

ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการ
โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดามารดา
ทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการ
โดยมีกรอบทฤษฎีเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดามารดา
ทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย

ณัฏฐพร อมแก้วรุ่งเรือง

นางสาวอัมพร อมแก้วรุ่งเรือง
ผู้วิจัย

ดร. จริญญา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จริญญา วิฑยะสุภกร
พย.ค.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ดร. เรณู พุกบุญมี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี
พย.ค.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อ.อัมพร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัมพร มัชฌิมวงศ์
Ph.D.

รักษาราชการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

ดร. อรสา พันธุ์ภักดี

รองศาสตราจารย์ ดร. อรสา พันธุ์ภักดี
พย.ค.

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการ
โดยมีกรอบเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดามารดา

ทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก

วันที่ 3 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2551

อัมพร ทงแก้วรุ่งเรือง

นางสาวอัมพร ทงแก้วรุ่งเรือง
ผู้วิจัย

ทศนีย์ อรรถารส

ดร. ทศนีย์ อรรถารส

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

อุษณีย์ สิริโพธิ์งาม

รองศาสตราจารย์ ดร. อุษาพินิ สิริโพธิ์งาม

D.S.N. (Adult Health Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ไวยภูมิ พุกบุญมี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เรณู พุกบุญมี

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

จิรยา วิทยะสุกร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. จิรยา วิทยะสุกร

พย.ค.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

เอ็มพร มัชฌิมวงศ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เอ็มพร มัชฌิมวงศ์

Ph.D.

รักษาราชการแทนคณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

รัชตะ รัชตะนาวิน

ศาสตราจารย์ นพ. รัชตะ รัชตะนาวิน

พ.บ.

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง หาแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนให้คำปรึกษาแนะ ให้ความช่วยเหลือต่างๆด้วยความกรุณาและเสียสละเวลามาโดยตลอด และผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์รองศาสตราจารย์ ดร. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และอาจารย์ ทศนีย์ อรรถารส ที่ให้ข้อคิดคำแนะนำในการปรับปรุงงานวิจัยให้สมบูรณ์ดียิ่งขึ้น

กราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์บุญเพียร จันทวัฒนา ที่ให้คำแนะนำและอนุญาตให้ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลมาในงานวิจัยครั้งนี้ และกราบขอบพระคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในงานวิจัย ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งอย่างยิ่งในความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณหัวหน้างานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่านของหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด(เด็ก4) และหน่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด (NICU) ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณบิดามารดาของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ของหอผู้ป่วยเด็ก 5 โรงพยาบาลรามธิบดีทุกท่านที่ให้ความสนใจและโอกาสการศึกษาต่อครั้งนี้

ขอขอบพระคุณกัลยาณมิตรทุกท่านที่ให้ความเอาใจใส่ช่วยเหลือในทุกๆด้าน ทั้งการสนับสนุนและกำลังใจที่มอบให้อย่างมากมายจนสำเร็จการศึกษาุล่วงได้ด้วยดี

ท้ายนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณมารดา พี่ชาย ญาติพี่น้อง ที่สนับสนุนเป็นกำลังใจ ด้วยดีมาตลอดจนสำเร็จด้วยดี

อัมพร กุญแก้วรุ่งเรือง

ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย (A RELATIONSHIP BETWEEN THE FIT OF DEMAN AND RECEIPT OF FAMILY-CENTERED CARE AND ANXIETY OF PARENTS IN AILING NEWBORNS)

อัมพร ฤกษ์แก้วรุ่งเรือง 4536540 RAPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: จริยา วิทยะสูตร, พย.ค., เรณู พุกบุญมี, พย.ค.

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวล ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย โดยใช้กรอบแนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (family-entered care) ของเซลส์ตันและคณะ และทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit) ของเฟรนซ์และคณะเป็นแนวทางในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาและมารดาที่ทารกแรกเกิดต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด(เด็ก4) และหน่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด(NICU)โรงพยาบาลรามาธิบดี ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2549 จำนวน 103 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ และแบบประเมินความต้องการและการได้รับการบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาและดัดแปลงจากแบบประเมิน Measure of processes of care (MPOC) ของกิงและคณะ

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ไม่มีความสอดคล้องระหว่างการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยเฉพาะด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นด้านที่ไม่มีความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการมากที่สุด โดยคะแนนการรับรู้ความต้องการทั้งรายด้านและโดยรวมมากกว่าคะแนนการได้รับการบริการ และความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) นอกจากนี้พบว่า ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เพื่อสนองตอบความต้องการของผู้รับบริการอันจะนำไปสู่การบริการที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ: ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล / ความวิตกกังวล / ความสอดคล้อง

120 หน้า

A RELATIONSHIP BETWEEN THE FIT OF DEMAND AND RECEIPT OF FAMILY-CENTERED CARE AND ANXIETY OF PARENTS IN AILING NEWBORNS

AMPORN TUNGKAOROUNGROENG 4536540 RAPN / M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORS: JARIYA WITTAYASOOPORN. D.N.S.,
RENU POOKBOONMEE., D.N.S.

ABSTRACT

The purposes of this descriptive study were as follows_1) investigate anxiety; 2) the fit of demand and receipt of family-centered care; and 3) the relationship between the fit of demand and receipt of family-centered care and anxiety of parents in ailing newborns. Family - Centered Care and Person-Environment Fit models were used to guide the study. The purposive sample was composed of 103 parents whose newborns were admitted to the special newborn care unit (PED4) and neonatal intensive care unit (NICU), at Ramathibodi Hospital during June to September, 2006. The instruments used for screening and collecting data were the demographic questionnaire, the Spielberger Stat-Trait Anxiety Inventory, and the demand and receipt of family-centered care questionnaire that was developed and modified by the researcher. Data were analyzed by using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient.

The results showed that the parents have moderate anxiety. There was not fit between demand and receipt of family-centered care scores; the demand scores were higher than the receipt scores, particularly, the exchange information aspect. Moreover, there was no statistically significant correlation between the fit of demand and receipt of family-centered care and anxiety of parents in ailing newborns. The recommendation from this study is that strategies to improve nursing care system are needed to promote family-centered care for better nursing care.

KEY WORDS: FAMILY - CENTERED CARE / ANXIETY / AILING NEWBORNS

120 pp.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภูมิ	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	
2.1 ความวิตกกังวลหรือความเครียดบิดามารดาทารกแรกเกิด	8
2.2 ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม	20
2.3 การบริการสุขภาพเด็กโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล	25
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	
3.1 ลักษณะของประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	33
3.2 ลักษณะของสถานที่ศึกษา	34
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	35
3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล	41
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	42
บทที่ 4 ผลการวิจัย	43
บทที่ 5 การอภิปรายผล	54
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	59
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	63
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	80
บรรณานุกรม	95
ภาคผนวก	105
ประวัติผู้วิจัย	120

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล	44
ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการของ บิดามารดาจำแนกตามรายด้านและโดยรวม	46
ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับบริการ ของบิดามารดาจำแนกตามรายด้านและ โดยรวม	47
ตารางที่ 4 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของ คะแนนความวิตกกังวล	48
ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความเบ้ ของคะแนนความสอดคล้อง จำแนกตามรายด้านและโดยรวม	48
ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ความสอดคล้องแต่ละด้านและโดยรวมกับ ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	49
ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการมากที่สุด ตามรายชื่อใน 10 อันดับแรกเรียงคะแนนจากมากไปน้อย	50
ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับบริการที่ตอบสนอง ความต้องการตามรายชื่อใน 10 อันดับแรกเรียงคะแนนจากน้อยไปมาก	51
ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความไม่สอดคล้องที่มากที่สุด ตามรายชื่อ 10 อันดับแรกเรียงคะแนนจากมากไปน้อยโดยไม่คิดเครื่องหมาย	52

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1	กรอบแนวคิดของการวิจัย
แผนภูมิที่ 2	กราฟความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องกับความเครียด
แผนภูมิที่ 3	แสดงคะแนนเฉลี่ยรายชื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนความต้องการกับคะแนนการได้รับบริการ

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกแรกเกิดที่มีการเจ็บป่วย ต้องได้รับการดูแลรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษหรือหน่วยวิกฤติทารกแรกเกิด เป็นเหตุการณ์ที่บิดามารดาไม่ได้คาดคิดและเตรียมจิตใจที่จะพบกับสภาพการเจ็บป่วยของบุตรและสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยมาก่อน ซึ่งเป็นสิ่งเร้ากระตุ้นให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ตึงเครียด กลัว และหวาดหวั่น (Baxter, 1972 cited in Graves & Ware, 1990) นอกจากนี้ยังทำให้บิดามารดาต้องแยกจากบุตร บิดามารดาจะเกิดความวิตกกังวลอย่างสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 48 - 72 ชั่วโมงแรก (Gennaro, 1986; Miles, et. al., 1989) หรือภายใน 7 วันแรกหลังจากทารกย้ายเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัด (Miles, et. al., 1992) มีการศึกษาพบว่า บิดามารดาที่มีความวิตกกังวลสูงเมื่อบุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัด (ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542; วันเพ็ญ ปริกกลาง, 2546) บิดามารดาต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติ เช่น เสี่ยงสัญญาณเตือนของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ สภาพและลักษณะที่ปรากฏของทารก นอกจากนี้บิดามารดายังไม่สามารถที่จะแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดาได้ ต้องให้บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้กระทำการแทน เช่น ไม่สามารถอุ้มบุตร ให้นมบุตร และให้การดูแลช่วยเหลือหรือปกป้องเมื่อบุตรได้รับความเจ็บปวด เป็นต้น รวมทั้งการรักษาและอาการที่ ไม่คงที่ของบุตร การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตร ตลอดจนท่าทางและการแสดงออกของเจ้าหน้าที่ (LaMontagne & Pawlak, 1990; Miles, 1989) และการได้รับบริการที่ยังไม่สอดคล้องและไม่สามารถตอบสนองตามความต้องการของบิดามารดา (ฉันทนา ผ่องคำพันธ์, 2537; พวงเพชร ยัปวัฒนพันธ์, 2540) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้บิดามารดาเกิดความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น

ความต้องการของบิดามารดาที่บุตรเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษหรือหน่วยวิกฤติทารกแรกเกิดนั้นมีความหลากหลาย จากการศึกษที่ผ่านมาพบว่า บิดามารดามีความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุตร เช่น สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน พัฒนาการ ความเสี่ยงและการดูแลรักษาที่ทารกได้รับ (Jarrett, 1996a; 1996b) และยังมีความต้องการในด้านต่างๆ เช่น ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านความมั่นใจในการดูแล

และความปลอดภัยของบุตร ด้านการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ด้านการให้คำอธิบายลักษณะหรือสภาพที่ปรากฏของทารก รวมทั้งเสียงสัญญาณและสัญลักษณ์ต่างๆของอุปกรณ์ทางการแพทย์ ด้านการยอมรับและเอาใจใส่จากบุคลากรทางสุขภาพ ด้านแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดา ด้านความสะดวกสบายเกี่ยวกับการเยี่ยมบุตร ด้านการติดต่อสื่อสารกันระหว่างบิดามารดาและบุคลากรทางสุขภาพที่จะช่วยเหลือบิดามารดา ด้านการให้บิดามารดาได้ระบายความรู้สึกและความในใจ ด้านการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวด้วยถ้อยคำบอกเล่าที่เข้าใจง่ายและทำทางที่เอื้ออาทร ด้านการแนะนำแหล่งประโยชน์สำหรับบิดามารดา นอกจากนี้ยังต้องการส่งเสริมการเยี่ยม การให้อุ้มหรือสัมผัสบุตรเพื่อลดความรู้สึกแยกจากและความวิตกกังวล (ฉันทนา ผ่องคำพันธ์, 2537; พวงเพชร ยัพัฒน์พันธ์, 2540; สุภารัตน์ ไวยชีดาและคณะ, 2542; Miles, 1989; Ward, 2001) นอกจากนี้บิดามารดาต้องการเป็นผู้ร่วมรับผิดชอบในการตัดสินใจที่จะเลือกการรักษาและ การจัดการให้การดูแลบุตรขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้บุตรปลอดภัยจากภาวะเจ็บป่วย และสามารถกลับคืนสู่สภาพปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพัฒนาการ ที่เหมาะสมทั้งทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคม (อัจฉริย์ ทองสวรรค์, 2546) จะเห็นได้ว่าบิดามารดาต้องการความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง

การสนับสนุนและตอบสนองความต้องการของบิดามารดาโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เป็นวิธีการช่วยเหลือที่ให้ความสนใจต่อความต้องการของครอบครัวหรือบิดามารดา ซึ่งแนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family - centered care) เป็นปรัชญา การดูแลที่มีการกำหนดนโยบายและแนวการปฏิบัติให้ตระหนักและยอมรับว่าบิดามารดาเป็น หน่วยคนที่และมีบทบาทที่สำคัญที่สุดในชีวิตของบุตร ในขณะที่ระบบบริการและการสนับสนุนช่วยเหลือทางสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศของการเป็นหุ้นส่วนที่มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สมบูรณ์และเที่ยงตรง มีการยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศักยภาพ และความเป็นบุคคลทั้งภายในและระหว่างครอบครัวทุกราย มีการตระหนักและยอมรับในความแตกต่างของวิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละครอบครัว มีการกระตุ้นและสนับสนุนการช่วยเหลือกันระหว่างครอบครัวกับครอบครัว มีการร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน พร้อมการจัดบริการให้เมื่อครอบครัวต้องการ มีการยอมรับและตระหนักถึงศักยภาพของบิดามารดาเป็นสำคัญ เพื่อการส่งเสริมให้บิดามารดาสามารถดำเนินชีวิตได้ตามแบบแผนปกติในแต่ละครอบครัว (Ahmann, 1994b; Bruce & Ritchie, 1997; Hostler, 1991; Shelton, Jeppson & Johnson, 1987; Shelton & Stepanek, 1995) ทำให้บิดามารดาได้ทำหน้าที่ในบทบาทของบิดา

มารดาและได้เข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลบุตรของตนเอง ซึ่งทำให้บิดาและมารดาเกิดความพึงพอใจในชีวิตและรู้สึกพึงพอใจ (King, Tepilicky, King & Rosenbaum, 2004; Van Riper, 2001) ความวิตกกังวลลดลง (King, Rosenbaum & King, 1995 cited in King, Kertoy, King, Rosenbaum, Hurley & Law, 2000; Rosenbaum, et al., 1998 cited in Law, et al., 2003; Walker, 2001)

อย่างไรก็ตามการให้บริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จะส่งผลลดความเครียดหรือความวิตกกังวลของครอบครัวได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัว ทั้งนี้การให้บริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลถือว่าเป็นสิ่งแวดล้อมของครอบครัว ส่วนความต้องการบริการของครอบครัวถือว่าเป็นบุคคล และเมื่อมีความสอดคล้องกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมก็จะช่วยลดความเครียดหรือความวิตกกังวลได้ (French, et al., 1974)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการช่วยเหลือบิดามารดาโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และลดความวิตกกังวลหรือความเครียดของบิดามารดา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family - centered Care) ของเชลล์ตันและคณะ (Shelton, et al., 1987) และทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit) ของเฟรนช์และคณะ (French, et al., 1974) เป็นแนวทางในการวิจัย

แนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family - centered Care) ของเชลล์ตันและคณะ (Shelton, et al., 1987) เชื่อว่า การให้บิดามารดาได้ทำหน้าที่ในบทบาทและเข้ามามีส่วนร่วมการตัดสินใจดูแลบุตรของตนเอง บิดามารดาจะเกิดความพึงพอใจ เกิดความพึงพอใจในชีวิต ทำให้ความวิตกกังวลลดลง (King Tepilicky, King & Rosenbaum, 2004; Rosenbaum, et al., 1998 cited in Law, et al., 2003; Van Riper, 2001; Walker, 2001) โดยครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับองค์ประกอบที่สำคัญ 8 ประการ ได้แก่ 1) การยอมรับในฐานะผู้ปกครองหลัก 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างบิดามารดากับบุคลากรทางสุขภาพ 3) การแลกเปลี่ยนข้อมูล 4) การยอมรับในสถานภาพส่วนบุคคล 5) การยอมรับการแสดงออกทางอารมณ์และการเผชิญ

ความเครียด 6) การมีกลุ่มสนับสนุนและเครือข่ายครอบครัว 7) ระบบบริการทางสุขภาพมีความยืดหยุ่นและต่อเนื่อง และ 8) การยอมรับครอบครัวคือครอบครัวและเด็กคือเด็ก (Shelton, et al, 1987) โดยองค์ประกอบทั้ง 8 ประการนี้สามารถประเมินออกมาได้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความร่วมมือกัน 2) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล และ 4) ด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว

ความวิตกกังวลของบิดามารดาจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยนั้น จะขึ้นอยู่กับความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง หรือสิ่งที่ตนเองคาดหวังไว้จากจากบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ซึ่งความสอดคล้องนี้ เฟรนซ์และคณะ (1974) อธิบายว่า บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ถ้าไม่พอดีหรือไม่สมดุลกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมจะมีผลต่อความตึงเครียด ซึ่งความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person - Environment Fit) มี 2 ลักษณะ คือ ความสอดคล้องตามการรับรู้ (Subjective Fit) และ ความสอดคล้องตามการสังเกต (Objective Fit) ซึ่งผู้วิจัยนำเอาความสอดคล้องตามการรับรู้มาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ โดยเฟรนซ์และคณะ (1974) อธิบายไว้ว่า ความผาสุก (well-being) ของบุคคลจะเกิดจากความพึงพอใจ การมีความสุข หรือการเกิดความวิตกกังวลนั้นอาจเกิดมาจากความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างความต้องการ (Needs) กับสิ่งที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม (Supplies) ของบุคคลนั้น (Caplan, 1983)

เมื่อทารกเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤตินั้น เป็นสิ่งที่บิดามารดาไม่ได้คาดคิดหรือเตรียมใจมาก่อน ต้องแยกจากบุตร ไม่สามารถทำหน้าที่บิดามารดาได้ สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทำให้บิดามารดามีความวิตกกังวล มีความต้องการรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุตร ตลอดจนการดูแลรักษาที่บุตรได้รับ ดังนั้นการได้รับบริการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบิดามารดาที่จะได้รับการช่วยเหลือ และได้รับการตอบสนองความต้องการเพื่อลดความวิตกกังวล การบริการช่วยเหลือตามแนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เป็นวิธีการช่วยเหลือที่ตอบสนองความต้องการของบิดามารดาที่มีผลต่อความวิตกกังวล นั่นคือ ความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการ (Needs) กับการได้รับบริการจากบุคลากรทางสุขภาพที่สนองความต้องการตามแนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตามการรับรู้ของบิดามารดา (Supplies) จะมีแนวโน้มเกิดความวิตกกังวลสูง ส่วนบิดามารดาที่ได้รับบริการที่มีความสอดคล้องกันระหว่างความต้องการของตนเองกับการได้รับบริการจากบุคลากรทาง สุขภาพตามการรับรู้ของบิดามารดานั้น จะมีแนวโน้มเกิดความวิตกกังวลที่ต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย
2. เพื่อศึกษาความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดาทารกแรกเกิดภาวะการเจ็บป่วย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล กับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดภาวะการเจ็บป่วย

สมมติฐานการวิจัย

1. มีความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบิตำรดาทารกแรกเกิดภาวะการเจ็บป่วย
2. ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความวิตกกังวลของบิตำรดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย

ขอบเขตการทำวิจัย

ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล กับความวิตกกังวลของบิตำรดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง กันยายน 2549

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของบิตำรดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติ
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านการวิจัยเกี่ยวกับแนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลและความวิตกกังวลของบิตำรดา

คำจำกัดความ

ความสอดคล้อง (F_s) หมายถึง คะแนนความแตกต่างระหว่างคะแนนของการรับรู้การได้รับบริการ (E) กับคะแนนของการรับรู้ความต้องการบริการ (P) โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จะแทนด้วยสัญลักษณ์ $F_s = E - P$ ถ้าคะแนนเท่ากับศูนย์ ($E = P$) แสดงว่า มีความสอดคล้องกัน ($F_s = 0$) ส่วนคะแนนที่มีค่ามากกว่าหรือต่ำกว่าศูนย์ แสดงว่า ไม่มีความสอดคล้องกัน ($F_s > 0$ & $F_s < 0$)

ความต้องการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (P) หมายถึง การรับรู้ของบิตำรดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยถึงสิ่งที่บิตำรดาต้องการให้บุคลากรทางสุขภาพช่วยเหลือทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความร่วมมือกัน 2) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล 3) ด้านการมี

ส่วนร่วมในการดูแล และ4) ด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว วัดโดยใช้แบบสอบถามความต้องการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Measure of processes of care (MPOC) ของคิงและคณะ (King, Rosenbaum & King, 1996; King, King & Rosenbaum, 2004) ประเมินเป็นคะแนนร้อยละของความต้องการบริการของบิดาและมารดาคะแนนรวมมาก แสดงว่า มีความต้องการมาก

การได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (E) หมายถึง การรับรู้ของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยถึงสิ่งที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพที่ช่วยเหลือตอบสนองความต้องการของบิดามารดาทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความร่วมมือกัน 2) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล และ4) ด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว วัดโดยใช้แบบสอบถามการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบประเมิน Measure of processes of care (MPOC) ของคิงและคณะ (King, Rosenbaum & King, 1996; King, King & Rosenbaum, 2004) ประเมินเป็นคะแนนร้อยละของบริการคะแนนรวมมาก แสดงว่า ได้รับการบริการมาก

ความวิตกกังวล หมายถึง การแสดงออกของอารมณ์และความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปจากภาวะปกติของของบิดามารดาในขณะที่ทารกเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติทารกแรกเกิด โดยเกิดความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่สบายใจ กระวนกระวาย วัดโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al., 1977) ซึ่งแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย บุญเพ็ญ จันทวัฒนา คะแนนรวมมาก แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. ความวิตกกังวลหรือความเครียดบิตามารดาทารกแรกเกิด
2. ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม
3. การบริการสุขภาพเด็กโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

ความวิตกกังวลหรือความเครียดบิตามารดาทารกแรกเกิด

ความเครียดเป็นเสมือนตัวนำที่ทำให้เกิดการกระทำแต่ไม่ใช่ผลของการกระทำ ส่วนความวิตกกังวลเป็นผล ซึ่งเป็นอาการแสดงที่พบมากที่สุดในการปฏิบัติความเครียด และพบว่าความวิตกกังวลมักถูกอธิบายหรือให้ความหมายในรูปแบบของความเครียด (Lashman, 1983; Kemp & Hatmaker, 1989 อ้างใน ณัฐพร จันทวรลักษณ์, 2546) จึงมีผู้ให้ความหมายของความวิตกกังวลและความเครียดไว้ ดังนี้

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียดเป็นผลระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ของระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลนั้นจะประเมินว่าเหตุการณ์มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของตนที่จะใช้ในการปรับตัว หรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่รู้สึกว่าคุณค่าความเป็นอันตรายต่อความผาสุก ส่วนความวิตกกังวลเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ของความเครียด (Lazarus, 1976)

ลักขณา (ลักขณา ศรีวัฒน์, 2544) อธิบายว่า ความเครียดเป็นภาวะทางจิตใจและร่างกายที่ขาดความสมดุล เกิดความกดดันทางอารมณ์ซึ่งมีผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรมโดยแสดงออกทางร่างกายและจิตใจ เช่น ความวิตกกังวล กลัว หงุดหงิด นุนเฉียว ปวดท้องและศีรษะ

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองทางอารมณ์มาจากการรับรู้ของบุคคลที่ประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า เป็นอันตรายหรือคุกคามเมื่อมีสิ่งกระตุ้นที่เป็นความเครียดจากภายนอกตัวบุคคล หรือจากภายในตัวบุคคล เช่น ความคิด ความรู้สึก ความต้องการ บุคคลจะรับรู้ต่อสภาพการณ์นั้นว่าเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของตนเองไม่ว่าสิ่งที่คุกคามนั้นจะเป็นสิ่งที่อันตรายจริง หรือไม่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติมากขึ้น โดย

แสดงออกทางร่างกายและจิตใจในลักษณะของความไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น และตึงเครียด

เพปพลาว (Peplau, 1979) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อบุคคลประสบกับเหตุการณ์ที่ไม่สุขสบายส่วนบุคคล ทำให้มีลักษณะหวาดหวั่น และตึงเครียดโดยไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนี้ ถ้าอยู่ในระดับต่ำจะทำให้บุคคลมีความตื่นตัว กระตือรือร้น ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้งห้าสัมผัสดีขึ้น ทำให้เรียนรู้ แก้ปัญหาได้ดี และเกิดความคิดสร้างสรรค์ แต่ถ้าความวิตกกังวลในระดับสูงจะทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้งห้าลดลง การรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้น้อย บุคคลจะไม่มีความสุขสบายทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์เพิ่มมากขึ้น

เนลส์ (Kneisl, 1992) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล มีความรู้สึกไม่สุขสบาย ยุ่งยาก ประกอบกับความรู้สึกผิด กลัว สงสัย และเหมือนถูกรอรับ ทำให้เกิดพฤติกรรมการทำลาย หรือพฤติกรรมการสร้าง ถ้าเกิดพฤติกรรมการทำลายจะทำให้เกิดปัญหากับบุคคล แต่ถ้าเกิดพฤติกรรมการสร้างจะทำให้เกิดพฤติกรรมเพื่อจัดการกับสิ่งกระตุ้น และมีพฤติกรรมสร้างมากขึ้นถ้าทราบแหล่งที่มาของความวิตกกังวล

แวนคาลโรวิกซ์ (Vancarolis, 1998) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกหวาดหวั่น หงุดหงิดไม่สบายใจ ไม่แน่ใจ หรือหวาดกลัวในบางสิ่งบางอย่างที่บอกไม่ได้

อรพรรณ (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2545) อธิบายว่า ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่มีความรู้สึกรู้ว่ามีสิ่งร้ายหรือเหตุการณ์ที่ไม่ดีเกิดขึ้นกับตนเอง รู้สึกหงุดหงิด หวาดหวั่น กลัว กระสับกระส่าย อึดอัด ไม่สบายใจ และไม่มั่นใจในเหตุการณ์ล่วงหน้า

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ของบุคคลจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ โดยบุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า เป็นภาวะคุกคามต่อตนเองจะเกิดความวิตกกังวล (Lazarus & Averill, 1972) ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) ที่เห็นว่าการรับรู้ของบุคคลที่รับรู้ว่าเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจและประเมินว่ากำลังถูกคุกคาม เหตุการณ์นั้นถือว่าเป็นความเครียดและก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ซึ่งก็คือความวิตกกังวล ความเครียดเป็นเสมือนตัวนำที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลซึ่งความวิตกกังวลเป็นการตอบสนองทางด้านจิตใจและอารมณ์ต่อความเครียด (Lazarus, 1976; Townsend, 1999) และเป็นผลผลิตของความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ความเครียดกับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กัน จึงมีนักวิจัยหลายท่านใช้ความวิตกกังวลเป็นตัวบ่งชี้ถึงความเครียด

ดังนั้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเป็นผลของความเครียด มีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ที่บุคคลแสดงออกทางร่างกายและจิตใจต่อเหตุการณ์นั้น ประเมินว่าเป็นภาวะที่อันตราย

หรือความรู้สึกต่อตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกกดดัน รู้สึกไม่แน่ใจ รู้สึกไม่สบายใจ หึงเครียด หวาดหวั่น เป็นทุกข์ และไม่ปลอดภัยไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นกับตน โดยสิ่งหรือภาวะที่คุกคามนั้นอาจจะ มีจริงหรือเกิดจากการคาดคะเนเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงความวิตกกังวลแทนความเครียดของบิดามารดา เกี่ยวกับการบริการสุขภาพเด็กที่บิดามารดาได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ เมื่อทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติ

สาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมีสาเหตุทั้งจากภายในและภายนอกตัวบุคคล บุคคลบางคนสามารถบอกสาเหตุที่ได้ชัดเจน แต่ในบางคนไม่สามารถบอกได้ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากความคับข้องใจ ความขัดแย้งในใจ ความเครียด ความไม่แน่ใจ ความรู้สึกผิด หรือจากความปรารถนาและแรงขับที่ไม่ได้รับการตอบสนอง ซึ่งแบ่งตามสิ่งที่มาคุกคามต่อบุคคลได้เป็น 2 ประเภท ดังนี้ (Kneisl, 1992; Rambo, 1984)

1. สิ่งที่ถูกคามด้านร่างกาย (Physical of integrity) เป็นการคุกคามต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลหรือตนเองในปัจจุบันและอนาคต เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ ความอบอุ่น ซึ่งทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลนั้น
2. สิ่งที่ถูกคามต่อความเป็นตนเอง (Self-System) เป็นการคุกคามต่อความปลอดภัยของตนเอง ได้แก่ ความไม่สมปรารถนาในความมั่นคงของตนเองหรือสิ่งที่คาดหวัง การไม่พบกับสิ่งที่ต้องการทางด้านฐานะ เกียรติยศ และชื่อเสียง การถูกรังเกียจจากบุคคลอื่น การขาดทรัพย์สินเงินทอง หรือการเปลี่ยนบทบาทของตนเอง

ประเภทของความวิตกกังวล

สปีลเบิร์กเจอร์และคณะ (Spielberger, et al, 1972) อธิบายว่า ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลมี 2 ลักษณะ คือ

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety or A-State) เป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดชั่วคราวในสถานการณ์เฉพาะ หรือในสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือจะเกิดอันตรายต่อบุคคล ระดับความรุนแรงมีการเปลี่ยนแปลงขึ้นลงได้ตลอดเวลา แต่จะคงอยู่ในช่วงสั้นๆระยะเวลาไม่นาน
2. ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety or A-Trait) เป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพ มีลักษณะเฉพาะประจำตัวของบุคคลที่คงที่ ไม่เปลี่ยนแปลง เป็นตัวเสริมความวิตกกังวลขณะเผชิญ

เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลสูง เนื่องจากความวิตกกังวลสูงมีแนวโน้มที่จะรับรู้สถานการณ์ว่าเป็นอันตรายและคุกคามได้มากกว่า จึงแสดงออกถึงความวิตกกังวลขณะเผชิญได้บ่อยกว่าความวิตกกังวลต่ำ และมีแนวโน้มที่จะรับรู้สถานการณ์ว่าเป็นอันตรายและคุกคามได้มากกว่า

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้งของบุคคลนั้นมีความรุนแรงไม่เท่ากัน มีการประเมินเหตุการณ์แตกต่างกัน ทำให้มีระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลในระดับต่างๆกัน และมีผลต่อการรับรู้ของบุคคลโดยตรงซึ่งจะขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น สามารถวัดระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลได้ 4 ระดับ ดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญวิชัย, 2545; Peplau, 1963 cited in Stuart, 1995; Peplau, 1968 cited in Varcarolis, 1998; Townsend, 1999)

1. ระดับต่ำหรือเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากการดำเนินชีวิตประจำวันและทั่วไป เป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีการตื่นตัว มีการรับรู้เพิ่มขึ้น สามารถมองเห็น และมีความเข้าใจมากกว่าที่เป็นอยู่ บุคคลจะมีการเรียนรู้และมีความคิดสร้างสรรค์มากขึ้น บุคคลจะพยายามทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้สำเร็จ

2. ระดับปานกลาง (moderate anxiety) การรับรู้ของบุคคลทางประสาทสัมผัสทั้งห้า แคลง สมาธิในการฟังปัญหาและข้อมูลต่างๆลดลง ความสนใจและการกระทำของบุคคลจะจำกัดอยู่เฉพาะกับสิ่งที่เห็น สิ่งที่ได้ยินและเข้าใจในขณะนั้น แต่พยายามที่จะแก้ไขปัญหามีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อตึง หายใจเข้า ออกแรง ปวดศีรษะ ปัสสาวะบ่อย และรู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะ เป็นต้น

3. ระดับสูง (severe anxiety) ความสามารถในการรับรู้ของบุคคลจะน้อยลงมาก เหลือเพียงจุดสนใจเป็นพิเศษเท่านั้น ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงจากปกติหลายอย่าง ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง ไม่สบายทั้งกายและจิตใจ พฤติกรรมที่แสดงออกมีเป้าหมายจะมุ่งเฉพาะความวิตกกังวลเท่านั้น

4. ระดับรุนแรงสูงสุด (panic anxiety) เป็นระดับที่ขัดขวางการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้งห้าอย่างสมบูรณ์ ความสามารถในการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆผิดไปจากความเป็นจริง บุคคลจะอยู่ในภาวะตื่นตระหนก สับสน ความกลัวสุดขีด ขาดการควบคุมตนเอง ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ บุคลิกภาพและความคิดจะผิดปกติกว้างไป มีอาการหลงผิดประสาทหลอน อ่อนเพลีย ไม่มีแรงและอาการซึมเศร้า

ผลของความวิตกกังวล

เมื่อมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะตอบสนองโดยการมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านสรีระวิทยา ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านการสังเกต ด้านสมาธิความจำ และด้านการเรียนรู้ ซึ่งสรุปดังนี้ (Greene, 1997; Kneisl, 1992, Stuart, 1995)

1. การตอบสนองด้านสรีระวิทยา (Physiological Response) เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นทำให้เกิดการเตรียมความพร้อมของร่างกายที่จะสู้หรือหนี แสดงออกโดยมีอาการต่างๆ เช่น หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูง หายใจเร็ว ม่านตาขยาย ปากแห้ง เหงื่อออก ปวดศีรษะนอนไม่หลับ คลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะบ่อย ท้องเสีย

2. การตอบสนองด้านจิตใจ (Affective Response) ความรู้สึกขัดแย้ง ความไม่แน่ใจ แสดงออกทางอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ได้แก่ ความรู้สึกอึดอัด หวาดหวั่น วิตกกังวล เครียด หงุดหงิด ไม่สบายใจ โกรธ และยังทำให้หมกมุ่น ครุ่นคิด ไม่มีสมาธิ การรับรู้ผิดพลาด ความจำและความสนใจลดลง

3. การตอบสนองด้านพฤติกรรม (Behavioral Response) บุคคลมีการปรับเปลี่ยนเพื่อลดหรือจัดการความวิตกกังวลออกไป โดยแสดงพฤติกรรมออกมาหลายรูปแบบทั้งคำพูดและท่าทาง ได้แก่ หงุดหงิด โมโหง่าย สิ้นใจวิตกกังวล กระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง โกรธ วาจาชวนทะเลาะ พูดเร็ว เสียงดังหรือเบา

4. ด้านการสังเกต สมาธิความจำ และการเรียนรู้ (Cognitive Response) การเปลี่ยนแปลงตามระดับความวิตกกังวล ความวิตกกังวลในระดับเล็กน้อยถึงระดับปานกลางจะทำให้ การสังเกตหรือการรับรู้ของบุคคลผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า สมาธิความจำและการเรียนรู้ดีขึ้น แต่ถ้าวระดับรุนแรง การเปลี่ยนแปลงต่างๆจะเป็นไปในทางเลวลง เช่น ขาดความตั้งใจ หลงลืม การตัดสินใจพลาด และความคิดหยุดชะงัก

ประเมินการวัดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมีผลต่อบุคคล เมื่อเกิดขึ้นแล้วก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย การรับรู้ ความคิด และความจำจากการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอัตโนมัติ การเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีและ สรีระวิทยาโดยความวิตกกังวลเป็นกระตุ้นให้หลั่งสารแคเทชิโคลามีน (catecholamine) ออกมาสู่กระแสเลือดมากขึ้น ซึ่งมีผลต่อระบบประสาทซิมพาเทติก (sympathetic) และพาราซิมพาเทติก (para sympathetic) ทำให้ร่างกายเกิดอาการต่างๆดังกล่าว และสามารถประเมินการวัดความวิตกกังวลได้ 3 แบบ (Stuart, 1995; Wilson-Barnet, 1992) คือ

1 .การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiological measure of anxiety) เป็นการประเมินทางด้านร่างกายโดยวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางด้านร่างกาย เช่น ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจและการหายใจ การขยายของม่านตา เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้วัดด้านนี้ เป็นการวัดที่ลำบาก เนื่องจากระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกของบุคคล (Lader, 1975 cited in Wilson-Barnet, 1992)

2. การวัดจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (behavior measure of anxiety) เป็นการสังเกตพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปในด้านการเคลื่อนไหว ด้านคำพูด ด้านการรับรู้ และเชื่อว่าพฤติกรรมนั้นเป็นปฏิกิริยาที่สะท้อนออกจากอารมณ์ภายใน ทำให้บุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น อาการกระสับกระส่าย มือสั่น พูดเร็วเร็ว หรือร้องไห้ เป็นต้น แต่การสังเกตความวิตกกังวลจากการแสดงออกทางสีหน้า ทำให้ไม่สามารถแยกได้จากอารมณ์อื่นๆ เช่น ความกลัว ความเจ็บปวด นอกจากนี้การสังเกตทางพฤติกรรมยังขึ้นอยู่กับอายุ วัฒนธรรมและประสบการณ์พื้นฐาน (Rachman, 1974 cited in Wilson-Barnet, 1992)

3. การวัดโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบตามความรู้สึกของตนเอง พบว่า แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory or STAI) ของสปีลเบอร์เกอร์และคณะเป็นที่นิยมใช้กันมากทั่วไป เริ่มใช้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 เรียกว่า STAI form X ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Form X-1) หรือแบบสเตรท (A-State Inventory) ซึ่งเป็นแบบประเมินความรู้สึกที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาขณะหนึ่งของบุคคลในสถานการณ์หนึ่งๆที่เกิดขึ้นชั่วคราว มีข้อคำถาม 20 ข้อ และ 2) แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวลแฝง (form X-2) หรือแบบเทรท (A-Trait Inventory) ซึ่งเป็นแบบประเมินความรู้สึกที่มีลักษณะคงที่ในตัวบุคคล มีข้อคำถาม 20 ข้อ ในปี ค.ศ. 1977 ได้ปรับปรุงพัฒนาแบบวัดเป็น STAI form Y เนื่องจากแบบวัด STAI form X เดิมแยกภาวะซึมเศร้ากับความวิตกกังวลไม่ชัดเจน กลุ่มที่ศึกษามีการศึกษาต่ำหรือในกลุ่มวัยรุ่นไม่สามารถเข้าใจในข้อคำถาม และข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวกและทางลบไม่สมดุลกัน โดย STAI form Y ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ STAI form Y-1 และ STAI form Y-2 เมื่อนำคะแนนมารวมกันคะแนนที่สูง หมายถึง ความวิตกกังวลสูง (Spielberger, et al., 1983)

วิธีการวัดความวิตกกังวลทั้ง 3 วิธีนั้นอาจใช้แบบใดแบบหนึ่งหรือทั้งสองแบบร่วมกันก็ได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนั้น สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินความวิตกกังวล โดยใช้แบบสอบถามประเมินความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory or STAI) ของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ เพราะเป็นเครื่องมือที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทยและ

มีการศึกษาในหลายกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มบิดามารดาทารกแรกเกิด (พุ่มพวง จิรากุล, 2539; ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542; วันเพ็ญ ปริกกลาง, 2546) ในกลุ่มบิดามารดาของผู้ป่วยเด็ก (อัญชลี ประเสริฐ, 2539; อุดมญา พันธนิษฐ์, 2545; ประไพพร รัตนศิริ, 2548) และในกลุ่มของผู้ป่วยผู้ใหญ่ (มณฑา ลิ้มทองกุล, 2539; วรรณวิมล คงสุวรรณ, 2544)

เมื่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน บุคคลจะประหม่นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคามนั้นจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านบุคคล (A-trait) และด้านสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ (A-State) เมื่อบุคคลรับรู้ว่าเป็นสถานการณ์ที่เครียดเกิดขึ้นก็จะส่งผลให้มีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากขึ้น สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดยังทำให้เกิดความวิตกกังวลได้เมื่อบุคคลประเมินว่ามีภาวะคุกคามเกิดขึ้น (Spielberger, 1979 cited in Goldberger & Brenitz, 1982) จึงเห็นได้ว่า การศึกษาความเครียดในลักษณะการตอบสนองของบุคคลหรือในลักษณะผลลัพธ์จะมีความคล้ายคลึงกับความวิตกกังวล ดังนั้น เมื่อศึกษาถึงความเครียดจึงมีนักวิจัยเลือกวัดความเครียดที่เกิดขึ้นด้วยความวิตกกังวลแทน ซึ่งพบในรายงานการศึกษาของไมล์ส์และคนอื่นๆ (Miles, et. al., 1992) ที่ศึกษาในเรื่อง การตอบสนองความเครียดของบิดามารดาของผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนด โดยวัดความวิตกกังวลแทนความเครียด และปาริชาติ ศิลประเสริฐ (2542) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤติทารก ใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ สปีตเบอร์เจอร์ วัดระดับความวิตกกังวลแทนระดับความเครียด รวมทั้งวันเพ็ญ ปริกกลาง (2546) ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนบิดาต่อระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดใช้แบบประเมินความวิตกกังวลแทนความเครียด

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาความเครียดในลักษณะของความวิตกกังวลและใช้แบบวัดประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีตเบอร์เจอร์และคนอื่นๆ (Spielberger, et al., 1977) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพียร จันทวัฒนา ในปี พ.ศ.2544 วัดระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น เนื่องจากในสถานการณ์ที่ทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติ เป็นเหตุการณ์ที่บิดามารดาไม่ได้คาดคิดหรือเตรียมใจมาก่อน ขณะนั้นเป็นสถานการณ์ความเครียด บิดามารดาจะเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญ จึงมีความต้องการได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนเกี่ยวกับสุขภาพและภาวะเจ็บป่วยของบุตรจากบุคลากรทางสุขภาพในขณะนั้น จึงเหมาะสมกับแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลจะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลของบิดามารดาจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหรือเหตุการณ์ที่บิดามารดาเผชิญ โดยมี

ความวิตกกังวลแฝงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวลของบิดามารดา แต่มี การศึกษาของไมล์ส์และคณะ (Miles, et al., 1992) ที่ศึกษาในเรื่อง การตอบสนองต่อความเครียด ของบิดามารดาที่ทารกคลอดก่อนกำหนด พบว่า บิดามารดามีความวิตกกังวลแฝงไม่แตกต่างกัน แม้จะมีการรับรู้ปัจจัยความเครียดที่แตกต่างกัน ส่วนฮิวซ์และคณะ(Hughes, et. al., 1994) พบว่า สิ่งทีก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่บิดามารดามากที่สุด ได้แก่ ลักษณะการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ การได้รับข้อมูลที่น้อยเกินไปหรือแตกต่างกัน การให้บิดามารดาออกจากห้องโดยไม่อธิบาย ให้ทราบ ด้านพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ ด้านการดูแลทารกที่ขาดความนุ่มนวล ด้านการแสดงความไม่สนใจบิดามารดา ตลอดจนด้านการพูดคุยในเรื่องตลกหรือหัวเราะกันต่อหน้าบิดามารดา

ไมล์ส์ (Miles, 1989) ศึกษาแหล่งความวิตกกังวลของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษา ในหน่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาจำนวน 53 คน ใช้เครื่องมือ Parental Stressor Scale: Neonate Intensive Care Unit (PSS: NICU) ที่มีข้อคำถามครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) สิ่งแวดล้อมในNICU 2) การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ 3) บทบาทของ บิดามารดา 4) อาการแสดงของบุตร ผลการศึกษา พบว่า สาเหตุที่ทำให้บิดามารดาเกิด ความวิตกกังวลสูงสุด คือ อาการแสดงของความเจ็บป่วยของบุตร บทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดากับบุตร และสิ่งแวดล้อมในหน่วยบำบัดพิเศษตามลำดับ

ไมล์ส์และคนอื่นๆ (Miles, et al., 1992) ศึกษาการตอบสนองความเครียดของบิดา มารดาของผู้ป่วยทารกคลอดก่อนกำหนด โดยใช้เครื่องมือ PSS: NICU ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้าน เหมือนกัน กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาทารกคลอดก่อนกำหนดจำนวน 23 คน ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทีก่อให้เกิดความเครียดสูงสุด ได้แก่ การไม่สามารถแสดงบทบาทเป็นบิดามารดา การได้เห็นสภาพและพฤติกรรมของบุตร ส่วนด้านสภาพแวดล้อมและลักษณะการสื่อสารของ เจ้าหน้าที่ก่อให้เกิดความเครียดปานกลาง และพบว่า ระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาไม่ แตกต่างกัน

ลามอนแทงและพอว์ลัก (LaMontagne & Pawlak, 1990) ศึกษาสาเหตุความวิตกกังวลของ บิดามารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดา 24 คน และบิดา 6 คนที่บุตรเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัด พิเศษเป็นครั้งแรก ใช้เครื่องมือ Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit (PSS: PICU) ผลการศึกษาพบว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลมากที่สุดคือ การสูญเสียบทบาท การเป็นบิดามารดาเนื่องจากต้องแยกจากบุตรขณะอยู่โรงพยาบาล ไม่สามารถให้การดูแล อุ้มหรือ ลดความเจ็บปวดให้บุตรได้ สาเหตุรองลงมา คือ ความไม่แน่นอนในการรักษาและการไม่ได้รับ ข้อมูลที่เพียงพอ เนื่องมาจากการไม่สามารถคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ชีวิตของบุตรจึง

เปรียบเสมือนอยู่ในช่วงถูกคุกคาม และข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ไม่คงที่ทำให้ไม่เข้าใจจึงต้องการข้อมูลหรือคำอธิบายที่มากขึ้น

ไซค์แมนและคณะ (Seideman, et al., 1997) ศึกษา ความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาใน NICU และ PICU กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาใน NICU จำนวน 31 คน และบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาใน PICU จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงสุดของบิดามารดาทั้ง 2 กลุ่ม คือ การไม่สามารถแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดา ลักษณะที่ปรากฏของบุตร และพบว่าบิดามารดาใน PICU สามารถแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดาได้มากกว่าบิดามารดาใน NICU บิดามารดาทั้ง 2 กลุ่มจะมีการตัดสินใจแก้ปัญหาโดยการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหามากกว่าการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์

เวเรสซีแซคและคณะ (Wereszezak, et al., 1997) ศึกษา ย้อนหลัง 3 ปี ในมารดาที่คลอดบุตรก่อนกำหนดจำนวน 44 คน โดยใช้เครื่องมือ PSS: NICU ที่แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ สิ่งแวดล้อมใน NICU การติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ บทบาทของบิดามารดา และอาการแสดงของบุตร พบว่าสาเหตุที่ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดสูงสุด คือ อาการแสดงของบุตรและบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปของบิดามารดา และยังพบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและอาการที่ปรากฏของบุตร การแสดงอาการเจ็บปวดเมื่อได้รับการทำหัตถการ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความไม่แน่นอนของผลลัพธ์ รวมทั้งปัญหาของบิดามารดาเอง เช่น การตั้งครรภ์ที่เสี่ยง การไม่ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว

บอร์ดและไรอัน (Board & Ryan, 2003) ศึกษา ความเครียดและอาการแสดง ความเครียดของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษายู่ในหอผู้ป่วยหนัก โดยทำการเปรียบเทียบกับมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษายู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษายู่ในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 31 คน และ จำนวน 32 คน ใช้เครื่องมือ PSS: PICU พบว่า มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษายู่ในหอผู้ป่วยหนักจะมีความเครียดจากสัญญาณต่างๆ สภาพการพยาบาลที่บุตรได้รับและสิ่งแวดล้อมที่พบในหอผู้ป่วยหนัก และพบว่า มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษายู่ในหอผู้ป่วยหนักมีอาการแสดงเครียดมากกว่ามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษายู่ในหอผู้ป่วยทั่วไป

ศรีโสภณ แท่งทองคำ (2533) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลกับการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดจำนวน 60 คน พบว่า มารดาที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร การรักษาพยาบาลที่ทารกได้รับ สิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิดและการเลี้ยงดูบุตร

สุนทรี ภิญโญมิตร (2539) ศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดา 100 คน ใช้เครื่องมือ PSS: NICU ของไมล์ ซึ่งแบ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดเป็น 4 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงสุด คือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดามารดา รองลงมา คือ สภาพแวดล้อมในหน่วยบำบัดพิเศษ ลักษณะและพฤติกรรมของทารกแรกเกิด และพฤติกรรมสื่อสารของเจ้าหน้าที่

ปาริชาติ ศิลประเสริฐ (2542) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียด และความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาทารกแรกเกิดจำนวน 60 คน ใช้เครื่องมือแบบประเมินความวิตกกังวลของสปีดเบอร์เกอร์และคณะ พบว่า บิดามารดาที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่าบิดามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยรวมและด้านการจัดการกับอารมณ์สูงกว่าบิดามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วันเพ็ญ ปริกกลาง (2546) ศึกษา ผลของโปรแกรมการสนับสนุนบิดามารดาต่อระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดในหน่วยทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาทารกคลอดก่อนกำหนดจำนวน 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองให้การพยาบาลโปรแกรมการสนับสนุนจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลปกติจำนวน 20 ราย ใช้เครื่องมือแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีดเบอร์เกอร์และคณะ พบว่า บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าบิดามารดาที่ได้รับการพยาบาลปกติ

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลหรือความเครียดของบิดามารดา

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลและความเครียดของบิดามารดาแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ปัจจัยทางด้านส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542) ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางด้านส่วนบุคคล

1.1 อายุ บุคคลเมื่ออายุมากขึ้น ได้ผ่านภาวะวิกฤติ มีประสบการณ์ และพัฒนาการทำให้วุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ ไตร่ตรองและตัดสินใจได้ สามารถปรับตัวได้ดี ความวิตกกังวลลดลง (Lazarus & Folk man, 1984)

1.2 อาชีพและรายได้ จากการศึกษาของสากล คงพันธ์ (2533) พบว่า อาชีพของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนโดยรวมของวิธีการเผชิญความเครียด และ

รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีความเชื่อมั่นต่อการแก้ปัญหาของครอบครัว แสดงว่ามารดาที่มีอาชีพมีโอกาสพบกับผู้คนมาก ทำให้มีแหล่งประโยชน์มากและจัดการกับปัญหาต่างๆได้มากกว่าถ้ามีรายได้เพียงพอจะทำให้บิดามารดาไม่มีปัญหาการเงิน และผู้ที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้จะหมดความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหานี้ ส่วนผู้ที่ต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองและมีปัญหาทางเศรษฐกิจจะมีความวิตกกังวลมาก

1.3 ระดับการศึกษา การศึกษาที่ดีกว่าจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลได้ดีกว่าทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ และใช้การเรียนรู้จากในอดีต รวมทั้งพฤติกรรมที่เคยประสบความสำเร็จมาแล้ว และจากการศึกษาของสตรีสและมัลตัน พบว่า กลุ่มบิดามารดาที่มีความรู้สูงสามารถเผชิญกับความเครียดเนื่องมาจากการที่มีบุตรพัฒนาการล่าช้าได้ดี (Strauss & Munton, 1985 อ้างใน ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542)

1.4 สถานภาพสมรส คู่สมรสจะเป็นแหล่งประโยชน์ที่ให้การช่วยเหลือสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด เนื่องจากสัมพันธ์ภายในของคู่สมรส จะความใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีความรักความผูกพันกัน มีความเข้าใจและพึ่งพากันเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว

1.5 จำนวนบุตร ลำดับที่ของบุตรที่เจ็บป่วย มารดาที่มีบุตรคนเดียวจะมีความวิตกกังวลสูงกว่ามารดาที่มีบุตรหลายคน เนื่องจากบุตรคนเดียวที่มีการเจ็บป่วยขั้นรุนแรงอาจทำให้บุตรเสียชีวิตได้ ทำให้บิดามารดาไม่มีบุตรเหลืออยู่ ถ้าเป็นบุตรที่มีความหมายต่อบิดามารดามาก ปฏิกริยาที่เกิดขึ้นนั้นจะรุนแรงและยาวนาน ลำดับที่ของบุตรมีอิทธิพลต่อการมีความหมายของบุตร (Tackett & Hunsberger, 1981; Vulcan & Nikulich-Barrett, 1988 อ้างใน ปาริชาติ ศิลประเสริฐ) ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ ศากุล คงพันธ์ (2533) ที่พบว่า ลำดับที่ของบุตรที่มีการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคะแนนรวมของกลวิธีเผชิญความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.6 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การเผชิญเหตุการณ์ในลักษณะเดียวกันอาจรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เผชิญแตกต่างกัน บิดามารดาที่รับรู้ความเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก จะมีความวิตกกังวลมาก (สุวดี ศรีเลณวัติ, 2530) บิดามารดาจะประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากสิ่งที่มองเห็นและปรากฏภายนอก เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจในทารก จะทำให้บิดามารดารับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากขึ้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลสูงได้ (Halm & Apen, 1993)

1.7 ประสบการณ์เดิมของบิดามารดา บิดามารดาที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน จะมีความคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ การรักษาที่บุตรได้รับ รวมทั้งบุคลากรทางสุขภาพ

ทำให้เกิดการพัฒนาทักษะในการใช้ และแสวงหาแหล่งประโยชน์ ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้ หรือประสบการณ์เดิมอาจทำให้บิดามารดาเกิดความวิตกกังวลมาก (Claus & Baily, 1980)

2. ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

2.1 ด้านสภาพสิ่งแวดล้อม เมื่อบิดามารดาเข้าเยี่ยมทารกจะพบเผชิญกับสิ่งแวดล้อมต่างๆที่ไม่คุ้นเคย ได้แก่ เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆที่มีสัญญาณภาพ แสงไฟและเสียงสัญญาณเตือนที่ดังเป็นระยะๆ การได้เห็นสภาพที่ปรากฏของทารกอื่นๆขณะที่ได้รับการรักษาพยาบาล

2.2 ด้านสภาพที่ปรากฏของทารก ได้แก่ สภาพที่อ่อนแอของทารก การใส่ท่อทางเดินหายใจ การได้รับยาและสารน้ำทางเส้นเลือด การมีสายท่อระบายออกจากร่างกาย การมีบาดแผลหรือเลือดออกจากร่างกาย ซึ่งฮิวเออร์ (Heuer, 1993) ศึกษา พบว่า ถ้ามารดาได้รับคำแนะนำที่เกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล และอุปกรณ์ต่างๆก่อนที่จะพบทารก จะทำให้อัตราความวิตกกังวลลดลง

2.3 ด้านพฤติกรรมของทารก ได้แก่ ทารกที่ไม่รู้สึกตัวและมีอาการหยุดหายใจ อาการกระสับกระส่าย การแสดงอาการเจ็บปวด หรือร้องไห้

2.4 ด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่างๆที่ทารกได้รับ ได้แก่ เช่น การดูดนม การเจาะเลือด การฉีดยาและการให้สารน้ำทางเส้นเลือด

2.5 ด้านการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับทารกไม่เพียงพอ การใช้ศัพท์ทางการแพทย์ การพูดเร็วเกินไป และการให้บิดามารดาออกจากห้องโดยไม่มีคำอธิบายใดๆ

2.6 ด้านพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การแสดงออกที่เร่งรีบ การขาดความนุ่มนวลในการดูแลทารก การแสดงความไม่สนใจต่อบิดามารดา การพูดคุยเสียงดังหรือหัวเราะกันเอง การสื่อสารของเจ้าหน้าที่ที่แตกต่างกัน การให้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอ หรือการพูดตลกในสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสม

2.7 ด้านจิตใจและการแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดา ได้แก่ การพลัดพรากแยกจาก ความไม่แน่นอน การไม่สามารถอุ้มกอดทารก ไม่สามารถอยู่กับทารกได้ขณะให้การพยาบาลตามที่ต้องการ ความรู้สึกผิดและไม่เข้าใจในสถานการณ์ ความรู้สึกกังวลเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล การดูแลทารกและสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว

2.8 ด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว และแหล่งประโยชน์

อาจกล่าวได้ว่า การรับรู้และการตอบสนองต่อเหตุการณ์หรือในสถานการณ์ของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน และจะทำให้เกิดความวิตกกังวลนั้นต้องขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเฟรนช์และคณะ (French, et al, 1974) อธิบายไว้ว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของบุคคลกับสิ่งที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม เป็นความสอดคล้องกันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่จะมีผลทางด้านจิตใจและความผาสุกของบุคคล บุคคลนั้นจะเกิดความวิตกกังวลเมื่อความต้องการของตนเองมีมากกว่าสิ่งที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการจัดการช่วยเหลือให้การบริการทางสุขภาพเด็กของบุคลากรสุขภาพจึงเป็นเสมือนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งประโยชน์สำหรับบิดามารดา เมื่อบุตรแรกเกิดมีภาวะการเจ็บป่วยที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติ บิดามารดาจึงมีความต้องการและหาแหล่งประโยชน์เพื่อช่วยเหลือบุตรของตนให้ปลอดภัยจากภาวะการเจ็บป่วย

ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม

สิ่งแวดล้อม เป็นสิ่งต่างๆที่อยู่รอบตัวเรา ไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่มีชีวิตหรือไม่มีชีวิตรวมทั้งบุคคลที่อยู่ใกล้หรือไกล ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลทั้งทางตรงและทางอ้อม (ลักษณะ สรวิวัฒน์, 2544) ในขณะที่ตัวตนของบุคคลเป็นลักษณะเฉพาะตน ไม่เหมือนใครแตกต่างกันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด ความรู้ความสามารถ และประสบการณ์ชีวิตในคนแต่ละคน จะแสดงปฏิกิริยาที่ไม่เหมือนกันเมื่อตกอยู่ในภาวะเดียวกัน (สมพร บุญราติและคณะ, 2544) ซึ่ง ซุลลิแวน (Sullivan, 1892-1949, cited in อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2545) กล่าวว่า บุคคลและสิ่งแวดล้อมจะมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน บุคคลจะมีความต้องการและถูกกระตุ้นเพื่อนำไปสู่เป้าหมายทาง ด้านความพึงพอใจ (satisfaction) และด้านความมั่นคง (security) ถ้าบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 2 ด้านได้อย่างสอดคล้องกัน บุคคลนั้นจะไม่เกิดความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเป็นผลผลิตของความเครียด (Lazarus & Folkman, 1984) และเป็นการแสดงออกทางด้านจิตใจ อารมณ์ของความเครียด (Lazarus, 1976; Townsend, 1999) โดยที่ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) อธิบายว่า ความเครียดเป็นผลระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์ของระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลประเมินว่าเหตุการณ์มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเองและจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังที่ตนเองจะใช้ในการปรับตัวหรือเผชิญกับเหตุการณ์ที่รู้สึกว่าคุณความเป็นอันตรายต่อความผาสุก เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นจะเป็นความเครียดหรือไม่จะต้องผ่านการประเมินตัดสินทางกระบวนการความรู้สึกนึกคิด (Cognitive appraisal) เพื่อประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ (Resources) ที่มีอยู่

ของบุคคลนั้น ซึ่งสอดคล้องกับของเฟรนช์และคณะ (French, et al, 1974) ที่อธิบายว่า ความสอดคล้องระหว่างด้านบุคคล (Person) และด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) จะมีผลกระทบต่อความผาสุก (well-being) ของบุคคล โดยความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person - Environment Fit) มีอยู่ 2 ลักษณะ คือ ความสอดคล้องตามการรับรู้ (Subjective Fit) และ ความสอดคล้องตามการสังเกต (Objective Fit) โดยมีมุมมองได้ 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความต้องการของบุคคล (Person's Need) กับแหล่งหรือสิ่งที่ตอบสนองความต้องการจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Supply) และ 2) ด้านความต้องการของสิ่งแวดล้อมหรือหน่วยงานต้องการ (Environmental Demand) กับความสามารถของบุคคล (Person's Ability)

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมตามการรับรู้ (Subjective Fit) ในมุมมองของบุคคลทางด้านความต้องการของบุคคล (Person's Need) กับแหล่งหรือสิ่งที่ตอบสนองความต้องการจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Supply) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งแคปแลน (Caplan, 1983) ได้อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการของบุคคล (Needs) กับสิ่งที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม (Supplies) ไว้ว่า ถ้าสิ่งที่มีอยู่ในสิ่งแวดล้อม (Supplies) ไม่สอดคล้องหรือไม่ตอบสนองความต้องการของบุคคล (Needs) จะทำให้เกิดความตึงเครียดความวิตกกังวล โดยสิ่งแวดล้อมตามการรับรู้ของบุคคล (Subjective Environment) จะเหมือนหรือแตกต่างกันขึ้นอยู่กับโอกาสในการใกล้ชิดหรือสัมผัสกับความเป็นจริง (Contact with reality) ถ้าบุคคลได้สัมผัสกับความจริงมากเท่าใดสิ่งแวดล้อมที่บุคคลรับรู้ย่อมเหมือนหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง ส่วนบุคคลตามการรับรู้ (Subjective Person) จะเหมือนหรือแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประเมินตนเองอย่างถูกต้อง (Accuracy of self - assessment) บุคคลที่ประเมินตนเองอย่างถูกต้องจะรับรู้และบอกเล่าถึงตนเองได้ถูกต้องสอดคล้องกับพฤติกรรมที่แสดงออกที่สังเกตได้ในสถานการณ์ที่บุคคลได้รับสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด บุคคลจะพยายามใช้เทคนิคในการปรับทั้งการเผชิญภาวะเครียดและการใช้กลไกในการป้องกันตนเองเพื่อให้เกิดความสมดุล

กล่าวได้ว่า ความสอดคล้องระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองบริการตามการรับรู้ของบิดาและมารดานั้นมีปฏิริยาสัมพันธ์และมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน หากการรับรู้ความต้องการของบิดามารดาได้รับการตอบสนองตามที่ต้องการหรือปรารถนาแล้ว ย่อมไม่มีผลกระทบทางด้านจิตใจและความผาสุกของบิดามารดา ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นนั้นจะลดลง บุคลากรทางสุขภาพจึงเป็นผู้ช่วยเหลือ ผู้ให้บริการที่จะสนับสนุนตอบสนองความต้องการของบิดามารดาได้ตามความคาดหวังที่บิดามารดาต้องการและปรารถนา ซึ่งการตอบสนองความต้องการของบิดามารดาตามความคาดหวังนั้น พาราซูรามัน,ซีนส์ฮัมและเบอรี่ (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1994) ได้แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับแรกเป็นระดับการบริการที่ปรารถนาเชื่อ

ว่าบริการนั้นทำได้ ส่วนระดับที่สองเป็นระดับการบริการที่พอดี ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำสุดที่ผู้มารับบริการจะยอมรับได้ว่าสามารถตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการได้ แสดงว่า สอดคล้อง หากต่ำกว่านี้แสดงว่า ไม่สอดคล้อง ดังนั้นการให้การบริการช่วยเหลือสนับสนุนให้สอดคล้องกับความต้องการหรือความคาดหวังของบิดามารดาเมื่อบุตรมีภาวะการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดความวิตกกังวลของบิดามารดา และ สร้างความรักใคร่ผูกพันระหว่างบิดามารดาและทารกแรกเกิดในขณะที่บุตรรับการรักษา

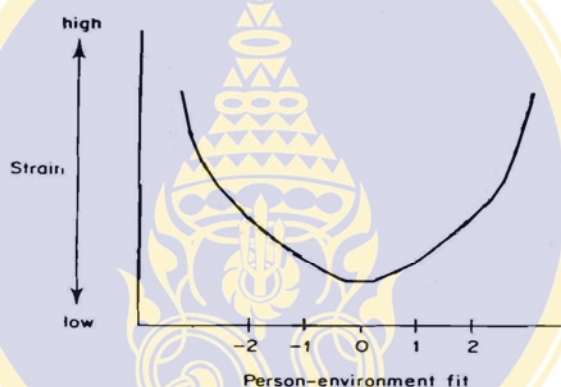
การประเมินความสอดคล้อง

บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา หากเกิดความไม่สอดคล้องไม่สมดุลกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมจะส่งผลให้บุคคลเกิดความตึงเครียด ในทางตรงกันข้ามถ้ามีความสอดคล้องสมดุลกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมแล้ว ความตึงเครียดหรือความวิตกกังวลของบุคคลจะมีแนวโน้มลดลง ซึ่งเฟรนช์และคณะ (1974) อธิบายว่า ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person - Environment Fit) มีอยู่ 2 ลักษณะ คือ ความสอดคล้องตามการรับรู้ (Subjective Fit) จะแทนด้วยสัญลักษณ์ F_s และความสอดคล้องตามการสังเกต (Objective Fit) จะแทนด้วยสัญลักษณ์ F_o ซึ่งความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person - Environment Fit) จะมีมุมมองได้ 2 ด้าน ดังนี้

1. มุมมองด้านความต้องการของบุคคล (Person's Need) กับแหล่งหรือสิ่งที่ตอบสนองความต้องการจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Supply) จะแทนด้วยสัญลักษณ์ P และ E ตามลำดับ ส่วนความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมแทนด้วยสัญลักษณ์ F ซึ่งความสอดคล้องในมุมมองนี้ คือ ความแตกต่างของแหล่งหรือสิ่งที่ตอบสนองความต้องการจากสิ่งแวดล้อมกับความต้องการของบุคคล ซึ่งจะแทนด้วยสัญลักษณ์ $F = E - P$ ความแตกต่างกันระหว่างสิ่งที่ตอบสนองความต้องการจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Supply) กับความต้องการของบุคคล (Person's Need) หากมีความแตกต่างกันมากจะเกิดความเครียดหรือตึงเครียดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และถ้าสิ่งแวดล้อม (Environmental Supply) เท่ากับความต้องการของบุคคล (Person's Need) จะเกิดความเครียดหรือตึงเครียดที่มีแนวโน้มต่ำลง ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องกับความเครียดหรือตึงเครียดจะแสดงเป็นรูป U-shaped ในกราฟรูปที่ 1

2. ด้านความต้องการของสิ่งแวดล้อมหรือหน่วยงานต้องการ (Environmental Demand) กับความสามารถของบุคคล (Person's Ability) จะแทนด้วยสัญลักษณ์ E และ P ตามลำดับ ส่วนความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมแทนด้วยสัญลักษณ์ F ซึ่งความสอดคล้องในมุมมองนี้ คือ ความแตกต่างของความสามารถของบุคคลกับด้านความต้องการของสิ่งแวดล้อม

แรงแผ่นดินไหวหรือหน่วยงานต้องการ ซึ่งจะแทนด้วยสัญลักษณ์ $F = P - E$ ความแตกต่างกันระหว่างความสามารถของบุคคล (Person's Ability) กับความต้องการของสิ่งแวดล้อมหรือหน่วยงาน(Environmental Demand) หากมีความแตกต่างกันมากจะเกิดความเครียดหรือตึงเครียดที่มีแนวโน้มสูงขึ้น และถ้าความสามารถของบุคคล (Person's Ability) เท่ากับความต้องการของสิ่งแวดล้อมหรือหน่วยงานต้องการ(Environmental Demand) จะทำให้เกิดความเครียดหรือตึงเครียดที่มีแนวโน้มต่ำลง ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องกับความเครียดหรือตึงเครียดจะแสดงเป็นรูป U-shaped เหมือนกัน (แผนภูมิที่ 2 รูปกราฟ)



แผนภูมิที่ 2 รูปกราฟ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำความสอดคล้องตามการรับรู้(Subjective Fit) และมุมมองด้านความต้องการของบุคคล(Person's Need) กับแหล่งสิ่งตอบสนองความต้องการจากสิ่งแวดล้อม(Environmental Supply) มาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งเฟรนซ์และคณะ (1974) อธิบายว่า บุคคลจะมีความสุข(well-being)เมื่อบุคคลนั้นเกิดความพึงพอใจและมีความสุข หรือจะเกิดความวิตกกังวลเมื่อบุคคลนั้นมีความแตกต่างกันระหว่างความต้องการ (Needs) กับสิ่งที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม (Supplies) ของบุคคลนั้น (Caplan,1983)

จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมทางด้านการจัดการบริการสุขภาพยังไม่พบรายงานการศึกษาในเรื่องนี้ แต่พบว่า มีการศึกษาความสอดคล้องในการปฏิบัติงานของพยาบาลของสุภารัตน์ ไวยชีดา(2533) ที่ศึกษาถึงอิทธิพลของการรับรู้ถึงความสอดคล้องในความคาดหวังขององค์กรกับความสามารถ

ทางการพยาบาลต่อความเครียดและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการจากโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 227 คนและโรงพยาบาลเอกชน จำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้ คือแบบประเมินความสามารถทางการพยาบาลและแบบประเมินความคาดหวังขององค์กรของมิลเลอร์และโพลเลตินี (Miller & Polentini) ซึ่งดัดแปลงโดยมาซ (Marz, 1988) แบบสอบถามความเครียดของเลฟเบอร์และแซนฟอร์ด (Lefebvre & Sandford, 1984, 1985) และแบบประเมินประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพยาบาลของมาซ (Marz, 1988) พบว่า การรับรู้ของพยาบาลถึงความสอดคล้องในความคาดหวังขององค์กรกับความสามารถทางการพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และงานวิจัยในเรื่องความสอดคล้องในด้านความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการ ดังนี้

พวงเพชร ยัฒนพันธ์ (2540) ศึกษาถึงความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดา จำนวน 50 ราย ใช้เครื่องมือประเมินความต้องการและการได้รับการตอบสนองของมารดาใน 5 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านความมั่นใจในความปลอดภัยของบุตร ด้านการดูแลด้านจิตใจ ด้านบทบาทการเป็นมารดา และด้านความสะดวกเกี่ยวกับการเยี่ยมบุตร ผลการศึกษาพบว่า มารดามีความต้องการด้านความมั่นใจในความปลอดภัยของบุตรมากที่สุดและด้านการดูแลด้านจิตใจน้อยที่สุด และพบว่ามารดามากกว่าครึ่งหนึ่งมีความต้องการในระดับมากแต่ได้รับการตอบสนองในระดับน้อย หรือไม่ได้รับการตอบสนองในด้านข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลของการตรวจต่างๆที่บุตรได้รับ เหตุผลและวิธีการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ การพยากรณ์โรคของบุตร ผลการตรวจต่างๆ ชื่อโรคและสาเหตุที่ทำให้เกิดโรค และด้านบทบาทการเป็นมารดาโดยมารดาต้องการมีส่วนร่วมหรือรับรู้ในการวางแผนการรักษาพยาบาลบุตร คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลบุตรขณะรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาล การช่วยเหลือด้านร่างกายแก่บุตร เช่น การป้อนนม อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้าและผ้าอ้อม การอยู่ด้วยและปลอบโยนบุตรขณะและหลังได้รับการตรวจรักษา และการอยู่เฝ้าบุตรขณะบุตรในหออภิบาลผู้ป่วย

บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์และธิดารัตน์ กำลังดี (2550) ศึกษาความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการ ความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการ และปัจจัยทำนายความต้องการของมารดา กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของทารกที่ได้เข้ารับการรักษา ณ หออภิบาลทารกแรกเกิดและเด็กก่อน โรงเรียนบาลจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ตอนล่าง โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 140 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของความต้องการ การได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับ

การตอบสนองความต้องการของมารดาอยู่ในระดับสูง ความต้องการมีความสัมพันธ์กับการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางบวก การได้รับการตอบสนองความต้องการมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทางบวก

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า การได้รับบริการที่สอดคล้องตอบสนองความต้องการจะมีผลต่อบิดามารดา การบริการทางสุขภาพได้นำแนวความคิดการจัดการการพยาบาลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาดำเนินเป็นนโยบายของโรงพยาบาล และให้การบริการสำหรับบิดามารดาที่บุตรมีภาวะเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น การจัดการช่วยเหลือสนับสนุนให้การบริการสุขภาพเด็กโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จึงเป็นเสมือนการจัดสิ่งแวดลอมให้กับบิดามารดา เพื่อตอบสนองความต้องการของบิดามารดาที่บุตรมีภาวะเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติ และยังไม่พบรายงานการศึกษาเรื่องความสอดคล้องของการจัดบริการสุขภาพเด็กของบุคลากรทางสุขภาพในลักษณะนี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องความสอดคล้องระหว่างความต้องการและการได้รับการตอบสนองการบริการสุขภาพเด็กโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

การบริการสุขภาพเด็กโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family-centered care) คือ ปรัชญาและหลักการของการดูแลซึ่งตระหนักยอมรับว่า ครอบครัวมีบทบาทที่คงที่ซึ่งสำคัญที่สุดในชีวิตเด็ก และเป็นหลักในการดูแลสุขภาพเด็ก (Ahamann, 1994a; Ahamann, 1994b; Dobbins, 1994) ครอบครัวมีความต้องการที่หลากหลาย ควรจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือตามศักยภาพและธรรมชาติของแต่ละครอบครัว ซึ่งปรัชญาของการดูแลลักษณะนี้เป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลที่ช่วยให้ครอบครัวสามารถจัดการกับความเครียด สนับสนุนบทบาทของครอบครัวในการดูแลบุตรที่เน้นครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมและรับผิดชอบในการดูแลโดยมีบุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (จริยา วิฑะศุกร, 2547; สุพัตรา กันทรศ, 2548) หลักสำคัญของการบริการคือ ให้ครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจในการดูแล มีทำงานร่วมกันกับบุคลากรสุขภาพในฐานะเป็นหุ้นส่วนร่วมกัน มีเสมอภาพเท่าเทียมกัน มีการตัดสินใจที่เกิดขึ้นตามความต้องการ ศักยภาพและเอกลักษณ์ของแต่ละครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ 8 ประการ ดังนี้ (Hostler, 1999; Rushton, 1990; Shelton, Jeppson & Johnson, 1987; Shelton & Stepanek, 1995)

1. การยอมรับในฐานะผู้ปกครองหลัก โดยกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางในการปฏิบัติให้ตระหนักว่า ครอบครัวคือหน่วยคงที่ของชีวิตเด็ก ในขณะที่ระบบการบริการต่างๆและการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคลากรมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

2. การมีส่วนร่วมในการดูแล โดยเอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศของการทำงานร่วมกันระหว่างครอบครัว และบุคลากรในทุกๆระดับของการดูแลทั้งที่โรงพยาบาล บ้าน และชุมชน ได้แก่ การดูแลเด็กป่วยเป็นรายบุคคล การพัฒนาโปรแกรม การปฏิบัติและการประเมินผล และการปรับปรุงพัฒนาโปรแกรมใหม่ รวมทั้งเสนอเป็นนโยบาย การทำงานดังกล่าวจะประสบความสำเร็จได้ เมื่อทุกฝ่ายตระหนักถึงแนวทางในการปฏิบัติในลักษณะของความร่วมมือกัน คือ มีความเสมอภาค มีอำนาจเท่าเทียมกัน มองตนเองเป็นสมาชิกของทีม มีการแลกเปลี่ยนแนวความคิด ความรู้และการปฏิบัติ โดยตระหนักว่า ตนเองมีบทบาทและขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างไร (Kraus, 1980 cited in Henneman, 1995) รวมทั้งมีรูปแบบการติดต่อสื่อสารที่ดี ได้แก่ การฟัง การอธิบาย การรับรู้และได้ตอบ การให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนการเจรจาต่อรอง (Berlin & Fowker, 1983 cited in Newton, 2000)

3.-การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างครอบครัว และบุคลากรในวิชาชีพมีความถูกต้อง ครบถ้วนปราศจากอคติ มีการระคับระครองหรือเห็นอกเห็นใจตลอดเวลาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย รวมทั้งการดูแลที่ต่อเนื่อง มีวิธีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่ดี คือ การแลกเปลี่ยนมิใช่การให้ข้อมูลเวลาและท่าทางที่แสดงออกจะมีความสำคัญต่อการรับรู้ของบิดามารดา มีการแลกเปลี่ยนกันทั้งบิดามารดา ครอบครัวและผู้เกี่ยวข้อง มีการใช้เทคนิคปฏิเสธ คือ การยอมรับ การเคารพ การเปิดเผย การเป็นผู้ฟังที่ดี การมีอารมณ์ร่วม การเมตตาเอื้ออาทรและอบอุ่น รวมทั้งบิดามารดาสามารถปรับเปลี่ยนประเด็นในการสื่อสาร

4. การยอมรับในสถานภาพส่วนบุคคล กำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ให้ทุกคนตระหนักและเคารพในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศักยภาพ รวมทั้งจุดเด่นจุดด้อยและความเป็นปัจเจกบุคคลของสมาชิกครอบครัว ได้แก่ ความแตกต่างทางเชื้อชาติ สัญชาติ ความเชื่อ ศาสนา สังคม เศรษฐกิจ และแหล่งที่อยู่อาศัย ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับโครงสร้างของครอบครัว และมีผลต่อการทำหน้าที่ของครอบครัว ตลอดจนการดูแลเด็กป่วยด้วย

5. การยอมรับการแสดงออกทางอารมณ์และความเครียด ตระหนักและยอมรับความแตกต่างในการใช้วิธีเผชิญความเครียดของแต่ละครอบครัว มีการดำเนินตามนโยบาย และโปรแกรมต่างๆที่ได้จัดเตรียมไว้อย่างครบถ้วนทั้งทางด้านพัฒนาการ ด้านการให้ความรู้ ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจ เพื่อสนองความต้องการของแต่ละครอบครัว สมาชิกในแต่ละครอบครัวจะมีวิธีการเผชิญความเครียดที่ต่างกันไป ตามศักยภาพและแหล่ง

ประโยชน์ที่มีอยู่ในขณะนั้น (McCubbin & McCubbin, 1987, อ้างใน จริยา วิฑะสุกร, 2547) และจะแตกต่างกันตามความรุนแรงของความเครียด วัฒนธรรม เชื้อชาติ และความไม่คุ้นเคยกับบุคลากรทางสุขภาพ (Hosltter, 1991)

6. การมีเครือข่ายครอบครัว กระตุ้นและเอื้ออำนวยให้เกิดการสนับสนุนช่วยเหลือกันระหว่างบิดามารดา หรือครอบครัว การสร้างเครือข่ายการทำงานร่วมกัน บิดามารดาส่วนใหญ่ มักจะสร้างเครือข่ายกับบุคคลต่างๆ เพื่อช่วยเหลือตนเอง บุคคลกลุ่มแรกที่บิดามารดาพึ่งพา ได้แก่ เพื่อน ญาติ และบุคลากรในวิชาชีพ (Shelton & Stepanek, 1995) โดยเชื่อว่าการสนับสนุนการช่วยเหลือกันระหว่างครอบครัว จะทำให้ครอบครัวมีโอกาสสร้างมิตรภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันด้วยความมั่นใจ การยอมรับกัน และการมีอารมณ์ร่วมโดยปราศจากความเครียด การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์กันทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน จะช่วยให้ครอบครัวมองเห็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการทางสุขภาพ และนำเสนอต่อบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อปรับปรุงระบบบริการที่เป็นประโยชน์สำหรับครอบครัว (Featherstone, 1980; Oster, 1985; Nathanson, 1986 cited in Shelton, Jeppson & Johnson, 1987) รูปแบบของการสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวมีทั้งแบบทางการและไม่ใช่วิธีทางการ ผู้นำกลุ่มอาจเป็นครอบครัวหรือบุคลากรในวิชาชีพ บางกลุ่ม ประกอบด้วยครอบครัวเท่านั้น ไม่มีบุคลากรในวิชาชีพไปยุ่งเกี่ยว บางกลุ่มรวมกันด้วยความเจ็บป่วยของบุตรที่มีการเจ็บป่วยเหมือนกัน หรือกลุ่มบิดามารดาเด็กป่วยที่มีปัญหาการดูแลที่คล้ายคลึงกันต้องการดูแลพิเศษ (Shelton, Jeppson & Johnson, 1987) บทบาทของบุคลากรควรเป็นฝ่ายเอื้ออำนวยแหล่งประโยชน์ต่างๆให้เกิดการรวมกลุ่มได้ เช่น สถานที่และเวลาในการนัดพบ โทรศัพท์ และการส่งเอกสาร เป็นต้น

7. การจัดบริการที่ต่อเนื่อง สร้างความแน่ใจว่าระบบบริการและการสนับสนุนช่วยเหลือสำหรับครอบครัวของเด็กป่วยและเด็กป่วยมีความต้องการการดูแลเป็นพิเศษทางสุขภาพ และพัฒนาการ ทั้งที่โรงพยาบาล บ้านและชุมชน ซึ่งมีความยืดหยุ่น สามารถเข้าไปใช้บริการได้ และเป็นศูนย์รวมสิ่งต่างๆ สำหรับสนองตอบความต้องการที่หลากหลายของแต่ละครอบครัว

8. การยอมรับจุดเด่นหรือจุดด้อยของครอบครัวหรือของเด็ก ชื่นชมครอบครัวในฐานะครอบครัว และเด็กในฐานะเด็ก โดยตระหนักว่า ครอบครัวมีศักยภาพมากมาย มีความวิตกกังวล หรือความห่วงใย มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และมีความปรารถนาในสิ่งที่ครอบครัวต้องการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนองตอบความต้องการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งความต้องการหรือสิ่งที่กังวลใจทั้งของเด็ก และครอบครัวมีการแลกเปลี่ยนกันอยู่ตลอดเวลา (Shelton & Stepanek, 1995)

การประเมินการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ประเมินได้จากการวัดความรู้สึกหรือการรับรู้ของบิดามารดาที่มีต่อพฤติกรรมบริการและดูแลของบุคลากรทางสุขภาพที่แสดงออกโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ดังนี้

1. Family-Centered Behavior Scale ของอัลเลนและคณะจากสถาบันBeach Center on Families and Disability เป็นเครื่องมือแบบสอบถามประเมินการรับรู้ของบิดามารดาที่วัดพฤติกรรมดูแลของบุคลากรทางสุขภาพโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่บิดามารดาู้สึกว่าในแต่ละข้อสำคัญหรือไม่ มีจำนวนทั้งหมด 26 ข้อแต่ละข้อมีสเกลการวัด 5 ระดับ มีคะแนนเรียงตามลำดับจาก 1 ถึง 5 คือ 1 หมายถึง บิดามารดาเห็นว่าไม่สำคัญ จนถึง 5 บิดามารดาเห็นว่าสำคัญอย่างยิ่ง (Allen, Petr & Cay Brown ,1995)

2. Measure of Processes of care (MPOC) ของกิงและคณะ เป็นเครื่องมือแบบสอบถามประเมินการรับรู้ของบิดามารดาที่วัดพฤติกรรมบริการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพที่บิดามารดารับรู้ได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ในต้นฉบับของแบบสอบถาม MPOC มีจำนวนข้อคำถาม 56 ข้อ ซึ่งต่อมาปี ค.ศ. 1999 กิงและคณะ ได้ปรับให้สั้นเพื่อความกระชับ มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่บิดามารดารับรู้หรือรู้สึกว่ามีพฤติกรรมหรือการแสดงออกโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบุคลากรทางสุขภาพเกิดมากเท่าไร แบ่งการวัดเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความร่วมมือกัน 2) ด้านการให้ข้อมูลทั่วไป 3) ด้านการให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจง 4) ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล และ 5) ด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว ข้อคำถามในแต่ละข้อมีสเกลการวัด 7 ระดับ คือ 1 หมายถึงไม่เคย จนถึง 7 หมายถึงมากที่สุด (King, Rosenbaum & King, 1995 cited in King, Kertoy, King, Rosenbaum, Hurley & Law, 2000; King,, Rosenbaum & King,1996; King, King & Rosenbaum, 2004)

ปัจจุบันมีการพยายามนำเอาแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาลในเด็กป่วยระยะเฉียบพลัน เรื้อรัง และวิกฤติ (DePompei, Whitford & Beam, 1994; Jarrette, 1996a, 1996b; Rushton, 1990) การได้กำหนดเป็นนโยบายขององค์กรทำให้สามารถดำเนินไปโดยง่าย มีการทำงานร่วมมือระหว่างครอบครัวและบุคลากรสุขภาพ ครอบครัวเกิดความรู้สึกมั่นใจและมีความสามารถ ลดการพึ่งพาบุคลากรในวิชาชีพ ลดค่าใช้จ่ายในการดูแลบุคลากรทางสุขภาพพึงพอใจในงาน ครอบครัวและบุคลากรมีศักยภาพพลังอำนาจเพิ่มซึ่งกันและกัน(Ahmann, 1994a; Saunders, et. al, 2003) การที่ทารกแรกเกิดต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติเป็นสถานการณ์ที่บิดามารดาไม่ได้คาดคิดมาก่อนทำให้บิดามารดาต้องเผชิญกับ

สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด ได้แก่ ลักษณะและสภาพที่ปรากฏของทารก สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ การไม่ได้รับการบอกข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยของบุตร ดังนั้น วิธีการที่ให้ความช่วยเหลือสำหรับบิดามารดา คือ การได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางการดูแลมากกว่าตัวทารกที่มีภาวะเจ็บป่วย เพื่อช่วยให้บิดามารดาได้รับการตอบสนองตามความต้องการ ทำให้บิดามารดามีการปรับตัวทางจิตใจได้ดีขึ้นและลดความวิตกกังวลต่างๆที่จะเกิดจากการที่ทารกแรกเกิดต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติของโรงพยาบาล

การดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family – centered care) เป็นการเข้าถึงผู้รับบริการที่ให้ความสำคัญทั้งผู้รับบริการและครอบครัวของผู้รับบริการ ส่งเสริมจุดแข็งของครอบครัวโดยคงศักยภาพของครอบครัวให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ยอมรับในความแตกต่างกันของแต่ละบุคคลและครอบครัว ไม่แบ่งแยกในการให้การดูแล เน้นการทำงานร่วมกัน เป็นหุ้นส่วนกันเสมือนครอบครัวเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพ (ชลิดา ธนฐีรกุล, 2546) แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเป็นปรัชญา จึงมีความเป็นนามธรรมและขอบเขตที่กว้าง ทำให้มีการนำปรัชญานี้ไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกัน และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีการกำหนดขอบเขตให้ชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งเกลวินและคณะ (Galvin, et. al., 2000) ศึกษาทดสอบปรัชญาครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตามการรับรู้ของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยและมารดาหลังคลอด เกี่ยวกับการให้ความสำคัญและการได้รับปฏิบัติจริงในปรัชญาครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยสูติกรรมและบิดามารดา มีองค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ ด้านการตระหนักและการเคารพ (Recognizes & Respect) ด้านการร่วมมือกัน (Collaboration) และด้านการสนับสนุน (Support) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยสูติกรรมจำนวน 54 ราย บิดามารดาจำนวน 139 ราย แบ่งเป็นทารกแรกเกิดจำนวน 69 ราย และผู้ป่วยเด็กจำนวน 70 ราย พบว่า การให้ความสำคัญและการได้รับการปฏิบัติจริงของบิดามารดาทารกแรกเกิดได้รับการปฏิบัติจริงตามแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีระดับคะแนนต่ำทั้ง 3 ด้าน ในขณะที่ผู้ป่วยสูติกรรมได้รับการปฏิบัติจริงมีระดับคะแนนสูง ส่วนเบอร์และแมคคอลลัม (Burns & McCollum, 2002) ศึกษาแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางการในด้านความเป็นหุ้นส่วนระหว่างมารดา พยาบาล และแพทย์ ในเรื่องการให้ความสำคัญและการนำไปปฏิบัติทางด้านการให้การดูแลด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้านสัมพันธภาพในหน่วยวิกฤติทารกแรกเกิด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดา จำนวน 55 ราย พยาบาลจำนวน 123 ราย แพทย์จำนวน 18 ราย พบว่า คะแนนของการให้ความสำคัญและการนำไปปฏิบัติมีคะแนนสูง มารดาและพยาบาลมีคะแนนการนำไปปฏิบัติสูงกว่าแพทย์ และเห็นว่าการแลกเปลี่ยนข้อมูลมีคะแนนความสำคัญสูงกว่าการนำไปปฏิบัติ และ

การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของทัศนคติของนักกายภาพบำบัด ความสามารถทางด้านการเคลื่อนไหวของเด็ก (Children's Motor Ability) และความเครียดของมารดาต่อการรับรู้ของมารดาที่มีต่อพฤติกรรมบริการให้บริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของนักกายภาพบำบัดระหว่างให้การบำบัดแก่เด็กตั้งแต่ระยะแรกของโอนีล พาลิสานและเวสคอต (O'Neil, Palisano & Westcott, 2001) ที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักกายภาพบำบัดจำนวน 25 คนและมารดาพร้อมเด็ก จำนวน 75 คน พบว่ามารดาที่มีการรับรู้ในทางบวกต่อพฤติกรรมบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางและนักกายภาพบำบัดมีทัศนคติในทางบวกต่อพฤติกรรมบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และความเครียดของมารดาสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับรู้ของมารดาต่อพฤติกรรมบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

สำหรับประเทศไทยงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลพบว่า มีวิจัยเชิงคุณภาพของทัศนีย์ อรรถารส, 2546) ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สำหรับเด็กป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างเป็นทีมพยาบาลจำนวน 26 คน ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจำนวน 41 คนและสมาชิกในครอบครัวจำนวน 45 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์รายบุคคล สทนากลุ่มและการสังเกต พบว่า รูปแบบการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสามารถปฏิบัติได้ ประกอบด้วย แนวคิดหลัก กระบวนการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลลัพธ์การดูแล มี 3 วงจรในแต่ละวงจร ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติและสังเกต การสะท้อน และการวางแผนใหม่ ในวงจรที่ 1 เป็นการส่งเสริมความเข้าใจร่วมกันของพยาบาลในการพัฒนารูปแบบการดูแล วงจรที่ 2 เป็นการทำให้เกิดการปฏิบัติในระดับบุคคล และวงจรที่ 3 เริ่มให้เกิดการปฏิบัติเป็นทีม และผลลัพธ์สุดท้าย คือ การตกลงรูปแบบการดูแลร่วมกันเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และพบงานวิจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในองค์ประกอบอื่นๆ

นิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่ความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาหรือมารดา หรือผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กป่วยจำนวน 145 ราย ใช้เครื่องมือแบบประเมินการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กของเชปปี้ (Schepp, 1995) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ (Parent actual participation) และปรารถนาที่จะปฏิบัติ (Parent preferred participation) ใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ผลการศึกษาพบว่าการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองปรารถนาจะปฏิบัติมากกว่าที่ได้ปฏิบัติทั้งโดยรวมและรายด้าน

กมลเนตร ใฝ่ชำนาญ (2546) ศึกษาเรื่อง ผลของการให้มารดามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดต่อความเครียดของมารดา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่มารดาได้มีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนด ในหน่วยบริบาลทารกแรกเกิด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ใช้เครื่องมือแบบประเมินความรู้ ทักษะและความพร้อมของมารดา แบบสังเกตพฤติกรรมสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก และแบบสัมภาษณ์ระดับความเครียดของมารดา ผลการศึกษา พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองที่ได้มีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนด มีระดับความเครียดน้อยกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาและทารก มารดามีความรู้ ทักษะและมั่นใจในการดูแลบุตรแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้ดีขึ้น

สุพัตรา กันธะรส (2548) ศึกษาเรื่อง ผลของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรและความพึงพอใจในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤต กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาผู้ป่วยเด็กในไอ.ซี.ยู.เด็ก จำนวน 32 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 16 คน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเด็กโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรและความพึงพอใจต่อบริการพยาบาลของมารดาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลผู้ป่วยเด็กโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รัชณี นามจันทราและคณะ (2548) ศึกษาประสพการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องตามมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกผู้ป่วยที่มีประสพการณ์นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลกลับไปพักฟื้นที่บ้านและต้องมาโรงพยาบาลตามแพทย์นัดเป็นระยะๆ เพื่อการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 7 ราย และสมาชิกของครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยตลอดระยะการเจ็บป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา พบว่า ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพของบุคคลและบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ การเรียนรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลผู้ป่วย การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การตัดสินใจจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย การดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ปัญหาของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและความต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ

ดังนั้น การจัดบริการสุขภาพเด็กโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลเช่นนี้จึงเป็นเสมือนการจัดสิ่งแวดล้อมให้กับบุคคลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวหรือบิดา

มารดา และในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นการศึกษาถึงความต้องการกับบริการที่ตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของบิดามารดาที่ทารกแรกเกิดมีภาวะเจ็บป่วยโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า การจัดการช่วยเหลือให้การบริการทางสุขภาพเด็กเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบิดามารดาเพราะมีผลต่อความวิตกกังวลของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดของโรงพยาบาลซึ่งเป็นที่บิดามารดาไม่ได้คาดคิดมาก่อน ไม่สามารถทำหน้าที่ในบทบาทบิดามารดาได้ ต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมต่างๆทั้งในด้านการดูแลรักษาที่เกี่ยวข้องกับบุตรและบุคลากรสุขภาพ ย่อมเป็นสาเหตุทำให้บิดาและมารดาเกิดความวิตกกังวล บุคลากรทางสุขภาพจึงมีบทบาทสำคัญเป็นผู้ช่วยเหลือให้การบริการดูแลทารกและครอบครัวโดยตรงในการตอบสนองความต้องการของบิดามารดา เพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดา และเป็นการพัฒนาคุณภาพของการบริการ นอกจากนี้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องครั้งนี้ยังพบว่า ไม่มีการศึกษาในเรื่องความสอดคล้องของการบริการทางสุขภาพเด็กโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมาก่อน

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ของความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ และนำผลมาใช้เป็นแนวทางในการให้การบริการเพื่อเพิ่มศักยภาพของบิดามารดาในการเผชิญความเครียด บรรเทาความวิตกกังวลของบิดามารดาและพัฒนาคุณภาพของการบริการพยาบาลต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความวิตกกังวล ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และความสัมพันธ์ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการดูแลโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดาทารกแรกเกิดกับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดภาวะการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติ

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ บิดาและ/หรือมารดาที่ทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด(เด็ก4) และหน่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด (NICU) ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาและ/หรือมารดาของทารกแรกเกิด เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้

- 1.เป็นบิดาหรือมารดาที่เข้าเยี่ยมบุตรในช่วง 48 - 96 ชั่วโมงหลังการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย
2. เป็นบิดาและ/หรือมารดาที่เข้าเยี่ยมบุตรอย่างสม่ำเสมอมากกว่า 2 ครั้ง
- 3.ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร
- 4.ยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างบิดาและ/หรือมารดาของทารกแรกเกิด จากการเปิดตาราง โดยกำหนด $\text{power} = 0.8$, $\alpha = 0.05$, $R = 0.3$ เปิดตารางได้ขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 88 (Polit & Beck, 2004)

ลักษณะของสถานที่ศึกษา

สถานที่ทำการศึกษานี้คือ หน่วยบำบัดทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลรามาธิบดี แบ่งเป็นหอผู้ป่วย 2 แห่ง คือ หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด (เด็ก 4) และหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด (NICU) ซึ่งรับผู้ป่วยทารกแรกเกิดหลังคลอดที่มีปัญหาซับซ้อนต้องการการดูแลสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 เดือน ทารกแรกเกิดจะได้รับการติดเครื่องสัญญาณชีพ (Pulse Oximeter) ที่ปลายนิ้วมือหรือนิ้วเท้า นอนอยู่ในตู้อบ (Incubator) หรือในเปล (Crib) และอาจมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวทารก ได้แก่ ท่อเครื่องช่วยหายใจ สายให้ออกซิเจน และสายให้น้ำเกลือ เป็นต้น ตลอดจนมีเสียงดังจากอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆตลอด การเยี่ยมผู้ป่วยให้เยี่ยมได้เวลา 8.00 - 20.00 น. ส่วนใหญ่นุญาตให้แต่บิดาและมารดาเท่านั้นหรือญาติที่จะเป็นผู้ดูแลต่อเมื่อกลับบ้าน บุคลากรทางสุขภาพจะเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับบิดาและมารดาตั้งแต่วันแรกที่ทารกย้ายเข้ามาหน่วย แพทย์จะบอกข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดบิดาและมารดาแก่ทุกราย และในบางกรณีที่มีมารดาต้องคลอดก่อนกำหนดแพทย์จะติดต่อและแจ้งให้บิดาและมารดาทราบเพื่อให้บิดาและมารดาเตรียมพร้อมเผชิญสำหรับปัญหาทางสุขภาพของทารกก่อนคลอด บิดาและมารดาจะได้รับคำแนะนำในเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะเข้าเยี่ยมบุตร ให้ข้อมูลคำอธิบายเกี่ยวกับอาการของทารก และตอบปัญหาหรือข้อคำถามที่บิดาและมารดาต้องการ เป็นสื่อกลางให้บิดาและมารดาได้พบแพทย์เจ้าของไข้

หอผู้ป่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด (เด็ก 4) เป็นหน่วยที่รับทารกแรกเกิดหลังคลอดที่เกิดเฉพาะในโรงพยาบาลรามาธิบดีและมีน้ำหนักตัวมากกว่า 1,250 กรัม สามารถรับผู้ป่วย 24 เตียง แต่รับเพิ่มได้ไม่จำกัด และในบางครั้งต้องรับผู้ป่วยในภาวะวิกฤติถ้าหน่วย NICU ไม่สามารถรับได้ การทำงานทางด้านการพยาบาลแบ่งเป็น 3 เวิร์กสเตชัน 8 ชั่วโมง เวิร์กสเตชันจะมีพยาบาล 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 3 คน ธุรการ 1 คน คนงาน 1 คน เวิร์กสเตชันจะมีพยาบาล 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน ธุรการ 1 คน คนงาน 1 คน เวิร์กสเตชันจะมีพยาบาล 3 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน คนงาน 1 คน ดูแลเป็นทีมในอัตรา 1 : 5 และมีพยาบาลเป็นเจ้าของไข้ และมีพยาบาลประจำหน่วยทารกแรกเกิด 1 คนอยู่เฝ้าไข้ของวันจันทร์ถึงวันศุกร์คอยให้ปรึกษาความรู้สนับสนุนช่วยเหลือบิดาและมารดาเป็นรายบุคคลและกลุ่ม ส่วนด้านการบำบัดรักษามีแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 และปีที่ 3 อย่างละ 1 คน และแพทย์ผู้ช่วยอาจารย์แพทย์ปีที่ 1 และปีที่ 2 อย่างละ 1 คน ร่วมกันรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยมีอาจารย์แพทย์เป็นที่ปรึกษา

หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด (NICU) เป็นหน่วยที่รับผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เกิดในและนอกโรงพยาบาลรามาธิบดี สามารถรับผู้ป่วยทารกจำนวน 10 เตียง แบ่งเป็นรับผู้ป่วยทารก

ซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤติ 6 เตียง และรับผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่เกิดนอกโรงพยาบาลรามารับซึ่งไม่อยู่ในภาวะวิกฤติ 4 เตียง การทำงานทางด้านการพยาบาลแบ่งเป็น 3 เวิร์กสเตชัน 8 ชั่วโมง เวิร์กสเตชันจะมีพยาบาล 7 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน ชูรการ์ 1 คน คนงาน 1 คน เวิร์กสเตชันจะมีพยาบาล 6 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ชูรการ์ 1 คน คนงาน 1 คน เวิร์กสเตชันจะมีพยาบาล 6 คน ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน คนงาน 1 คน มีพยาบาลเป็นเจ้าของไข้ ดูแลผู้ป่วยทารกที่อยู่ในภาวะวิกฤติในอัตรา 1:1 และทารกที่ไม่อยู่ในภาวะวิกฤติในอัตรา 1:4 มีการจัดกลุ่มสนับสนุนบิดาและมารดาทุกสัปดาห์แรกของเดือน ส่วนด้านการรักษามีแพทย์ประจำบ้านปีที่ 1 และปีที่ 3 อย่างละ 1 คน และแพทย์ผู้ช่วยอาจารย์แพทย์ปีที่ 1 และปีที่ 2 อย่างละ 1 คนร่วมกันรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยมีอาจารย์แพทย์เป็นที่ปรึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับบิดาและมารดาและผู้ป่วย
2. แบบประเมินความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory or STAI)
 - 2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety)
 - 2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety)
3. แบบสอบถามความต้องการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล
4. แบบสอบถามการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับบิดามารดาและผู้ป่วย(ภาคผนวก) บิดาและมารดาประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรและการรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบิดาและมารดา ลำดับที่ของการเป็นบุตร และข้อมูลผู้ป่วยประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค อายุในครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการรักษา

2. แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory or STAI) (ภาคผนวก) ซึ่งสปีลเบิร์กเกอร์ได้สร้างและนำมาใช้ในปี ค.ศ.1970 เรียกว่า STAI Form X ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form X-1) และส่วนที่สองเป็นแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (STAI Form X-2) ต่อมาในปี ค.ศ.1977 สปีลเบิร์กเกอร์และคณะ (Spielberger, et al, 1977) ได้ปรับปรุงแบบประเมินนี้ใหม่ โดยเฉพาะภาษาที่ใช้ในบางข้อโดยคงแนวความคิดเดิมไว้ เรียกว่า STAI Form Y ประกอบด้วย 2 ส่วนเช่นเดียวกับ STAI Form X คือ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) และแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (STAI Form Y-2) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพ็ญ จันทวัฒนาได้รับการ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาล กุมารเวชศาสตร์ 2 ท่าน และอาจารย์สาขาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ 2 ท่าน มีจำนวนข้อคำถาม 40 ข้อ แบบประเมินนี้แบ่งได้เป็น 2 ส่วน ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) เป็นเครื่องมือวัดอารมณ์หรือความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงในขณะที่อยู่ในสถานการณ์ที่ตึงเครียด ได้แก่ ความรู้สึก ตึงเครียด กระวนกระวาย กังวลและหวั่นใจซึ่งให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินความรู้สึกของตนเอง มีจำนวน 20 ข้อซึ่งข้อคำถามของแบบประเมินจะมีทั้งทางบวกและลบ ข้อคำถามที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางบวก เช่น ฉันรู้สึกหงุดหงิด ฉันรู้สึกตื่นตระหนกเป็นต้น จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 ซึ่งในแต่ละข้อมีระดับของความรู้สึกให้เลือกตอบ 4 ระดับ โดยกำหนดคะแนนเรียงตามลำดับจากไม่มีเลยจนถึงมีมากที่สุด เป็น 1,2,3,4 และข้อคำถามที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ เช่น ฉันรู้สึกสงบ ฉันรู้สึกผ่อนคลาย เป็นต้น จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ซึ่งในแต่ละข้อมีระดับของความรู้สึกให้เลือกตอบ 4 ระดับ โดยกำหนดคะแนนเรียงตามลำดับจากไม่มีเลยจนถึงมีมากที่สุด เป็น 4,3,2,1 เมื่อนำคะแนนของทุกข้อมารวมกันจะมีค่าต่ำสุดและสูงสุดอยู่ระหว่าง 20 – 80 คะแนน โดยคะแนนน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1970) ได้ตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ของแบบประเมินความวิตกกังวล (STAI Form X-1) โดยนำไปทดสอบกับนักศึกษาในภาวะที่ตึงเครียดได้แก่ การดูภาพยนตร์ที่เครียด การสอบ และภาวะที่ไม่ตึงเครียด ได้แก่ ช่วงเวลาปกติ และขณะฝึกการผ่อนคลาย พบว่า คะแนนความวิตกกังวลเฉลี่ยในภาวะตึงเครียดสูงกว่าไม่ตึงเครียดเกือบทุกข้อคำถามแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และยังได้หาความเที่ยงของในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดิม โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้ค่าแอลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง .83 – .93 และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form Y-1) ฉบับปรับปรุงใหม่ได้นำไปใช้กับมารดาผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมพบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .95 (Melynk, 1994)

ในประเทศไทยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI Form X-1) ของสปีลเบอร์เกอร์และคนอื่นๆ (Spielberger, et al, 1970) แปลเป็นภาษาไทย โดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข โดยตรวจสอบความตรงเชิงประจักษ์ (Face validity) จากผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือทดสอบ และทางด้านภาษา (ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526) และได้มีผู้นำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันพบว่ามีความเที่ยงอยู่ระหว่าง .85–.93 (กัญจน์ พัตติยะ, 2530;

พิกุล ดันติธรรม, 2533; มณฑา ลิ้มทองกุล, 2535; อัญชลี ประเสริฐ, 2540) ส่วนแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับปรับปรุง (STAI Form Y-1) แปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพียร จันทวัฒนา และนำไปใช้กับมารดาเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ามารับการรักษาโรงพยาบาลครั้งแรกจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .89 (บุญเพียร จันทวัฒนา, 2544) ต่อมาผู้วิจัยได้นำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ระหว่าง 78-.91 (ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542; วรรณวิมล คงสุวรรณ, 2544; อุดมญา พันธนิษฐ์, 2545; วันเพ็ญ ปริกกลาง, 2546) ภาษาที่ใช้ในแบบประเมินความวิตกกังวลฉบับภาษาไทยชุดใหม่นี้มีความเข้าใจง่ายกว่าชุดเดิม ผู้วิจัยจึงพิจารณาที่จะใช้แบบประเมินความวิตกกังวลชุดใหม่นี้ในงานวิจัยครั้งนี้

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety) เป็นเครื่องมือวัดอารมณ์หรือความรู้สึกทั่วไปของบุคคล ให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินความรู้สึกของตนเอง มีจำนวน 20 ข้อ ซึ่งข้อคำถามของแบบประเมินจะมีทั้งทางบวกและลบ ข้อคำถามที่ประกอบด้วยข้อความแสดงถึงความวิตกกังวลในทางบวก เช่น ฉันรู้สึกตื่นเต้นและกระวนกระวาย ฉันรู้สึกล้มเหลว เป็นต้น จำนวน 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 22, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 38 และ 40 ซึ่งในแต่ละข้อมีระดับของความรู้สึกให้เลือกตอบ 4 ระดับ โดยกำหนดคะแนนเรียงตามลำดับจากไม่มีเลยจนถึงมีมากที่สุด เป็น 1,2,3,4 และข้อคำถามที่ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความวิตกกังวลในทางลบ เช่น ฉันรู้สึกแจ่มใส ฉันมีความสุข เป็นต้น จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36 และ 39 ซึ่งในแต่ละข้อมีระดับของความรู้สึกให้เลือกตอบ 4 ระดับ โดยกำหนดคะแนนเรียงตามลำดับจากไม่มีเลยจนถึงมีมากที่สุด เป็น 4,3,2,1 เมื่อนำคะแนนของทุกข้อมารวมกันจะมีค่าต่ำสุดและสูงสุดอยู่ระหว่าง 20 –80 คะแนน โดยคะแนนน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ คะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

สปีดเบอร์เกอร์และคนอื่นๆ (Spielberger, et. al, 1970) ได้ตรวจสอบความตรงตามสภาพ(concurrent validity)ของแบบประเมินความวิตกกังวล (STAI Form X-2) โดยนำไปทดสอบกับนักศึกษาและหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กับแบบประเมินวิตกกังวลอื่นๆ เช่น The IPAT Anxiety (Cattle & Scheier, 1963), TheTayler(1953) Manifest Anxiety Scale (TMAS) และThe Affect Adjective Checklist (AACL) ในนักศึกษาค้นคว้าได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .75, .80 และ .52 ตามลำดับ และในนักศึกษาชายได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ .76, .79 และ .58 ตามลำดับ และแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (STAI Form Y-2) ฉบับปรับปรุงใหม่ได้นำไปใช้กับมารดาผู้ป่วยเด็กในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ .90 (Melynck, 1994)

ในประเทศไทยแบบประเมินความวิตกกังวลแฝง (STAI Form X-2) ของ สปีลเบอร์เกอร์และคนอื่นๆ (Spielberger, et. al, 1970) แปลเป็นภาษาไทย โดย นิติยา คชภักดี, สายฤดี วรกิจโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข โดยตรวจสอบความตรงเชิงประจักษ์ (Face validity) จากผู้เชี่ยวชาญทางเครื่องมือทดสอบ และทางด้านภาษา (ชมชื่น สมประเสริฐ, 2526) และได้มีผู้นำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันพบว่ามีความเที่ยงอยู่ระหว่าง 80–89 (ขนิษฐา นาคะ, 2534; อัญชลี ประเสริฐ, 2540) ส่วนแบบประเมินความวิตกกังวลแฝงฉบับปรับปรุง (STAI Form Y-2) แปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพียร จันทวัฒนา และนำไปใช้กับมารดาเด็กวัยก่อนเรียนที่เข้ามารับการรักษาโรงพยาบาลครั้งแรกจำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา .92 (บุญเพียร จันทวัฒนา, 2544) ต่อมาปาริชาติ ศิลประเสริฐ (2542) นำไปใช้ในกลุ่มบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด จำนวน 60 คน ได้สัมประสิทธิ์แอลฟา .80 ภาษาที่ใช้ในแบบประเมินความวิตกกังวลฉบับภาษาไทยชุดใหม่นี้เข้าใจง่ายกว่าชุดเดิม ผู้วิจัยจึงพิจารณาที่จะใช้แบบประเมินความวิตกกังวลชุดใหม่นี้ในงานวิจัยครั้งนี้

แบบสอบถามทั้ง 2 ชุด มีความสัมพันธ์กันโดยผู้ที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงสูง มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวลแบบเผชิญได้สูง (Spielberger, 1983) ดังนั้นการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยให้ผู้ตอบตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลแบบเผชิญก่อนแล้วตามด้วยแบบสอบถามความวิตกกังวลแบบแฝง เนื่องจากแบบสอบถามความวิตกกังวลแบบเผชิญเป็นแบบสอบถามที่ไวต่อสถานการณ์ต่างๆ ดังนั้นผลคะแนนจึงได้รับอิทธิพลจากสภาวะอารมณ์และบรรยากาศในขณะนั้น

3. แบบสอบถามความต้องการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (ภาคผนวก) เป็นแบบประเมินซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการประเมินการดูแล (Measure of processes of care = MPOC) ของคิงและคณะ (King, Rosenbaum & King, 1996; King, King & Rosenbaum, 2004) เป็นแบบสอบถามถึงความต้องการที่มีต่อสุขภาพเด็กตามการรับรู้ของบิดาและมารดาโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ จัดกลุ่มการวัดในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านความร่วมมือกันจำนวน 10 ข้อ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลจำนวน 12 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลจำนวน 7 ข้อ และด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัวจำนวน 7 ข้อ โดยคิดเป็นคะแนนร้อยละของความต้องการ คะแนนมาก แสดงว่า มีความต้องการมาก

4. แบบสอบถามการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (ภาคผนวก) เป็นแบบประเมินซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการประเมินการดูแล (Measure of processes of care = MPOC) ของคิงและคณะ (King, Rosenbaum & King, 1996; King, King & Rosenbaum, 2004) เป็นแบบสอบถามถึงบริการที่สนองความต้องการตามการรับรู้ของบิดาและ

มารดาที่ได้จากพฤติกรรมของบุคลากรทางสุขภาพโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล มีเนื้อหาข้อความในข้อคำถามและการจัดกลุ่มการวัดเป็นข้อคำถามและกลุ่มการวัดในแต่ละด้าน เหมือนกับแบบประเมินความต้องการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยคิด เป็นคะแนนร้อยละ ของบริการ คะแนนมาก แสดงว่า ได้รับบริการมาก

ในการศึกษาครั้งนี้ คะแนนที่ได้มาจากแบบสอบถามความต้องการบริการโดยมี ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลและแบบสอบถามการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็น ศูนย์กลางของการดูแล นำมาพิจารณาหาความสอดคล้อง (F_s) โดยการหาคะแนนความแตกต่าง ระหว่างคะแนนของการรับรู้การได้รับบริการ(E) กับคะแนนของการรับรู้ความต้องการบริการ (P)โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ถ้าคะแนนเท่ากับศูนย์($E = P$) แสดงว่า มีความสอดคล้องกัน ($F_s = 0$) และคะแนนที่ค่ามากกว่าหรือต่ำกว่าศูนย์ แสดงว่า ไม่มีความสอดคล้องกัน ($F_s > 0$ หรือ $F_s < 0$)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

จึงและคณะสร้างแบบประเมิน Measure of Processes of Care (MPOC) จำนวน 2 ชุด คือ เครื่องมือชุดแรก (MPOC-56) มีข้อคำถาม 56 ข้อ ไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างครอบครัวของเด็กป่วย เรื้อรังจำนวน 653 ราย ได้ตรวจหาความตรงเชิงโครงสร้างด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor Analysis) พบว่า มีการจัดกลุ่มการวัดเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ด้านความร่วมมือกัน ด้านการให้ข้อมูล ทั่วไป ด้านการให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจง ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลและด้านการยอมรับและ สนับสนุนครอบครัว การประเมินค่าการวัด 7 ระดับ โดยกำหนด 1 หมายถึง ไม่เลย 4 หมายถึง บางครั้ง, 7 หมายถึง มากที่สุด มีค่าfactor loading สูงอยู่ระหว่าง .50-.81 และตรวจหาความเที่ยงเชิง ความสอดคล้องภายใน(ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง 81 - 96) และหาความเที่ยง เชิงความคงที่ด้วยการทดสอบซ้ำ (ได้ค่า intraclass correlation coefficients = ICCS อยู่ระหว่าง .78 - .88) ส่วนเครื่องมือชุดที่สอง (MPOC-20) มีข้อคำถาม 20 ข้อซึ่งจึงและคณะปรับปรุงให้สั้น กระชับและวัดกับกลุ่มตัวอย่างเดิมจำนวน 494 ราย การจัดกลุ่มการวัดเป็น 5 กลุ่มคงเดิม การ ประเมินค่าการวัด 7 ระดับ โดยกำหนด 1 หมายถึง ไม่เลย, 2 หมายถึง น้อยมาก, 3 หมายถึง น้อย, 4 หมายถึง ปานกลาง, 5 หมายถึงค่อนข้างมาก, 6 หมายถึง มาก, และ 7 หมายถึงมากที่สุด และ ตรวจหาความเที่ยงเชิงความสอดคล้องภายใน (ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคอยู่ระหว่าง .77 - .88) และหาความเที่ยงเชิงความคงที่ด้วยการทดสอบซ้ำ (ได้ค่า intraclass correlations coefficients = ICCS อยู่ระหว่าง .81- .86) (King, Rosenbaum & King, 1996; King, King & Rosenbaum, 2004)

สำหรับในการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกข้อคำถามโดยการทบทวนวรรณกรรมและใช้แนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลที่มีองค์ประกอบ 8 ประการเป็นหลักในการคัดเลือกข้อคำถามให้เข้ากับบริบทไทย โดยเลือกข้อคำถามทุกข้อจากชุด MPOC-20 และปรับเพิ่มจากชุด MPOC-56 โดยอาศัยประสบการณ์และการสัมภาษณ์บิดาและมารดาเด็กป่วยในช่วงที่ฝึกปฏิบัติงาน ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลจำนวน 36 ข้อ การประเมินค่าการวัดปรับเป็นคะแนนร้อยละและจัดกลุ่มการวัดใหม่โดยรวบรวมด้านการให้ข้อมูลทั่วไปและด้านการให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงเป็นด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ดังนี้

1. ด้านความร่วมมือกัน มีข้อคำถาม 10 ข้อ
2. ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล มีข้อคำถาม 12 ข้อ
3. ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล มีข้อคำถาม 7 ข้อ
4. ด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว มีข้อคำถาม 7 ข้อ

ผู้วิจัยได้นำข้อคำถามที่ได้คัดเลือกมาทั้งหมดจำนวน 36 ข้อมาแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาจำนวน 3 ท่านจากสถาบันภาษาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และปรับสำนวนภาษาเพื่อให้เหมาะสมและเข้าใจง่าย โดยเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ทางด้านพัฒนาเด็กและครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านครอบครัว 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านทารกแรกเกิด 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงความชัดเจนในเนื้อหาและความเหมาะสมของสำนวนภาษา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิได้พิจารณาข้อคำถามทั้งหมด ผู้วิจัยนำแบบวัดมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งทางด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหาตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง และนำไปคำนวณหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) ได้ค่า CVI = .78

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินความต้องการบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลและแบบประเมินการได้รับบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลฉบับที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขสมบูรณ์แล้วไปหาความเที่ยง ในกลุ่มบิดาและมารดาที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 103 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1 ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อพิจารณาและดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะ

2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ให้กับกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ ให้ข้อมูลพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการ และจะไม่มีผลใดๆต่อการดูแลรักษาพยาบาลจากทางโรงพยาบาล

3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างซ้ำอีกครั้ง และขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อไว้ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก)

4. ผู้วิจัยได้ให้เอกสารรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างให้อ่านและเก็บไว้เป็นหลักฐาน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการ ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามารับดี และขออนุญาตทำการวิจัยโดยผ่านกระบวนการของจริยธรรม (The Committee on Human Rights) เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานพยาบาลและหัวหน้าหน่วยทารกแรกเกิด เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. ผู้วิจัยคอยตรวจสอบทุกวันว่ามีผู้ป่วยย้ายเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษหรือไม่ หากพบว่า และตรวจสอบแล้วพบว่าบิดาและมารดามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะติดตามพบกับบิดาและมารดา ในการพบครั้งแรกผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ให้ทราบ และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยยึดหลักพิทักษ์สิทธิ์ของบิดาและมารดา แจ้งให้บิดาและมารดาทราบว่าการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อบุตรที่ป่วย บิดาและมารดามีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ก็ได้ และมีสิทธิ์ที่จะขอยกเลิกการให้ความร่วมมือได้ถ้าไม่ประสงค์จะทำแบบสอบถามต่อไป

3. เมื่อบิดาและมารดายินยอมให้ความร่วมมือโดยเซ็นยินยอมร่วมในการวิจัย(ภาคผนวก)

4. ก่อนจะตอบแบบสอบถามผู้วิจัยประเมินบิดาและมารดาให้อยู่ในภาวะที่สงบ และชี้แจงให้บิดาและมารดาทราบถึงขั้นตอนการวิจัย ในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจะให้บิดาและมารดานั่งทำแบบสอบถามในห้อง โดยผู้วิจัยจะอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด และเปิดโอกาสให้บิดาและมารดาซักถามข้อความที่ไม่เข้าใจได้ตลอดเวลาระหว่างการตอบแบบสอบถาม สำหรับบิดาและมารดาที่ไม่สามารถอ่าน หรือเขียนหนังสือได้ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการอ่านแบบสอบถามให้บิดาและมารดาฟังแล้วให้บิดาและมารดาตัดสินใจเลือกตอบตามความต้องการ

การตอบแบบสอบถามจะใช้เวลาประมาณ 20 ถึง 30 นาที การทำแบบสอบถามในแต่ละชุดจะเรียงตามลำดับดังนี้

- 4.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาและมารดาและผู้ป่วย
- 4.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ
- 4.3 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง
- 4.4 แบบสอบถามความต้องการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล
- 4.5 แบบสอบถามการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล
5. ผู้วิจัยจะรวบรวมและตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลหลังจากตอบแบบประเมินแล้ว ถ้าพบว่าข้อใดไม่ครบถ้วนจะขอให้ตอบให้ครบจากแบบประเมินทั้งหมด
6. นำข้อมูลมาคิดเป็นคะแนน และนำไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติที่ได้วางแผนไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/FW (Statistical Pack age for the Social Science / For Window)

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนความสอดคล้องระหว่างความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวล วิเคราะห์โดย หาค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. หาความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวล โดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test (ภาคผนวก) ทดสอบการกระจายของข้อมูล ถ้ามีการกระจายข้อมูลปกติใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และถ้ามีการกระจายข้อมูลไม่ปกติใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของ สเปียร์แมน จากการทดสอบ พบว่า คะแนนของความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลได้ค่า Komogorov- Smirnov ที่ $p < .05$ แสดงว่า มีการกระจายข้อมูลแบบไม่ปกติ ส่วนคะแนนของความวิตกกังวลได้ค่า Komogorov-Smirnov ที่ $p > .05$ แสดงว่า มีการกระจายข้อมูลแบบปกติ จึงใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของ สเปียร์แมนหาความสัมพันธ์

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive research)เพื่อศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยและหาความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดาและมารดาทารกแรกเกิด และนำเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง
2. ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล
3. ความสอดคล้องโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดาและมารดา
4. ความวิตกกังวล
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องและความวิตกกังวล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด(เด็ก4) และหน่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด(NICU) ของโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 103 คน ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ เป็นมารดา (ร้อยละ 55.3) มีอายุเฉลี่ย 31.87 ปี ส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 20 ถึง 30 ปี และ 31 ถึง 41 ปี (ร้อยละ 36.9 และร้อยละ 47.6 ตามลำดับ) ประมาณหนึ่งในสามมีอาชีพรับจ้างหรือใช้แรงงาน (ร้อยละ 36.9) มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 ถึง 25,000 บาท (ร้อยละ 49.5) รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 62.1) เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.2) การศึกษามีตั้งแต่ระดับประถมจนถึงระดับสูงกว่าระดับปริญญาตรี ประมาณสองในสามจบระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 46.6) บิดามารดาที่รับรู้ว่าคุณสมบัติของตนเจ็บป่วยในระดับรุนแรงมากมีจำนวนน้อย(ร้อยละ 21.4) เป็นบุตรคนเดียวและอยู่ลำดับที่ 1 (ร้อยละ 57.3, ร้อยละ 60.2 ตามลำดับ) อายุบุตรในครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 33 ถึง 37 สัปดาห์ (ร้อยละ 41) รองลงมาอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ (ร้อยละ 38.8) อายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 35.27 สัปดาห์ รายละเอียดแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=103)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับบุตร		
บิดา	46	44.7
มารดา	57	55.3
อายุ		
< 20 ปี	7	6.8
20 - 30 ปี	38	36.9
31 - 41 ปี	49	47.6
> 41 ปี	9	8.7
(M = 31.87, SD = 7.01)		
อาชีพ		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	10	9.7
ค้าขาย/ธุรกิจ	16	15.5
รับจ้าง/แรงงาน/เกษตรกรรม	39	37.9
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	25	24.3
อื่นๆ	13	12.6
รายได้ครอบครัว(บาทต่อเดือน)		
< 5,000	5	4.9
5,001 - 25,000	51	49.5
25,001 - 45,000	12	36.9
45,001 - 65,000	4	3.9
> 65,000	5	6.8
การใช้จ่าย		
ไม่เพียงพอ	39	37.9
เพียงพอ	64	62.1
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา		
ประถมศึกษา	8	7.8
มัธยมต้น	12	11.7
มัธยมปลาย	18	17.5

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=103)(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา(ต่อ)		
ปวช.	5	4.9
ปวส.	7	6.8
ปริญญาตรี	48	46.6
สูงกว่าปริญญาตรี	5	4.9
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
จ่ายเอง	31	30.1
เบิกได้	63	61.2
อื่นๆ	9	8.7
การรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วย		
รุนแรงน้อย	38	36.9
รุนแรงปานกลาง	43	41.7
รุนแรงมาก	22	21.4
จำนวนบุตร		
1 คน	59	57.3
2 คน	30	29.1
> 2 คน ขึ้นไป	14	13.6
ลำดับที่ของบุตร		
ลำดับที่ 1	62	60.2
ลำดับที่ 2 ขึ้นไป	41	39.8
อายุในครรภ์ของบุตร		
< 28 สัปดาห์	12	11.7
28 - 32 สัปดาห์	10	9.7
33 - 37 สัปดาห์	41	39.8
> 37 สัปดาห์	40	38.8
(M = 35.27, SD = 4.51)		

ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

ความต้องการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดา ผลการวิเคราะห์ความต้องการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดาและมารดาโดยใช้คะแนนจริง (raw score) พบว่า คะแนนความต้องการโดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 830 ถึง 3600 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 3600 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของความต้องการโดยรวมของบิดาและมารดาเท่ากับ 2912.83 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 458.80 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยของความต้องการรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลมีค่าสูงกว่าด้านอื่น ($M = 924.24$, $SD = 172.81$) และคะแนนเฉลี่ยด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัวมีค่าต่ำสุด แต่ใกล้เคียงกับด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล ($M = 575.24$, $SD = 103.85$; $M = 584.85$, $SD = 101.86$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการของบิดามารดา จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N = 103)

ความต้องการ	ต่ำสุด - สูงสุด		ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง			
ด้านความร่วมมือ	0 - 1000	340-1000	660	828.50	130.86
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	0 - 1200	270-1200	930	924.24	172.81
ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	0 - 700	115-700	585	584.85	101.86
ด้านการยอมรับสนับสนุนครอบครัว	0 - 700	105-700	595	575.24	103.85
โดยรวม	0 - 3600	830-3600	2770	2912.83	458.08

การได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดา ผลการวิเคราะห์ การได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดาที่สนองความต้องการของบิดาและมารดาโดยใช้คะแนนจริง (raw score) พบว่า คะแนนบริการที่สนองความ

ต้องการโดยรวมมีค่าอยู่ระหว่าง 540 ถึง 3600 คะแนน จากค่าที่เป็นไปได้ 0 ถึง 3600 คะแนน คะแนนเฉลี่ยของโดยรวมของบิดาและมารดาเท่ากับ 2573.43 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 663.96 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยของรายด้าน พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความร่วมมือมีค่าสูงกว่าด้านอื่น ($M = 780.10$, $SD = 169.51$) คะแนนด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลมีค่าต่ำสุด แต่ใกล้เคียงกับคะแนนด้านด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว ($M = 504.11$, $SD = 145.86$; $M = 525.14$, $SD = 133.78$ ตามลำดับ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับการบริการของบิดามารดา จำแนกตามรายด้านและ โดยรวม (N = 103)

บริการที่สนองความต้องการ	ต่ำสุด - สูงสุด		ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง			
ด้านความร่วมมือ	0 - 1000	150 - 1000	850	780.10	169.51
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	0 - 1200	90 - 1200	1110	764.08	268.04
ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	0 - 700	105 - 700	595	504.11	145.86
ด้านการยอมรับสนับสนุนครอบครัว	0 - 700	105 - 700	595	525.14	133.78
โดยรวม	0 - 3600	540 - 3600	3060	2573.43	663.96

ความสอดคล้องโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดา

ความสอดคล้องโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดาและมารดา คือ ผลต่างของการบริการที่สนองความต้องการกับความต้องการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เนื่องจากคะแนนความสอดคล้องมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงนำเสนอข้อมูลการวิเคราะห์ด้วยค่ามัธยฐาน ในแต่ละด้านไม่มีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับการได้รับการบริการ ซึ่งคะแนนในทุกด้านเป็นลบ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความต้องการมากกว่าคะแนนการได้รับการบริการ โดยด้านที่มีคะแนนความต้องการต่างจากคะแนนการบริการที่ได้รับมากที่สุด

คือ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ($M = 924.24$, $SD = 172.81$, 268.04 ; Median $= -55$, $SD = 264.35$ ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีคะแนนความต้องการต่างจากคะแนนการบริการที่ได้รับต่ำสุด คือ ด้านความร่วมมือ ($M = 828.50$, $SD = 130.86$, 169.51 ; Median $= -10$, $SD = 129.97$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความเบ้ ของคะแนนความสอดคล้องจำแนกตามรายด้านและโดยรวม ($N = 103$)

ความสอดคล้อง	ช่วงคะแนน	ค่า มัธยฐาน	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ความเบ้
ด้านความร่วมมือกัน	-525 - 300	-10.0	129.97	-1.15
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	-1020 - 235	-55.0	264.35	-1.41
ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	-540 - 200	-30	144.32	-1.58
ด้านการยอมรับสนับสนุนครอบครัว	-520 - 340	-20	123.75	-1.51
โดยรวม	-2380 - 430	-110.	600.56	-1.69

ความวิตกกังวล

ผลการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนจริง (raw score) พบว่า ความวิตกกังวลมีค่าที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 20 ถึง 80 คะแนน โดยความวิตกกังวลขณะเผชิญมีคะแนนจริงอยู่ระหว่าง 32 ถึง 62 คะแนน ค่าพิสัยเท่ากับ 30 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 48.31 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.87 ความวิตกกังวลแฝงของบิดาและมารดามีคะแนนจริงอยู่ระหว่าง 33 ถึง 57 คะแนน ค่าพิสัยเท่ากับ 24 คะแนน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 46.06 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.98 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ($N = 103$)

ตัวแปร	ต่ำสุด - สูงสุด		ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่า เบี่ยงเบน มาตรฐาน
	คะแนน ที่เป็นไปได้	คะแนนจริง			
ความวิตกกังวล ขณะเผชิญ	20 - 80	32-62	30	48.31	5.87
ความวิตกกังวลแฝง	20 - 80	33-57	24	46.06	4.98

ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องและความวิตกกังวล

ระหว่างตัวแปรความสอดคล้องระหว่างการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวล เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่า คะแนนความวิตกกังวลได้ค่า Komogorov-Smirnov ที่ $p > .05$ แสดงว่า มีการแจกแจงแบบปกติ แต่คะแนนความสอดคล้อง ได้ค่า Komogorov-Smirnov ที่ $p < .05$ แสดงว่า ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ(ภาคผนวก) จึงวิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของ สเปียร์แมน (Spearman's Correlation Coefficient) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งคะแนนโดยรวมและรายด้านกับความวิตกกังวล ($P > 0.05$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ความสอดคล้องแต่ละด้านและโดยรวมกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	1					
2.สอดคล้องด้านความร่วมมือ	-.086	1				
3.สอดคล้องด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	-.061	.512*	1			
4.สอดคล้องด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	-.007	.512*	.702*	1		
5.สอดคล้องด้านการยอมรับสนับสนุนครอบครัว	-.032	.467*	.566*	.698*	1	
6. ความสอดคล้องโดยรวม(Total)	-.104	.634*	.882*	.823*	.659*	1

* $p < 0.05$

เนื่องจากไม่มีความสอดคล้องระหว่างคะแนนระหว่างคะแนนความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวล จึงได้พิจารณาคะแนนความต้องการที่บิดามารดาที่มีความต้องการมากที่สุดและคะแนนการได้รับการบริการที่ตอบสนองความต้องการของบิดาและมารดาที่มีคะแนนต่ำสุดรายชื่อ 10 อันดับแรก พบว่า ข้อที่บิดามารดาที่มีความต้องการมากที่สุด คือ “ให้แจ้งผลของการตรวจประเมินอาการเจ็บป่วยของเด็กแก่ท่าน” ซึ่งอยู่ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล อันดับรองลงมา คือ “ให้ตอบคำถามของท่านอย่างครบถ้วน” ซึ่งอยู่ในด้านความร่วมมือ สำหรับการได้รับการบริการที่ตอบสนองความต้องการของบิดามารดาที่ต่ำสุด คือ “แพทย์และพยาบาลสนับสนุนการรวมกลุ่มของครอบครัวเพื่อการพบปะ

สังสรรค์ พุดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน” (ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล) อันดับรองลงมา คือ “แพทย์และพยาบาลมีข้อมูลเตรียมพร้อมสำหรับท่านในรูปแบบต่างๆ เช่น หนังสือ, ชุดคู่มือ, วิดีทัศน์” ซึ่งอยู่ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7 และตารางที่ 8

ตารางที่ 7 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการมากที่สุดตามรายชื่อใน 10 อันดับแรกเรียงคะแนนจากมากไปน้อย (N = 103)

ความต้องการสูงสุด	M	SD	*ด้าน
1. ให้แจ้งผลของการตรวจประเมินอาการเจ็บป่วยของเด็กแก่ท่าน	87.38	14.14	EXC
2. ให้ตอบคำถามของท่านอย่างครบถ้วน	86.70	14.85	COL
3. ให้คำนึงถึงความต้องการทุกด้านของเด็ก ไม่ใช่เฉพาะแต่ด้านร่างกายเท่านั้น แต่รวมถึงด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย	86.55	15.48	PAT
4. ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับบุตรท่านตรงกัน	86.31	15.43	PAT
5. ให้เปิดโอกาสให้ท่านหรือครอบครัวขอพบและซักถามข้อมูลที่ท่านต้องการ	85.92	15.73	COL
6. ให้สร้างบรรยากาศที่แสดงถึงความใส่ใจ มิใช่เพียงแค่ให้ข้อมูลเท่านั้น	85.73	15.66	ACE
7. ให้แจ้งรายละเอียดการรักษาบุตรของท่าน เช่น เหตุผลที่เลือกใช้การรักษานั้น ประเภทการ	85.44	15.70	COL
8. ให้เวลาในการพุดคุยอย่างเพียงพอโดยไม่ทำให้ท่านรู้สึกถูกรังรัด	84.51	16.46	PAT
9. วางแผนร่วมกันเพื่อให้การบำบัดและดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน	85.15	15.57	PAT
10.. ให้ใส่ใจความรู้สึกของครอบครัวท่านที่มีบุตรซึ่งต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น ความกังวลที่ท่านมีต่อสุขภาพหรือการทำงานของร่างกายของบุตรหลาน	84.51	16.46	COL

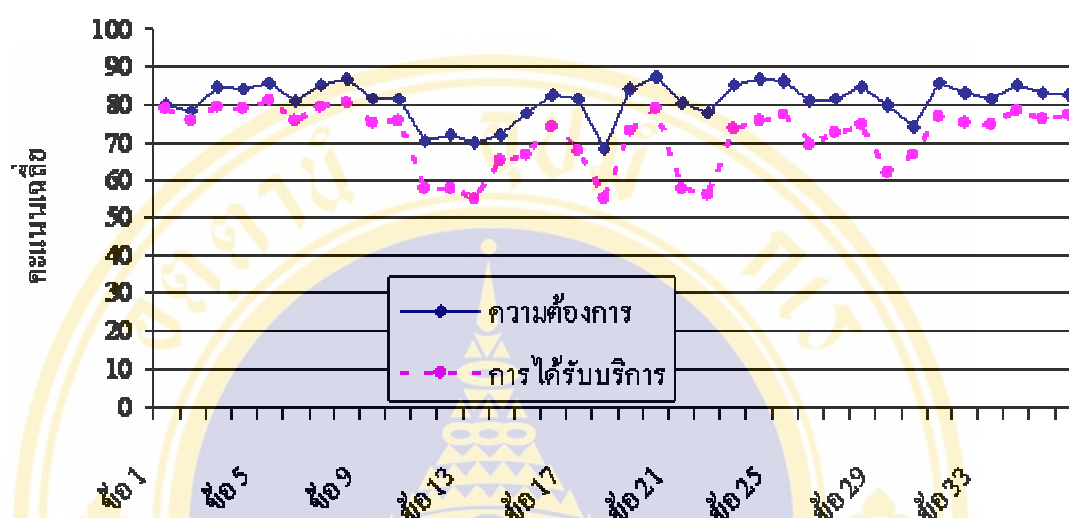
*COL = ด้านความร่วมมือ, EXC = ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล, PAT = ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล, ACE = ด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว

ตารางที่ 8 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับบริการที่ตอบสนองความต้องการตามรายชื่อใน 10 อันดับแรกเรียงคะแนนจากน้อยไปมาก (N = 103)

การได้รับบริการที่ต่ำสุด	M	SD	*ด้าน
1. แพทย์และพยาบาลสนับสนุนการรวมกลุ่มของครอบครัวเพื่อการพบปะสังสรรค์ พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน	54.85	30.68	EXC
2. แพทย์และพยาบาลมีข้อมูลเตรียมพร้อมสำหรับท่านในรูปแบบต่างๆ เช่น หนังสือ, ชุดคู่มือ, วิดีทัศน์	55.10	30.56	EXC
3. แพทย์แจ้งท่านเกี่ยวกับการดำเนินโรคของบุตรท่านอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	55.92	31.06	EXC
4. แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลหรือในชุมชน	57.72	30.08	EXC
5. แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่บุตรของท่านต้องปฏิบัติในการตรวจรักษาอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	57.82	30.75	EXC
6. แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำท่านถึงวิธีการหาข้อมูลที่ท่านต้องการหรือการติดต่อผู้ปกครองรายอื่น	57.91	29.68	EXC
7. มีบุคลากรในทีมสุขภาพอย่างน้อย 1 คนที่ให้บริการกับท่านและครอบครัวในระยะยาว	61.99	30.31	PAT
8. แพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้โอกาสสมาชิกทุกคนในครอบครัวของท่านได้รับข้อมูล	65.19	27.99	EXC
9. แพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องพร้อมที่จะให้ข้อมูลทั่วไปเมื่อท่านต้องการ เช่น ค่ารักษาหรือความช่วยเหลือด้านการเงิน สิทธิค่ารักษาพยาบาล	66.46	28.10	EXC
10. แพทย์หรือพยาบาลปฏิบัติต่อท่านในฐานะบุคคลหนึ่ง มิใช่ในฐานะผู้ปกครองของบุตรที่มีความพิการหรือความเจ็บป่วย	66.55	27.21	ACE

*COL = ด้านความร่วมมือ, EXC = ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล, PAT = ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล, ACE = ด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว

และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยตามรายชื่อของความต้องการและการได้รับการที่ตอบสนองความต้องการ จะเห็นว่า มีความแตกต่างกันและไม่มีคะแนนข้อใดที่มีค่าเท่ากัน แสดงว่า ไม่มีความสอดคล้องในแต่ละข้อคำถาม ดังแสดงไว้ในแผนภูมิที่ 3



แผนภูมิที่ 3 แสดงคะแนนเฉลี่ยรายชื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนความต้องการกับคะแนนการได้รับการ

ดังนั้นเมื่อพิจารณาคะแนนความไม่สอดคล้องตามรายชื่อที่มีคะแนนความแตกต่างกันมากที่สุดโดยไม่คิดเครื่องหมายใน 10 อันดับแรก พบว่า ความไม่สอดคล้องกันมากที่สุด คือ “แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่บุตรของท่านต้องปฏิบัติในการตรวจรักษาอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร” และอันดับรองลงมา คือ “แพทย์แจ้งท่านเกี่ยวกับการดำเนินโรคของบุตรท่านอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร” ซึ่งอยู่ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ดังแสดงไว้ในตารางที่ 9

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความไม่สอดคล้องที่มากที่สุดตามรายชื่อ 10 อันดับแรกเรียงคะแนนจากมากไปน้อยโดยไม่คิดเครื่องหมาย (N = 103)

คะแนนความไม่สอดคล้อง	M	SD	*ด้าน
1.แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่บุตรของท่านต้องปฏิบัติในการตรวจรักษาอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	-22.38	35.46	EXC
2.แพทย์แจ้งท่านเกี่ยวกับการดำเนินโรคของบุตรท่านอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	-21.89	37.41	EXC
3.มีบุคลากรในทีมสุขภาพอย่างน้อย 1 คนที่ให้บริการกับท่านและครอบครัวในระยะยาว	-17.96	32.88	PAT

ตารางที่ 9 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความไม่สอดคล้องที่มากที่สุดตามรายชื่อ 10 อันดับแรกเรียงคะแนนจากมากไปน้อยโดยไม่คิดเครื่องหมาย (N = 103)(ต่อ)

คะแนนความไม่สอดคล้อง	M	SD	*ด้าน
4. แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลหรือในชุมชน	-14.37	27.90	EXC
5. แพทย์และพยาบาลมีข้อมูลเตรียมพร้อมสำหรับท่านในรูปแบบต่างๆ เช่น หนังสือ, ชุดคู่มือ, วิดีทัศน์	-14.81	29.04	EXC
6. แพทย์และพยาบาลให้การสนับสนุนท่านเพื่อช่วยท่านในการจัดการกับผลกระทบจากความพิการหรือความเจ็บป่วยของบุตรของท่าน เช่น ทำหน้าที่เป็นตัวแทนของท่าน หรือให้ข้อมูลด้านโปรแกรมความช่วยเหลือ	-13.98	25.07	EXC
7. แพทย์และพยาบาลสนับสนุนการรวมกลุ่มของครอบครัวเพื่อการพบปะสังสรรค์ พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน	-13.45	31.33	EXC
8. แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำท่านถึงวิธีการหาข้อมูลที่ท่านต้องการหรือการติดต่อผู้ปกครองรายอื่น	-12.43	26.92	EXC
9. แพทย์และพยาบาลปรึกษากับท่านเรื่องความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่มีต่อการรักษา เพื่อให้ทุกคนเห็นพ้องว่าสิ่งใดดีที่สุด	-11.75	27.57	PAT
10. แพทย์และพยาบาลวางแผนร่วมกันเพื่อให้การบำบัดและดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน	-11.67	24.82	PAT

*COL = ด้านความร่วมมือ, EXC = ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล, PAT = ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล, ACE = ด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว

บทที่ 5

การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความวิตกกังวล ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดา และความสัมพันธ์ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดาทารกแรกเกิดกับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลและผลการทดสอบสมมติฐาน ดังนี้

ความวิตกกังวล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความวิตกกังวลของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยมีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญและแฝงมีคะแนนอยู่ที่ 48.31 และ 46.06 ตามลำดับ และจากการศึกษาของกิตติยา สุนทรประดิษฐ์ที่ใช้ควอไทล์(Quartile) แบ่งระดับความวิตกกังวลพบว่ามีคะแนนความวิตกกังวล 36-50 จัดเป็นความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (กิตติยา สุนทรประดิษฐ์, 2539) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้บิดามารดาทารกแรกเกิดมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเนื่องมาจากการให้บริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลที่ทางแผนงานการกุมารเวชศาสตร์ได้จัดทำเป็นนโยบายให้บุคลากรทางสุขภาพทุกคนได้ปฏิบัติตามเหมือนการจัดโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือ และให้ความรู้ข้อมูลในด้านต่างๆที่จะตอบสนองความต้องการของบิดามารดาทารกแรกเกิดเมื่อบุตรต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ามาในหน่วย ทำให้บิดามารดาได้รับข้อมูลด้านต่างๆทั้งปัญหาทางด้านการบริการและด้านโรคของบุตร จึงมีการตัดสินใจแก้ปัญหาโดยใช้วิธีแบบจัดการกับปัญหามากกว่าแบบจัดการกับอารมณ์ ทำให้มีคะแนนความวิตกกังวลไม่สูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปาริชาติและวันเพ็ญ พบว่าบิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าบิดามารดาและการจัดการกับอารมณ์สูงกว่าบิดามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542; วันเพ็ญ ปริกกลาง, 2546) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของและไชด์แมนและคณะ พบว่าความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาใน NICU และ PICU ทั้ง 2 กลุ่มจะมีการตัดสินใจแก้ปัญหาโดยการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหามากกว่าการเผชิญ

ความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์(Seideman, et al., 1997) และอยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุอยู่ระหว่าง 31 ถึง 41 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีจึงมีประสบการณ์ สามารถคิดไตร่ตรองและมีการตัดสินใจในเรื่องต่างๆได้ดีซึ่งลาซารัสและ โฟลแมนอธิบายไว้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น ผ่านภาวะวิกฤติต่างๆในชีวิต จะมีประสบการณ์และพัฒนาการทำให้มีวุฒิภาวะสูงขึ้น จึงมีความสามารถในการคิดไตร่ตรองมีวินัยในการตัดสินใจได้ดี สามารถปรับตัวได้ดี ความวิตกกังวลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984)

ความต้องการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดา

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความต้องการของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยต้องการด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านความร่วมมือ และบิดามารดาต้องการทางด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลน้อยที่สุด ซึ่งความต้องการในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับมากนี้ ซึ่งไม่สามารถเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่ผ่านมาโดยตรงแต่สามารถเทียบเคียงได้เนื่องจากมีการแบ่งในแต่ละด้านไม่เหมือนกัน ความต้องการด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของบุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์และคณะ ซึ่งทำศึกษาในกลุ่มมารดาทารกแรกเกิด พบว่า มารดามีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารในระดับสูง (บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์และธิดารัตน์ กำลังดี, 2550) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพชร ยัพัฒน์พันธ์, 2540) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาไม่เหมือนกัน ในการวิจัยครั้งนี้ ทำการศึกษาในกลุ่มบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วย อยู่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดพิเศษ และวิกฤติ ระบุว่าบุตรของตนเจ็บป่วยในระดับที่รุนแรงมากเป็นส่วนน้อย ส่วนการศึกษาวิจัยของพวงเพชรทำในมารดาผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึงอายุ 15 ปี อยู่ในหอผู้ป่วยเด็ก ระบุว่าบุตรของตนเจ็บป่วยในระดับที่รุนแรงมากเป็นส่วนมาก (พวงเพชร ยัพัฒน์พันธ์, 2540) แสดงให้เห็นว่าวัยและอายุของบุตรที่เจ็บป่วยทำให้บิดามารดามีความต้องการที่แตกต่างกันจึงทำให้ผลการวิจัยไม่เหมือนกัน และจากผลการวิจัยถ้าพิจารณาตามรายชื่อที่บิดามารดาต้องการมากใน 10 อันดับแรก พบว่า ความต้องการด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งหมด 12 ข้อ มีเพียง 1 ข้อเท่านั้นที่บิดามารดาต้องการมากเป็นอันดับแรก คือ “ให้แจ้งผลของการตรวจประเมินอาการเจ็บป่วยของเด็กแก่ท่าน” และอันดับรองลงมา คือ “ให้ตอบคำถามของท่านอย่างครบถ้วน” (ด้านความร่วมมือกัน) ส่วน 2 ข้อในอันดับต่อมา คือ “ให้คำนึงถึงความต้องการทุกด้านของเด็ก ไม่ใช่เฉพาะแต่ด้านร่างกายเท่านั้น แต่รวมถึงด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย” และ “ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุตรท่านตรงกัน” ทั้ง 2 ข้อนี้อยู่ในด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล แสดงว่า บิดามารดามีความต้องการเป็นรายชื่อเฉพาะ

มากกว่ารายด้าน อาจเนื่องมาจากกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีบุตรคนเดียว(57.3%)และเป็นคนแรก (60.2%) จึงต้องการให้มีการแจ้งผลของการตรวจประเมินอาการเจ็บป่วยของบุตรเป็นอันดับแรก และผลการวิจัยของสากุลที่พบว่า ลำดับที่ของบุตรมีผลต่อการเผชิญความเครียด (สากุล คงพันธ์, 2533)

การได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดา

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า การได้รับบริการตอบสนองความต้องการของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย บิดามารดาได้รับบริการตอบสนองความต้องการในด้านความร่วมมือมากที่สุด และใกล้เคียงกัน คือ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ซึ่งสามารถเทียบเคียงกับงานวิจัยที่ผ่านมาได้เนื่องมาจากมีการแบ่งในแต่ละด้านไม่เหมือนกัน ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า การได้รับบริการตอบสนองความต้องการในการแลกเปลี่ยนข้อมูลของบิดามารดานั้นได้รับมากเป็นอันดับรอง($M = 764.08$) แต่ใกล้เคียงกับด้านความร่วมมือซึ่งเป็นอันดับแรก ($M = 780.10$) สามารถเทียบเคียงเปรียบเทียบได้ ซึ่งสอดคล้องกับกับงานวิจัยของบุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์และคณะ ซึ่งพบว่า ด้านข้อมูลข่าวสารได้รับการตอบสนองความต้องการในระดับสูง (บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์และ ธีรรัตน์ คำลั้งดี, 2550) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพชร ที่พบว่า มารดาผู้ป่วยเด็กไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารในเรื่องการพยากรณ์โรค ผลการตรวจ เหตุผลการตรวจรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ ตลอดจนเหตุผลของการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาไม่เหมือนกัน ในการวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในกลุ่มบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วย อยู่ในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด พิเศษและวิกฤติ ส่วนการศึกษาวิจัยของพวงเพชรทำในมารดาผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึงอายุ 15 ปี อยู่ในหอผู้ป่วยเด็ก (พวงเพชร ยัพวัฒน์พันธ์, 2540) จึงอาจมีผลต่อการได้รับบริการตอบสนองความต้องการที่แตกต่างกัน

ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย

การศึกษานี้ พบว่า ไม่มีความสอดคล้องกันระหว่างการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งไม่สามารถเปรียบเทียบกับการวิจัยที่ผ่านมาโดยตรงแต่สามารถเทียบเคียงได้ ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า บิดามารดาได้รับบริการการตอบสนองไม่สอดคล้องกับความต้องการ ซึ่งสามารถเทียบเคียงได้กับผลการวิจัยของพวงเพชรที่พบว่า มารดาผู้ป่วยเด็กมากกว่า

ครั้งได้รับการตอบสนองไม่สอดคล้องกับความต้องการในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการดูแลด้านจิตใจและด้านบทบาทการเป็นมารดาในทุกข้อคำถาม (พวงเพชร ยัปวัฒน์พันธ์, 2540) ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่มีความสอดคล้อง อาจเนื่องมาจากระยะเวลาการเก็บข้อมูลและกลุ่มที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นมารดา ซึ่งผู้วิจัยเก็บข้อมูลในช่วง 48 - 96 ชั่วโมง มารดาอยู่ในภาวะหลังคลอดสุขภาพร่างกายและจิตใจยังไม่สมบูรณ์ ยังไม่ทราบว่าตนเองมีความต้องการอะไรที่เกี่ยวกับสุขภาพของบุตรและยังไม่พร้อมที่จะรับสิ่งช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคลากรทางสุขภาพ บิดามารดาอาจจะยังไม่พร้อมเนื่องจากช่วงเวลานี้บิดามารดาจะเกิดความวิตกกังวลสูงได้โดยเฉพาะในช่วง 7 วันแรกหลังบุตรย้ายเข้ารักษาในหน่วย(Miles,et.al.,1992) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเมื่อเข้าเยี่ยมบุตรมากกว่า 2 ครั้ง ในช่วง 48 - 96 ชั่วโมง บิดามารดาจะเป็นฝ่ายรับฟังอย่างเดียวและพร้อมให้ความร่วมมือในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพของบุตร ส่วนการติดต่อสื่อสารระหว่างบิดามารดากับบุคลากรทางสุขภาพจะต้องเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างกันก่อน เพื่อให้บิดามารดาได้รับรู้ถึงความต้องการหรือสิ่งที่คาดหวังไว้ รวมทั้งการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาบุตรของตน

ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความวิตกกังวลของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วย

จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Correlation Coefficient) พบว่า ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในแต่ละรายด้านของด้านความร่วมมือ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล ด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว และโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.086, -.061, -.007, -.032$ และ $-.104$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจากการรับรู้ความต้องการของบิดาและมารดาอยู่ในระดับสูงกว่าการบริการที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งความต้องการนั้นเป็นความต้องการบริการที่บิดาและมารดาคาดหวังไว้ เมื่อมาใช้บริการก็จะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังไว้ ถ้าพบว่าบริการที่ได้รับจริงน้อยกว่าที่คาดหวังไว้ บิดามารดาจะไม่พึงพอใจ แต่ถ้าบริการที่ได้รับจริงเท่ากับหรือมากกว่าที่คาดหวังไว้ บิดาและมารดาจะเกิดความพึงพอใจ และประทับใจ ถือได้ว่าบริการนั้นสามารถตอบสนองความต้องการความคาดหวังของบิดาและมารดาได้ โดยการบริการที่คาดหวังไว้นั้น พาราซูรามัน,เซินฮัมและเบอร์รี่ (Parasuraman, Zeithaml,&Berry,1994)ได้

แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับแรกเป็นระดับการบริการที่ปรารถนาเชื่อว่าบริการนั้นทำได้ ส่วนระดับที่สองเป็นระดับการบริการที่พอดี ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำสุดที่ผู้มารับบริการจะยอมรับได้ที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการได้ หากต่ำกว่านี้แสดงว่า ไม่สอดคล้อง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ความต้องการและบริการที่ตอบสนองความต้องการของบิดาและมารดานั้นไม่สอดคล้องกัน อาจจะเนื่องมาจากความต้องการและการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีการแบ่งระดับความต้องการหรือคาดหวังไว้กับบริการที่ได้รับจริงของบิดาและมารดาที่พอดีและยอมรับได้ จึงทำให้ผลการวิจัยอาจมีความคลาดเคลื่อนได้

นอกจากนี้ระดับความวิตกกังวลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 46.06 และ 48.31 ตามลำดับ เมื่อใช้ควอไทล์ (Quartile) แบ่งระดับความวิตกกังวล พบว่า คะแนนความวิตกกังวล 36-50 จัดเป็นความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (กิตติยา สุนทรประดิษฐ์, 2539) อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีอายุอยู่ในระหว่าง 31 ถึง 41 ปี ระดับการศึกษาจบปริญญาตรีจึงมีประสบการณ์สามารถคิด ไตร่ตรองและการตัดสินใจได้ดีในเรื่องต่างๆ ได้ดี และพบว่า กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ มีความวิตกกังวลแฝงอยู่ในระดับที่ไม่สูงจึงทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดโดยไม่คาดหวังได้ดี ซึ่งสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, et.al., 1970) กล่าวว่า ความวิตกกังวลแฝงเป็นลักษณะเฉพาะประจำตัวของบุคคลที่คงที่ หากมีความกังวลแฝงสูงก็จะแสดงออกถึงความวิตกกังวลขณะเผชิญสูง ดังนั้นเมื่อกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้มีความวิตกกังวลแฝงไม่สูงย่อมทำให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่สูงตามไปด้วย แม้ว่าบริการที่ได้รับจริงจะไม่สอดคล้องพอดีหรือตอบสนองต่อความต้องการที่บิดาและมารดาคาดหวังไว้ในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบิดาและมารดาทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะเจ็บป่วย มีอายุครรภ์ 33 - 37 สัปดาห์ (ร้อยละ 39.8) รองลงมาอายุครรภ์ 28 - 32 สัปดาห์ (ร้อยละ 11.7) และอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ (ร้อยละ 9.7) ตามลำดับ ทำให้บิดาและมารดาที่ทารกคลอดก่อนกำหนดจะได้รับการเตรียมตัวบอกข้อมูลลักษณะสภาพที่ปรากฏของทารกก่อนจะคลอดจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้บิดาและมารดาที่มีความวิตกกังวลไม่สูง ซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาของปาริชาติ (ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิด และวันเพ็ญ (วันเพ็ญ ปริกกลาง, 2546) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนบิดามารดาต่อระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด พบว่า คะแนนความวิตกกังวลต่ำ ดังนั้นบิดาและมารดาจึงมีการเตรียมตัวคาดหวังไว้แล้ว เมื่อพบกับสถานการณ์จริงจึงยอมรับได้ทำให้ความวิตกกังวลไม่สูง

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาความวิตกกังวล ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และความสัมพันธ์ของความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย ใช้กรอบแนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family - centered Care) ของเชลตันและคณะ (Shelton, et al., 1987) และทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit) ของเฟรนช์และคณะ (French,et.al.,1974) เป็นแนวทางในการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด(เด็ก4) และหน่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด (NICU) ของโรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง กันยายน พ.ศ. 2549 จำนวน 103 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และกำหนดคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. เป็นบิดาและหรือมารดาทารกแรกเกิดที่เข้าเยี่ยมบุตรอย่างสม่ำเสมอมากกว่า 2 ครั้ง ในช่วง 48 ชั่วโมงถึง 96 ชั่วโมงหลังการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย
2. ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารและยินยอม
3. ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับบิดามารดาและผู้ป่วย 2) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ แปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพียร จันทวัฒนา (2544) ได้นำไปใช้กับบิดาและมารดาทารกแรกเกิดจำนวน 103 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.49 และ 0.50 ตามลำดับ 3) แบบประเมินความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก MPOCของคิงส์และคณะ(2004) ได้นำไปใช้กับบิดาและมารดาทารกแรกเกิด จำนวน 103ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.96 และ 0.98 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/pc+ version 11.5 for Windows สำหรับการวิเคราะห์สถิติเชิงบรรยาย และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's Correlation Coefficient) ผลการวิจัย ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและทารกแรกเกิด ดังแสดงในตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.3 มีความสัมพันธ์เป็นมารดากับทารก ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 ถึง 41 ปี อายุเฉลี่ย 31.87 ปี สถานภาพสมรส คู่ อาชีพส่วนใหญ่รับจ้างหรือใช้แรงงานร้อยละ 36.9 รายได้อยู่ระหว่าง 5,001 ถึง 25,000 บาท ร้อยละ 49.5 มีรายได้เพียงพอในค่าใช้จ่ายร้อยละ 62.1 การศึกษาของบิดาและมารดามีตั้งแต่ประถมศึกษาถึงระดับสูงกว่าปริญญาตรี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.6 เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ร้อยละ 61.2 การรับรู้ความรุนแรงรับรู้ว่ามีบุตรเจ็บป่วยรุนแรงปานกลาง ร้อยละ 43 จำนวนบุตรส่วนใหญ่มี 1 คนและเป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 57.3 และร้อยละ 60.2 ตามลำดับ อายุครรภ์อยู่ระหว่าง 33 ถึง 37 สัปดาห์ ร้อยละ 41 รองลงมาอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 38.8 มีอายุครรภ์เฉลี่ย 35.27 สัปดาห์

2. ความต้องการของบิดามารดาโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล พบว่าโดยรวมมีความต้องการมากในทุกด้าน ($M = 2912.83$, $SD = 458.08$) มีความต้องการในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลมากที่สุด ($M = 924.24$, $SD = 172.81$) และด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลมีความต้องการน้อยที่สุด ($M = 575.24$, $SD = 103.85$) และความต้องการตามรายชื่อใน 5 อันดับแรกที่ต้องการมากที่สุดเรียงตามลำดับ ได้แก่ การให้แจ้งผลของการตรวจประเมินอาการเจ็บป่วยของเด็กแก่ท่าน ($M = 87.38$, $SD = 14.14$) ในด้านด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล การให้ตอบคำถามของท่านอย่างครบถ้วน ($M = 86.70$, $SD = 14.85$) ในด้านด้านความร่วมมือ การให้คำนึงถึงความต้องการทุกด้านของเด็ก ไม่ใช่เฉพาะแต่ด้านร่างกายเท่านั้น แต่รวมถึงด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย ($M = 86.55$, $SD = 15.48$) การให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุตรท่านตรงกัน ($M = 86.31$, $SD = 15.43$) ในด้านด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล และการเปิดโอกาสให้ท่านหรือครอบครัวขอพบและซักถามข้อมูลที่ท่านต้องการ ($M = 85.92$, $SD = 15.73$) ในด้านด้านความร่วมมือ

3. การได้รับบริการของบิดามารดาโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลที่สนองความต้องการของบิดาและมารดา พบว่า การได้รับบริการของบิดามารดาโดยรวมได้รับมากในทุกด้าน ($M = 2573.43$, $SD = 663.96$) ด้านด้านความร่วมมือได้รับมากที่สุด ($M = 780.10$, $SD = 169.51$) และด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลได้รับน้อยที่สุด ($M = 504.11$, $SD = 145.86$) การได้รับบริการที่ตอบสนองความต้องการที่น้อยที่สุดเรียงตามลำดับในอันดับแรก 5 อันดับตามรายชื่อซึ่งอยู่ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งหมด ได้แก่ แพทย์และพยาบาลสนับสนุนการรวมกลุ่มของครอบครัวเพื่อการพบปะสังสรรค์ พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ($M = 54.85$

,SD = 30.68) แพทย์และพยาบาลมีข้อมูลเตรียมพร้อมสำหรับท่านในรูปแบบต่างๆ เช่น หนังสือ, ชุดคู่มือ, วิดีทัศน์ (M =55.10 ,SD = 30.56) แพทย์แจ้งท่านเกี่ยวกับการดำเนินโรคของบุตรท่านอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร (M =55.92 ,SD = 31.06) แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลหรือในชุมชน (M =57.72 ,SD = 30.08) แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่บุตรของท่านต้องปฏิบัติในการตรวจรักษาอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร (M =57.82 ,SD = 30.75)

4. ความวิตกกังวลขณะเผชิญของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดอยู่ในระดับปานกลาง (M =48.31, SD = 5.87)

5. ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลโดยรวมและรายด้านไม่มีความสอดคล้อง

6. ความสอดคล้องการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลโดยรวมและรายด้านไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วย

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรามาธิบดี ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอื่นได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาจจะมีข้อจำกัดเนื่องจากเป็นเครื่องมือการวัดโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report measure) อาจมีความคลาดเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ไม่มีความสอดคล้องระหว่างการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดาทารกแรกเกิด ทางด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ดังควรเน้นให้มีบุคลากรทางสุขภาพมีทักษะในเรื่องการติดต่อสื่อสาร และประเมินความต้องการทางด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลของบิดามารดาได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในบิดามารดาทารกแรกเกิดที่บุตรเข้ารับการรักษามากกว่า 96 ชั่วโมง และศึกษาเฉพาะบิดาหรือเฉพาะมารดาและนำมาเปรียบเทียบกันเท่านั้น

2. ควรศึกษาความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการของบิดามารดาในช่วงเวลามากกว่า 96 ชั่วโมงและให้มีการพบแพทย์ผู้ดูแลมากกว่า 2 ครั้ง



ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการโดยมี
ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มี
ภาวะการเจ็บป่วย

อัมพร ถุงแก้วรุ่งเรือง 4536540 RAPN / M

พย.ม.(การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: จริยา วิทยะสุกร. พย.ด., เรณู พุกบุญมี. พย.ด.

บทสรุปแบบสมบูรณ์

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ทารกแรกเกิดที่มีการเจ็บป่วย ต้องได้รับการดูแลรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษหรือหน่วย
วิกฤติทารกแรกเกิด เป็นเหตุการณ์ที่บิดามารดาไม่ได้คาดคิดและเตรียมจิตใจที่จะพบกับสภาพ
การเจ็บป่วยของบุตรและสภาพสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยมาก่อน ซึ่งเป็นสิ่งเร้ากระตุ้นให้เกิดความรู้สึก
วิตกกังวล ตึงเครียด กลัว และหวาดหวั่น (Baxter, 1972 cited in Graves & Ware, 1990)
นอกจากนี้ยังทำให้บิดามารดาต้องแยกจากบุตร บิดามารดาจะเกิดความวิตกกังวลอย่างสูง
โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใน 48 - 72 ชั่วโมงแรก (Gennaro, 1986; Miles, et al., 1989) หรือภายใน 7 วัน
แรกหลังจากทารกย้ายเข้ารับการรักษานในหน่วย (Miles, et. al., 1992) มีการศึกษา พบว่า บิดามารดา
มีความวิตกกังวลสูงเมื่อบุตรเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัด (ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542; วันเพ็ญ
ปรีกลาง, 2546) บิดามารดาต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติ
เช่น เสียงสัญญาณเตือนของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ สภาพและลักษณะที่ปรากฏของ
ทารก การไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตร ตลอดจนท่าทางและการแสดงออกของ
เจ้าหน้าที่ นอกจากนี้บิดามารดา还不能ที่จะแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดาได้ ต้องให้
บุคลากรทางสุขภาพเป็นผู้กระทำการแทน เช่น ไม่สามารถอุ้มบุตร ให้นมบุตร และให้การดูแล
ช่วยเหลือหรือปกป้องเมื่อบุตรได้รับความเจ็บปวด เป็นต้น (LaMontagne & Pawlak, 1990; Miles,
1989) และการได้รับการที่ยังไม่สอดคล้องและไม่ตอบสนองความต้องการของบิดามารดาได้ (
ฉันทนา ผ่องคำพันธ์, 2537; พวงเพชร ยัพวัฒน์พันธ์, 2540) ความต้องการของบิดา

มารดาที่บุตรเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษหรือหน่วยวิกฤติทารกแรกเกิดนั้นมีความหลากหลาย ได้แก่ ความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุตร เช่น สาเหตุภาวะแทรกซ้อน พัฒนาการ ความเสี่ยงและการดูแลรักษาที่ทารกได้รับ และเสียงสัญญาณและสัญลักษณ์ต่างๆของอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Jarrett, 1996a;1996b)

นอกจากนี้ยังมีความต้องการทางด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านความมั่นใจในการดูแลและความปลอดภัยของบุตร ด้านการสนับสนุนช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ด้านการให้คำอธิบายลักษณะหรือสภาพที่ปรากฏของทารก ด้านการยอมรับและเอาใจใส่จากบุคลากรทางสุขภาพ ด้านแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดา ด้านความสะดวกสบายเกี่ยวกับการเยี่ยมบุตร ด้านการติดต่อสื่อสารกันระหว่างบิดามารดาและบุคลากรทางสุขภาพที่จะช่วยเหลือบิดามารดา ด้านการให้บิดามารดาได้ระบายความรู้สึกและความในใจ ด้านการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวด้วยถ้อยคำบอกเล่าที่เข้าใจง่ายและทำทางที่เอื้ออาทร ด้านการแนะนำแหล่งประโยชน์สำหรับบิดามารดา และการอุ้มหรือสัมผัสบุตรเพื่อลดความรู้สึกแยกจากและความวิตกกังวล (ฉันทนา ผ่องคำพันธ์, 2537; พวงเพชร ยั้ววัฒนพันธ์, 2540; สุภารัตน์ ไวยชิตาและคณะ, 2542; Miles, 1989; Ward, 2001)

ดังนั้น เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของบิดามารดา จึงมีการนำเอาแนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family - centered care) มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งแนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เป็นปรัชญาการดูแลที่มีการกำหนดเป็นนโยบายและแนวการปฏิบัติให้ตระหนักยอมรับว่าบิดามารดาเป็นหน่วยคงที่ และมีบทบาทที่สำคัญที่สุดในชีวิตของบุตร ในขณะที่ระบบบริการและการสนับสนุนช่วยเหลือทางสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เอื้ออำนวยให้เกิดบรรยากาศของการเป็นหุ้นส่วนที่มีความเสมอภาคเท่าเทียมกันระหว่างครอบครัวและบุคลากรทางสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลที่สมบูรณ์และเที่ยงตรง มีการยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศักยภาพและความเป็นบุคคลทั้งภายในและระหว่างครอบครัวทุกๆครอบครัว มีการตระหนักยอมรับในความแตกต่างของวิธีการเผชิญความเครียดในแต่ละครอบครัว มีการกระตุ้นสนับสนุนช่วยเหลือกันระหว่างครอบครัวกับครอบครัว มีการร่วมมือกันระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนพร้อมการจัดบริการให้เมื่อครอบครัวต้องการ มีการยอมรับและตระหนักถึงศักยภาพของบิดามารดาเป็นสำคัญ เพื่อการส่งเสริมให้บิดามารดาสามารถดำเนินชีวิตได้ตามแบบแผนปกติในแต่ละครอบครัว (Ahmann, 1994b; Bruce & Ritchie, 1997; Hostler, 1991; Shelton, Jeppson & Johnson, 1987; Shelton & Stepanek, 1995) บิดามารดาได้ทำหน้าที่ในบทบาทของบิดามารดาและเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลบุตรของตนเอง ทำให้บิดาและมารดาเกิดความผาสุกในชีวิตและรู้สึกพึงพอใจ (King, Tepilicky, King & Rosenbaum, 2004; Van Riper, 2001) ความวิตกกังวลลดลง (King, Rosenbaum & King, 1995 cited in King,

Kertoy, King, Rosenbaum, Hurley & Law, 2000; Rosenbaum, et al., cited in Law, et al., 2003; Walker, 2001)

อย่างไรก็ตามการให้บริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล จะส่งผลลดความเครียดหรือความวิตกกังวลของครอบครัวได้นั้น จำเป็นต้องเป็นให้บริการที่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัว ซึ่งเฟรนช์และคณะ (1974) อธิบายว่า การให้บริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลนั้นคือสิ่งแวดล้อมของครอบครัว ส่วนความต้องการบริการของครอบครัวคือบุคคล และเมื่อมีความสอดคล้องกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมก็จะช่วยลดความเครียดหรือความวิตกกังวลได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย เพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางสุขภาพที่ให้บริการช่วยเหลือบิดามารดาโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และลดความวิตกกังวลหรือความเครียดของบิดามารดา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family - centered Care) ของเชลตันและคณะ (Shelton, et al., 1987) และทฤษฎีความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person-Environment Fit) ของเฟรนช์และคณะ (French, et al., 1974) เป็นแนวทางในการวิจัย

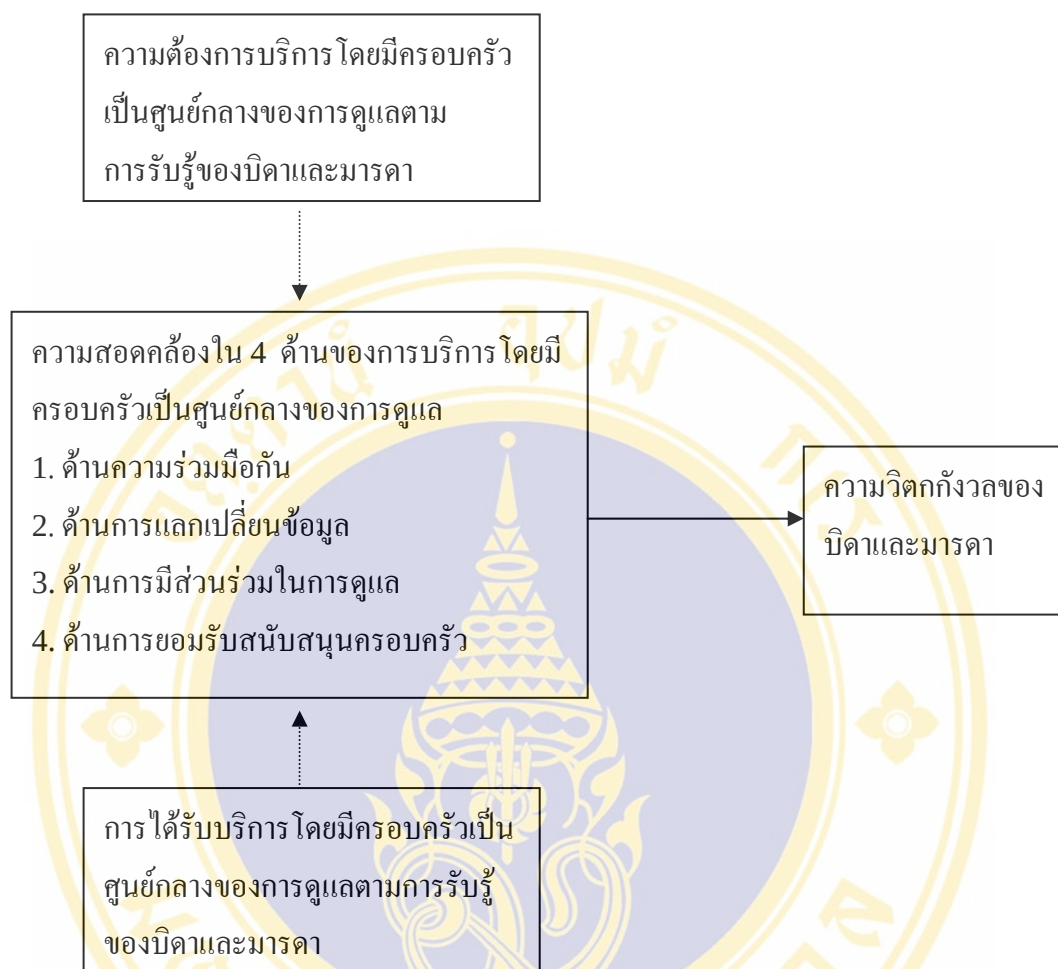
แนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family - centered Care) ของเชลตันและคณะ (Shelton, et al., 1987) เชื่อว่า การให้บิดามารดาได้ทำหน้าที่ในบทบาทและเข้ามามีส่วนร่วมการตัดสินใจดูแลบุตรของตนเอง บิดามารดาจะเกิดความพึงพอใจ เกิดความผาสุกในชีวิต ทำให้ความวิตกกังวลลดลง (King Tepilicky, King & Rosenbaum, 2004; Rosenbaum, et al., cited in Law, et al., 2003; Van Riper, 2001; Walker, 2001) ครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับองค์ประกอบที่สำคัญ 8 ประการ ได้แก่ 1) การยอมรับในฐานะผู้ปกครองหลัก 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลระหว่างบิดามารดากับบุคลากรทางสุขภาพ 3) การแลกเปลี่ยนข้อมูล 4) การยอมรับในสถานภาพส่วนบุคคล 5) การยอมรับการแสดงออกทางอารมณ์และการเผชิญความเครียด 6) การมีกลุ่มสนับสนุนและเครือข่ายครอบครัว 7) ระบบบริการทางสุขภาพมีความยืดหยุ่นและต่อเนื่อง และ 8) การยอมรับครอบครัวคือครอบครัวและเด็กคือเด็ก (Shelton, et al., 1987) ซึ่ง

องค์ประกอบใน 8 ประการนี้ ประเมินได้ 4 ด้าน คือ 1) ด้านความร่วมมือกัน 2) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล และ 4) ด้านการยอมรับสนับสนุนครอบครัว

ความวิตกกังวลของบิดามารดาจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยนั้น จะขึ้นอยู่กับความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง หรือสิ่งที่ตนเองคาดหวังไว้จากจากบุคคลอื่นและสิ่งแวดล้อม ซึ่งความสอดคล้องนี้ เฟรนซ์และคณะ (1974) อธิบายว่า บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมตลอดเวลา ถ้าไม่พอดีหรือไม่สมดุลกันระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมจะมีผลต่อความตึงเครียด

ความสอดคล้องระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม (Person - Environment Fit) มี 2 ลักษณะ คือ ความสอดคล้องตามการรับรู้ (Subjective Fit) และความสอดคล้องตามการสังเกต (Objective Fit) ซึ่งผู้วิจัยนำเอาความสอดคล้องตามการรับรู้มาเป็นแนวทางในการศึกษาครั้งนี้ โดยเฟรนซ์และคณะ (1974) อธิบายไว้ว่า ความผาสุก (well-being) ของบุคคลจะเกิดจากความพึงพอใจ และการมีความสุข หรือการเกิดความวิตกกังวลนั้นอาจเกิดมาจากความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันระหว่างความต้องการ (Needs) กับสิ่งที่ได้รับจากสิ่งแวดล้อม (Supplies) ของบุคคลนั้น (Caplan, 1983)

เมื่อทารกเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤตินั้น เป็นสิ่งที่บิดามารดาไม่ได้คาดคิดหรือเตรียมใจมาก่อน ต้องแยกจากบุตร ไม่สามารถทำหน้าที่บิดามารดาได้ สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทำให้บิดามารดาเกิดความวิตกกังวล มีความต้องการรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุตร ตลอดจนการดูแลรักษาที่บุตรได้รับ ดังนั้นการได้รับบริการช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับบิดามารดาที่จะได้รับการช่วยเหลือ และได้รับการตอบสนองความต้องการเพื่อลดความวิตกกังวล การบริการช่วยเหลือตามแนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เป็นวิธีการช่วยเหลือที่ตอบสนองความต้องการของบิดามารดาที่มีผลต่อความวิตกกังวล นั่นคือ ความไม่สอดคล้องระหว่างความต้องการ (Needs) กับ การได้รับการบริการจากบุคลากรทางสุขภาพที่สนองความต้องการตามแนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลตามการรับรู้ของบิดามารดา (Supplies) จะมีแนวโน้มเกิดความวิตกกังวลสูง ส่วนบิดามารดาที่ได้รับการบริการที่มีความสอดคล้องกันระหว่างความต้องการของตนเองกับการได้รับการบริการจากบุคลากรทาง สุขภาพตามการรับรู้ของบิดามารดานั้น จะมีแนวโน้มเกิดความวิตกกังวลที่ต่ำ ซึ่งแสดงให้เห็นความสัมพันธ์ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย
2. เพื่อศึกษาความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล กับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย

สมมติฐานการวิจัย

1. มีความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในบิดามารดาทารกแรกเกิด
2. ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลมีความสัมพันธ์ในทางลบกับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วย

ขอบเขตการทำวิจัย

ศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล กับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิด ที่มีภาวะการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง กันยายน 2549

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติ
2. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานด้านการวิจัยที่เกี่ยวกับแนวความคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลและความวิตกกังวลของบิดามารดา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มบิดาและหรือมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษและวิกฤติทารกแรกเกิดของโรงพยาบาลตั้งแต่เดือน มิถุนายน ถึง กันยายน 2549

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับบิดามารดาและผู้ป่วย บิดาและมารดาประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา จำนวนบุตรและการรับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยของบิดาและมารดา ลำดับที่ของการเป็นบุตร และข้อมูลผู้ป่วย

ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค อายุในครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด และการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการรักษา

2. แบบสอบถามความวิตกกังวล (The State-Trait Anxiety Inventory or STAI)

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 แบบ

2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety) เป็นเครื่องมือวัดอารมณ์หรือความรู้สึกที่เปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ซึ่งเครียดที่เผชิญอยู่ในขณะนั้น มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ โดยคะแนนน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety) เป็นเครื่องมือวัดอารมณ์หรือความรู้สึกประจำตัวของบุคคล ซึ่งค่อนข้างจะคงที่ในตัวบุคคล และแสดงถึงแนวโน้มที่จะมีความวิตกกังวลของบุคคล มีจำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ โดยคะแนนน้อย หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ และคะแนนมาก หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

3. แบบสอบถามความต้องการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เป็นแบบประเมินซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการประเมินการดูแล (Measure of processes of care = MPOC) ของคิงและคณะ (King, Rosenbaum & King, 1996; King, King & Rosenbaum, 2004) เป็นแบบสอบถามถึงความต้องการที่มีต่อสุขภาพเด็กตามการรับรู้ของบิดามารดาโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ จัดกลุ่มการวัดในแต่ละด้านได้แก่ ด้านความร่วมมือกันมีจำนวน 10 ข้อ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลมีจำนวน 12 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลมีจำนวน 7 ข้อ และด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัวมีจำนวน 7 ข้อ โดยคิดเป็นคะแนนร้อยละของความต้องการ คะแนนมาก แสดงว่า มีความต้องการมาก

4. แบบสอบถามการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล เป็นแบบประเมินซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการประเมินการดูแล (Measure of processes of care = MPOC) ของคิงและคณะ (King, Rosenbaum & King, 1996; King, King & Rosenbaum, 2004) เป็นแบบสอบถามถึงบริการที่สนองความต้องการตามการรับรู้ของบิดามารดาที่ได้จากพฤติกรรมของบุคลากรทางสุขภาพโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล มีข้อคำถามและเนื้อหาข้อความและการจัดกลุ่มการวัดในแต่ละด้านเหมือนกับแบบประเมินความต้องการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยคิดเป็นคะแนนร้อยละของบริการ คะแนนมาก แสดงว่า ได้รับบริการตอบสนองมาก

ความสอดคล้อง (F_s) หมายถึง คะแนนความแตกต่างระหว่างคะแนนของการรับรู้การได้รับบริการ (E) กับคะแนนของการรับรู้ความต้องการบริการ (P) โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ของการดูแล ถ้าคะแนนเท่ากับศูนย์ ($E = P$) แสดงว่า มีความสอดคล้องกัน ($F_s = 0$) และคะแนนที่ค่ามากกว่าหรือต่ำกว่าศูนย์ แสดงว่า ไม่มีความสอดคล้องกัน ($F_s > 0$ หรือ $F_s < 0$)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในคน การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเรียงตามลำดับดังนี้ ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและผู้ป่วย แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญแบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง แบบสอบถามความต้องการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล และแบบสอบถามการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและผู้ป่วย ความวิตกกังวล ความต้องการบริการ และการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย (ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน)
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของความต้องการบริการ และการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวล วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ สเปียร์แมน (Spearman's Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเสนอตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและการทดสอบสมมติฐาน แบ่งออกได้ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษทารกแรกเกิด(เด็ก4) และหน่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด(NICU) ของโรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 103 คน ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส คู่ เป็นมารดา (ร้อยละ 55.3) มีอายุเฉลี่ย 31.87 ปี ส่วนมากมีอายุอยู่ระหว่าง 20 ถึง 30 ปี และ 31 ถึง 41 ปี (ร้อยละ 36.9 และร้อยละ 47.6 ตามลำดับ) ประมาณหนึ่งในสามมีอาชีพรับจ้างหรือใช้แรงงาน (ร้อยละ 36.9) มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 ถึง 25,000 บาท (ร้อยละ 49.5) รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (ร้อยละ 62.1) เบิกค่ารักษาพยาบาลได้เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 61.2) การศึกษามีตั้งแต่ระดับประถมจนถึงระดับสูงกว่าระดับปริญญาตรี เกือบครึ่งจบระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 46.6) หนึ่งในสี่ของบิดามารดาทราบว่าบุตรของตนเจ็บป่วย

ในระดับรุนแรงมาก(ร้อยละ 21.4) เป็นบุตรคนเดียวและอยู่ลำดับที่ 1 (ร้อยละ 57.3, ร้อยละ 60.2 ตามลำดับ) อายุบุตรในครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 33 ถึง 37 สัปดาห์(ร้อยละ 41) รองลงมาอายุครรภ์มากกว่า 37 สัปดาห์(ร้อยละ 38.8) มีอายุครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 35.27 สัปดาห์

2. ความต้องการของบิดามารดาโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล พบว่าโดยรวมมีความต้องการมากในทุกด้าน ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลมีความต้องการมากที่สุด และด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลมีความต้องการน้อยที่สุด และเมื่อพิจารณาความต้องการตามรายชื่อใน 10 อันดับแรกเรียงตามคะแนนที่ต้องมากที่สุดพบว่า การให้แจ้งผลของการตรวจประเมินอาการเจ็บป่วยของเด็กแก่ท่านในด้านด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลเป็นข้อที่ต้องการมากที่สุด ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความต้องการของบิดามารดา จำแนกตามรายด้านและโดยรวม (N = 103)

ความต้องการ	ต่ำสุด - สูงสุด		ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง			
ด้านความร่วมมือ	0 - 1000	340-1000	660	828.50	130.86
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	0 - 1200	270-1200	930	924.24	172.81
ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	0 - 700	115-700	585	584.85	101.86
ด้านการยอมรับสนับสนุนครอบครัว	0 - 700	105-700	595	575.24	103.85
โดยรวม	0 - 3600	830-3600	2770	2912.83	458.08

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความถี่ความต้องการมากที่สุดตามรายชื่อใน 10 อันดับแรกเรียงคะแนนจากมากไปน้อย (N =103)

ความต้องการสูงสุด	M	SD	*ด้าน
1. ให้แจ้งผลของการตรวจประเมินอาการเจ็บป่วยของเด็กแก่ท่าน	87.38	14.14	EXC
2. ให้ตอบคำถามของท่านอย่างครบถ้วน	86.70	14.85	COL
3. ให้คำนึงถึงความต้องการทุกด้านของเด็ก ไม่ใช่เฉพาะแต่ด้านร่างกายเท่านั้น แต่รวมถึงด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคมด้วย	86.55	15.48	PAT

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการมากที่สุดตามรายชื่อใน 10 อันดับแรกเรียงคะแนนจากมากไปน้อย (N =103) (ต่อ)

ความต้องการสูงสุด(ต่อ)	M	SD	*ด้าน
4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุตรท่านตรงกัน	86.31	15.43	PAT
5. ให้เปิดโอกาสให้ท่านหรือครอบครัวขอพบและซักถาม ข้อมูลที่ท่านต้องการ	85.92	15.73	COL
6. ให้สร้างบรรยากาศที่แสดงถึงความใส่ใจ มิใช่เพียงแค่ให้ ข้อมูลเท่านั้น	85.73	15.66	ACE
7. ให้แจ้งรายละเอียดการรักษาบุตรของท่าน เช่น เหตุผลที่ เลือกใช้การรักษานั้น ประเภทการ	85.44	15.70	COL
8. ให้ความในการพูดคุยอย่างเพียงพอโดยไม่ทำให้ท่านรู้สึกถูก เร่งรัด	84.51	16.46	PAT
9. วางแผนร่วมกันเพื่อให้การบำบัดและดูแลเป็นไปในทิศทาง เดียวกัน	85.15	15.57	PAT
10. ให้ใส่ใจความรู้สึกของครอบครัวท่านที่มีบุตรซึ่งต้องการการ ดูแลเป็นพิเศษ เช่น ความกังวลที่ท่านมีต่อสุขภาพหรือการทำงาน ของร่างกายของบุตรหลาน	84.51	16.46	COL

*COL = ด้านความร่วมมือ, EXC = ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล, PAT = ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล,
ACE = ด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว

3. การได้รับบริการของบิдамารดาโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลที่สนองความต้องการของบิดาและมารดา พบว่า การได้รับบริการที่ตอบสนองความต้องการของบิдамารดาโดยรวมได้รับมากในทุกด้าน ด้านด้านความร่วมมือได้รับมากที่สุดและด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลได้รับน้อยที่สุด และเมื่อพิจารณาการได้รับบริการที่ตอบสนองความต้องการที่ได้รับน้อยที่สุดตามรายชื่อใน 10 อันดับแรกเรียงตามคะแนนที่น้อยสุดพบว่า การได้รับบริการในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลได้รับการตอบสนองน้อยในอันดับแรกๆ ได้แก่ แพทย์และพยาบาลสนับสนุนการรวมกลุ่มของครอบครัวเพื่อการพบปะสังสรรค์ พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ได้รับการตอบสนองน้อยที่สุด แพทย์และพยาบาลมีข้อมูลเตรียมพร้อมสำหรับท่านในรูปแบบต่างๆ เช่น หนังสือ, ชุดคู่มือ, วิดิทัศน์ แพทย์แจ้งท่านเกี่ยวกับการดำเนินโรคของบุตรท่านอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลหรือใน

ชุมชน และแพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่บุตรของท่านต้องปฏิบัติในการตรวจรักษาอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร ดังที่ได้แสดงไว้ในตารางที่ 3 และตารางที่ 4

ตารางที่ 3 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ยและ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการได้รับบริการของบิดาและมารดาจำแนกตามรายด้านและ โดยรวม (N = 103)

บริการที่สนองความต้องการ	ต่ำสุด - สูงสุด		ค่าพิสัย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนจริง			
ด้านความร่วมมือ	0 - 1000	150 - 1000	850	780.10	169.51
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	0 - 1200	90 - 1200	1110	764.08	268.04
ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	0 - 700	105 - 700	595	504.11	145.86
ด้านการยอมรับสนับสนุนครอบครัว	0 - 700	105 - 700	595	525.14	133.78
โดยรวม	0 - 3600	540 - 3600	3060	2573.43	663.96

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับบริการที่ตอบสนองความต้องการตามรายชื่อใน 10 อันดับแรกเรียงคะแนนจากน้อยไปมาก (N = 103)

การได้รับบริการที่ต่ำสุด	M	SD	*ด้าน
1. แพทย์และพยาบาลสนับสนุนการรวมกลุ่มของครอบครัวเพื่อการพบปะสังสรรค์ พูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน	54.85	30.68	EXC
2. แพทย์และพยาบาลมีข้อมูลเตรียมพร้อมสำหรับท่านในรูปแบบต่างๆ เช่น หนังสือ, ชุดคู่มือ, วิดีทัศน์	55.10	30.56	EXC
3. แพทย์แจ้งท่านเกี่ยวกับการดำเนินโรคของบุตรท่านอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	55.92	31.06	EXC
4. แพทย์และพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของบริการที่มีอยู่ในโรงพยาบาลหรือในชุมชน	57.72	30.08	EXC

*COL = ด้านความร่วมมือ, EXC = ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล, PAT = ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล,

ACE = ด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับบริการที่ตอบสนองความต้องการตามรายชื่อใน 10 อันดับแรกเรียงคะแนนจากน้อยไปมาก (N = 103) (ต่อ)

การได้รับบริการที่ต่ำสุด (ต่อ)	M	SD	*ด้าน
5. แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่บุตรของท่านต้องปฏิบัติในการตรวจรักษาอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร	57.82	30.75	EXC
6. แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำท่านถึงวิธีการหาข้อมูลที่ท่านต้องการหรือการติดต่อผู้ปกครองรายอื่น	57.91	29.68	EXC
7. มีบุคลากรในทีมสุขภาพอย่างน้อย 1 คนที่ให้บริการกับท่านและครอบครัวในระยะยาว	61.99	30.31	PAT
8. แพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องให้โอกาสสมาชิกทุกคนในครอบครัวของท่านได้รับข้อมูล	65.19	27.99	EXC
9. แพทย์และพยาบาลรวมทั้งเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องพร้อมที่จะให้ข้อมูลทั่วไปเมื่อท่านต้องการ เช่น ค่ารักษาหรือความช่วยเหลือด้านการเงิน สิทธิค่ารักษาพยาบาล	66.46	28.10	EXC
10. แพทย์หรือพยาบาลปฏิบัติต่อท่านในฐานะบุคคลหนึ่ง มิใช่ในฐานะผู้ปกครองของบุตรที่มีความพิการหรือความเจ็บป่วย	66.55	27.21	ACE

*COL = ด้านความร่วมมือ, EXC = ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล, PAT = ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล, ACE = ด้านการยอมรับและสนับสนุนครอบครัว

4. ความวิตกกังวลขณะเผชิญของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดอยู่ในระดับปานกลาง (M=48.31, SD = 5.87)

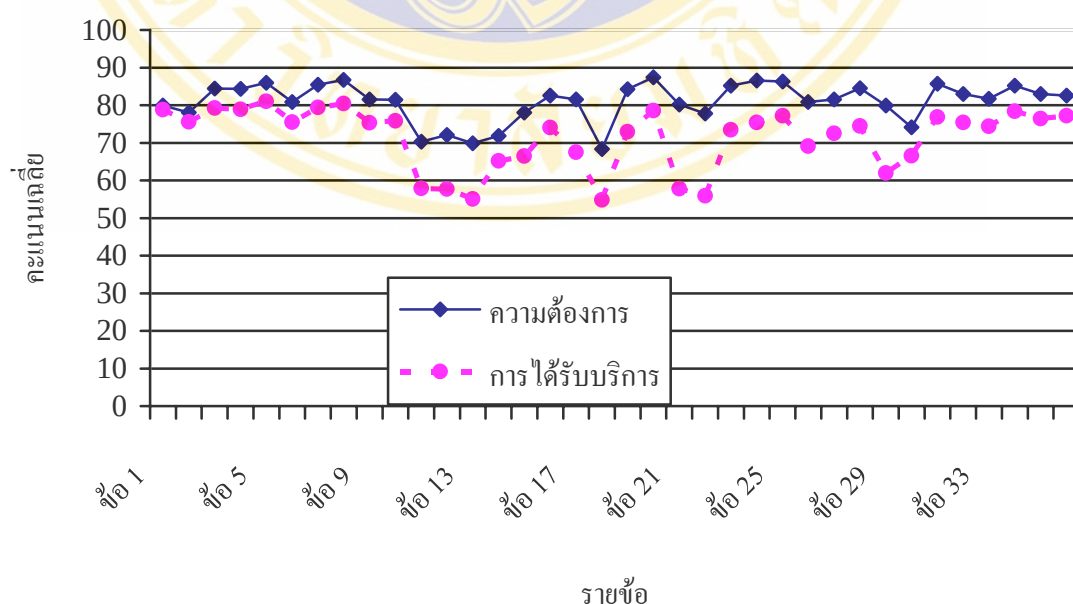
5. ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลโดยรวมและรายด้าน

เนื่องจากคะแนนความสอดคล้องมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงนำเสนอข้อมูลการวิเคราะห์ด้วยค่ามัธยฐาน ในแต่ละด้านไม่มีความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับการได้รับบริการ ซึ่งคะแนนในทุกด้านเป็นลบ แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความต้องการมากกว่าคะแนนการได้รับการบริการ โดยด้านที่มีคะแนนความต้องการต่างจากคะแนนการบริการที่ได้รับมากที่สุด คือ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล (M= 924.24, 764.08, SD = 172.81, 268.04; Median = -55, SD = 264.35 ตามลำดับ) ส่วนด้านที่มีคะแนนความต้องการต่างจากคะแนนการบริการที่ได้รับต่ำสุด คือ ด้านความร่วมมือ (M= 828.50, 780.10, SD = 130.86, 169.51; Median

=-10, SD = 129.97) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยตามรายชื่อของความต้องการและการได้รับบริการที่ตอบสนองความต้องการ จะเห็นว่า มีความแตกต่างกันและไม่มีคะแนนข้อใดที่มีค่าเท่ากัน แสดงว่า ไม่มีความสอดคล้องในแต่ละข้อคำถาม ดังที่แสดงไว้ในตารางที่ 6 และแผนภูมิที่ 1

ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสอดคล้องจำแนกตามรายด้าน และ โดยรวม (N = 103)

ความสอดคล้อง	ช่วงคะแนน	ค่ามัธยฐาน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ความเบ้
ด้านความร่วมมือกัน	-525 - 300	-10.0	129.97	-1.16
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	-1020 - 235	-55.0	264.35	-1.41
ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	-540 - 200	-30	144.32	-1.58
ด้านการยอมรับสนับสนุนครอบครัว	-520 - 340	-20	123.75	-1.51
โดยรวม	-2380 - 430	-110.	600.56	-1.69



แผนภูมิที่ 2 แสดงคะแนนเฉลี่ยรายชื่อเปรียบเทียบระหว่างคะแนนความต้องการกับคะแนนการได้รับบริการ

5. ความสัมพันธ์ของความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วย

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร พบว่า คะแนนความวิตกกังวลได้ค่า Komogorov-Smirnov ที่ $p > .05$ แสดงว่า มีการแจกแจงแบบปกติ แต่คะแนนความสอดคล้อง ได้ค่า Komogorov-Smirnov ที่ $p < .05$ แสดงว่า ไม่มีการแจกแจงแบบปกติ จึงวิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's Correlation Coefficient) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลทั้งคะแนนโดยรวมและรายด้านกับความวิตกกังวล ($P > 0.05$) ดังที่แสดงไว้ตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ความสอดคล้องแต่ละด้านและโดยรวมกับความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ	1					
2. สอดคล้องด้านความร่วมมือ	-.086	1				
3. สอดคล้องด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	-.061	.512*	1			
4. สอดคล้องด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล	-.007	.512*	.702*	1		
5. สอดคล้องด้านการยอมรับสนับสนุนครอบครัว	-.032	.467*	.566*	.698*	1	
6. ความสอดคล้องโดยรวม(Total)	-.104	.634*	.882*	.823*	.659*	1

* $p < 0.05$

อภิปรายผล

1. ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า บิดามารดาทารกแรกเกิดมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเนื่องมาจากการให้บริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลที่ทางแผนงานการกุมารเวชศาสตร์ได้จัดทำเป็นนโยบายให้บุคลากรทางสุขภาพทุกคนได้ปฏิบัตินั้น เสมือนการจัดโปรแกรมการให้ความช่วยเหลือและให้ความรู้ข้อมูลในด้านต่างๆที่จะตอบสนองความต้องการของบิดามารดาทารกแรกเกิดเมื่อบุตรต้องเข้ารับการรักษาในหน่วยตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ามาในหน่วย ทำให้บิดามารดาได้รับข้อมูลด้านต่างๆทั้งปัญหาทางด้านการบริการและด้านโรคของบุตร จึงมีการตัดสินใจแก้ปัญหาโดยใช้วิธีแบบจัดการกับปัญหามากกว่าแบบจัดการกับอารมณ์ ทำ

ให้มีคะแนนความวิตกกังวลไม่สูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของปาริชาติ และวันเพ็ญ พบว่า บิดามารดาที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่าบิดามารดาที่ได้รับการพยาบาลปกติ (ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542; วันเพ็ญ ปริกกลาง, 2546) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของปาริชาติในบิดามารดาที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดและการจัดการกับอารมณ์สูงกว่าบิดามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542) รวมทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาของและไชด์แมนและคณะ พบว่า ความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาใน NICU และ PICU ทั้ง 2 กลุ่มจะมีการตัดสินใจแก้ปัญหาโดยการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับปัญหามากกว่าการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ (Seideman, et al., 1997) และกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้อยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 31 ถึง 41 ปี การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีจึงมีประสบการณ์ สามารถคิดไตร่ตรองและมีการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ได้ดีซึ่งลาซารัสและ โฟลคแมนอธิบายไว้ว่า เมื่ออายุมากขึ้น ได้ผ่านภาวะวิกฤติต่างๆ ในชีวิต จะมีประสบการณ์และพัฒนาการทำให้มีวุฒิภาวะสูงขึ้น จึงมีความสามารถในการคิดไตร่ตรองมีวินัยในการตัดสินใจได้ดี สามารถปรับตัวได้ดี ความวิตกกังวลลดลง (Lazarus & Folkman, 1984)

2. ผลการศึกษา พบว่า ความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลในแต่ละรายด้าน(ด้านความร่วมมือ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล และด้านการยอมรับสนับสนุนครอบครัว) และโดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดาและมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.086, -.061, -.007, -.032$ และ $-.104$ ตามลำดับ, $p > 0.05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องจากการรับรู้ความต้องการของบิดาและมารดาอยู่ในระดับสูงกว่าการบริการที่ได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งความต้องการนั้นเป็นความต้องการบริการที่บิดาและมารดาคาดหวังไว้ เมื่อมาใช้บริการก็จะเปรียบเทียบบริการที่ตนได้รับจริงกับบริการที่คาดหวังไว้ ถ้าพบว่าบริการที่ได้รับจริงน้อยกว่าที่คาดหวังไว้ บิดามารดาไม่พึงพอใจ แต่ถ้าบริการที่ได้รับจริงเท่ากับหรือมากกว่าที่คาดหวังไว้ บิดาและมารดาจะเกิดความพึงพอใจ และประทับใจ ถือได้ว่าบริการนั้นสามารถตอบสนองความต้องการความคาดหวังของบิดาและมารดาได้ โดยการบริการที่คาดหวังไว้นั้น พาราซูรามัน, เซนฮัมและเบอรี่ (Parasuraman, Zeithaml, & Berry, 1994) ได้แบ่งเป็น 2 ระดับ คือ ระดับแรกเป็นระดับการบริการที่ปรารถนาเชื่อว่าบริการนั้นทำได้ ส่วนระดับที่สองเป็นระดับการบริการที่พอดี ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำสุดที่ผู้มารับบริการจะยอมรับได้ที่สอดคล้องและตอบสนองความต้องการของผู้มารับบริการได้ หากต่ำกว่านี้แสดงว่า ไม่สอดคล้อง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ การรับรู้ความต้องการและบริการที่ตอบสนองความต้องการของบิดาและ

มารดานั้นไม่สอดคล้องกัน อาจจะเนื่องมาจากความต้องการและการตอบสนองความต้องการของกลุ่มตัวอย่างในการทำวิจัยครั้งนี้ไม่ได้มีการแบ่งระดับความต้องการหรือคาดหวังไว้กับบริการที่ได้รับจริงของบิดาและมารดาที่พอดีและยอมรับได้ จึงทำให้ผลการวิจัยอาจมีความคลาดเคลื่อนได้

นอกจากนี้ระดับความวิตกกังวลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญเท่ากับ 46.06 และ 48.31 ตามลำดับ เมื่อใช้ควอไทล์ (Quartile) แบ่งระดับความวิตกกังวล พบว่า คะแนนความวิตกกังวล 36-50 จัดเป็นความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (กิตติยา สุนทรประดิษฐ์, 2539) อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีอายุอยู่ในระหว่าง 31 ถึง 41 ปี ระดับการศึกษาจบปริญญาตรีจึงมีประสบการณ์สามารถคิด ไตร่ตรองและการตัดสินใจได้ดีในเรื่องต่างๆได้ดี และพบว่า กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ มีความวิตกกังวลแฝงอยู่ในระดับที่ไม่สูงจึงทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่เกิดโดยไม่คาดหวังได้ดี ซึ่งสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, et.al., 1970) กล่าวว่า ความวิตกกังวลแฝงเป็นลักษณะเฉพาะประจำตัวของบุคคลที่คงที่ หากมีความกังวลแฝงสูงก็จะแสดงออกถึงความวิตกกังวลขณะเผชิญสูง ดังนั้นเมื่อก่อนหน้านี้มีความวิตกกังวลแฝงไม่สูงย่อมทำให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญไม่สูงตามไปด้วย แม้ว่าบริการที่ได้รับจริงจะไม่สอดคล้องพอดีหรือตอบสนองต่อความต้องการที่บิดาและมารดาคาดหวังไว้ในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้พบว่า ส่วนใหญ่เป็นบิดาและมารดาทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนดที่มีภาวะเจ็บป่วย มีอายุครรภ์ 33 - 37 สัปดาห์ (ร้อยละ 39.8) รองลงมาอายุครรภ์ 28 - 32 สัปดาห์ (ร้อยละ 11.7) และอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ (ร้อยละ 9.7) ตามลำดับ ทำให้บิดาและมารดาที่ทารกคลอดก่อนกำหนดจะได้รับการเตรียมตัวบอกข้อมูลลักษณะสภาพที่ปรากฏของทารกก่อนจะคลอดจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้บิดาและมารดาที่มีความวิตกกังวลไม่สูง ซึ่งสอดคล้องจากการศึกษาของปาริชาติ (ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิด และวันเพ็ญ (วันเพ็ญ ปริกกลาง, 2546) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนบิดามารดาต่อระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด พบว่า คะแนนความวิตกกังวลต่ำ ดังนั้นบิดาและมารดาจึงมีการเตรียมตัวคาดหวังไว้แล้ว เมื่อพบกับสถานการณ์จริงจึงยอมรับได้ทำให้ความวิตกกังวลไม่สูง

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลรามธิบดี ทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำไปอ้างอิงถึงบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอื่นได้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาจจะมีข้อจำกัดเนื่องมาจากเป็นเครื่องมือการวัด โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (self-report measure) อาจมีความคลาดเคลื่อนได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ไม่มีความสอดคล้องระหว่างการรับรู้ความต้องการและการได้รับการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลของบิดามารดาทารกแรกเกิด ทางด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ดังควรเน้นให้มีบุคลากรทางสุขภาพมีทักษะในเรื่องการติดต่อสื่อสาร และประเมินความต้องการทางด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลของบิดามารดาได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในบิดามารดาทารกแรกเกิดที่บุตรเข้ารับการรักษามากกว่า 96 ชั่วโมง และศึกษาเฉพาะบิดาหรือเฉพาะมารดาและนำมาเปรียบเทียบกันเท่านั้น
2. ควรศึกษาความสอดคล้องระหว่างความต้องการกับการได้รับการตอบสนองความต้องการของบิดามารดาในช่วงเวลามากกว่า 96 ชั่วโมงและให้มีการพบแพทย์ผู้ดูแลมากกว่า 2 ครั้ง

A RELATIONSHIP BETWEEN THE FIT OF DEMAND AND RECEIPT OF
FAMILY-CENTERED CARE AND ANXIETY OF PARENTS IN AILING
NEWBORNS

AMPORN TUNGKAOROUNGROENG 4536540 RAPN / M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: JARIYA WITTAYASOOPORN., D.N.S.,
RENU POOKBOONMEE.,D.N.S.

EXTENDED SUMMARY

INTRODUCTION

Background and Rationale

The admission of a newborn baby to newborn unit is an unexpected situation for the parents who have never prepared themselves to cope with child's illness and unfamiliar environment. These stimulate them to feel anxious, stress, fear, and uncertain (Baxter, 1972 cited in Graves & Ware, 1990). Additionally, parents have to be separated from their child. They would have high level of anxiety, especially during the first two and three days (Gennaro, 1986; Miles, et al., 1989) or seven days after their child was transferred to NICU (Miles, et. al., 1992). Previous studies indicated that parents had high anxiety when their child had been admitted in newborn unit (Parichart Sinprasert, B.E. 2542; Wanpen Preeklang, B. E. 2546). Parents have to face with unfamiliar environments in newborn unit such as warning sign of medical equipments, an image of their child, losing information of their child, expression of health team, and unresponsive demands of parents (Chantana Phongkampan, B.E. 2537; Pungpet Yapvatanapan, B.E. 2540). Moreover, they can not take parental roles that health care team have to act for them, for example, holding child, breast feeding, helping and protecting from pain (LaMontagne & Pawlak, 1990; Miles, 1989), and service inconsistent with parental demand (Chantana Phongkampan, B.E. 2537; Pungpetch Yapvatanapan, B.E. 2540). There are several parental demands of parents

who have their child admitting in newborn unit including receiving information of their child's situation such as cause of illness, complication, development, risk and treatment for their child as well as signs and symbols of medical equipment (Jarrett, 1996a; 1996b).

Furthermore, parental demands include information, confidence in care and safety of the child, mental support, explanation of the child's appearance, acceptance and concern from staffs, parental roles, convenience for visit the child, communication with staffs who take care of the child, opportunity to express feeling, kind suggestion for care and resource, holding and touching the child to decrease separate anxiety (Chantana Phongkampan, B.E. 2537; Pungpet Yapvatianapan, B.E. 2540; Ward, 2001).

Therefore, family-centered care concept is applied for nursing practice in order to respond to parental demands. The family-centered care is a philosophy of care suggesting policy and guideline development that recognizes a unique of parents and parental role as the most significant part for their child. The service system and support that changes over time facilitates parental and professional collaboration, sharing information, accepting individual potential and cultural difference within and across families, recognizing different approaches to coping in each family, encouraging and facilitating parent to parent support, collaborating between professional and community, providing service as needed, realizing parental potential, and promoting regular life pattern (Ahmann, 1994b; Bruce & Ritchie, 1997; Hostler, 1991; Shelton, Jeppson & Johnson, 1987; Shelton & Stepanek, 1995). Promoting parental role and participating in caring of their child increase well being and parents satisfaction as well as decrease anxiety (King, Rosenbaum & King, 1995 cited in King, Kertoy, King, Rosenbaum, Hurley & Law, 2000; Rosenbaum, et al., cited in Law, et al., 2003; Walker, 2001).

However, to reach a goal in decreasing families stress and anxiety, there is a need to provide services, through family-centered care, that meet family need. French, et.al. (1974) explained that family-centered care is family's environment, whereas family's need is person. Family's stress and anxiety would decrease if there is person-environment fit.

Therefore, the researcher is interested in investigating the relationships between person-environment fit and anxiety of parents who have their child with

special health care needs. It is anticipated that the findings from this study are helpful for providing information through family-centered care to decrease family's stress and anxiety.

Conceptual Framework

The concept of Family-Centered Care of Shelton, et al. (1987) and French's Person-Environment fit theory were used as conceptual framework in this study. Family-Centered Care concept believes that parents can play a role and participate in decision making of child caring, leading to satisfaction of parents, happiness in life and decrease in anxiety (King Tepilicky, King & Rosenbaum, 2004; Rosenbaum, et al., cited in Law, et al., 2003; Van Riper, 2001; Walker, 2001). Family could be assisted to meet eight major components including: 1) recognizing family as a major part for a child's life; 2) facilitating parent-professional collaboration; 3) sharing information; 4) recognizing family strengths and individuality; 5) recognizing and respecting different methods of coping and express of emotion; 6) facilitating parent-to-parent support and networking; 7) health care delivery system is flexible and accessible to family needs; and 8) appreciating families as families and children as children. All of these factors can be assessed in four dimensions: 1) collaboration; 2) information exchange 3) participation; and 4) respectful and supportive care.

Degree of parents' anxiety depends on fit of demand and responsiveness or expectation from others and environment. French, et.al (1974) describes that person interacts with environment overtime. Imbalance between person and environment leads to stress.

The fit between person and environment used in this study consists of two types: subjective fit and objective fit. According to French, et.al, the concept of fit is described as well-being of a person that comes from satisfaction. Happiness or anxiety may come from different relationship between needs and supplies of the person (Caplan, 1983).

Admission of newborn in newborn unit is unexpected by parents, therefore, leading to a feeling of separation from their child, inability for parental responsiveness. Unfamiliar environment leads to anxiety and need for information on health and illness as well as treatment for the child. Receiving service provided by health care team is therefore important for decreasing anxiety. Thus, family-centered

care can help decreasing parents' anxiety. Unfit between needs and family-centered service belonging to supplies tends to increase more anxiety when compared to the fit relationship as shown in Figure 1.

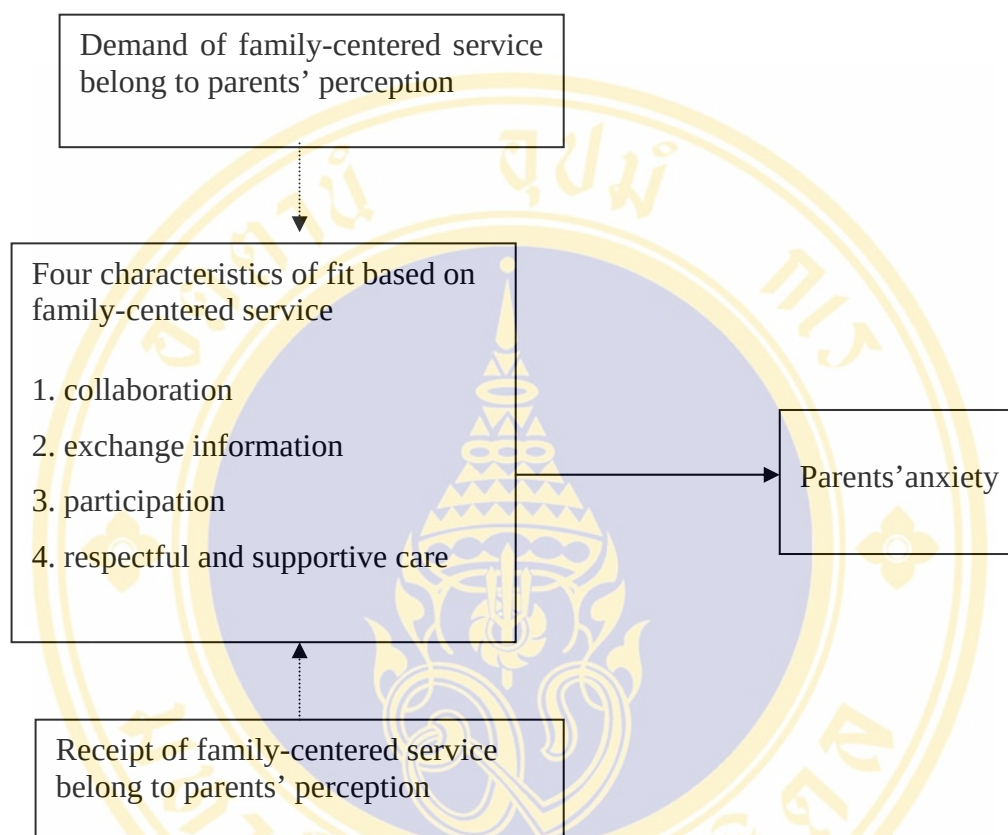


Figure 1. Conceptual framework of the study

In this study, the researcher aimed to examine the relationship between the fit of demand and receipt of family-centered care and anxiety of parents in ailing newborns.

Objective of the study

1. To describe anxiety of parents in ailing newborns
2. To describe the fit of demand and receipt of family-centered care of parents in ailing newborns
3. To examine the relationship between the fit of demand and receipt of family-centered care and anxiety of parents in ailing newborns

Research hypothesis

1. There is a fit between perception of demand and receipt of family-centered care of parents in ailing newborns.
2. The fit of demand and receipt of family-centered care has negative relationship with anxiety of parents in ailing newborns.

MTHODOLOGY

Sample and setting

The purposive sampling was used. The sample consisted of 103 parents whose newborns were admitted in special care unit (PED4) and neonatal intensive care unit (NICU), Ramathibodi Hospital during June to September, 2006.

Intrumentation

1. Demographic characteristic questionnaire

This questionnaire was designed to elicit information regarding parents and child demographic characteristics. For parents, questions included gender, age, marital status, occupation, income, educational level, number of children, child's order in the family, and parents' perception of their child's illness. Child information included gender, age, diagnosis, gestational age, birth weight, and use of medical equipment.

2. The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form Y)

The STAI included two parts.

- 2.1 The State Anxiety Inventory included 20 items that asked feeling regarding various situational factors influencing anxiety currently. Higher score indicated higher level of anxiety.

- 2.2 The Trait Anxiety Inventory included 20 items that measured feeling that is relatively stable in each individual, reflecting proneness to anxiety. Higher score indicated higher level of anxiety.

3. The demand of Family-centered care questionnaire

This questionnaire was modified and translated from the measure of processes of care (MPOC) developed by King, et.al (King, Rosenbaum & King, 1996; King, King & Rosenbaum, 2004). It assessed parents' perceptions of family-centered care demands for health of the child. The instrument included 36 items with four dimensions: parent-professional collaboration (10 items); exchange information (12

items); participation (7 items); respectful and supportive care (7 items). The score was interpreted in percentage of demand (P). Higher percentage indicated higher demands.

4. The receipt of family-centered care questionnaire

This questionnaire was modified and translated from the measure of processes of care (MPOC) developed by King, et.al (King, Rosenbaum & King, 1996; King, King & Rosenbaum, 2004). It assessed parents' perceptions of family-centered care received from staffs. The format of the questions is similar to the demands of family-centered care questionnaire. The score was interpreted in the percentage of care received (E). Higher percentage indicated higher care received.

Fit (F_s) was interpreted using the difference between E and P scores ($E - P$). The zero difference ($E = P$) indicated Fit ($F_s = 0$), whereas the difference with more or less than zero indicated unfit ($F_s > 0$ or $F_s < 0$).

Data collection

After approval of the study by the Ethical Committee on Human Rights Related to Research Involving Human Subjects, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, the set of questionnaire including demographic characteristics questionnaire, the Spielberger Stat-Trait Anxiety Inventory (STAI), the demands of family-centered care service questionnaire and the receipt of family-centered care questionnaire were collected.

Data Analysis

1. Data for demographic characteristic of the parents and newborn, anxiety, and demand and receipt of family-centered care were analyzed by descriptive statistics (percentage, range, mean, standard deviation).

2. The relationships between demand and receipt of family-centered care and anxiety of parents in ailing newborns were analyzed by Spearman's correlation coefficient.

RESULT

The results of this study were described following the demographic characteristics of the sample and hypothesis testing.

1. Demographic characteristics of the sample

One-hundred and three parents in ailing newborns were participated in this study. The majority of the sample were maternal parents and were married (55.3%). Their age ranged from 20 to 41 years with a mean of 31.87 years. Approximately one-third (36.9%) were employees. Half of the sample (49.5%) had income ranging from 5,001 to 25,000 Baht/month. More than half, 62.1% and 61.2% had adequate income and reimbursement for the health care cost from the government, respectively. Parents' education were primary to bachelor degree (46.6%) and higher (4.9%). One quarter perceived severity of their child's health.

2. For demand of family-centered care, the majority had high demand in all characteristics. The highest demand was exchanging information whereas the lowest demand was co-ordination. When considering each item, the results showed that first priority was "tell you about the result from assessments". Priority specific information about the child is shown in Table 1 and 2.

Table 1. Descriptive statistics of score for demand of parents classified by each and total item (N=103)

Demand	Min-Max		Range	Mean	SD
	Possible Score	Actual Score			
1. collaboration	0 - 1000	340-1000	660	828.50	130.86
2. exchange information	0 - 1200	270-1200	930	924.24	172.81
3. participation	0 - 700	115-700	585	584.85	101.86
4. respectful and supportive care	0 - 700	105-700	595	575.24	103.85
Total	0 - 3600	830-3600	2770	2912.83	458.08

Table 2 Mean and SD of Maximum demands classified by low to high score of each item (N = 103)

Maximum demands	Mean	SD	dimension
1. tell you about the results from assessments?	87.38	14.14	EXC
2. answer your questions completely?	86.70	14.85	COL
3. look at the needs of your 'whole' child (e.g. at mental emotional, and social needs) instead of just at the physical needs?	86.55	15.48	PAT
4. give you information about your child that is consistent from person to person?	86.31	15.43	PAT
5. let you choose when to receive information and the type of information you want?	85.92	15.73	COL
6. provide a caring atmosphere rather than just give you information?	85.73	15.66	ACE
7. tell about details about your child 'services, such as the reasons for them, the type of therapies and length of time?	85.44	15.70	COL
8. provide enough time to talk so you don't feel rushed?	84.51	16.46	PAT
9. plan together so they are all working in the same direction?	85.15	15.57	PAT
10.. anticipate your concerns by offering information even before you ask?	84.51	16.46	COL

*COL = collaboration, EXC = exchange information, PAT = participation,
ACE = respectful and supportive care

Table 3. Descriptive statistics of score of service from staffs classified by each and total item (N=103)

service	Min-Max		Range	Mean	SD
	Possible	Actual			
	Score	Score			
1. collaboration	0 - 1000	150 - 1000	850	780.10	169.51
2. exchange information	0 - 1200	90 - 1200	1110	764.08	268.04
3. participation	0 - 700	105 - 700	595	504.11	145.86
4. respectful and supportive care	0 - 700	105 - 700	595	525.14	133.78
Total	0 - 3600	540 - 3600	3060	2573.43	663.96

Table 4 mean and SD of minimum receipt classified by low to high score of each item (N = 103)

minimum receipt	Mean	SD	dimension
1. promote family-to-family gatherings for social, information or shared experiences?	54.85	30.68	EXC
2.. doctors, nurses purpose various appropriate data sources to you (such as treatment and care manuals, videos etc?	55.10	30.56	EXC
3. provide you with written information about your child's progress?	55.92	31.06	EXC
4. give you information about the types of services offered at the organization or in your community?	57.72	30.08	EXC
5. provide you with written information about what your child is doing in therapy?	57.82	30.75	EXC
6. promote family-to-family gatherings for social, information or shared experiences?	57.91	29.68	EXC

Table 4 mean & SD of minimum receipt classified by low to high score of each item
(N = 103) (cont.)

Minimum receipt	Mean	SD	dimension
7. make sure that at least one team member is someone who works with you and your family over a long period of time?	61.99	30.31	PAT
8.. provide opportunities for the entire family to obtain information?	65.19	27.99	EXC
9.. have general information available about different concerns (e.g. financial cost or assistance, genetic counseling,) ?	66.46	28.10	EXC
10. treat you as an individual rather than as a ‘typical’ parent of a child with a disability?	66.55	27.21	ACE

*COL = collaboration, EXC = exchange information, PAT = participation,
ACE = respectful and supportive care

3. For receipt of family-centered care of parents, the majority had high receipt in all characteristic, the highest receipt was participation and the lowest receipt was collaboration. When ranking the item with score, the results revealed that the lowest response was “doctors and nurses advice you to join family networks to get together, exchange information and share experiences”. The following item included “doctors and nurses prepare various appropriate data sources to you such as treatment and care manuals, videos etc”, “doctors provide information regarding services given in the hospital where your children are under treatment or those offered in the hospital in your community”, and “doctors write you and your family members information about your children’s current treatment” (as shown in Table 3 and Table 4).

4. Anxiety of parents in ailing newborns was in medium level (M=48.31, SD=5.87)

5. Fit of demand and receipt of family-centered care service

Because Fit score was not normally distributed, median was reported for average score. There was Unfit between demand and receipt of family-centered care. Results revealing negative scores in each subscale indicated that the sample had more demand than receipt of family-centered care. Subscale with the most different between scores for demand and receipt of family-centered care was information exchange (Mean = 924.24, 764.08, SD = 172.81, 268.04; Median = -55, SD = 264.35) whereas the least different one was participation (Mean = 828.50, 780.10, SD = 130.86, 169.51; Median = -10, SD = 129.97). When considering average score of demand and receipt family-centered care by item, there was different between scores for demand and receipt family-centered care, indicating Unfit in each item (see Table 6 and Figure 3).

Table 6 Descriptive statistics of score of Fit classified by each and total item (N=103)

Fit	Range	Median	SD	Skewness
1. collaboration	-525 - 300	-10.0	129.97	-1.15
2. exchange information	-1020 - 235	-55.0	264.35	-1.41
3. participation	-540 - 200	-30	144.32	-1.58
4. respectful and supportive care	-520 - 340	-20	123.75	-1.51
Total	-2380 - 430	-110.	600.56	-1.69

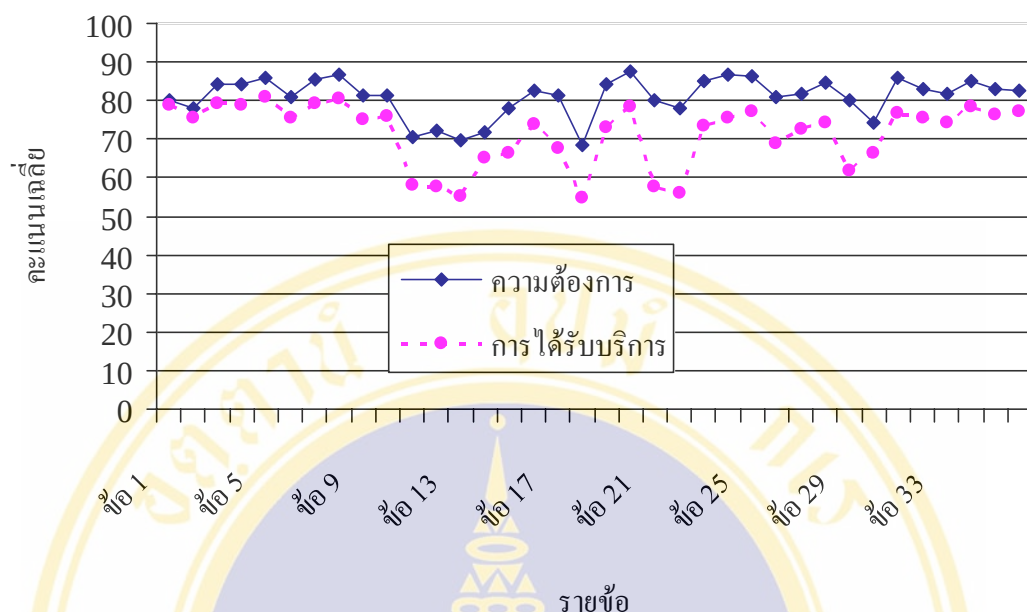


Figure 2 Comparison of average score for demand and receipt of family-centered care

6. The relationship between the fit of demand and receipt of family-centered care and anxiety of parents in ailing newborns.

Testing hypothesis by using Komogorov-Smirnov test, results reported normal distribution ($p > .05$) of anxiety scores, whereas not normal distribution ($p < .05$) was reported for demand–receipt fit score (Appendix). Using Spearman’s correlation coefficient, the results indicated that there was no significant relationship between the total score of demand–receipt fit and the parent’s anxiety (Table 7).

Table 7 Relationship between Fit and State anxiety

Variable	1	2	3	4	5	6
1. State anxiety	1					
2. Fit of collaboration	-.086	1				
3. Fit of information exchange	-.061	.512*	1			
4. Fit of participation	-.007	.512*	.702*	1		
5. Fit of respectful and supportive care	-.032	.467*	.566*	.698*	1	
6. Total Fit	-.104	.634*	.882*	.823*	.659*	1

* $p < 0.05$

Normality testing using Komogorov-Smirnov test demonstrated normal distribution of anxiety score. However, Fit score was not normally distributed. Using analysis of Spearman's Correlation Coefficient, results showed that there was relationship between subscale and total fit score, and parents' anxiety with no statistical significance ($p > .05$).

Discussion

1. This study indicated that parent's anxiety was at moderate level. This can be explained that a goal of the Family-centered care program addressed assistance and information provided in order to meet parental demands. Parents received information on care and child's disease that helped them use problem focused coping method rather than emotional focused coping method. These resulted in decreasing parent's anxiety. The result is consistent with results from previous studies (Parichart , B.E. 2542; Wonpen, B.E. 2546; Seidemon, et.al, 1997). The previous studies found that parents receiving educational and supportive program had less stress and used better coping methods than those who were not participated in the program. Additionally, parents participated in the present study were adulthood with relatively high education at Bachelor degree, they therefore could make appropriate decision with more experience through coping strategies (Lazarus & Folkman, 1984).

2. Results revealed that relationships between total fit and subscale fit (collaboration, information exchange, participation, respectful and supportive care) between demand and receipt of family-centered care and anxiety were not statistically significant ($r = -.086, -.061, -.007, -.032, \text{ and } -.104$, respectively, $p > .05$). The reason why the results did not support hypothesis probably due to perceptions of parental demand was higher than those received from health care team. The parents may have demand with high expectation and compare with care that they received. These can lead to unsatisfaction. In contrast, receipt of care that is equal or more than expectation will lead to satisfaction. According to Parasuraman, Zeithaml, & Berry (1994), expectation of care is classified into 2 levels. First is expectation believed to be possible. Second is an adequate level of care service, the lowest level accepted by client and fit with their demand. Therefore, lower expectation than these levels indicates unfit. The unfit between demand and receipt of family-centered care found in

this study may be due to error from not having criteria for classification of demand or expectation with receipt of care.

Results also showed that average state and trait anxiety was 46.06 and 48.31, respectively. Using quartile to classify level of anxiety, anxiety level between 36 and 50 was classified as moderate anxiety (Kitiya, B.E. 2539). Age of the sample participated in this study were between 31 and 41 years with bachelor degree of education. They, therefore, have experience that can make appropriate decision on any issues (Spielberger, et.al., 1970). In addition, trait anxiety was not high, increasing ability for coping. Spielberger (1970) stated that trait anxiety is a specific characteristic that is static in each person. High level of trait anxiety indicated high level of state anxiety. In this study, trait anxiety was not high among the sample, therefore state anxiety was not high as well. Although there was unfit between demand and receipt of family-centered care, the sample was prepared in that health staff provided information regarding the newborns for them. Therefore, their anxiety was not high. The result is consistent with a previous study (Preeklang, B.E. 2546; Silprasert, B.E.2542), indicating the effectiveness of educational and supportive program on decreasing parents' anxiety.

Limitation

Like other studies, the results this study show be interpreted with the understanding that there were show study limitation as follows:

1. The findings cannot be generalized to parents whos children's illness conditions differ from this study
2. The assessment of the need-receipt fit and anxiety may be another potential limitation since it was evaluated by self-report, the accuracy of providing information may be speculative

Recommendation for practice application

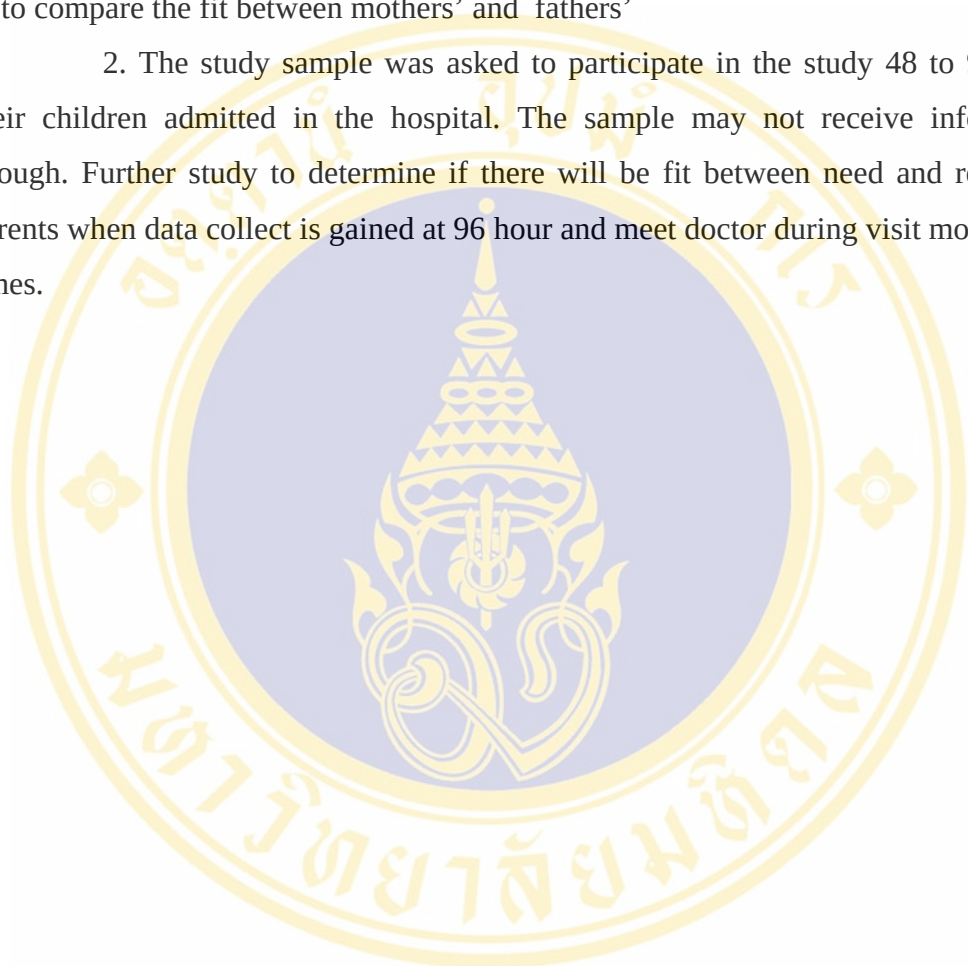
Based on the finding of this study a major important consideration suggested

Since this study revealed that there was not fit between needs and receipt of parents with hospitalized children, particularity the exchange information aspect,it should be focused more on therapeutic communication between health care and clients

Recommendation for further study

1. Since this study sample was parents with hospitalized children, there is a possibility this study finding may reveal differently in mothers or fathers; the recommendation is to study the fit between needs and receipt only mother and father or to compare the fit between mothers' and fathers'

2. The study sample was asked to participate in the study 48 to 96 hours their children admitted in the hospital. The sample may not receive information enough. Further study to determine if there will be fit between need and receipt of parents when data collect is gained at 96 hour and meet doctor during visit more than 2 times.



บรรณานุกรม

- กมลเนตร ใฝ่ชานาญ. (2546). ผลของการให้มารดามีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแลบุตรที่เกิดก่อนกำหนดต่อความเครียดของมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- กัญจน์ พัทธิยะ. (2530). ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่มาตัดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กิตติยา สมุทรประดิษฐ์. (2539). ผลของการประยุกต์ใช้การพยาบาลตามแนวทฤษฎีของคิงต่อความวิตกกังวลของสตรีมีบุตรยาก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขนิษฐา นาคะ. (2534). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จรรยา วิทยะสุกร. (2547). ครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลแนวคิดและแนวทางปฏิบัติ. เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและครอบครัว. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทัศนีย์ อรรถารส, รุจา ภูไพบูลย์, ศิริพร ขัมภลิจิต, และฟองคำ ดิลกสกุลชัย. (2547). การพัฒนารูปแบบการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางดูแลสำหรับเด็กโรคมะเร็ง ณ หน่วยเด็กโรคมะเร็งแห่งหนึ่ง. วารสารวิจัยทางการพยาบาล, 8(1), หน้า 52 - 63.
- ฉันทนา ผ่องคำพันธุ์. (2537). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสิงห์บุรี วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลิดา ธนัฐธิกรกุล. (2546). การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง: แนวคิดที่ท้าทายสู่การปฏิบัติในบริบทสังคมไทย. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 23(3), หน้า 61 - 64.

- ชมชื่น สมประเสริฐ. (2526). ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาคลินิก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฐพร จันทวรลักษณ์. (2546). ผลของการจัดระบบการให้มารดาเข้าเยี่ยมบุตรทารกคลอดก่อนกำหนดต่อความวิตกกังวลของมารดา. ราชบัณฑิตยบาลสาร, 9(2), 167-178.
- ณิชกานต์ ไชยชนะ. (2545). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญเพียร จันทวัฒนา. (2544). ผลของการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วารสารพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, 1(2), 26-37.
- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ, อุทัยวรรณ พุทธิรัตน์, และธิดารัตน์ กำลังดี. (2550). ความต้องการการได้รับการตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจต่อการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาทารกที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดและเด็กอ่อนโรงพยาบาลจังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ตอนล่าง. สงขลานครินทร์เวชสาร. 25(2), 117 – 126.
- ประไพร์พร รัตนศิริ. (2548). ผลของโปรแกรมแรกรับต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. (2542). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิกุล ดันดิธรรม. (2533). ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พุ่มพวง จิรากุล. (2539). ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงเพชร ยั้ววัฒนพันธ์. (2540). ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาล

- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- มณฑา ลิ้มทองกุล.(2535). ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอนและวิธีการเผชิญปัญหาขณะรอฟังผลตรวจชิ้นเนื้อในผู้ป่วยที่มีก้อนบริเวณเต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- รัชณี นามจันทร์และคณะ.(2548). ประสบการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องตามมุมมองของผู้ป่วยและครอบครัว. วารสาร มวก.วิชาการ, 8(16), 14-28.
- รุจา ภูไพบูลย์.(2541). การพยาบาลครอบครัว แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ฉบับปรับปรุงใหม่), กรุงเทพฯ: วี เจ พรินตริง.
- ลักษณะ สรวิวัฒน์.(2544). จิตวิทยาในชีวิตประจำวัน. กรุงเทพฯ: โอ.เอส.พรินตติ้งเฮาส์.
- วันเพ็ญ ปริกกลาง.(2546). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนบิดาต่อระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณวิมล คงสุวรรณ.(2544). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- สากุล คงพันธ์.(2533). ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับความผาสุกโดยทั่วไปในมารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีโสภา แท่งทองคำ.(2533). ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร บุษราทิจ, สุภโชค สิงห์กันต์และสนทรรศ บุษราทิจ.(2544). จิตบำบัดแบบอิงทฤษฎีจิตวิเคราะห์. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์
- สุนทรี ภิญญมิตร.(2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดการสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุพัตรา กันธะรส.(2548). ผลของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อการรับรู้สมรรถนะในการมีส่วนร่วมดูแลบุตรและความพึงพอใจของมารดาในหออภิบาลผู้ป่วย

เด็กภาวะวิกฤติ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวดี ศรีเลนวัด. (2530). จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก. กรุงเทพฯ: โครงการตำราภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สุภารัตน์ ไวยชีตา. (2535). อิทธิพลของการรับรู้ถึงความสอดคล้องในความคาดหวังขององค์กรกับความสามารถทางการพยาบาลต่อความเครียดและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลสังกัดทบวงมหาวิทยาลัยของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี ศักดิ์ตระกูลและวิมลวัลย์ วโรพาร. (2542). ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤติที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลรามาธิบดี. รามาธิบดีสาร, 5 (3), 186 – 198.

อัญชลี ประเสริฐ. (2540). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีสำเร็จตามเป้าหมายต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อจรรย์ ทองสวรรค์. (2546). การให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล: บทบาทที่ทำนายของพยาบาลในหน่วยทารกภาวะวิกฤติ. วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 28(1), 86 – 93.

อุดมญา พันธนิษฐ์. (2545). ผลของการพยาบาลด้านจิตสังคมต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อุมพร ตรังคสมบัติ. (2541). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 2, กรุงเทพฯ: เพื่อฟ้า พริ้งดั่ง

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพ การพิมพ์.

Ahmann, E. (1994a). Family-centered care: The time has come. *Pediatric Nursing*, 20(1), 52-53.

Ahmann,E.(1994b). Family-centered care: Shifting orientation. *Pediatric Nursing*, 20(2), 113-117.

Ahmann, E. (Ed.). (1996). Family -centered home. In *Home care for the high-risk infant:A family-centered approach*, Gaithersburg: Aspen.

- Allen, R. I., Petr, C. G., & Cay Brown, B. F. (1995). *Family - Centered Behavior Scale and User's manual*. Beach Center on families and disability. Retrieved March 25, 2005, from http://www.aecf.org/initiatives/mc/mcid/resources_main.php
- Bruce, B., & Ritchie, J. (1997). Nurses' practices and perceptions of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(4), 214-22.
- Board, R., & Ryan-Wenger, N. (2003). Stressors and stress symptoms of mothers with children in the PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(3), 195-202.
- Bruns, D. A., & McCollum, J. A. (2002). Partnerships between mothers and professionals in the NICU: caregiving, information exchange, and relationships. *Neonatal Network*, 21(7), 15-23.
- Burns, N. & Grove, S. K. (1995). *Understanding Nursing Research*. Philadelphia: W.S.Sunders.
- Claus, K. E., & Bailey, J. T. (1980). *Living with stress and promoting well-being: a handbook for nurses*. St. Louis: Mosby.
- Caplan, A. D. (1983). Person-environment fit: past present and future. In C.L. Cooper(Ed.) *Stress Research* (pp.35-37), New York: John Wiley & Sons
- DePompei, P. M., Whitford, K. M & Beam, P. H. (1994). One institution's effort to Implement family-centered care. *Pediatric Nursing*, 20(2), 119-121, 204.
- Dobbins, N., Bohlig, C., & Sutphen J. (1994). Partners in growth: implementing family-centered changes in the neonatal intensive care unit. *Children's Health Care*, 23(2), 115-126.
- Dudek-Shriber, L. (2004). parent stress in the neonatal intensive care unit and the influence of parent and infant characteristics. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58(5), 509-520.
- French, Jr., Rogers, W., & Cobb, S. (1974). Adjustment as person-environment fit In G.U.Coelho, A.Hamburt & J.E.Adms.(Ed.) *Coping and Adaptation* (pp.317-333) New york: Basic Books.
- Galvin, E., Boyers, L., Schwartz, P. K., Jones, M. W., Mooney, P., Warwick,J., et al (2000). Challenging the precepts of family-centered care: testing a philosophy. *Pediatric Nursing*, 26(6), 625-632
- Gennaro, S. (1986). Anxiety and problem-solving ability in mothers of premature infants *JOGNN*, 15 (2), 160-164.

- Goldberger, L., & Breznitz, S. (1982). *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects*. New York: Pree Press
- Graves, J. K., & Ware, M. E. (1990). Parents' and health professionals' perceptions concerning parental stress during a child's hospitalization. *Children's Health Care, 19(1)*, 37-42.
- Greene, J. A. (1997). Anxiety disorder In B. S. Johnson (Eds.), *Psychiatric-mental health nursing: adaptation and growth* (4nd ed., pp.454-455), Philadelphia: J.B. Lippincott
- Halm, M. A., & Alpen, M. A. (1993). The impact of technology on patients and families. *Nursing Clinical North America, 28(2)*, 443-57
- Harkreader, H., & Hogan, M. A. (2004). Managing anxiety In *Fundamentals of nursing: caring and clinical judgment*. (2nd ed., pp.1053-1070) St. Louis: Saundaers.
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advance Nursing, 21(1)*, 103-109.
- Heuer, L. (1993). Parental stressors in a pediatric intensive care unit. *Pediatric Nursing, 19(2)*, 128-131.
- Holm, K.E., Patterson, J. M., & Gurney, J. G. (2003). Parental involvement and family-centered care in the diagnostic and treatment phases of childhood cancer: results from a qualitative study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 20(6)*, 301-313.
- Hostler, S. L. (1991). Family-centered care. *Pediatric Clinics of North America, 38(6)*, 1545-1560.
- _____. (1999). Pediatric family - centered rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 14(4)*, 384 - 393.
- Hughes, M., McCollum, J., Sheftel, D., & Sanchez, G. (1994). How parents cope with the experience of neonatal intensive care. *Children's Health Care, 23(1)*, 1-14
- Jarrett, M. H. (1996a). Parent Partners: a parent-to-parent support program in the NICU. Part I: Program development. *Pediatric Nursing, 22(1)*, 60-63.
- _____. (1996b). Parent Partners: a parent-to-parent support program in the NICU. Part II: Program implementation. *Pediatric Nursing, 22(2)*, 142-144
- King, G., King, S., Law, M., Kertoy, M., Rosenbaum, P. & Hurley, P. (2002). *Family-centered*

service in Ontario: A “Best Practice” approach for children with disabilities and their families. Hamilton, ON: McMaster University, CanChild Center for Childhood Disability Research, 1-4.

- King, S., Kertoy, M., King, G., Rosenbaum, P., Hurley, P. & Law, M. (2000). *Children with disabilities in Ontario: A profile of children's services. Part 2 : Perceptions about family-centered service delivery for children with disabilities.* Hamilton, ON: McMaster University, CanChild Center for Childhood Disability Research, 1-41.
- King, S., King, G., & Rosenbaum, P. (2004). Evaluating health service delivery to children with chronic conditions and their families: Development of a refined measure of processes of care (MPOC-20). *Children's Health Care*, 33(1), 35-57.
- King, S. M., Rosenbaum, P. L., & King, G. A. (1996). Parents' perceptions of caregiving: development and validation of a measure of processes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 38(9), 757-772.
- King, S., Teplicky, R., King, G., & Rosenbaum, P. (2004). Family-centered service for children with cerebral palsy and their families: A review of literature. *Seminars in pediatric neurology*, 11(1), 78-86
- Kneisl, C. R. (1992). Stress, Anxiety, and coping In H. S. Wilson & C. R. Kneisl (Eds.) *Psychiatric nursing* (4th ed., pp. 79-97), Redwood City, California: Addison-Wesley Nursing
- 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.
- Law, M., Hanna, S., King, G., Hurley, P., King, S., Kertoy, M., et al. (2003). Factors affecting family-centered service delivery for children with disabilities. *Child: Care, Health & Development*, 29(5), 357-366.
- Lazarus, R. S., & Averill, J. R. (1972). Emotion and cognition: with special reference to anxiety. In C.D. Spielberger, (Ed.) *Anxiety: Current trends in theory and Research* (pp.242-289), New York: Academic press..
- Lazarus, R. S. (1976). Personality and adjustment In *Patterns of adjustment* .(3rd Ed., pp.69-73), New York: McGraw-Hill
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer Publishing

- Macnab, A. J., Thiessen, P., McLeod, E., & Hinton, D. (2000). Parent assessment of family-centered care practices in a children's hospital. *Children's Health Care*, 29(2), 113-128.
- Melnik, 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. (1989). Parents of critically ill premature infants: Sources of stress. *Critical Care Nursing Quarterly*, 12, 69-74.
- Newton, M.S. (2000). Family-centered care: current realities in parent participation. *Pediatric Nursing*, 26(2), 164-168.
- O'Neil, M. E., Palisano R.J., & Westcott, S. L. (2001). Relationship of therapists' attitudes, children's motor ability, and parenting stress to mothers' perceptions of therapists' behaviors during early intervention. *Physical Therapy*, 81(8), 1412 -1424.
- Parasuraman, A., Zeithamal, V. A. & Berry, L. L. (1994). Alternative scales for measuring service quality: A comparative Assessment Based on psychometric and diagnostic criteria. *Journal of Retailing*, 70(3), 201-229.
- Peplau, H. E. (1979). Anxiety In A. L. Clark, D. D. Affonso, & T. R. Harris (Eds.). *Childbearing: a nursing perspective* (2nd ed., pp. 79-82), Philadelphia: Davis company.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2004). *Nursing Research: Principle and Method*. 7th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Rambo, B. J. (1984). *Adaptation nursing: Assessment & intervention*. Philadelphia: Saunders company.
- Rushton, C. H. (1990). Strategies for family-centered care in the critical care setting. *Pediatric Nursing*. 16(2), 195-199.
- Saunders, R. P., Abraham, A, M. R, Crosby, M. J., Thomas, K., & Edwards, W. H. (2003). Evaluation and development of potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units. *Pediatrics*, 111(4 Pt 2), e437-449.
- Seideman, R. Y., Watson, M. A, Corff, K.E, Odle, P., Haase, J., & Bowerman, J.L (1997). Parent stress and coping in NICU and PICU. *Journal of Pediatric Nursing*, 12(3), 169-177.
- Shelton, T. I., Jeppson, E. S., & Jhonson, B. H. (1987). *Family Centered Care for Children with*

- Special Health Care Needs*. (2nd ed.). Washington D.C.: Association for the care of Children's health.
- Shelton, T. L., & Stepanek, J. S. (1995). Excerpts from family-centered care for children needing specialized health and developmental services. *Pediatric Nursing*, 21(4), 362-364.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: Current trends in theory and Research*. New York: Academic press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. & Lushene, P. R. (1970). *STAI Manual*. California: Consulting Psychologists Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1977). *Self-Evaluation Questionnaire*. California: Consulting Psychologists Press
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety inventory (From Y)*. California: Consulting Psychologists Press.
- Stuart, G. W. (1995). Anxiety response and anxiety disorders. In G.W.Stuart, & S. J. Sundeen (5th ed.). *Principles and practice of psychiatric nursing* (pp.327-345),. St. Louis: Mosby.
- Thurman, S. K. (1991). Parameters for establishing family-centered neonatal intensive care services. *Children's Health Care*, 20(1), 34-39.
- Townsend, M. C. (1999). *Essentials of psychiatric/mental health nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Van Riper, M. (2001). Family-provider relationships and well-being in families with preterm infants in the NICU. *Heart Lung*, 30(1), 74-84.
- Varcarolis, E. M. (1998). Reducing Stress and anxiety. In E.M. Varcarolis (Eds.), *Foundations of psychiatric mental health nursing*. (3rd ed., pp.333-360.), Philadelphia: W.B. Saunders.
- Ward, K. (2001). Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). *Pediatric Nursing*, 27(3), 281-286.
- Walker, T. (2001). Parents need care: Providing family-centered care during paediatric resuscitation in a rural area. *Australian Journal of Rural Health*, 9, 18-21.

Wereszczak, J., Miles, M. S., & Holditch-Davis, D. (1997). Maternal recall of the neonatal intensive care unit. *Neonatal Networks*, 16, 33-40.

Wilson-Barnett, J. (1992). Anxiety. In J.I. Brooking, S. A. H. Ritter, & B. L. Thomas (Ed.). *A textbook of psychiatric and mental health nursing*. (pp.373-383), London: Churchill-Livingstone.







หนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการบริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มี ภาวะการเจ็บป่วย

ชื่อผู้วิจัย นางสาว อัมพร ดุจแก้วรุ่งเรือง

*ชื่อผู้เข้าร่วมการวิจัย อายุ

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ได้ทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ และข้อเสียที่จะเกิดขึ้นต่อข้าพเจ้าจากผู้วิจัยแล้วอย่างชัดเจน ไม่มีสิ่งใดบีบบังคับหรือชักจูงให้ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการที่มีข้อขัดแย้ง และข้าพเจ้ารู้ว่าถ้ามีปัญหาหรือข้อสงสัยเกิดขึ้นข้าพเจ้าสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ และข้าพเจ้าสามารถไม่เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าเป็นความลับและจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปที่เป็นสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง กระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

ลงชื่อ.....(ผู้เข้าร่วมการวิจัย)

.....(พยาน)

.....(พยาน)

วันที่

คำอธิบายของแพทย์หรือผู้วิจัย

ข้าพเจ้าได้อธิบายรายละเอียดของโครงการ ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัย รวมทั้งข้อเสียที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบแล้วอย่างชัดเจนโดยไม่มีสิ่งใดบีบบังคับหรือชักจูง

ลงชื่อ.....(แพทย์หรือผู้วิจัย)

วันที่

หมายเหตุ : กรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ให้ผู้วิจัยอ่านข้อความในหนังสือยินยอมฯ นี้ให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยฟังจนเข้าใจแล้ว และให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือรับทราบในการให้ความยินยอมดังกล่าวข้างต้นไว้ด้วย

- ผู้เข้าร่วมการวิจัย หมายถึง ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย



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

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

เลขที่ ๒๕๔๕/๑๕๕

ชื่อโครงการ

ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับ
บริการ โดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดา
มารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย

เลขที่โครงการ/รหัส

ID ๐๔-๔๕-๓๗ ข

ชื่อหัวหน้าโครงการ

นางสาวอัมพร กุญแจรุ่งเรือง

ที่ทำงาน

ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนวปฏิบัติฯ เหล่านี้
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ลงนาม

ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญส่ง องค์พัฒน์กุล)

ลงนาม

คณบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์รัชตะ รัชตะนาวิน)

วันที่รับรอง

๑๒ เมษายน ๒๕๕๕



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

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

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

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

ที่ จวก ๑๖๔/๒๕๕๕

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่ ๒๔ พฤษภาคม ๒๕๕๕

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

เรียน นางสาวอัมพร อู่แก้วรุ่งเรือง

อ้างถึงโครงการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความสอดคล้องของการรับรู้ความต้องการและการได้รับการให้บริการโดยนักรบควรว
เป็นศูนย์กลางของการดูแลกับความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วย

หมายเลขโครงการวิจัย ID ๐๔-๕๕-๓๑๒

ในนามของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผมขอแสดงความยินดีที่โครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้นของท่านได้รับความเห็นชอบจาก
คณะกรรมการฯ แล้ว

เพื่อให้สอดคล้องกับระเบียบปฏิบัติคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี ว่าด้วยการศึกษาวิจัยและการทดลองในมนุษย์ พ.ศ. ๒๕๕๔ คณะ
กรรมการฯ ขอให้ท่านถือปฏิบัติโดยเป็นไปตามข้อแนะนำดังต่อไปนี้

๑. การดำเนินการวิจัยจะต้องเป็นไปตามโครงการวิจัยล่าสุดที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนแล้ว
๒. การดำเนินการวิจัยจะต้องไม่เบี่ยงเบนไปจากโครงการวิจัยหรือมีการเปลี่ยนโครงการวิจัยก่อนที่การแก้ไขเพิ่มเติมโครงการ
วิจัยนั้นจะได้รับการอนุมัติและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนก่อน ยกเว้นในกรณีจำเป็นที่จะต้องกระทำ
ไปก่อนเพื่อขอจัดอันตรายนะหนักที่เกิดขึ้นกับผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย
๓. ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการจากชื่อเดิมที่เสนอไว้ ต่อคณะกรรมการฯ ต้องแจ้งชื่อมาซึ่งคณะกรรมการฯ เพื่อออก
หนังสือรับรองให้เสมอ
๔. ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัยจะต้องได้รับเอกสารแจ้งข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient/Participant Information
Sheet) และลงนามในหนังสือยินยอมโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Informed Consent Form) ก่อนเริ่มดำเนินการวิจัย
๕. ในเอกสารแจ้งข้อมูล/คำแนะนำแก่ผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย (Patient's Information Sheet) จะต้องพิมพ์ข้อความดังต่อไปนี้ไว้
ด้วยทุกครั้ง

“ ถ้าท่านมีข้อข้องใจหรือมีความกังวลใจเกี่ยวกับวิธีดำเนินการวิจัยของโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถติดต่อได้ที่ ประธานกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดีหน่วยจริยธรรมการวิจัยในคนชั้น ๓ สำนักงานวิจัยเฉพาะฯ อาคารวิจัยและสวัสดิการ
โทรศัพท์ ๐๒-๒๖๐๑ ๕๕๕๔ ในเวลาราชการ ”

๖. ความลับของผู้ยินยอมคนให้ทำวิจัย จะต้องถูกปกปิดไว้ตลอดเวลา ยกเว้นถ้าเป็นคำสั่งตามกฎหมาย

สุดท้ายนี้ ขอให้โครงการวิจัยของท่านประสบผลสำเร็จตามความมุ่งหมายอันจะนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าทางวิชาการ และเพื่อประโยชน์
ของมนุษยชาติสืบต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์บุญส่ง องค์กรพัฒนกุล)
ประธานกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ถนนพระราม 6 กทม. 10400

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

Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Rama VI Road, Bangkok 10400, Thailand

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

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

MURA2006/155

Title of Project

A Relationship Between the Fit of Demand and Receipt
of Family-centered Care and Anxiety of Parents in ailing
Newborns

Protocol Number

ID 04-49-37

Principal Investigator

Miss. Amporn Tungaoroungroeng

Official Address

Department of Otolaryngology
Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital
Mahidol University

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

Signature of Chairman
Committee on Human Rights Related to
Researches Involving Human Subjects


Prof. Boonsong Ongphiphadhanakul, M.D.

Signature of Dean


Prof. Rajata Rajatanavin, M.D., F.A.C.E.

Date of Approval

April 12, 2006

แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับบิดามารดาและผู้ป่วย

ชื่อ.....เบอร์โทรศัพท์.....รายที่.....วันที่.....

บุตรชื่อ.....

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย(✓) ลงในช่อง [] หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวคุณหรือเดิม
ข้อความลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา

- ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
[] บิดา [] มารดา
- ปัจจุบันท่านอายุ ปี
- สถานภาพสมรส
[] หม้าย/หย่า หรือแยกกันอยู่ [] คู่
- ระดับการศึกษา
[] ไม่ได้รับการศึกษา [] ปวส
[] ประถมศึกษา [] ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า
[] มัธยมต้น [] สูงกว่าปริญญาตรี
[] มัธยมปลาย [] อื่นๆ โปรดระบุ.....
[] ปวช
- อาชีพ
[] แม่บ้าน/พ่อบ้าน [] เกษตรกรรม
[] ค้าขาย/ธุรกิจ [] รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
[] รับจ้าง / แรงงาน [] อื่นๆ โปรดระบุ.....
- รายได้ของครอบครัว(เฉลี่ยต่อเดือน)
[] ต่ำกว่า 5,000 บาท(โปรดระบุ.....) [] 35,001 - 45,000 บาท
[] 5,001 - 15,000 บาท [] 45,001 - 55,000 บาท
[] 15,001 - 25,000 บาท [] มากกว่า 55,000 บาท(โปรดระบุ.....)
[] 25,001 - 35,000 บาท
- จำนวนรายได้ทั้งหมด
[] ไม่พอเพียง [] พอเพียง

8. ท่านมีบุตรทั้งหมด.....คน
9. บุตรคนนี้เป็นบุตรคนที่.....
10. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล
 - ☐ จ่ายเองทั้งหมด ☐ บัตรประกันสุขภาพ 30 บาท
 - ☐ เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด ☐ อื่นๆโปรดระบุ.....
11. ท่านเคยมีประสบการณ์ของบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดหรือไม่
 - ☐ ไม่เคย ☐ เคย
12. ท่านคิดว่าบุตรของท่านเจ็บป่วยรุนแรงมากน้อยเพียงใด
 - ☐ รุนแรงน้อย ☐ รุนแรงปานกลาง ☐ รุนแรงมาก
13. ท่านได้เข้าเยี่ยมบุตรที่นอนรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยนี้ทั้งหมดกี่ครั้ง ครั้ง (โปรดระบุ)

ส่วนที่ 2 สำหรับผู้วิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของทารก

1. หอผู้ป่วย ☐ เด็ก 4 ☐ NICU ย้ายเข้าวันที่.....
2. การวินิจฉัย..... H.N.....
3. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง
4. อายุครรภ์.....สัปดาห์
5. น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม
6. การใช้เครื่องช่วยหายใจ ☐ ไม่ใช้ ☐ ใช้
7. ชนิดท่อเครื่องช่วยหายใจ ☐ Room air ☐ Nasal CPAC ☐ ET-tube
8. การให้ออกซิเจน ☐ ไม่ให้ ☐ ให้
9. การได้รับการส่องไฟลดตัวเหลือง ☐ ไม่ได้ ☐ ได้
10. การได้รับน้ำเกลือทางเส้นเลือด ☐ ไม่ได้ ☐ ได้
11. เตียง ☐ incubator ☐ crib ☐ warmer
12. อื่นๆ(ระบุ).....

แบบประเมินความวิตกกังวล

แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

คำชี้แจง: ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกต่างๆ ของตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย O ล้อมรอบตัวเลขที่อยู่ทางด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึกของท่าน ในขณะนี้ มากที่สุด ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ไม่ต้องใช้เวลากับข้อความข้อใดข้อหนึ่งนานเกินไป แต่ขอให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ในขณะนี้ มากที่สุด

	ไม่รู้สึกเลย	รู้สึกบ้าง	รู้สึกปานกลาง	รู้สึกมาก
1. ฉันรู้สึกสงบ-----	1	2	3	4
2. ฉันรู้สึกมั่นคง-----	1	2	3	4
3. ฉันรู้สึกดีใจ-----	1	2	3	4
4. ฉันรู้สึกถูกกดดัน-----	1	2	3	4
5. ฉันรู้สึกสบาย-----	1	2	3	4
6. ฉันรู้สึกหงุดหงิด-----	1	2	3	4
7. ฉันกำลังกังวลกับเคราะห์ร้ายที่คิดว่าอาจจะเกิดขึ้น-----	1	2	3	4
8. ฉันรู้สึกพึงพอใจ-----	1	2	3	4
9. ฉันรู้สึกตื่นตระหนก-----	1	2	3	4
10. ฉันรู้สึกสุขสบาย-----	1	2	3	4
11. ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง-----	1	2	3	4
12. ฉันรู้สึกตื่นตัวง่าย-----	1	2	3	4
13. ฉันรู้สึกตกใจง่าย-----	1	2	3	4
14. ฉันรู้สึกไม่กล้าตัดสินใจ-----	1	2	3	4
15. ฉันรู้สึกผ่อนคลาย-----	1	2	3	4
16. ฉันรู้สึกอึดใจ-----	1	2	3	4
17. ฉันรู้สึกกังวล-----	1	2	3	4
18. ฉันรู้สึกสับสน-----	1	2	3	4
19. ฉันรู้สึกไม่หวั่นไหว-----	1	2	3	4
20. ฉันรู้สึกแจ่มใส-----	1	2	3	4

แบบสอบถามความวิตกกังวลแฝง

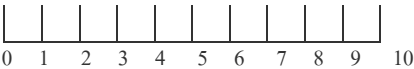
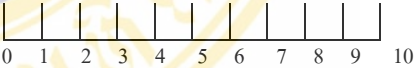
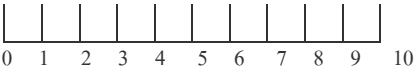
คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกต่างๆ ของตัวท่านเอง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจและทำเครื่องหมาย O ล้อมรอบตัวเลขที่อยู่ทางด้านขวาของข้อความ ซึ่งท่านพิจารณาว่าตรงกับความรู้สึก ตามปกติทั่วไป ของท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ไม่ต้องใช้เวลากับข้อความข้อใดข้อหนึ่งนานเกินไป แต่ขอให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึก ตามปกติทั่วไป ของท่านซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับการบริการทางสุขภาพขณะนี้

	เกือบ ไม่เคยรู้สึกเลย	รู้สึกเป็นบางครั้ง	รู้สึกบ่อยๆ	รู้สึกเกือบตลอดเวลา
1. ฉันรู้สึกแสบใส-----	1	2	3	4
2. ฉันรู้สึกตื่นเต้นและกระวนกระวาย-----	1	2	3	4
3. ฉันรู้สึกพอใจในตนเอง-----	1	2	3	4
4. ฉันหวังให้ตนเองมีความสุขเหมือนคนอื่น-----	1	2	3	4
5. ฉันรู้สึกลึ้มเหลว-----	1	2	3	4
6. ฉันรู้สึกสงบสุข-----	1	2	3	4
7. ฉันเป็นคน “สงบ เยือกเย็น และสุขุม”-----	1	2	3	4
8. ฉันรู้สึกว่าความยุ่งยากกำลังทับถมจนไม่สามารถเอาชนะได้-----	1	2	3	4
9. ฉันกังวลเกินกว่าเหตุ-----	1	2	3	4
10. ฉันมีความสุข-----	1	2	3	4
11. ฉันมีความคิดบางอย่างที่รบกวนจิตใจ-----	1	2	3	4
12. ฉันขาดความมั่นใจในตนเอง-----	1	2	3	4
13. ฉันรู้สึกมั่นคง-----	1	2	3	4
14. ฉันตัดสินใจได้โดยง่าย-----	1	2	3	4
15. ฉันรู้สึกขาดความสามารถ-----	1	2	3	4
16. ฉันเป็นคนที่มีความพอใจในตนเอง-----	1	2	3	4
17. มีเรื่องที่ไม่สำคัญเข้ามารบกวนจิตใจฉัน-----	1	2	3	4
18. ฉันรู้สึกผิดหวังง่ายและมักตัดออกจากความคิดได้ยาก-----	1	2	3	4
19. ฉันเป็นคนหนักแน่น-----	1	2	3	4
20. ฉันรู้สึกตึงเครียดและยุ่งยากใจเมื่อนึกถึงเรื่องที่ต้องเกี่ยวข้อง-----	1	2	3	4
หรือเรื่องที่สนใจอยู่				

แบบสอบถามความต้องการบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

ชื่อ.....วันที่ยื่น.....รายที่.....

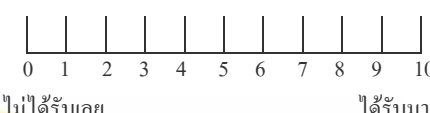
คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เป็นการแสดงความรู้สึกรับรู้จากการรับรู้ของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ ไม่มีข้อความใดถูกหรือผิด มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อในแต่ละข้อให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ บนเส้นตรงท้ายข้อความในคอลัมน์ทางด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด โดยสอบถามถึงความต้องการของท่านที่มีต่อสุขภาพของเด็กโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล โดยคิดเป็นคะแนนร้อยละซึ่งมีตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่ต้องการเลย จนกระทั่ง 10 หมายถึง ต้องการมากที่สุดทุกครั้งที่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น

ข้อความ	ความต้องการของท่าน
ความร่วมมือกัน 1. แพทย์หรือพยาบาลช่วยทำให้ท่านรู้สึกว่าตัวท่านเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลบุตรของท่าน	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่ต้องการเลย ต้องการมากที่สุด
▪ ▪ 10	▪ ▪ 10
การแลกเปลี่ยนข้อมูล 11. แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำท่านถึงวิธีการหาข้อมูลที่ท่านต้องการหรือการติดต่อผู้ปกครองรายอื่น	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่ต้องการเลย ต้องการมากที่สุด
▪ ▪ 22	▪ ▪ 22
การมีส่วนร่วมในการดูแล 23. แพทย์และพยาบาลวางแผนร่วมกันเพื่อให้การบำบัดและดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่ต้องการเลย ต้องการมากที่สุด
▪ ▪ 29	▪ ▪ 29
การยอมรับและสนับสนุนครอบครัว 30. แพทย์หรือพยาบาลปฏิบัติต่อท่านในฐานะบุคคลหนึ่ง มิใช่ในฐานะผู้ปกครองของบุตรที่มีความพิการหรือความเจ็บป่วย	 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ไม่ต้องการเลย ต้องการมากที่สุด
▪ ▪ ▪ 36	▪ ▪ ▪ 36

แบบสอบถามได้รับบริการโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

ชื่อ.....วันที่ยื่น.....รายที่.....

คำชี้แจง: ข้อความต่อไปนี้เป็นการแสดงความรู้สึกนึกคิดตามการรับรู้ของท่าน โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ ไม่มีข้อความใดถูกหรือผิด มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อในแต่ละข้อให้ทำเครื่องหมาย ✓ บนเส้นตรงท้ายข้อความในคอลัมน์ทางด้านขวามือที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด เป็นการสอบถามถึงบริการที่สนองความต้องการที่ท่านได้รับจากพฤติกรรมของบุคลากรทางสุขภาพตามการรับรู้ของท่านโดยมีครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ซึ่งคิดเป็น คะแนนร้อยละตั้งแต่ 0 หมายถึง ไม่ได้รับเลย จนกระทั่ง 10 หมายถึง ได้รับมากที่สุดทุกครั้งที่เกิดเหตุการณ์

ข้อความ	บริการที่สนองความต้องการที่ท่านได้รับ
ความร่วมมือกัน 1. แพทย์หรือพยาบาลช่วยทำให้ท่านรู้สึกว่าตัวท่านเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลบุตรของท่าน	
• • 10	• • 10
การแลกเปลี่ยนข้อมูล 11. แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำท่านถึงวิธีการหาข้อมูลที่ท่านต้องการหรือการติดต่อผู้ปกครองรายอื่น	
▪ ▪ 22	▪ ▪ 22
การมีส่วนร่วมในการดูแล 23. แพทย์และพยาบาลวางแผนร่วมกันเพื่อให้การบำบัดและดูแลเป็นไปในทิศทางเดียวกัน	
▪ • 29	• • 29
การยอมรับและสนับสนุนครอบครัว 30. แพทย์หรือพยาบาลปฏิบัติต่อท่านในฐานะบุคคลหนึ่ง มิใช่ในฐานะผู้ปกครองของบุตรที่มีความพิการหรือความเจ็บป่วย	
▪ • • 36	• • • 36

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแบบประเมินความต้องการบริการและแบบประเมินการได้รับบริการ โดยมีกรอบคร่าวเป็นศูนย์กลางของการดูแล

1. รศ. แพทย์หญิง นิชรา เรืองคารกานนท์
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ศ.ดร. รุจา ภูไพบูลย์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. อาจารย์ดร. อัจฉริยา ปทุมวัน
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผศ.ดร.พัศนี ประสภกิตติกุล
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. นางสาว วิมลวัลย์ วโรพาร
หัวหน้าหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด และพยาบาลชำนาญการระดับ 8
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

การทดสอบการกระจายของข้อมูล

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		STATE Anxiety	สอดคล้องด้าน ที่1	สอดคล้องด้าน ที่2	สอดคล้องด้าน ที่3	สอดคล้องด้าน ที่4	สอดคล้อง โดยรวม
N		103	103	103	103	103	103
Normal Parameters(a,b)	Mean	48.3107	90.1456	193.3301	99.4466	75.8252	417.6796
	Std. Deviation	5.86787	105.12238	240.92015	132.00406	109.73474	548.48408
Most Extreme Differences	Absolute	.095	.226	.211	.228	.245	.223
	Positive	.095	.226	.208	.228	.225	.217
	Negative	-.085	-.196	-.211	-.226	-.245	-.223
Kolmogorov-Smirnov Z		.969	2.298	2.143	2.309	2.484	2.265
Asymp. Sig. (2-tailed)		.305	.000	.000	.000	.000	.000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

ประวัติผู้วิจัย



ชื่อ นางสาวอัมพร อึ้งแก้วรุ่งเรือง

วัน เดือน ปีเกิด 25 สิงหาคม 2507

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2526-2530
วิทยาศาสตรบัณฑิต(วท.บ.)พยาบาลและผดุงครรภ์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน พ.ศ. 2530 – ปัจจุบัน โรงพยาบาลรามาธิบดี
ตำแหน่งพยาบาลระดับ 6 พยาบาลประจำการหอผู้ป่วยเด็ก 5