ เด็กป่วยเรื้อรังในระยะที่เข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือระยะที่ถูกคุกคามต่อชีวิตการเจ็บป่วยของเด็กป่วยมักมีอาการที่รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินของโรคอย่างรวดเร็ว มีอาการไม่คงที่ อาการกลับไปมา บางครั้งมีอาการดีขึ้น ในระยะเวลาสั้นอาจมีอาการเลวลง หรือมีระบบในร่างกายล้มเหลวมากกว่า 1 ระบบขึ้นไป (อัจฉรา สัมบุญณานนท์, 2543)

ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะหัวใจล้มเหลว และภาวะปอดอักเสบ เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในเด็กป่วยเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก ภาวะดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพราะการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจช่วยให้การระบายอากาศในถุงลม และการกระจายอากาศในปอด

ดีขึ้น ทำให้เกิดผลดีต่อผู้ป่วยในด้านการรักษา (ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล, 2542) แต่การใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจก็ยากที่จะหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการของโรคเดิมทรุดหนักลง และเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตตามมาด้วย จากการศึกษาของ Shapiro, Anderson, และ Bartlett (2000) พบว่า เด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30 - 60 นอกจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยเด็กแล้ว ภาวะดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครอง ซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและดูแลผู้ป่วย บ่อยครั้งที่มักพบว่าผู้ปกครองเด็กป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมักจะเกิดความกลัว ไม่มั่นคงต่อชีวิต เนื่องจากรับรู้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึงการหมดหวังในทางรักษา (ศิริรัตน์ เชาวรัตน์, 2535; Bergbom-Engberg, & Haljamae, 1989) ผู้ปกครองไม่เข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการ และการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ไม่รู้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจจะส่งผลดีหรือผลร้ายต่อผู้ป่วยเด็ก เกิดความไม่ชัดเจนในการรับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจากขาดความสมบูรณ์ในการให้และการรับข้อมูล ไม่สามารถทำนายอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กในอนาคตได้ ซึ่งการรับรู้สถานการณ์ในลักษณะนี้เป็นความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) (Mishel, 1988)

ภาวะเจ็บป่วยของเด็กที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาล นำมาซึ่งความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองในระดับสูง ดังการศึกษาของ Miles, Funk และ Kasper (1992), นฤมล ชีระรังสิกุล ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และอัญชัย เตชะวีรากร (2545) และรัตนสุดา ยศวงศ์ศรีศรี (2006) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ปกครองเด็กป่วยที่ได้รับการใช้เครื่องมือต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจมีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรสูงกว่ากลุ่มที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักและไม่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (รัตนสุดา ยศวงศ์ศรีศรี, 2006)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่ไม่สามารถให้ความหมายของความเจ็บป่วยที่สัมพันธ์ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยได้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น มี 4 รูปแบบ (Mishel, 1988) ได้แก่ ความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย (ambiguity), ความซับซ้อนของการรักษาและระบบการดูแล (complexity), การขาดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (lack of information) และการไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (unpredictability) ระดับความรู้สึกไม่แน่นอนถ้าสูงมากในระดับที่ไม่สามารถจะจัดการได้จะมีผลทำให้ผู้ปกครองเกิดความเครียด จากการศึกษาของ Lamontagne, และ Pawlak (1990) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดสูงถึงร้อยละ 40 ของสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งหมด ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลให้ผู้ปกครองมี

ปัญหาในการตัดสินใจ ประเมินสถานการณ์ไม่ได้ ขาดความสามารถในการแก้ปัญหา และจัดการกับอาการเจ็บป่วยของบุตร (Deatrick, Knaft, & Murphy-Moore, 1999) การที่บุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก บิดามารดามักจะประเมินสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรในขณะนี้ว่ามีความรุนแรง ได้รับการรักษาที่ซับซ้อน ซึ่งบิดามารดาารู้สึกว่าเหตุการณ์ดังกล่าวเป็นภาวะที่คุกคามต่อจิตใจเป็นอย่างมาก ไม่สามารถแบ่งแยก หรือแยกแยะได้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจจะสามารถช่วยรักษามบุตรให้มีอาการดีขึ้นหรือหายได้ (Lewandoski, 1980) ได้รับข้อมูลเพียงสั้นๆ เนื่องจากเจ้าหน้าที่บุคลากรทีมสุขภาพมีความเร่งรีบเพื่อให้การรักษาทันกับสภาพความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นตลอดเวลา (Curley, 1996) ตลอดจนใช้ภาษาที่ซับซ้อนและเข้าใจยาก บิดามารดาไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ จากเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ผู้บิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจยังไม่มีผู้ศึกษาโดยตรง มีเพียงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลหรือเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กหนัก และผลจากการศึกษาดังกล่าว พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วย (Christman, 1990; Turner, Tomlinson & Harbaugh, 1990) ความเชื่อถือและยอมรับในทีมสุขภาพ (Turner, Tomlinson & Harbaugh, 1990; Cohen, 1993) การสนับสนุนทางสังคม (Mitchell & Courtney, 2004; รัตนสุดา ยศวงศ์ศรีศรี, 2006) และระดับการศึกษา (รัตนสุดา ยศวงศ์ศรีศรี, 2006) มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วย

จากประสบการณ์การทำงานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก 2 (PRCU) โรงพยาบาลศิริราช พบว่า ในสถานการณ์ที่บุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ บิดามารดามักจะประเมินว่าเป็นสถานการณ์ในขณะนี้ว่ามีความรุนแรง และการรักษาที่ผู้ป่วยเด็กได้รับค่อนข้างมีความซับซ้อน จากเหตุการณ์ดังกล่าวนี้บิดามารดาจะรับรู้ได้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตในชีวิตของตนมาก ไม่สามารถคาดเดาอาการเจ็บป่วยของบุตรที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ประกอบกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพมีการทำงานที่เร่งรีบเพื่อให้การรักษาพยาบาลทันกับสภาพความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจึงให้ได้เพียงระยะเวลาสั้นๆ ส่งผลให้ผู้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร มีความวิตกกังวล และไม่สามารถที่จะปรับตัวได้เหมาะสมต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรได้ ดังนั้นเพื่อหาแนวทางป้องกันการเกิดผลกระทบด้านลบดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต โดยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความ

เจ็บป่วยเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับบุคลากรทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลในการหาแนวทางการดูแลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอน และป้องกันการเกิดผลกระทบด้านลบที่ตามมาจากรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

คำถามการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design)

ประชากร คือ บิดา หรือมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรก โดยผู้ป่วยเด็กมีอายุระหว่าง 3 เดือน – 15 ปีและเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักของโรงพยาบาลศิริราช

กลุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ เป็นบิดา หรือมารดา ที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง โรคเลือด โรคหัวใจ โรคไต และโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกัน บุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรกเนื่องจากระบบต่างๆ ในร่างกายล้มเหลว หรือได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อให้การช่วยเหลือฉุกเฉิน การใส่ท่อช่วยหายใจครั้งนี้ไม่ได้มีการวางแผนมาก่อน และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 3 วัน บิดา หรือมารดาเป็นบุคคลหลักในการรับผิดชอบดูแลเด็กป่วยเรื้อรังมาตลอด ทั้งในภาวะที่เด็กเป็นปกติหรือมีความเจ็บป่วย มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ จำนวน 80 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบไปด้วยแบบบันทึก และแบบสอบถามจำนวน 5 เครื่องมือ ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก และของบิดามารดา

2. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา แบบสอบถามนี้ดัดแปลงมาจาก Parent's Perception of Uncertainty Scale (PPUS) ของ Mishel (1983) สำหรับในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดัดแปลงข้อคำถามเพื่อให้มีความเหมาะสมสำหรับบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต โดยผู้วิจัยได้ดัดแปลงเพียงบางส่วน และยังคงสาระเดิมของแบบสอบถามต้นฉบับ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 28 ข้อ พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 28 – 112 คะแนน การแปลผล คือ บิดามารดาที่ได้คะแนนรวมสูง หมายถึง บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในระดับสูง ส่วนบิดามารดาที่ได้คะแนนรวมต่ำ หมายถึง บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในระดับต่ำ

3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร (Perception of the child's illness severity scale) สร้างโดย Mishel (1983) แปลโดย รัตนสุดา ยศวงศ์รัศมี (2006) มีจำนวน 1 ข้อ (single item) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (rating scale) ตั้งแต่ 1 (รุนแรงน้อยที่สุด) ถึง 10 (รุนแรงมากที่สุด)

4. แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ แบบสอบถามนี้สร้างโดยผู้วิจัย ซึ่งโครงสร้างของคำถาม สร้างจากนิยามของความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ หมายถึง ทศนคติ ความเชื่อ ความไว้วางใจ และความคาดหวังของบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อคุณภาพและความสามารถในการดูแลเด็กป่วยของบุคลากรทีมสุขภาพ (Mishel, 1988) และวรรณกรรมเครื่องมือที่วัดตัวแปรเดียวกัน (เพ็ญญา พิสัยพันธุ์, 2542) มีจำนวนทั้งหมด 4 ข้อ พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 4 – 20 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนรวมสูง แสดงว่า บิดามารดา

ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพระดับสูง ถ้าคะแนนรวมต่ำ แสดงว่า บิดามารดา มีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพระดับต่ำ

5. แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากกรอบแนวคิดของ House (1981) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถาม นี้ถามเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการ ใสท่อช่วยหายใจจากแพทย์และพยาบาล ประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ พิสัยของ คะแนนอยู่ระหว่าง 5-75 คะแนน การแปลผล คือ คะแนนรวมสูง หมายถึง บิดามารดาได้รับการ สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับสูง ถ้าคะแนนรวมต่ำ หมายถึง บิดามารดาได้รับการ สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โดยการหาตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน และทดสอบค่า ความเที่ยงได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดา แบบสอบถามความเชื่อถือและ ยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ เท่ากับ 0.73, 0.91 และ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการและแบบสอบถามได้ผ่านการพิจารณา และมีมติให้การรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (รหัส โครงการ 091/2554(EC1))

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลตามสายการบังคับบัญชา ผู้วิจัยเข้า พบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ ชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัย และแจ้งการพิทักษ์สิทธิของ กลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ และแจกแบบสอบถาม ให้กลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาประมาณ 50 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและเด็กป่วยด้วยสถิติพรรณนา และ วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของตัวแปรที่ศึกษาโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (multiple regression)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.5) มีความสัมพันธ์เป็นมารดาของเด็กป่วย มีอายุระหว่าง 19 - 52 ปี โดยเฉลี่ย 34.08 ± 7.49 ปี มีการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.8 และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.5) มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท รายได้ครอบครัวโดยเฉลี่ยต่อเดือน $17,852.50 \pm 10,309.57$ บาท

2. ลักษณะทั่วไปของเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน มีอายุอยู่ในช่วง 3 เดือน – 180 เดือน (15 ปี) หรือเฉลี่ย 51.39 ± 49.24 เดือน และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55) เป็นบุตรคนแรกของครอบครัว มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบเลือด (hematologic disease) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 21.2 ระยะเวลาของการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 3 – 60 เดือน หรือเฉลี่ย 14.38 ± 14.51 เดือน เด็กป่วยส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่อเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักด้วยโรคทางพันธุกรรม และมีโรคร่วม (genetics disease with comorbidity) ส่วนสาเหตุที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเนื่องมาจากภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46.3 มีระยะเวลาการใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 1.86 ± 0.76 วัน และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.8) เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักเป็นครั้งแรก

3. จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วย ($r = .57, p < .001$) ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ($r = -.40, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ($r = -.55, p < .001$) ส่วนระดับการศึกษาของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.04, p = .68$)

4. จากการทดสอบอำนาจในการทำนาย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ สามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ร้อยละ 47.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ($\beta = .443, t = 4.881, p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ($\beta = -.364, t = -2.817, p = .006$) ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความ

เจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ คือ ระดับการศึกษาของบิดามารดา ($\beta = -.116, t = -1.331, p = .187$) และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ($\beta = -.035, t = -.275, p = .784$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (multiple regression) ในการทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต (n=80)

ลำดับ	ตัวแปร	b	SE	β	t	p-value
1	การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร	2.404	.493	.443	4.881	< .001
2	การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์	-.369	.131	-.364	-2.817	0.006
3	ระดับการศึกษาของบิดา	-.194	.146	-.116	-1.331	.187
4	มารดา	-.089	.325	-.035	-.275	.784
	ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพ					
Constant = 84.066, $R^2 = .475$, $F_{(4, 75)} = 16.960, p < .001$						

อภิปรายผล

ตัวแปรที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ คือ ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งอาจอธิบายได้ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร จากผลการวิจัย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ผลการศึกษาค้นคว้าสอดคล้องกับการศึกษาในอดีต ซึ่งพบว่า การ

รับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองที่บุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก และมีอาการแสดงอยู่ในระยะวิกฤต (Turner, Tomlinson & Harbaugh, 1990; Stewart & Mishel, 2000; Mcmillan, 1991)

เมื่อเด็กป่วยเรื้อรังมีอาการกำเริบจนกระทั่งเข้าสู่ภาวะวิกฤต มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงจากโรคเดิมที่เป็นอยู่ ประกอบกับมีภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดการล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจจนต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ถึงแม้การใส่ท่อช่วยหายใจจะส่งผลดีต่อตัวเด็กป่วยโดยตรงในด้านการรักษา แต่การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจก็ยากที่จะหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นต่อเด็กป่วย และเสี่ยงต่อการสูญเสียชีวิตตามมาด้วย จากการศึกษาของ Shapiro, Anderson, และ Bartlett (2000) พบว่า เด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมีอัตราการตายสูงถึงร้อยละ 30 - 60 โดยเฉพาะในช่วง 1 - 3 วันแรกของการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นช่วงที่เด็กมักมีอาการไม่คงที่ อาการเปลี่ยนแปลงไปมาตลอดเวลา บางครั้งมีอาการดีขึ้น ในระยะเวลาสั้นอาจมีอาการเลวลง ในระยะนี้เด็กป่วยเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และรับแรงจากบุคลากรทีมสุขภาพเพื่อให้ทันต่อสภาพความเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากสถานการณ์เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อบิดามารดาซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดและดูแลเด็กป่วย บิดามารดาไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดาที่มีหน้าที่ดูแลเด็กป่วยได้อย่างที่เคยปฏิบัติ เนื่องจากการดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจค่อนข้างซับซ้อน ทำให้บิดามารดาไม่สามารถดูแลเด็กป่วยได้อย่างเต็มที่ และการใส่ท่อช่วยหายใจของเด็กป่วยในครั้งแรกนี้เป็นสถานการณ์ฉุกเฉิน และไม่มีวางแผนมาก่อน ภายหลังจากใส่ท่อช่วยหายใจเด็กป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จากที่เคยพูดคุยโต้ตอบกับบิดามารดาได้กลับต้องนอนนิ่งเนื่องจากได้รับยาสงบ บิดามารดาไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับบุตรของตน ไม่สามารถรับรู้แบบแผนอาการความเจ็บป่วยของบุตรที่จะเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าอาการแสดงนั้นไม่มีความสม่ำเสมอ มีความถี่และอาการหนักมากขึ้น สถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ที่อาจส่งผลต่อชีวิตเด็กป่วยได้ ส่งผลให้บิดามารดารับรู้สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ว่ามีความรุนแรง บิดามารดาไม่รู้ว่าจะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนี้ได้อย่างไร ไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้บิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้น (Mishel, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ทำการศึกษากลุ่มบิดามารดาเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก กล่าวว่า บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก และได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ บุตรจะได้รับการวางแผนล่วงหน้า คือ บุตรมีอาการและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม บิดามารดาไม่รู้ว่าจัดการ หรือดูแลบุตรอย่างไร (Shudy, et al., 2006) บิดามารดาไม่เคยพบเห็นเหตุการณ์เช่นนี้มาก่อน รู้สึกว่าเป็นประสบการณ์ที่เลวร้ายรับรู้ได้ว่าการเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนี้มีความรุนแรง เต็มไปด้วยความรู้สึกกลัว และไม่สามารถ

คาดหวังกับความเจ็บป่วยของบุตรที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ทำให้มีความรู้สึกไม่แน่นอนกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตร (Gillis & Reddick, 2006; Ames, Rennick & Baillargeon, 2011)

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ จากผลการวิจัย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่า เมื่อบิดามารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์จากแพทย์ และพยาบาล จะส่งผลให้บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง ขณะที่เด็กป่วยเรื้อรังได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตจะได้รับการรักษาพยาบาลที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ในการดูแลจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และเหมาะสมต่อผู้ป่วยแต่ละราย มีการติดตามอาการด้วยเครื่องบันทึกสัญญาณชีพอย่างต่อเนื่อง ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์ พยาบาล การใส่ท่อช่วยหายใจในเด็กป่วยนั้นส่วนใหญ่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ลักษณะดังกล่าวทำให้บิดามารดาไม่เข้าใจเหตุการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น บิดามารดาเกิดความกลัว รู้สึกถึงความไม่มั่นคงต่อชีวิตของบุตร เนื่องจากรับรู้ว่าการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ หมายถึงการหมดหวังในทางรักษา (ศิริรัตน์ เชาวรัตน์, 2535; Bergbom-Engberg, & Haljamae, 1989) ประกอบกับเจ้าหน้าที่บุคลากรทีมสุขภาพมีความเร่งรีบเพื่อให้การรักษาทันกับสภาพความเจ็บป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลงเป็นระยะๆ และบางครั้งมีการสื่อสารกันด้วยศัพท์เทคนิคที่บิดามารดาไม่เข้าใจและไม่กล้าถาม ส่งผลให้ขาดความสมบูรณ์ในการให้และการรับข้อมูล เกิดความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร (Gaw-Eng, 1994; Melnyk, 2002) บิดามารดาไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กป่วยได้ ในช่วงนี้บิดามารดาต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลเป็นอย่างมาก นอกจากความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลแล้ว บิดามารดายังต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วย เพราะช่วยทำให้บิดามารดาลดความวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองได้รับความเอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ เกิดความไว้วางใจ และความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ดีขึ้น (Richmond & Craig, 1986) ทำให้บิดามารดาเข้าใจในแบบแผนอาการแสดง สามารถแปลความหมายของอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง (Mishel & Clayton, 2003)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่า เมื่อบุตรที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล บิดามารดาจะรู้สึกว่าสิ่งแวดล้อมที่ปรากฏต่อหน้านั้นเป็นสถานการณ์ที่มีความซับซ้อน แต่เมื่อบิดามารดาได้รับการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรอย่างเฉพาะเจาะจง

สอดคล้องกับสิ่งที่บิดามารดาต้องการทราบ ความรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรก็จะลดลง มีความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง (McKim, 1993; Brazy, Anderson, Becker & Becker, 2001) นอกจากความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลแล้วยังพบว่า บิดามารดาต้องการการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์มากที่สุด (Mcmillan, 1991; รัตนสุดา ยศวงศ์ศรีศรี, 2006)

ระดับการศึกษาของบิดามารดา จากผลการวิจัยพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.04, p = .68$) (ตารางที่ 4.4) และไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ($\beta = -.116, t = -1.331, p = .187$) (ตาราง 4.5) นั่นคือ ระดับการศึกษาของบิดามารดาไม่มีผลกระทบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

จากผลการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 43.8) ซึ่งถือได้ว่ามีระดับการศึกษาสูง มีความสามารถในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร มีทักษะในการสื่อสารและการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรได้ แต่เนื่องจากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วยในขณะนี้ ซึ่งเป็นเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นครั้งแรก และส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักเป็นครั้งแรก (ร้อยละ 63.8) ด้วยเช่นกัน อีกทั้งอาการของเด็กป่วยในช่วง 1-3 วันแรกเป็นช่วงที่มีอาการไม่คงที่ มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จากสถานการณ์ดังกล่าวบิดามารดาที่มีความไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บิดามารดาไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุม และไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นได้ ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน สอดคล้องกับการศึกษาของ อาทิตยา วงอุปปา (2551) ที่ศึกษาในบิดามารดาของเด็กป่วยระยะวิกฤต ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ถึงแม้ว่าบิดามารดาที่มีการศึกษาสูง คือ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่า ก็ยังมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร มีความรู้สึกเครียด และวิตกกังวลสูง อาจเนื่องมาจากการมีระดับการศึกษาสูง ก็ย่อมมีหลายบทบาทที่ต้องรับผิดชอบ อีกทั้งบุตรที่รับการรักษาในโรงพยาบาลยังอยู่ในระยะวิกฤต มีอาการไม่คงที่ บิดามารดาไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้ตลอดเวลา ไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนสูงตามไปด้วย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มบิดามารดาเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และเด็กป่วยที่มีอาการไม่คงที่ (Pyke-Grimm, Stewart, Kelly & Degner, 2006) พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมปลาย แต่กลับพบว่า บิดามารดาที่มีความไม่เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น มีความคลุมเครือต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาของบุตร เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อสถานการณ์การเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนี้

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับทฤษฎีของ Mishel (1988) ที่กล่าวว่า บุคคลที่ได้รับการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจในข้อมูล การรับรู้โรค แบบแผนการรักษาที่ได้รับ และสามารถให้ความหมายต่อสิ่งที่เกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง มากกว่าบุคคลที่ได้รับได้รับการศึกษาน้อย ส่งผลให้มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่าบุคคลที่ได้รับได้รับการศึกษาน้อย อาจเนื่องมาจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสถานการณ์ฉุกเฉิน ความต้อชีวิตของเด็กป่วย ไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้ามาก่อน ประกอบกับเจ้าหน้าที่มีความเร่งรีบในการรักษาของเด็กป่วย ทำให้ขาดความสมบูรณ์ในการให้และรับข้อมูล บางครั้งมีการใช้ศัพท์เทคนิค บิดามารดาอาจเกิดความไม่เข้าใจในข้อมูลที่ได้รับ ประกอบกับวัฒนธรรมของคนไทยที่ส่วนใหญ่มักฝ่ายรับข้อมูลมากกว่าการเป็นฝ่ายซักถามข้อมูล (สุภาพร บุญกองรัตน์, 2551) ดังนั้นถึงแม้ว่าบิดามารดาจะมีระดับการศึกษาสูงหรือไม่ก็ตาม ย่อมเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนไม่แตกต่างกัน เป็นผลให้ระดับการศึกษาของบิดามารดาไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในกรณีที่บุตรมีภาวะวิกฤตสูง

ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพ จากผลการวิจัย พบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดา ($r = -.40, p < .01$) สอดคล้องกับทฤษฎีของ Mishel (1988) ที่กล่าวไว้ว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพจะช่วยลดความคลุมเครือ และช่วยให้วิเคราะห์สถานการณ์ได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง อธิบายได้ว่า การที่บิดามารดามีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพนั้นเป็นทัศนคติ ความเชื่อ ความไว้วางใจ และความคาดหวังของบิดามารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรังที่มีต่อคุณภาพและความสามารถในการดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจของบุคลากรทีมสุขภาพ บิดามารดาแม้จะไม่เข้าใจในสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรกของบุตร แต่เมื่อมีความมั่นใจในระบบบริการ เกิดความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพมากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรก็จะลดลง ดังที่พบในการศึกษาของกลุ่มบิดามารดาของเด็กป่วยระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก (Turner, et al., 1990; Cohen, 1993) พบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร เมื่อศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายกลับพบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาได้ และเป็นที่น่าสังเกตว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์สูงมาก ($r = 0.73, p < .01$) ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าความแปรปรวนของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ถูกอธิบายโดยการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์มากกว่าความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ จึงทำให้ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาของเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากในปัจจุบันเจ้าหน้าที่ได้ให้ข้อมูลในลักษณะที่ต่างคนต่างให้ไม่ได้ทำกระบวนการใดๆ เกี่ยวกับการให้ข้อมูลแก่บิดามารดา ทำให้เกิดการซ้ำซ้อน หรือความไม่ครบถ้วนของข้อมูล และอาจยังเพิ่มความวิตกกังวลในความเจ็บป่วยของบุตรมากยิ่งขึ้น ดังนั้นจากผลการศึกษาครั้งนี้ยังทำให้เน้นถึงความสำคัญ และการพัฒนารูปแบบกิจกรรมของการให้ข้อมูลว่าจะต้องมีแบบแผน และเป็นระบบครอบคลุม และสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละครอบครัว หรือผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อให้มีความเฉพาะเจาะจงในเรื่องของความต้องการการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลจัดทำร่วมกับการให้การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ โดยการสร้างความไว้วางใจ แสดงความเห็นอกเห็นใจ ความเอาใจใส่ ความปรารถนาดี ยินดีตอบข้อซักถามของบิดามารดา และเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ระบายความรู้สึก พร้อมทั้งรับฟังอย่างตั้งใจ

นอกจากนี้ควรมีสื่อ หรือเอกสารที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ วิธีการรักษาและการดูแล ผลดี และผลเสียที่เด็กป่วยจะได้รับจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้บิดามารดามีความเข้าใจในสถานการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรมากขึ้น และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะๆ ตลอดระยะเวลาในการดูรักษาที่หออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก

2. ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกกลุ่มแบบสะดวก (convenience sampling) และศึกษาในเฉพาะกลุ่มบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรกในโรงพยาบาลศิริราชเท่านั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างขาดความหลากหลาย ไม่เป็นตัวแทนของประชากรที่ดี ในการวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาจากหลากหลายแหล่งข้อมูล และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรทำการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

FACTORS INFLUENCING PARENTS' UNCERTAINTY IN ILLNESS OF CHRONICALLY ILL CHILDREN WITH INTUBATION

PATTARANUCH POOMPAN 5236555 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: FONGCUM TILOKSKULCHAI, R.N., Ph.D. (NURSING), TASSANEE PRASOPKITTIKUN, R.N., Ph.D. (NURSING), KAWEWAN LIMPRAYOON, M.D.

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Chronic illnesses in children have long-term impacts and cause danger to the body by causing impacts on the physiological functions of various systems which may include changes in external appearance. The effects of these changes prevent the body from normal function or cause disabilities. Disease prognosis differs with illness severity, i.e. since chronically ill children have lives like normal people, there will be periods where chronically ill children have sporadic symptoms of diseases or periods of severe chronic illness leading to critical stages and potential mortality. Chronically ill children in the early critical periods or life-threatening stages usually exhibit severe symptoms, rapid changes in disease progression, unstable symptoms, conditions that come and go, improved conditions or declining symptoms in the short-term, or chronically ill children may have failure of more than one of the body's systems (Atchara Samboonnanon, 2000).

Acute respiratory failure, heart failure and pneumonia are complications frequently found in chronically ill children receiving treatment in Pediatric Intensive Care Unit. The aforementioned conditions require pediatric patients to be intubated with mechanical ventilation because intubation and mechanical ventilation help

improve air ventilation in the pulmonary alveoli and air distribution in the lungs, thereby resulting in positive effects for patients in terms of treatment outcome (Sakchai Limthongkul, 1999). However, complications are difficult to avoid when pediatric patients require intubation or mechanical ventilation. These complications cause pediatric patients to undergo delirious disease conditions putting them at risk for mortality. According to the study of Shapiro Anderson and Bartlett (2000), chronically ill children with intubation were found to have mortality rates of 30-60%. Aside from complications in pediatric patients, the aforementioned conditions also cause impacts on parents, who are close to patients and provide care for patients. Parents of chronically ill children with intubation are frequently found to experience fear and uncertainty about life because parents perceive intubation and the use of mechanical ventilation to represent despair in treatment (Sirirat Chaowarat, 1992; Bergbom-Engberg, & Haljamae, 1989). Parents have no understanding in situations, have vagueness regarding illnesses, symptoms and treatments of pediatric patients, parents do not know if intubation will have positive or negative effects on pediatric patients and lack clarity in receiving information explaining about the illnesses of pediatric patients due to incomplete provision and receipt of information combined with inability to predict conditions associated with the illnesses of pediatric patients. This type of perception is uncertainty (Mishel, 1988).

Illnesses in children that require children to receive intensive care will lead to high parental uncertainty as discovered in the studies of Miles, Funk and Kasper (1992) Narumon Tirarangsikun, Siriyupa Sananruangsak and Anchan Techawirakorn (2002) and Rattanasuda Yotwongrassamee (2006), especially among parents of children requiring the use of various instruments, intubation and mechanical ventilation who have higher levels of uncertainty in the illnesses of their children than groups bringing their children to receive treatment in the pediatric intensive care unit without intubation or the use of mechanical ventilation (Rattanasuda Yotwongrassamee, 2006).

Uncertainty in illness refers to perception of persons which are incapable of defining illnesses related to the incidents occurring or incapable of predicting the outcome of the illness. There are four forms of uncertainty (Mishel, 1988), i.e. ambiguity, complexity, lack of information and unpredictability. High degrees of

uncertainty that cannot be managed will cause stress in parents. According to the study of Lamontagne and Pawlak (1990), uncertainty is the cause of 40% of all stress, causes parents to have decision making problems and makes parents unable to assess situations with deficient problem-solving and symptom management ability in the illnesses of their children (Deatrack, Knaft, & Murphy-Moore, 1999). The fact that children are intubated and receive treatment in the intensive care unit usually causes parents to assess illnesses in children as severe and that children are receiving complex treatments, causing parents to feel that the aforementioned situation as being mentally threatening. Parents are unable to clarify whether or not intubation will help the conditions of their children improve (Lewandoski, 1980). Parents receive little information because healthcare staff is rushed in providing treatment in time in order to change the conditions of illness (Curley, 1996) and healthcare staff use complex language which is difficult to understand, so parents are unable to anticipate future events. The aforementioned incidents will cause uncertainty in the parents of chronically ill children with intubation.

Factors influencing parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation were not directly study. There were only studies of factors related to uncertainty of parents with children receiving treatment in hospitals or pediatric intensive care units and, according to the findings of the aforementioned studies, perceived illness severity (Christman, 1990; Turner, Tomlinson & Harbaugh, 1990), reliance and acceptance of healthcare teams (Turner, Tomlinson & Harbaugh, 1990; Cohen, 1993), social support (Mitchell & Courtney, 2004; Rattanasuda Yotwongrassamee, 2006) and educational attainment (Rattanasuda Yotwongrassamee, 2006) are related to parental uncertainty with sick children.

From experience in working in the PRCU of Siriraj Hospital, parents usually assess situations where children have been intubated and require the use of mechanical ventilation as severe situations and treatments received by pediatric patients as complex. The aforementioned situations are perceived by parents as crisis situations in their lives and parents are unable to anticipate their children's future symptoms. Moreover, healthcare teams have to work without delay in order to provide treatment in time with changing conditions of illness. Moreover, healthcare teams have only short periods of time to provide information concerning patients, so parents

to experience uncertainty in the illnesses of their children with anxiety and inability to adapt properly according to their children's illnesses. Therefore, in order to discover preventive guidelines for the aforementioned negative impacts, the researcher has become interested in studying the factors influencing parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation by employing the theory of uncertainty in illness as the conceptual framework for the research to provide basic data for healthcare staff, especially nurses, in seeking practice guidelines to properly reduce uncertainty and prevent negative impacts from parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation.

Objectives

To study the predictive capacity of perception of child's illness severity, educational of parental, credible authority in healthcare staff, informational support and emotional support on parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation.

Research Question

Can perception of child's illness severity, educational of parental, credible authority in healthcare staff, informational support and emotional support predict parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation or not?

Research Hypothesis

Perception of child's illness severity, educational of parental, credible authority in healthcare staff, informational support and emotional support can predict parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation.

Research Methodology

This study was based on a correlational predictive design.

The population comprised parents of chronically ill children who children had been intubated for the first time. The pediatric patients were aged 3 months to 15 years and received treatment at the Pediatric Intensive Care Unit of Siriraj Hospital.

The sample group was selected by convenience sampling according to set qualifications, i.e. the samples had to comprise 80 parents with children who had chronic diseases such as cancer, hematologic diseases, heart disease, kidney disease and diseases related to the immune system. The children had to have been intubated for the first time due to the failures of various systems in the body or have received intubation to provide emergency assistance. The intubation could not have been planned and children had to be intubated for a period of no more than three days. Parents had to be persons aged 18 years or above with primary responsibilities in providing care for chronically ill children while ordinary or sick. The parents also had to be capable of reading, writing and communicating in Thai.

Research Instrumentation

The instrumentation for this study consisted of the following five instruments:

1. The demographic data form contained two parts consisting of the demographic information of pediatric patients and parents.
2. The questionnaire on parental uncertainty was modified from the Parent's Perception of Uncertainty Scale (PPUS) of Mishel (1983). In this study, the researcher partly modified questions as suitable for parents of chronically ill children with intubation while maintaining the contents of the original questionnaire. The questionnaire had a total of 28 questions with score ranges of 28 – 112 points. In interpreting the results, parents with high overall scores had high levels of uncertainty in the illnesses of their children while parents with low overall scores had low levels of uncertainty in the illnesses of their children.
3. The Perception of the Child's Illness Severity Scale was a single item scale created by Mishel (1983) and translated by Rattanasuda Yotwongrassamee (2006). The responses were rated on a rating scale from 1 (Least Severe) to 10 (Most Severe).

4. The questionnaire on credible authority in healthcare staff was created by the researcher. Question structures were created from the definition of reliance and acceptance of healthcare staff, referring to attitude, beliefs, trust and expectations of parents of chronically ill children towards healthcare staff quality and capability in providing care for children (Mishel, 1988) and instrument literature which measured the same variable (Pennapa Pisaipan, 1999). The questionnaire contained a total of 4 questions with scores ranging from 4 to 20 points. High overall scores indicated parents had high reliance and acceptance of healthcare staff. Low overall scores indicated parents had low reliance and acceptance of healthcare staff.

5. The questionnaire on information and emotional support was created by the researcher from the conceptual framework of House (1981) and the review of related literature. This questionnaire asked about the information and emotional support received by parents of chronically ill children with intubation from doctors and nurses with 15 questions and scores ranging from 5 to 75 points. High overall scores indicated that parents had received high levels of information and emotional support. Low overall scores indicated that parents had received low levels of information and emotional support.

Testing Instrument Quality

Instrument quality was tested by a panel of three qualified experts for content validity and accuracy. The questionnaire on parental uncertainty in illness, the questionnaire on credible authority in healthcare staff and the questionnaire on informational and emotional support acquired a Cronbach's Alpha Coefficient equal to 0.73, 0.91 and 0.83.

Protecting the Rights of the Sample Group

The project and questionnaires passed consideration and received certification from the Institutional Review Board of the Faculty of Medicine of Siriraj Hospital, Mahidol University (Project Code: 091/2554(EC1)).

Data Collection

After receiving approval to collect data according to the chain of command, the researcher met with the sample group to for relationships, explain the research objectives and notify the sample group of their protection rights. Once the sample

group had consented to participate in the study, the researcher interviewed and distributed questionnaires to the sample group which took approximately 50 minutes.

Data Analysis

The demographic data for the sample group and the chronically ill children was analyzed with descriptive statistics and the predictive capabilities of the variables studied were analyzed by multiple regression analysis.

Research Findings

1. Most of the sample group (72.5%) consisted of 19 to 52-year old mothers of sick children with an average age of 34.08 ± 7.49 years. Most of the sample group had achieved bachelor's degree educations (43.8%) and most (47.5%) were company employees with an average family income per month of $17,852.50 \pm 10,309.57$ baht.

2. In this study, the chronically ill children with intubation were found to have equal numbers of males and females aged 3 months – 180 months (15 years) or an average age of 51.39 ± 49.24 months and more than half of the children (55%) were the first-born children in their families. Most of the children had hematologic diseases (21.2%) with the duration of illness at 3 – 60 months at the average of 14.38 ± 14.51 months. Most of the children were diagnosed with genetic diseases and co-morbidities when the children came to receive treatment at Pediatric Intensive Care Unit. The cause of intubation was mostly due to pneumonia (46.3%). Chronically ill children had an average period of intubation equaling 1.86 ± 0.76 days and most (63.8%) were receiving treatment at the Pediatric Intensive Care Unit for the first time.

3. According to analysis of relationships from Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, the variables related to parental uncertainty in the illnesses of their chronically ill children with intubation with statistical significance were found to be perception of child's illness severity ($r = .57, p < .001$), credible authority in healthcare staff ($r = -.40, p < .001$), informational support and emotional support ($r = -.55, p < .001$). educational of parental was related to parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation without statistical significance ($r = -.04, p = .68$).

4. According to the tests on predictive power, perception of child's illness severity, educational of parental, credible authority in healthcare staff, informational support and emotional support were capable of jointly predicting parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation at 47.5% with statistical significance.

The factors capable of predicting parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation with statistical significance comprised perception of child's illness severity ($\beta = .443$, $t = 4.881$, $p < .001$) and informational and emotional support ($\beta = -.364$, $t = -2.817$, $p = .006$). The factors incapable of predicting parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation consisted of educational of parental ($\beta = -.116$, $t = -1.331$, $p = .187$) and credible authority in healthcare staff ($\beta = -.035$, $t = -.275$, $p = .784$) as shown in Table 1.

Table 1 Results of Multiple Regression Analysis in Predicting Parental Uncertainty in the Illnesses of Chronically Ill Children with Intubation (n = 80)

No.	Variables	b	SE	β	t	p-value
1	Perception of child's illness severity	2.404	.493	.443	4.881	< .001
2	Informational Support and Emotional Support	-.369	.131	-.364	-2.817	0.006
3	Educational of parental	-.194	.146	-.116	-1.331	.187
4	Credible authority in healthcare staff	-.089	.325	-.035	-.275	.784
Constant = 84.066, $R^2 = .475$, $F_{(4, 75)} = 16.960$, $p < .001$						

Discussion of the Findings

The factors capable of predicting parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation with statistical significance comprised perception of child's illness severity and information and emotional support. Factors incapable of predicting parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children

with intubation consisted of educational of parental, credible authority in healthcare staff, which may be explained as follows:

Perception of child's illness severity – According to the findings, perception of child's illness severity was related to uncertainty in illness with statistical significance and this factor was capable of predicting parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation. The findings of this study concurred with previous studies which found perception of child's illness severity to be positively related to the uncertainty of parents who brought children to receive treatment at the Pediatric Intensive Care Unit with critical presenting symptoms (Turner, Tomlinson, & Harbaugh, 1990; Stewart & Mishel, 2000; Mcmillan, 1991).

When chronically ill children experience relapse and symptoms reach the critical stage, the children's illnesses will have greater severity along with complications causing failure of the respiratory system and requiring intubation. Although intubation has direct positive effects on chronically ill children, complications are difficult to avoid and life is threatened when children who are intubated and require mechanical ventilation. According to the study of Shapiro Anderson and Bartlett (2000), chronically ill children with intubation are found to have mortality rates of 30-60%, especially during 1-3 days of intubation, which is a period when children usually have unstable symptoms, but symptoms are constantly changing. Symptoms may sometimes either improve or decline over a short period of time. At this stage, chronically ill children continue to require intensive care and urgency from healthcare staff in order to keep up with the changing conditions of illness. These situations cause impact on parents who are close to children and provide care for children, e.g. inability to perform parental roles with duties to provide care for sick children as parents usually perform because the care of chronically ill children with intubation is complex, so parents are unable to fully provide care for chronically ill children and the first intubation of children was done in an unplanned emergency situation, so children have different behaviors following intubation changing from talking and responding to parents to lying still because of general anesthesia. Thus, parents do not know what happened to their children and parents are unable to perceive potential symptoms of illness in their children, especially if presenting symptoms are irregular with greater frequency and severity, or if the situation can

affect the lives of children, so parents perceive the situation as severe. Parents do not know how to manage situations and they are familiar with incidents, so parents are unable to anticipate potential outcomes which consequently give them uncertainty in the illnesses of their children (Mishel, 1988). This finding concurred with previous studies conducted in parents of sick children who received treatment in the Pediatric Intensive Care Unit which reported that children were under general anesthesia when parents brought children to receive treatment at the Pediatric Intensive Care Unit and were intubated. Preceding the incident, the parents perceived their children to have changed emotions and behaviors. The parents did not know how to manage or provide care for children (Shudy, et al., 2006). Parents had never encountered such situations before. Parents felt the situations were terrible experiences. Parents perceived that the illness of their children were severe. Parents were filled with fear and unable to anticipate future illnesses in their children, thereby bringing on feelings of uncertainty in the illnesses of their children (Gillis & Reddick, 2006; Ames, Rennick & Baillargeon, 2011).

Informational and Emotional Support – According to the findings, social support, i.e. informational support and emotional support, was found to be negatively related to uncertainty in illness with statistical significance and these factors can predict parental uncertainty in the illnesses of their chronically ill children with intubation with statistical significance, thus indicated that parents who received information and emotional support from doctors and nurses have reduced uncertainty in the illnesses of their children. While chronically ill children with intubation will receive constantly changing medical treatments, it is necessary for children to receive care from experts in order to provide efficient and proper care for each patient. Children are constantly monitored with vital sign monitors and receive intensive care from doctors and nurses while most children are intubated suddenly. The aforementioned characteristics prevent parents from understanding the incidents occurring, consequently leading to fear, feelings of insecurity about the lives of their children due to the perception that intubation and use of mechanical ventilation indicates despair about treatment (Sirirat Chaowarat, 1992; Bergbom-Engberg, & Haljamae, 1989) in combination with the fact that healthcare staff has an urgency to provide treatment for periodically changing conditions and healthcare staff sometimes

communicate with parents by using technical terms which parents do not understand or dare to ask, leading to incomplete provision and receipt of information, thereby causing lack of clarity regarding the illnesses of children (Gaw-Eng, 1994; Melnyk, 2002). Parents are unable to guess the outcomes of children's illnesses. At this stage, parents are in great need for informational support. Apart from informational support, parents also need emotional support to help reduce parental anxiety, so parents to feel they have received attention and sympathy, creating trust and emotional security with better perception of information (Richmond & Craig, 1986). Thus, parents understand the types of presenting symptoms with ability to interpret various symptoms and have clarity regarding the illnesses of their children, which reduces the level of uncertainty about the illnesses of their children (Mishel & Clayton, 2003).

The findings of this study were concurrent with previous studies which found parents to feel that the environment they were faced with was a complex situation when children came to receive treatment in the intensive care unit. However, when parents received specific information concerning the illnesses of their children that was consistent with what parents wanted to know, parents had reduced levels of anxiety regarding the illnesses of their children with understanding and reduced uncertainty regarding their children's illnesses (McKim, 1993; Brazy, Anderson, Becker & Becker, 2001). Apart from need of informational support, parents were found to have the greatest need for emotional support (Mcmillan, 1991; Rattanasuda Yotwongrassamee, 2006).

Educational of parental – According to the findings, educational of parental was found to be related to parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation without statistical significance and educational of parental was found to be incapable of predicting parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation. Generally speaking, persons with high educational attainment have understanding and perception of information and treatment plans received. Persons with higher educational attainment were also more capable of defining what had occurred actually occurred than persons with lower educational attainments, thereby causing lower levels of uncertainty than persons with lower educational attainments (Mishel, 1988). According to this study, regardless of the fact that most of the sample group had bachelor's degree educational attainments

(43.8%), which is considered a high level of education, the sample group were capable of understanding the illnesses of children with skills in communicating and searching for information about the illnesses of their children. However, because the incidents which had occurred with their chronically ill children requiring intubation were first-time incidents and most of the children received treatment in the Pediatric Intensive Care Unit for the first time (63.8%) along with the fact that symptoms of children during the first three days were unstable and constantly changing, parents were unable to participate in the care of children, were not familiar with the incidents, unable to define illnesses and unable to anticipate results, so parents had feelings of uncertainty. Therefore, even though parents had high levels of education, ability to analyze situations, communication skills and skills in searching for news and information to understand illness in children, parents will have the same feelings of uncertainty, regardless of their educational attainments because the situations occurring were unplanned emergency situations threatening the lives of their children, so parental educational attainment was unable to predict parental uncertainty in cases where children had highly critical conditions.

This finding was concurrent with the study of Atitaya Wong-oppa (2008) which found parents who had graduated with bachelor's degrees or higher to have high levels of uncertainty in the illnesses of their children while receiving treatments in hospital with stress and anxiety, possibly because parents with high levels of education had many roles of responsibility, the children who were receiving treatment in hospitals were still in critical condition with unstable symptoms, parents were unable to participate in full-time childcare and parents were unable to anticipate future events, so parents to have high uncertainty. Furthermore, according to the study of Pyke-Grimm, Stewart, Kelly and Degner (2006), parents of children with cancer who received hospital treatment mostly had higher educational attainments than the high school level. However, parents did not understand the incidents occurring; parents were ambiguous toward the constantly changing conditions of their children's illnesses and parents felt uncertain towards the conditions of their children's illnesses. Moreover, according to the study of Mishel (1983) conducted in perceived parental uncertainty in illness with children receiving hospital treatment, parental educational attainments were found to be unrelated to uncertainty in the illnesses of their children.

Credible authority of healthcare staff – According to the study, credible authority of healthcare staff was found to be negatively related to parental uncertainty in illness, which was concurrent with the theory of Mishel (1988) who stated that credible authority of healthcare staff can help reduce ambiguity and help parents analyze situations more clearly, thereby reducing uncertainty in illness. This finding may be explained in that parental credible authority of healthcare staff involved the attitudes, beliefs, reliance and expectations of parents of chronically ill children toward the quality and ability of healthcare staff in providing care for chronically ill children with intubation. Regardless of deficient understanding of the circumstances of illness which occurred involving the first intubation of children, parents will have greater credible authority of healthcare personnel when parents have confidence in the service provision system, consequently leading to uncertainty of illness in children as the studies of parents of critical pediatric patients who received treatment in the Pediatric Intensive Care Unit (Turner, et al., 1990; Cohen, 1993) found credible authority of healthcare staff to be negatively related to uncertainty about illness in children. Moreover, according to the study of Clarke-Steffen (1993) who conducted a study in parents of children with cancer, performance of family roles under the knowledge, credible authority of healthcare staff helped parents to feel secure and have greater expectations about the illnesses of their children.

However, when predictive relationships were studied, credible authority in healthcare staff was found unable to predict parental uncertainty and it should be noted that credible authority in healthcare staff was highly related to informational support and emotional support ($r = 0.73, p < .01$). Therefore, it is possible that fluctuations in uncertainty about illness could be explained by informational support and emotional support more than credible authority of healthcare staff, thereby preventing credible authority of healthcare staff from predicting parental uncertainty in the illnesses of their chronically ill children with intubation.

Recommendations

1. Nurses can use the findings of this study as vital information in planning nursing care for parents to reduce uncertainty in the illnesses of children by developing models for nursing activities to reduce perception of child's illness severity while increasing informational and emotional support. The aforementioned nursing activities should have systematic plans or models because the staff are currently providing information individually without making any records regarding the information provided for parents, causing repetitive or incomplete data which may increase parental anxiety regarding the illnesses of children. Furthermore, the researcher also recommends that information and emotional support should be provided with consistency according to the problems and needs of each family or patient.
2. In this study, the researcher selected the sample group by convenience sampling and studied only parents of chronically ill children who were intubated for the first time at Siriraj Hospital, so the sample group lacked variety and was not a good representation of the population. Future studies should be conducted from varying sources of information by using randomized sampling.
3. Future studies should involve conducting experimental research to study the effects of informational and emotional support programs on parental uncertainty in the illnesses of chronically ill children with intubation.

รายการอ้างอิง

- กิติกร นิลมานัต. (2539). *ความรู้สึกล้มไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยา ตันติธรรม. (2547). *ภาวะเครียดของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต*. ใน จริยา ตันติธรรม, พัทยา ตั้งสุขสวัสดิ์, พิภูล ตันติธรรม และสุกิม พงษ์พัฒน์นาวุธ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต*. กรุงเทพฯ: นิติบรรณการ.
- จิตรา จันชนะกิจ. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ*. *วารสารพยาบาล*, 47(1), 16-24.
- จิราภรณ์ ปั่นอยู่ และกัลยพัทธ์ นิยมวิทย์. (2549). ใน สุภารัตน์ ไวยชีตา, ธิดาชัยศุภมมงคลลาภ และวรรณ กงจิเวชจรกิจ (บรรณาธิการ), *New trend in pediatric critical care nursing*. (หน้า 218-222). กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- จุฑารัตน์ จองแก นิตยา ไทยาภิรมย์ และปริศนา สุนทรไชย. (2008). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนด. *Nursing Journal*, 35, 56-67.
- ฉันทิกา จันทรเปี้ย. (2552). *พัฒนาการเด็กและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก*. ใน บุญเพียร จันทวัฒนา, ฟองคำ ติลกสกุลชัย, บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี, และ ศิริสมบุญ มุสิกสุนันท์ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1* (หน้า 10-37). กรุงเทพฯ: พริ้ว.
- เฉลิม ถั่วศรีสกุล. (2543). *ปอดอักเสบในโรงพยาบาล*. ใน ชายชาญ โพธิรัตน์ (บรรณาธิการ), *ปอด อักเสบ 2000*. (หน้า 219-249). พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: ชนบรรณการพิมพ์.
- ชูศักดิ์ เวชแพศย์. (2543). *การใช้เครื่องช่วยหายใจ*. ใน สมศรี ดาวฉาย (บรรณาธิการ), *เครื่องช่วยหายใจ*. (หน้า 345-364). พิมพ์ครั้งที่ 4. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน.
- นฤมล ชีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, และอัญชลี เตชะวีรากร. (2545). *รายงานการวิจัย: ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ทารกแรกเกิดวิกฤต*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

- นวลจันทร์ ปรามพาล. (2547). Family-center care in pediatric and critical care: Role of nurses and pediatricians. ในจิตต์ดดา ดีโรจน์วงศ์, ดุสิต สถาวร, และ นวลจันทร์ ปรามพาล (บรรณาธิการ), *Pediatric respiratory critical care* (หน้า 113-119). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นุจนิษฐ์ มณีรัตน์. (2550). ผลการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครอง เด็กป่วยโรคมะเร็ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บัณฑิตา นฤมาณเดชะ. (2551). ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยการสนับสนุนทางสังคมและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กวัยรุ่นเอส แอล อี. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2547). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ. อินเตอร์มีเดีย.
- แบบบันทึกจำนวนผู้ป่วยในหออภิบาลเด็กหนักด้านการหายใจ โรงพยาบาลศิริราช (2552). สถิติจำนวนผู้ป่วยที่รับเข้ารับการรักษในหออภิบาลเด็กหนักด้านการหายใจ (PRCU). กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปกรณ พลาหาญ และระวีวรรณ พันธุ์พานิช. (2536). *คู่มือคัดกรอง*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์. ประดิษฐ์ สมประกิจ. (2541). การใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน จิตติมา ชินะโชติ, แสงโสม ปิระวารากรณ์, ธารทิพย์ ประณูทรรพาล, นุชสโรช เพ็ชฌุไพศิษฐ์, และพุดดิพรรณิ วรกิจโกคาทร (บรรณาธิการ), *วิสัยทัศน์วิทยาระดับพื้นฐาน*. (หน้า 495-508). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิ่ง.
- ปรีดา อุ่นเสียม. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ของบิดามารดาต่อบุตรที่ป่วยวิกฤตกับความต้องการสนับสนุนทางสังคม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลบิคมารดาและเด็ก, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พรรณทิพา ประยงค์พันธุ์. (2540). การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลราชบุรี*, 9(1), 24-29.
- พวงเพชร ยัพัฒน์พันธุ์. (2540). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองตามความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เพ็ญนภา พิสัยพันธุ์. (2542). ความสัมพันธ์ระหว่างแหล่งประโยชน์ที่สนับสนุนช่วยเหลือปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความรู้สึกไม่แน่นอนในการตั้งครรภ์ของสตรีที่มีบุตรยาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มณฑา ลิ้มทองกุล. (2535). ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนและวิธีเผชิญปัญหาขณะรอฟังผลการตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนสุดา ยศวงศ์ศรีณี. (2006). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาต่อความเจ็บป่วยของบุตรที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รุจา ภูไพบูลย์ และคณะ. (2543). ผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว. รายงานภาควิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- วรารักษ์ สัตยวงศ์ และมุกดา สุวรรณโณมิต. (2541). การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ในโครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 4 (หน้า 303-324). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์.
- วัฒนา หลั่งนาค. (2008). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสิ่งกระตุ้น แหล่งประโยชน์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมลวัลย์ วโรพาร. (2535). การรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดและความผาสุกโดยทั่วไปของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไล ลิสุวรรณ, วิมลวัลย์ วโรพาร, และ มาลี เลิศมาลีวงศ์. (2536). การรับรู้ถึงความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด และความผาสุกโดยทั่วไปของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยไอซียู. วารสาร พยาบาลศาสตร์, 11(1), 6-15.
- ศักดิ์ชัย ลิ้มทองกุล. (2542). ภาวะหายใจเฉื่อย. ใน วิทยา ศรีดามา (บรรณาธิการ), ตำราอายุรศาสตร์ 3 (หน้า 145-154). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ยูนิคัฟพับลิเคชั่น.
- ศิริรัตน์ เขารัตน์. (2535). เทคนิคการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน วรรณภา ศรีธัญรัตน์ (บรรณาธิการ), การพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (หน้า 114-144). อุบลราชธานี: ผดุงสาร.

สนธิ เรื่องรองรัตน์. (2548). แนวทางการจัดการกับภาวะเซพติกช็อกในหอผู้ป่วยเด็กที่ห้องฉุกเฉิน.

ใน เกวลี อุณจักร, อรวรรณ เล่าวีระ, สนธิ เรื่องรองรัตน์, ณัฐพงษ์ อัครพล และ
ลิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ. (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน ครั้งที่ 1* (หน้า 121-129).
เชียงใหม่: แสงศิลป์.

สมจิต หนูเจริญกุล, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และทิมาพร วงศ์หงส์กุล. (2534). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา. *วารสารพยาบาล*,
40(1), 11-26.

สมหวัง ค่านชัยจิตร และอรรถ นานา. (2544). การติดเชื้อในโรงพยาบาลของระบบทางเดินหายใจ.
ใน สมหวัง ค่านชัยจิตร (บรรณาธิการ), *โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล*. (หน้า 197-214).
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: แอล ที เพรส.

สุชาดา ศรีทิพวรรณ. (2547). Respiratory monitoring for critically ill children. ใน นวลจันทร์
ปราบพล, จิตลัดดา ดีโรจน์วงศ์ และพรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ (บรรณาธิการ), *Pediatric
critical care in general practice*. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

สุนิต เภาสุวรรณ. (2543). Endotracheal tube intubation. ใน วรภา สุวรรณจินดา และอังกาบ
ปราการรัตน์ (บรรณาธิการ), *ตำราวิสัญญีวิทยา* (หน้า 189-208). พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ: ยูนิटी แพบลิเคชั่น.

สุพัตรา ไกรโสภาก. (2538). อิทธิพลของการศึกษา แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและ
ยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพต่อการรับรู้ถึงความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ
ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุกรี สุวรรณจุฑะ. (2547). Family-center care in pediatric and critical care: Role of nurses and
pediatricians. ใน จิตลัดดา ดีโรจน์วงศ์, ดุสิต สถาพร, และ นวลจันทร์ ปราบพล
(บรรณาธิการ), *Pediatric respiratory critical care* (หน้า 113-119). กรุงเทพฯ: บียอนด์
เอ็นเทอร์ไพรซ์.

สุภาพร บุญกองรัตน์. (2551). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอน
ของผู้ปกครองเด็กป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวช
กรรม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุมาพร บรรณสาร. (2545). ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของอาการ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย
การสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย กับ การปรับตัวของ
ผู้ป่วย ผู้ใหญ่โรคไตวายเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ. (2547). *ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคมและวิธีเผชิญความเครียด ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์. (2552). *จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัด กรมการแพทย์*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- อรสา พันธุ์กิติ. (2541). *การพยาบาลผู้ป่วยภาวะการหายใจล้มเหลวอย่างเฉียบพลัน*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาลทางอายุรศาสตร์ เล่ม 2* (หน้า 185-229). พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: วิ. เจ. พรินติ้ง.
- อักษร พูลนิติพร. (2543). *การใส่ท่อช่วยหายใจ*. ขอนแก่น: สำนักโครงการวิจัยและโครงการตำราโรงพยาบาล.
- อัจฉรา สัมบุญฉานนท์. (2543). *Multiorgan failure and the kidney*. ใน ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร, ธารธิป โคละทัต, และ กวีวรรณ ลิ้มประยูร (บรรณาธิการ), *Pediatric critical care*. (หน้า 533). กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิง.
- อนันต์ชัย เชื้อนธรรม. (2545). *การแจกแจงความถี่: สถิติเบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อภิรักษ์ ปลายวัฒน์วิไชย. (2546). *การหยาเครื่องช่วยหายใจ*. ใน ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล และดุสิต สดาวร (บรรณาธิการ), *Practical points in critical care*. (หน้า 96-115). กรุงเทพฯ: บียอนด์เอนเทอร์ไพรซ์.
- อาทิตย์ วังอุปปา. (2551). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเครียดในบทบาทของบิดามารดาความคาดหวังและมีส่วนร่วมดูแลเด็กป่วยระยะวิกฤตขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อารีรัตน์ แนวชาลี, ศรีสมร ภูมณสกุล และอรพินธุ์ เจริญผล. (2008). *ความสามารถในการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกไม่แน่นอน ต่อความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกจากการตั้งครรภ์เสี่ยงของกลุ่มสมรส*. *Ramathibodi Hospital of Nursing*, 14(2), 243-257.
- Ames, K. E., Rennick, J. E., & Baillargeon, S. (2011). A qualitative interpretive study exploring parents' perception of the parental role in the pediatric intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(1), 143-150.

- Ball, J., & Binder, R. (1995). *Peadiatric nursing: Caring for children*. New York: Appleton & Lange.
- Bergbom – Engberg, I., & Haljamae, H. (1989). Assessment of patient experience of discomfort during respiratory therapy. *Critical Care Medicine*, 17(10), 1068-1072.
- Berman, A., Synder, S., Kozier, B., & Erb, G. (2002). *Kozier & Erb's techniques in clinical nursing*. 5th ed. New Jersey: Pearson Education.
- Bibian, N. O., & Stephen, D. P. (2005). The use of physical restraints on paediatric intensive units. *Pediatric Anesthesia*, 15(5), 407-411.
- Bowden, V. R., Dickey, S. B., & Greenberg, C. S. (1998). *Children and their families: The continuum of care*. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Brazy, J. E., Anderson, B. M., Becker, P. T., & Becker, M. (2001). How parents of premature infants gather information and obtain support, *Neonatal Network*, 20(1), 41-48.
- Carey, W. B. (1999). Acute minor illness: Effects of medical illness. In M. D. Levine, W. B. Carey, & A. C. Crocker (Eds.), *Development-behavioral pediatrics* (3rd ed., pp. 321-323). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Clarke-Steffen, L. (1993). A model of the family transition to living with childhood cancer. *Cancer Practice*, 1, 285-292.
- Christman, N. J. (1990). Uncertainty and adjustment during radiotherapy. *Nursing Research*, 39(1), 17-20.
- Christman, N. J., McConnell, E. A., Pfeiffer, C., Webster, K. K., Schmitt, M., et, al. (1988). Uncertainty, coping, and distress following myocardial infraction: Transition from hospital to home. *Research in Nursing & Health*, 11, 71-82.
- Clark-Steffen, L. (1993). Waiting and not knowing: The diagnosis of cancer in a child. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 10, 146-153.
- Corbin, J. M. (2001). Introduction and overview: Chronic illness and nursing. In Hyman, R. B., & Corbin, J. M. (Eds), *Chronic illness*. (pp. 1-15). New York: Springer.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, M. H. (1993). The unknown and the unknowable – managing sustained uncertainty. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 77-96.

- Curley, M. A. Q. (1996). The essence of pediatric critical care nursing. In M. A. Q. Curley, J. B. Smith, & P. A. Moloney-Harmon (Eds), *Critical care nursing of infants and children* (pp. 3-14). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Endacott, R. (1998). Needs of the critically ill child: A review of the literature and report of a modified Delphi study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 14, 66-73.
- Deatrick, J., Knaft, K., & Murphy-Moore, C. (1999). Clarifying the concept of normalization. *Image*, 31(2), 209-214.
- Gaw-Ens, B. (1994). Informational support for family immediately after CABG surgery. *Critical Care Nurse*, 14(1), 41-50.
- Gillis, J., & Rennick, J. (2006). Affirming parental love in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*, 7(2), 165-168.
- Harfsteindbottir. (1996). Patient's experiences of communication during the respiratory treatment period. *Intensive Critical Care Nurse*, 12(5), 261-271.
- Harkness Hood, G., & Dincher, J. R. Z(1992). Preoperative and postoperative care. In G. Harkness Hood, & J. R. Dincher (Eds.), *Total patient care: Foundations and practice of adult health nursing*. (pp. 98-127). 8th ed. USA: Mosby-Year Book.
- Hess, D. R., & Branson, R. D. (2002). Mechanical ventilation. In D. R. Hess, N. R. Macintyre, S. C. Mishoe, W. F. Galvin, A. B. Adame, & A. B. Saposnick (Eds.), *Respiratory care: Principles & practice*. (pp. 782-807). USA: W. B. Saunders.
- Heuer, L. (1993). Parental stressor in a pediatric intensive care unit. *Pediatric Nursing*, 19(2), 128-131.
- Hilton, B. A. (1994). The uncertainty stress scale: Its development and psychometric properties. *Canadian Journal of Nursing Research*, 26(3), 15-30.
- Hopkins, G. A. (1994). The trauma nurse's role with families in crisis. *Critical Care Nurse*, 14(2), 35-43.
- Horn, E. V. & Tesh, A. (2000). The effect of critical care hospitalization on family members: Stress and response. *Dimension of Critical Care Nursing*, 19(4), 40-51.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Hudak, M., Gallo, B. M., & Morton, P. G. (1998). *Critical care Nursing. (7th ed.)*. Philadelphia: Lippincott.

- Johnson, M. M., & Sexton, D. (1990). Distress during mechanical ventilation, Patients' perception. *Critical Care Nurse*, 10(7), 48-57.
- Kaiser, J. R., Gauss, C. H., & Williams, D. K. (2008). Tracheal suctioning is associated with prolonged disturbances of cerebral hemodynamics in very low birth weight infants. *Journal of Perinatology*, 28, 34-41.
- Kang, Y. (2005). Effect of uncertainty on depression in patients with newly diagnosed atrial fibrillation. *Progress in Cardiovascular Nursing Spring*, 83-88.
- Kasper, J. W., & Nyamathi, A. M. (1988). Parents of children in the pediatric intensive care unit: What are their need.? *The Journal of Critical Care Heart and Lung*, 19(5), 574-581.
- 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.
- Lau, B. K. (2002). Stress in children can nurse help. *Pediatric Nursing*, 28, 13-18.
- Lewandoski, L. A. (1980). Stress and coping styles of parents of children undergoing open heart surgery. *Critical Care Quarterly*, 3(75), 84.
- Lowe, F., Fulbrook, P., Aldridge, H., Fox, S., Gillard, J., O'Neill, J., et al. (2001). Weaning from ventilation: A nurse-led protocol. *Critical Care Nursing in Europe*, 1(4), 124-133.
- Maybloom, B., Chapple, J., & Davidson, L. L. (2002). Admissions for critically ill children: Where and Why?. *Intensive Critical Care Nurse*, 18(3), 151-161.
- McKim, E. M. (1993). The information and support needs of mothers of premature infants. *Journal Pediatric Nursing*, 8(1), 233-244.
- McMillan, T. H., (1991). *Parents of head injured children: Their responses on the parent/child uncertainty scale*. The thesis submitted for the Degree of Master of Science in Nursing, The University of Toronto, Canada.
- Melnyk, B. M. (1994). Coping with unplanned childhood hospitalization: Effects of informational interventions on mothers and children. *Nursing Research*, 43(1), 50-55.
- Miles, M. S., Funk, S. G., & Kasper, M. A. (1992). The stress response of mothers and father of preterm infants. *Research in Nursing & Health*, 15, 261-269.
- Mishel, M. H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30(5), 258-283.

- Mishel, M. H. (1983). Parent's perception of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research*, 32, 324-330.
- Mishel, M. H. (1984). Perceived uncertainty and stress in illness. *Research in Nursing & Health*, 7, 163-171.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image: Journal of Nursing Scholarships*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M. H., & Clayton, M. F. (2003). Theories of uncertainty in illness. In M. J. Smith & P. L. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (pp. 25-48). New York: Springer Publishing.
- Mitchell, M., & Courtney, M. (2004). Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20, 223-231.
- Mishel, M., & Braden, C. J. (2004). Finding meaning: Antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 37(2), 98-104.
- Munro, B. H. (2005). Correlation. In B. H. Munro. (ed), *Statistical method for health care research*. (5th ed). pp. 239 - 258). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Newton, M. S. (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*, 26(2), 164-168.
- Noll, M. L. (1993). Ventilatory assistance. In J. Hartshorn, M. Lamborn, & M. L. Noll (Eds.), *Introduction to critical care nursing* (pp. 105-144). USA: W. B. Saunders.
- Patoomwan, A. (2001). *Living with children cancer in Thai family stories of struggling with uncertainty*. Doctoral dissertation, University of California San Francisco, USA.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Pyke-Grimm, K. A., Stewart, J. K., Kelly, K. P., & Degner, L. F. (2006). Parents of children with cancer: Factor influencing their treatment decision making roles. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(5), 350-361.
- Richmond, T. S., & Craig, M. (1986). Family centered care for the neurotrauma patient. *Nursing Clinics Of North America*, 21(4), 641-651.

- Santacore, S. J. (2001). Measuring parental uncertainty during the diagnosis phase of serious illness in a child. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(1), 3-12.
- Santacore, S. J. (2002). Uncertainty, anxiety, and symptoms of posttraumatic stress in parents of children recently diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 19(3), 104 -111.
- Santacore, S. J. (2003). Parental uncertainty and posttraumatic stress in serious children illness. *Journal of Nursing Scholarships*, 35(1), 45-51.
- Scott, L. D. (1998). Perceived needs of critically ill children. *Journal of Pediatric Nursing*, 3(1), 4-11.
- Shapiro, M. B., Anderson, H. L., & Bartlett, R. H. (2000). Respiratory failure. Conventional and high-Tech support. *Surgical Clinical North America*, 80(3), 871-883.
- Shekleton, M. E., & Nield, M. (1987). Ineffective airway clearance related to artificial airway. *Nursing Clinic of North America*, 22(1), 167-169.
- Shives, L. R. (Ed.). (2005). Anxiety disorders. In *Basic concepts of psychiatric mental health nursing* (6th ed., pp. 294-315). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Shudy, M., de Almeida, M., Ly, S., Landon, C., Groft, S., Jenkins, T. L., et al. (2006). Impact of pediatric critical illness and injury on families: A systematic literature review. *Pediatrics*, 118(1), 5203-5218.
- Smith, J. B., & Browne, A. M. (1996). Critical illness and intensive care during infancy and childhood. In Curley, M. A. Q., Smith, J. B., & Moloney-Harmon, P. A. (Eds.), *Critical care nursing of infants and children* (p. 25). Philadelphia: Saunders.
- Stewart, J. L., & Mishel, M. H. (2000). Uncertainty in childhood illness: A synthesis of the parent and child literature. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 14(4), 299-319.
- Turner, M. A., Tomlinson, P. S., & Harbaugh, B. L. (1990). Parental uncertainty in critical care hospitalization of children. *Maternal-Child Nursing Journal*, 19, 45-62.
- Woodgate, R. L., & Degner, L. F. (2002). "Nothing is carved in stone": Uncertainty in children with cancer and their families. *European Journal of Oncology Nursing*, 6(4), 191-202.



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต มีทั้งหมด 5 ชุด ได้แก่

- ชุดที่ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
- ชุดที่ 2. แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา
- ชุดที่ 3. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร
- ชุดที่ 4. แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ
- ชุดที่ 5. แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล**คำชี้แจง:**

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ และ/หรือเติมข้อความที่ตรงตามความเป็นจริงลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก

1. เพศ

() ชาย

() หญิง

2. อายุ.....ปี.....เดือน

3. เป็นบุตรคนที่.....ในจำนวน.....คน

4. โรคที่ผู้ป่วยเด็กเป็นอยู่

ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มแรกที่เป็นโรคนั้นกระทั่งถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน

5.

6.

7.

8.

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา

1. ท่านมีความเกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

() บิดา

() มารดา

2. ท่านมีบุตรคนอื่นๆ ในครอบครัวป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือไม่

() มี

() ไม่มี

3. อายุ.....ปี

4. สถานภาพสมรส

() คู่

() หม้าย

() หย่า หรือแยกกันอยู่

5.

6.

7.

8.

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา

คำชี้แจง :

กรุณาอ่านแต่ละข้อความต่อไปนี้ และพิจารณาว่าความรู้สึกของท่านในวันนี้ท่านเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุหรือไม่ แล้วใส่เครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดเพียง 1 ช่อง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันไม่แน่ใจว่าเกิดความผิดปกติอะไรขึ้นกับลูกของฉัน				
2. ฉันมีคำถามมากมายเกี่ยวกับสถานการณ์ความเจ็บป่วยของลูกที่ยังหาคำตอบไม่ได้				
3. ฉันไม่แน่ใจว่าการใส่ท่อช่วยหายใจจะทำให้ลูกมีอาการดีขึ้นหรือเลวลง				
4. ฉันไม่แน่ใจว่าการใส่ท่อช่วยหายใจจะทำให้ลูกเจ็บปวดมากนักหรือไม่				
5. ฉันได้รับคำอธิบายจากแพทย์ และพยาบาลในเรื่องความเจ็บป่วยของลูกไม่ค่อยชัดเจน หรือคลุมเครือ				
6. ฉันเข้าใจเป้าหมายของการใส่ท่อช่วยหายใจของลูกเป็นอย่างดี				
7. ฉันไม่รู้ว่าฉันจะคาดหวังอะไร จากการที่ลูกใส่ท่อช่วยหายใจครั้งนี้				
8. อาการของลูกเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาจนฉันไม่สามารถคาดการณ์ได้				
9. ฉันเข้าใจคำอธิบายที่ได้รับจากแพทย์และพยาบาลทุกอย่างเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจของลูกในครั้งนี้				

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
10. สิ่งที่แพทย์และพยาบาลบอกฉัน สามารถ ตีความได้หลายอย่าง				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
.				
26. แพทย์ และพยาบาลไม่ได้บอกให้ฉันทราบ ชัดเจนว่าลูกของฉันป่วยเป็นอะไรกันแน่				
27. แพทย์ได้บอกฉันแล้วว่าความเจ็บป่วยของลูก มีความรุนแรงมากน้อยเพียงใด				
28. แพทย์และพยาบาลใช้คำพูดที่ฉันเข้าใจได้ง่าย				

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร**คำชี้แจง:**

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าท่านมีการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรเมื่อบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในขณะนี้มากน้อยเพียงใด

บนเส้นตรงมีตัวเลขกำกับอยู่ตั้งแต่ 1 - 10 ซึ่งตัวเลขนี้จะแสดงถึงการรับรู้ของท่านเกี่ยวกับความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร เมื่อบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดย 1 คะแนน หมายถึง รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของบุตรในขณะนี้รุนแรงน้อยที่สุด จนกระทั่งถึง 10 หมายถึง รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของบุตรในขณะนี้รุนแรงมากที่สุด

ขอให้ท่านพิจารณา และวงกลมรอบตัวเลขบนเส้นตรงที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด



ชุดที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

คำชี้แจง:

แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าท่านมีความเชื่อถือ และยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ คือ แพทย์และพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักแห่งนี้มากน้อยเพียงใด

กรุณาอ่านข้อความต่อไปนี้ ถ้าท่านไม่เห็นด้วย หรือเห็นด้วยกับข้อความ ให้ใส่เครื่องหมายถูก (/) ลงในช่องที่ตรงกับความเห็นของท่านตามความมากน้อยของการเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยของท่าน

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย มาก	เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วย พอๆ กัน	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันเชื่อมั่นและวางใจในการรักษาพยาบาลของแพทย์ที่รักษาลูกของฉัน					
2. ฉันเชื่อมั่นและวางใจในการดูแลที่ลูกของฉันได้รับจากพยาบาล					
.					
.					

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์**คำชี้แจง:**

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบว่ากิจกรรมที่กระทำโดยแพทย์ หรือพยาบาล ของหอภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักต่อไปนี้ เกิดขึ้นเป็นจริงมากน้อยเพียงใด

ขอให้ท่านโปรดเลือกตอบในแต่ละกิจกรรมที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด แล้วใส่เครื่องหมาย ถูก (/) ลงในช่องเพียง 1 ช่อง

กิจกรรม	กิจกรรมที่ระบุ				
	เป็นจริง มาก ที่สุด	เป็นจริง ส่วนมาก	เป็นจริง ปานกลาง	เป็นจริง น้อย	ไม่เป็น จริงเลย
1. แพทย์และ/หรือพยาบาลอธิบายถึงสาเหตุที่ลูกต้องใส่ท่อช่วยหายใจให้นันทราบ					
2. แพทย์ และ/หรือพยาบาลอธิบายให้นันทราบถึงผลดี และผลเสียของการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจ					
3. แพทย์ และ/หรือพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย และอาการที่เปลี่ยนแปลงของลูกเป็นระยะๆ					
4. แพทย์ และ/หรือพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือขณะที่ลูกใส่ท่อช่วยหายใจ					
5. แพทย์ และ/หรือพยาบาลแจ้งให้นันทราบถึงผลการรักษาของลูกเป็นระยะๆ					
.					
.					
.					
.					

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์	กิจกรรมที่ระบุ				
	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงส่วนมาก	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
.					
.					
.					
.					
14. แพทย์ และ/หรือพยาบาลเข้าใจและยินดีให้ฉันมีส่วนร่วมในการดูแลลูก					
15. แพทย์ และ/หรือพยาบาลเปิดโอกาสให้ฉันซักถาม และตอบข้อสงสัยของฉัน					

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือรวบรวมข้อมูล มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านดังรายนามต่อไปนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี ผู้ช่วยคณบดี คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี ฝ่ายวิจัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะแพทยศาสตร์
โรงพยาบาลรามาธิบดี
2. อาจารย์ ดร. สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง อาจารย์ประจำภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาวศิริพร สังขมัลย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
สาขาการพยาบาลเด็ก
ระบบการดูแลผู้ป่วยในระยะวิกฤต
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

ภาคผนวก ค

หนังสือรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

2 ถนนพราหมณ์ บางกอกน้อย
กรุงเทพฯ 10700



โทร (662) 4196405-6
โทรสาร (662) 4196405

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

หมายเลข SI 173/2011

ชื่อโครงการภาษาไทย : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจใน
ระยะวิกฤต

รหัสโครงการ : 091/2554(EC1)

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวกัทรรนุช ภูมิพาน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานที่ที่วิจัย : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการศึกษาวิจัย
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย
5. แบบสอบถาม ชุดที่ 1-5
6. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : 30 มีนาคม 2554

วันหมดอายุ : 29 มีนาคม 2555

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรอง
โครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS
Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงจันทรี สุสงวาท)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

31 มีนาคม 2554

วันที่

ลงนาม
(ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

05 เม.ย. 2554

วันที่

2 PRANNOK Rd. BANGKOKNOI
BANGKOK 10700



Tel. (662) 4196405-6
FAX (662) 4196405

MAHIDOL UNIVERSITY

Since 1888

Siriraj Institutional Review Board

Certificate of Approval

COA no. SI 173/2011

Protocol Title : Factors influencing parents' uncertainty in illness of chronically ill children with intubation

Protocol number : 091/2554(EC1)

Principal Investigator/Affiliation : Miss Pattaranuch Poompan
Faculty of Nursing, Mahidol University

Research site : Faculty of Medicine Siriraj Hospital

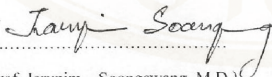
Approval includes :

1. SIRB Submission Form
2. Proposal
3. Participation Information Sheet
4. Informed Consent Form
5. Questionnaire 1-5
6. Principle Investigator's curriculum vitae

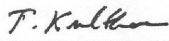
Approval date : March 30, 2011

Expired date : March 29, 2012

This is to certify that Siriraj Institutional Review Board is in full Compliance with International Guidelines For Human Research Protection such as the Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).


(Prof. Jarupim Soongswang, M.D.)
Chairperson

March 31, 2011
date


(Clin. Prof. Teerawat Kulthanan, M.D.)
Dean of Faculty of Medicine Siriraj Hospital

05 APR 2011
date

Page 1 of 2

ภาคผนวก ง

หนังสือรับรองการเข้าทำการวิจัยในโรงพยาบาลศิริราช



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
สำนักงานรองคณบดีฝ่ายวิจัย
บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร. 0 2419 9407-9

ที่ ศธ 0517.07/ **6828**

วันที่ ๕๖ เมษายน 2554

เรื่อง ยินดีให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

อ้างถึง หนังสือ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ ศธ 0517.05/00189
ลงวันที่ 19 มกราคม 2554

ตามที่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวภัทรนุช ภูมิพาน นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เข้าเก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามกับบิดา หรือมารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจครั้งแรก ที่ผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 3 เดือน ถึง 15 ปี และเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาลศิริราช จำนวนประมาณ 84 ราย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต” ความละเอียดดังแจ้งแล้ว นั้น

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พิจารณาแล้วยินยอมให้ นางสาวภัทรนุช ภูมิพาน ทำการเก็บข้อมูลได้ตามที่ขอความอนุเคราะห์มา ทั้งนี้ได้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อวันที่ 30 มีนาคม 2554

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์อนุพันธ์ ดันติวงศ์)

รองคณบดี ปฏิบัติงานแทน

คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิจัย

1. การตรวจสอบลักษณะการแจกแจงของข้อมูล (data distributions) ซึ่งทดสอบว่าคะแนนของตัวแปรที่ศึกษามีการกระจายเป็นโค้งปกติ (normality) หรือไม่ โดยการ

1.1 ทดสอบความสมมาตร (symmetrical) โดยใช้ Fisher's measure of skewness

$$\text{สูตร} = \text{skewness} / \text{SE of skewness}$$

ค่าที่ได้อยู่ระหว่าง ± 1.96 แสดงว่า การกระจายของคะแนนของตัวแปรที่ศึกษา มีความสมมาตร

1.2 ทดสอบความโด่ง (peak) ของโค้งปกติ โดยใช้ Fisher's measure of kurtosis

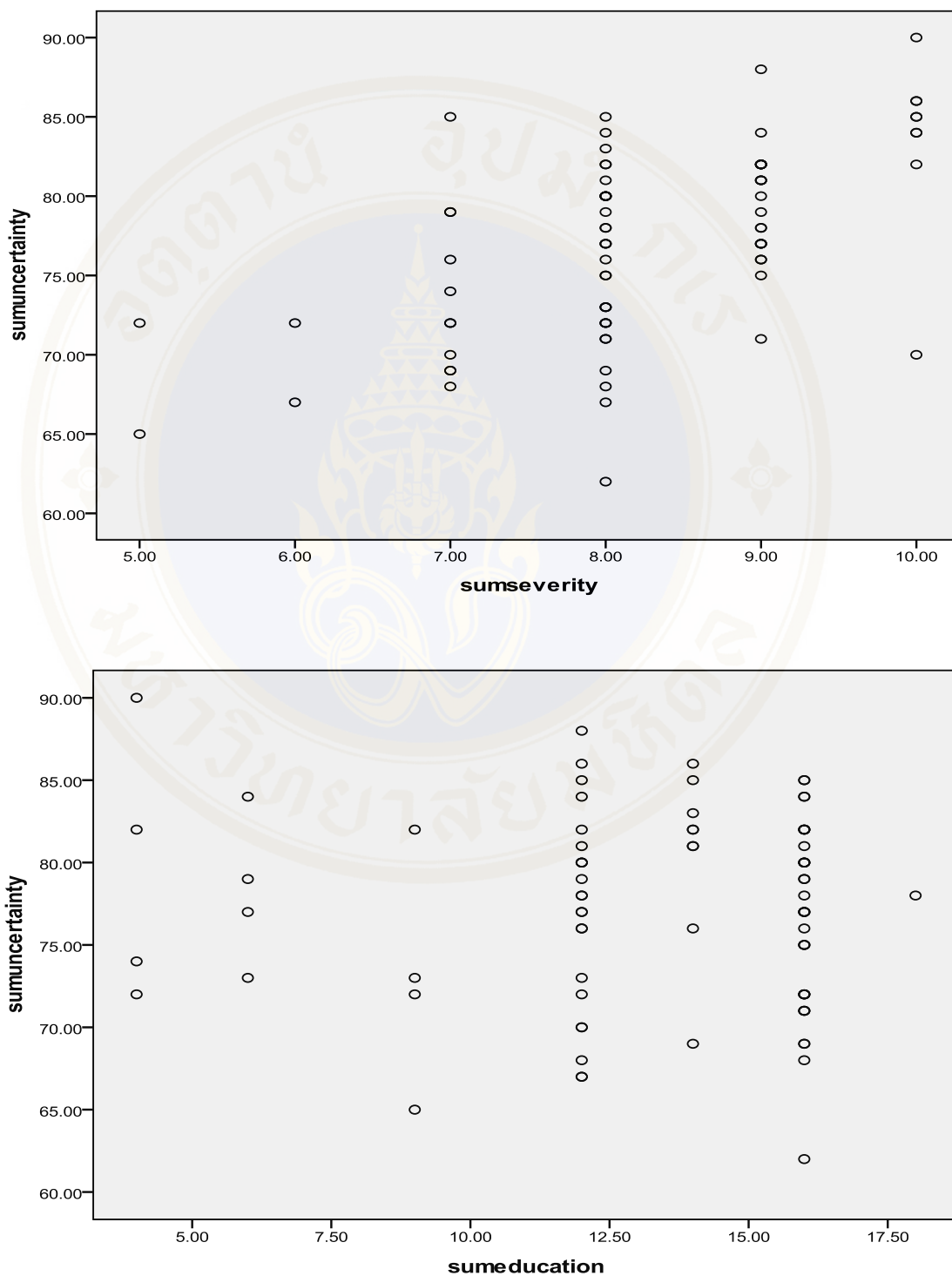
$$\text{สูตร} = \text{kurtosis} / \text{SE of kurtosis}$$

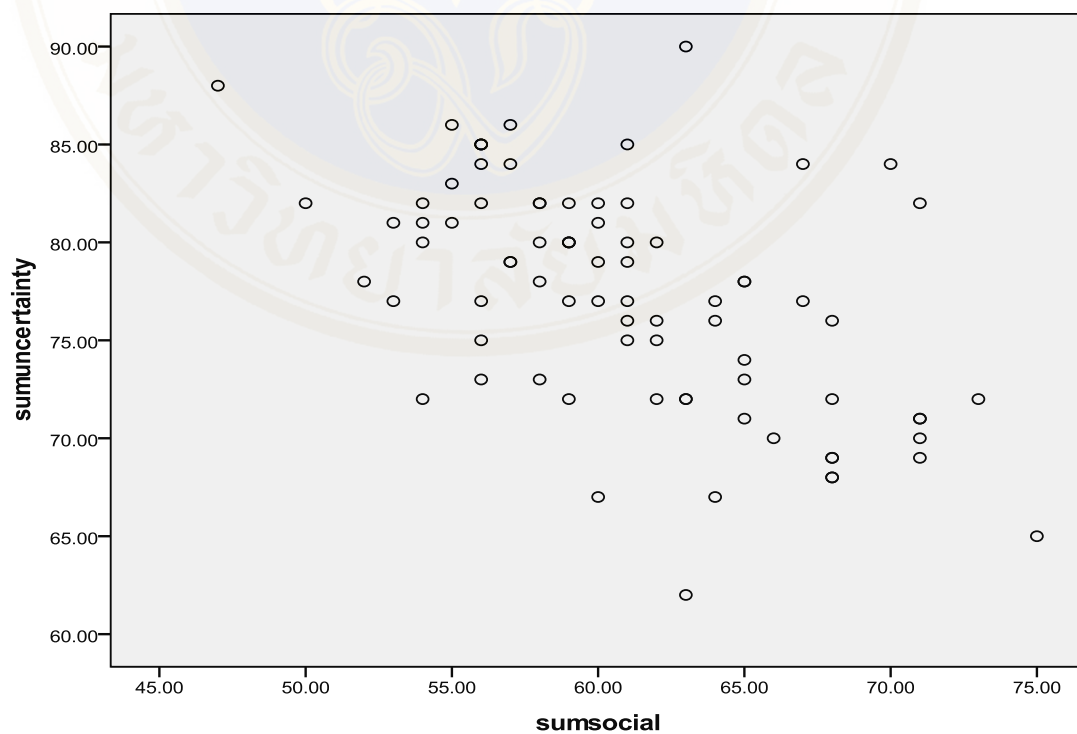
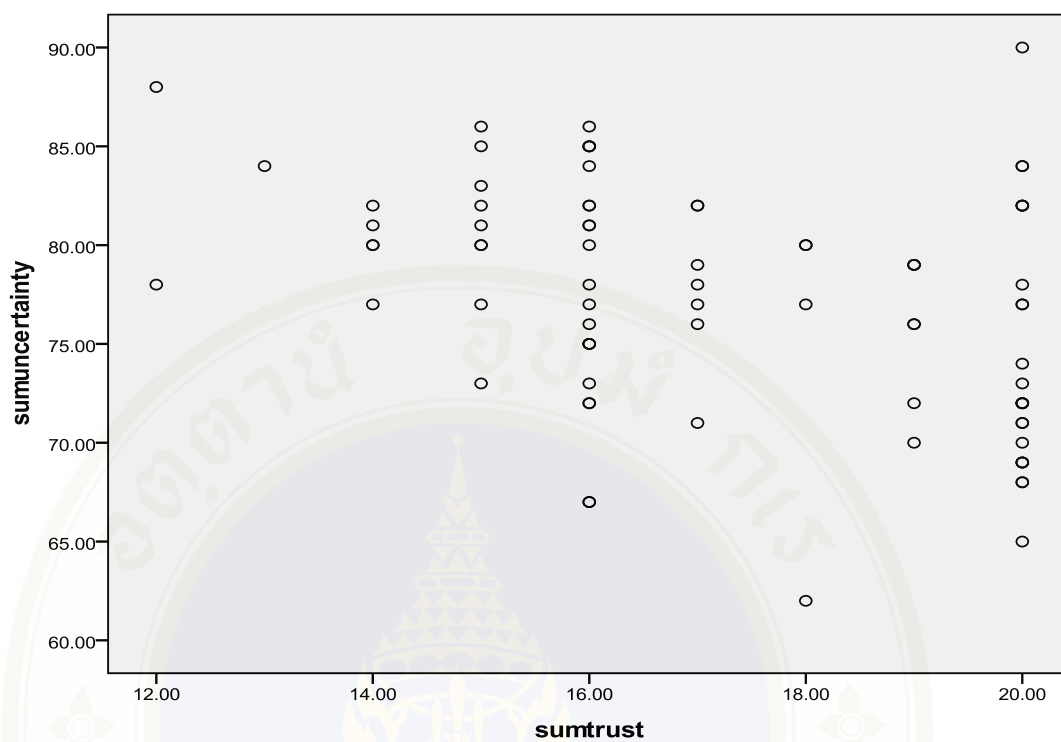
ค่าที่ได้อยู่ระหว่าง ± 1.96 แสดงว่า ความโด่งของการกระจายข้อมูลเป็นไปในลักษณะปกติ

จากการทดสอบ ดังตาราง พบว่า การกระจายของคะแนนตัวแปรระดับการศึกษาของบิดามารดา มีลักษณะเบ้ ส่วนตัวแปรที่เหลือมีการกระจายของคะแนนลักษณะค่อนข้างเป็นโค้งปกติ

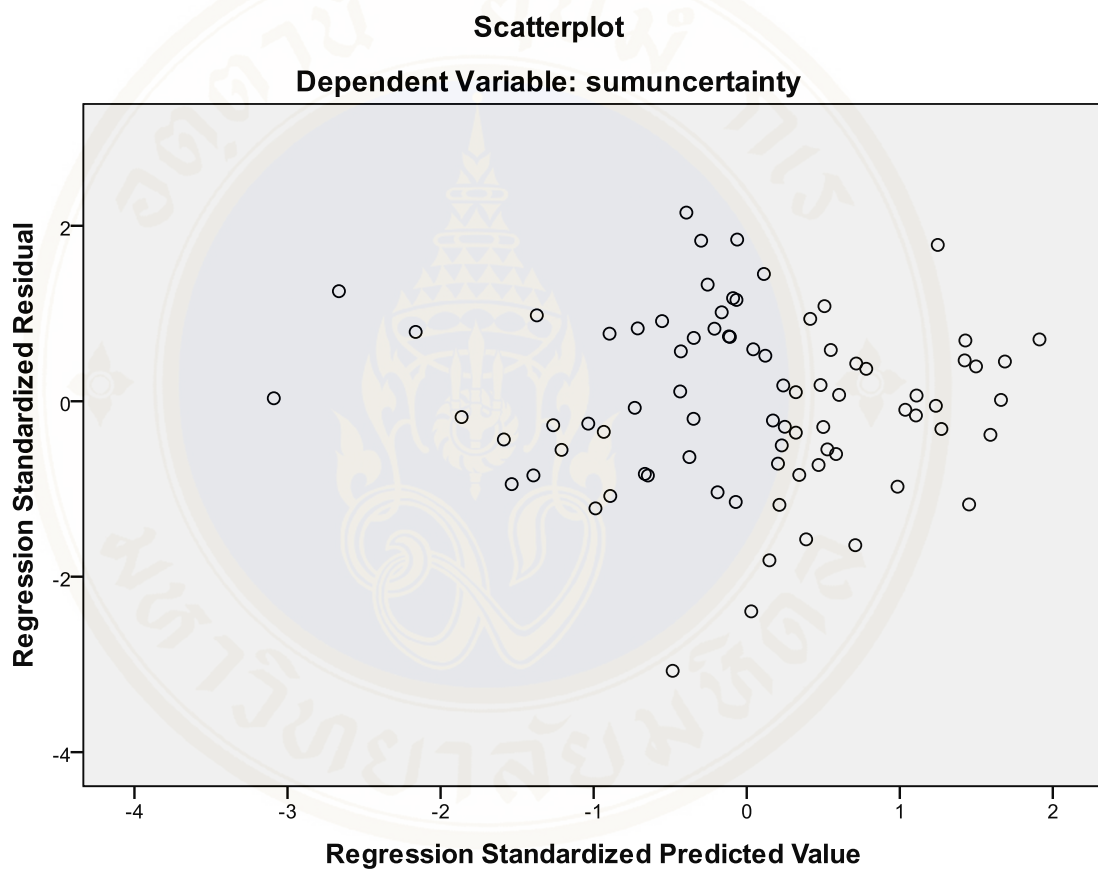
ตัวแปร	skewness	SE of skewness	skewness	kurtosis	SE of kurtosis	kurtosis
			SE of skewness			SE of kurtosis
1.การรับรู้ความรุนแรงใน ความเจ็บป่วยของบุตร	-.583	.269	-2.167	.928	.532	1.744
2.ระดับการศึกษาของบิดา มารดา	-1.259	.269	-4.680	.956	.532	1.796
3.ความเชื่อถือและยอมรับใน บุคลากรทีมสุขภาพ	-.191	.269	-0.710	-1.017	.532	-1.911
4.การสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลและอารมณ์	.265	.269	0.985	-.326	.532	-0.612
5.ความรู้สึกไม่แน่นอนของ บิดามารดา	-.291	.269	-1.081	-.452	.532	-0.849

2. การตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นของตัวแปร (linearity) โดยทำการ scatter plot จากการตรวจสอบข้อมูล พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ดังภาพ





3. การตรวจสอบค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวต้องมีค่าคงที่ (homocedasticity) โดยพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่าง regression standardized predict value กับ regression standardized residual value (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547) จากการตรวจสอบข้อมูลพบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนกระจายบริเวณค่าศูนย์ แสดงว่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าคงที่ ดังภาพ



4. การตรวจสอบความสัมพันธ์กันเองของค่าความคลาดเคลื่อน (autocorrelation) โดยใช้สถิติ Durbin Watson ซึ่งค่าความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเอง โดยค่า Durbin Watson ต้องมีค่าเข้าใกล้ 2 (มีค่าอยู่ในช่วง 1.5-2.5) จึงจะสรุปว่าค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547) จากการตรวจสอบข้อมูล พบว่า ค่า Durbin Watson ได้เท่ากับ 2.13 นั่นคือ ไม่มีความสัมพันธ์กันเองของค่าความคลาดเคลื่อน ดังภาพ

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	
1	.689 ^a	.475	.447	4.33436	.475	16.960	4	75	.000	2.139

a. Predictors: (Constant), sumeducation, sumsocial, sumseverity, sumtrust

b. Dependent Variable: sumuncertainty

5. การตรวจสอบตัวแปรอิสระทั้งหลายที่ใช้ศึกษาต้องไม่มีความสัมพันธ์กันเองที่มากเกินไป (multicollinearity) พิจารณาจากค่า tolerance ต้องมีค่าเข้าใกล้ 1 และค่า variance inflation factor (VIF) ไม่เกิน 10 (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547) จากการตรวจสอบข้อมูล พบว่า ตัวแปรอิสระที่ใช้ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กันเอง ค่า tolerance มีค่าเข้าใกล้ 1 และค่า variance inflation factor (VIF) ไม่เกิน 10 และพิจารณาความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ดังภาพ

Coefficients

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1. (Constant)	84.066	8.177		10.281	.000		
sumtrust	-.089	.325	-.035	-.275	.784	.435	2.298
sumsocial	-.369	.131	-.364	-2.817	.006	.419	2.386
sumseverity	2.404	.493	.443	4.881	.000	.851	1.175
sumeducation	-.194	.146	-.116	-1.331	.187	.929	1.076

a. Dependent Variable: sumuncertain

ประวัติผู้วิจัย



ชื่อ - สกุล	ภัทรนุช ภูมิพาน
วัน เดือน ปีเกิด	17 เมษายน 2528
สถานที่เกิด	จังหวัดขอนแก่น
วุฒิการศึกษา	มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2546 - 2550 พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2552 - 2554 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
ที่อยู่	37 ม.4 ต. แวงน้อย อ. แวงน้อย จ. ขอนแก่น 40230
E-mail address	ymrads@hotmail.com