



6 ส.ค. 2539

ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุน
ต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง

THE EFFECT OF EDUCATIVE AND SUPPORTIVE INTERVENTION
ON ANXIETY OF POSTPARTAL MOTHER WITH JAUNDICE BABY



พิมพ์ที่
จิรากร

อุภินันทนาการ

จาก

ม.ป.ท.ก.ศ.ล.ย. ม.พ.ดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาดำเนินการตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและทารก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2539

ISBN 974-588-381-6

สงวนลิขสิทธิ์

๖๔๖

๖๕๔๒๐๐

๒๕๓๙

Copyright by Mahidol University

๓๓๓๑๕ ๓๒

วิทยานิพนธ์
เรื่อง


ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวล
ของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง

.....

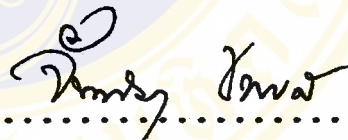
พุ่มพวง จีรากุล
ผู้วิจัย

.....

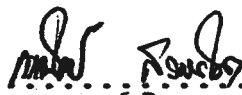
อรพันธ์ เจริญผล, วท.บ. (พยาบาล),
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล),
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....


มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ. (พยาบาล), M.N.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....

จันทิมา ชนบดี, วท.บ.
(พยาบาลและผดุงครรภ์), ภ.ม.,
M.S.N., D.S.N.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

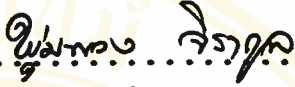
.....


กฤตติการ์ สุวรรณโคต, วท.บ. (พยาบาล),
M.S. ค.ค.
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

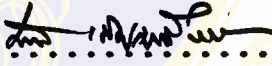
.....
อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต, พ.บ.,
น.บ., F.R.C.P.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย


วิทยานิพนธ์
เรื่อง


ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวล
ของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลมารดาและการรก
วันที่ 29 เมษายน 2539



.....
พุ่มพวง จีรากุล
ผู้วิจัย



.....
อรพันธ์ เจริญผล, วท.บ.
(พยาบาลสาธารณสุข),
ค.ม. (การบริหารการพยาบาล),
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ. (พยาบาล),
M.N.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
สุวดี ฤาชา, วท.บ. (พยาบาล)
ค.ม., กศ.ด.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
จันทิมา สนบดี, วท.บ. (พยาบาล),
ภ.ม., M.S.N., D.S.N.
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์


.....
อตุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต, พ.บ.,
น.บ., F.R.C.P.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล


.....
บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, พ.บ., D.C.H.,
F.A.C.C.,
Dip. Amer. Board of Ped.
คณบดี
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางพุ่มพวง จิรากุล

วัน เดือน ปีเกิด 22 กันยายน พ.ศ. 2498

สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2518-2522 :
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2536-2538 :
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารก

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
พ.ศ. 2522-2536 : พยาบาลประจำการ ระดับ 6
หอผู้ป่วยสูติกรรม 1
แผนกสูติ-นรีเวชวิทยา
โรงพยาบาลรามารินทร์

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถ และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากคณาจารย์หลายท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ อรพันธ์ เจริญผล รองศาสตราจารย์ มาลี เลิศมาลีวงศ์ อาจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวดี ฤาชา กรรมการควบคุมและสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิด ข้อแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขจุดบกพร่องต่างๆ และช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ขึ้น อีกทั้งยังให้การสนับสนุน และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลำยอง รัตมีมาลา รองศาสตราจารย์ อาริษา ภาณุโสภณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สันนิกา ฉวีวรรณ อาจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี อาจารย์ จงดี อังศุเกษตร และ คุณอรุณวรรณ พงศ์สุวรรณ ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย รวมทั้งให้ข้อมูลและคำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยหน่วยชริบาลทารกแรกเกิด 2 คือคุณกุลวรรณ พยัคศิริ ซึ่งเป็นผู้ช่วยวิจัย ตลอดจนพยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่านในหน่วยชริบาลทารกแรกเกิด 2 ของวชิรพยาบาล ที่ให้ความช่วยเหลือ เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลตลอดการวิจัย และขอขอบคุณมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้เป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ลัดดา อิ่มศุภย์ ที่ให้โอกาสในการลาศึกษาต่อในครั้งนี้จนทำให้ผู้วิจัยสามารถสำเร็จการศึกษา มีวิชาความรู้ และพัฒนาตนเองได้ในระดับหนึ่ง และขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ พวงน้อย สาครรัตน์ ที่ให้การสนับสนุน ให้กำลังใจ และติดตามเอาใจใส่ด้วยดีมาตลอด ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยการศึกษาปริญาโททุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลืออำนวยความสะดวกและให้ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา พี่สาว น้องชาย ตลอดจนคุณชัชชัย จิรากุล ที่ช่วยให้กำลังใจ สนับสนุน แบ่งเบาภาระหน้าที่ในครอบครัว และช่วยพิมพ์รายงาน ทำให้เกิดความสำเร็จในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ขอขอบคุณบุตรทั้ง 2 ที่เป็นเด็กดี ไม่ทำให้ผู้วิจัยรำคาญใจ และที่ขาดเสียไม่ได้ที่ผู้วิจัยจะต้องกล่าวคำขอบพระคุณ ก็คือ เพื่อน ๆ นักศึกษาพยาบาลปริญาโทรุ่นที่ 17 ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือให้กำลังใจและสนับสนุนให้สู้ต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คุณกิตติยา สมุทรประดิษฐ์ จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จด้วยดี คุณประโยชน์ที่เกิดจากงานวิจัยนี้ ขอมอบแด่คณาจารย์ นักศึกษาและผู้สนใจ ตลอดจนเจ้าหน้าที่บนหอผู้ป่วยและมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองทุกท่าน

พุ่มพวง จิรากุล

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวล
ของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง

ผู้วิจัย พุ่มพวง จีรากุล

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลมารดาและทารก)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อรรถพันธ์ เจริญผล, วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข), ค.ม.
มาลี เลิศมาลีวงศ์, วท.บ. (พยาบาล), M.N.
จันทิมา ชนบดี, วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์), ภ.ม.,
M.S.N., D.S.N.

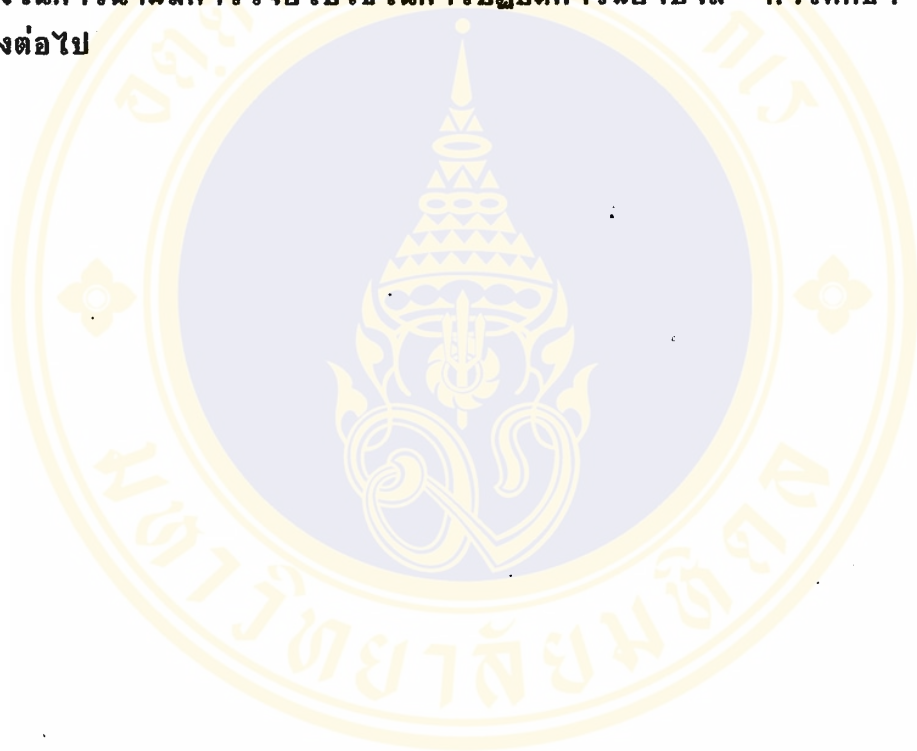
วันที่สำเร็จการศึกษา 29 เมษายน พ.ศ. 2539

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ เป็นการศึกษาผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง โดยทำการศึกษาในมารดาครรภ์แรกหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองที่คลอดในวิชัยพยาบาล จำนวน 64 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 32 คนมารดาหลังคลอดทั้ง 2 กลุ่มได้รับการพยาบาลตามปกติ แต่มารดาหลังคลอดในกลุ่มทดลองได้รับความรู้และการสนับสนุนเสริมจากการพยาบาลตามปกติโดยผู้วิจัย วัดความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970) 2 ครั้ง ครั้งแรกในวันแรกที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาอาการตัวเหลืองด้วยวิธีการส่องไฟและครั้งที่ 2 เมื่อส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS/PC⁺ ผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง กลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อส่องไฟครบ 48 ชั่วโมงมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลแตกต่างกับเมื่อเริ่มได้รับการส่องไฟอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) และมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง กลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อส่องไฟครบ 48 ชั่วโมงมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล แตกต่าง

กับเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนความตรงตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและฟอล์คแมนในส่วนที่อธิบายถึงการประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่า เป็นความเครียดหรือไม่รุนแรงมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล และการที่บุคคลจะลดความเครียดได้นั้น ต้องอาศัยแหล่งประโยชน์จากบุคคลที่เกี่ยวข้องในการให้ข้อมูลใหม่ เพื่อให้เกิดการประเมินซ้ำ พร้อมกันนี้ผู้วิจัยได้เสนอแนวทางในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล การศึกษา และการวิจัยครั้งต่อไป



Thesis Title The effect of Educative and Supportive
 Intervention on Anxiety of Postpartal
 Mother with Jaundice Baby

Name Poompoung Chirakool

Degree Master of Nursing Science (Maternal and
 Newborn Nursing)

Thesis Supervisory Committee

 Orapin Chareonpol, B.Sc.(P.H.N.), M.Ed.
 Malee Lerdmaleewong, B.Sc.(Nursing),M.N.
 Chantima Khanobdee, B.Sc.(Nursing and
 Midwifery), M.S.,
 M.S.N., D.S.N.

Date of Graduation 29 April B.E. 2539 (1996)

Abstract

This quasi-experimental research was designed to test the effect of educative and supportive intervention on anxiety of postpartal mother with jaundice baby. The samples were primigravidarum who delivered at Vachira Hospital. Sixty four postpartal mothers who had jaundice babies were purposively selected and randomly assigned into two groups, the control and experimental groups. Each group had 32 subjects. The subject in both groups received the usual nursing care provided by nurses in the service ward, but the experimental group received additional educative and supportive intervention which provided by the investigator. Anxiety of postpartal mothers were measured twice by the State-Trait Anxiety Inventory Form X-I (Spielberger, et al. 1970) on the first day of phototherapy and on the 48 hours later. Data was analyzed by SPSS/PC⁺ program. The results of this study indicated that: The mean score of anxiety on the first day of phototherapy in the control group was

no statistically significant difference from experimental group ($p > .05$). The mean score of anxiety on 48 hours later, the experimental group was significantly lower than the control group ($p < .001$). In control group the mean score of anxiety on 48 hours later was no statistically significant difference from the first day of phototherapy ($p > .05$). In experimental group the mean score of anxiety on 48 hours later was significantly lower than the first day of phototherapy ($p < .001$).

The findings seemed to support Lazarus & Folkman's stress theory about relationships among cognitive appraisal influenced factors of cognitive appraisal and social support. Implications for clinical practice, nursing education and suggestion for further study were recommended.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก-ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค-ง
สารบัญตาราง	ข
สารบัญแผนภาพ	ข
บทที่ 1 บทนำและกรอบทฤษฎี	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
กรอบทฤษฎี	3
วัตถุประสงค์ในการวิจัย	6
สมมติฐานในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
ข้อตกลงเบื้องต้น	7
ข้อจำกัดในการวิจัย	8
นิยามตัวแปร	8
บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	
อาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด	9
ทฤษฎีความเครียดของลาซาร์ส	15
มโนทัศน์ของความวิตกกังวล	18
ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความวิตกกังวล	20
ความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง	24
การพยาบาลโดยการให้ความรู้และการสนับสนุน	26
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	32
สถานที่ศึกษา	33
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	34
การเก็บรวบรวมข้อมูล	36
การวิเคราะห์ข้อมูล	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	41
การอภิปรายผล	46
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	53
ข้อเสนอแนะ	54
บรรณานุกรม	56
ภาคผนวก	
ก การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมงานวิจัย	67
ข แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการตัวเหลือง	68
ค เอกสารประกอบการสอนเรื่องอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด	72
ง แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	74
จ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ	75
ฉ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของ แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ	76
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และภาษาในเอกสารประกอบการให้ความรู้ เรื่องอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด	77

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. เปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบทีแบบกลุ่ม	42
2. เปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบไคสแควร์	42
3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่มด้วยการทดสอบสถิติทีแบบกลุ่มเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ	43
4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้ง 2 กลุ่มด้วยการทดสอบสถิติทีแบบกลุ่มเมื่อส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง	44
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ด้วยการทดสอบสถิติทีคู่	45
6. เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อแบ่งตามช่วงอายุ	78
7. เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อแบ่งตามจำนวนปีที่ศึกษา	78
8. เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อแบ่งตามรายได้ของครอบครัว	79
9. เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อพิจารณาคะแนนความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นและลดลง	79

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพที่	หน้า
1. กรอบแนวคิดและความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา	5
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความวิตกกังวล	21
3. ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย	39



บทนำและกรอบทฤษฎี

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้บ่อย และสำคัญยิ่งประการหนึ่ง เนื่องจากอาการตัวเหลืองที่เกิดขึ้นในทารกแรกเกิด ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยและดูแลรักษาให้ถูกต้องตามสาเหตุ ถ้าปล่อยทิ้งไว้ หรือทำการรักษาล่าช้าเมื่อระดับบิลิรูบินในพลาสมาสูงมาก ๆ จะเกิดอันตรายต่อเนื้อสมองที่เรียกว่า "เคอร์นิคเทอริส" (Kernicterus) ทำให้ระบบประสาทถูกกด ทารกจะมีอาการซึม ดูนมไม่ดี กล้ามเนื้ออ่อนแรง กระตุก ชักหลังแอน และจะเสียชีวิตได้ในเดือนแรก ส่วนทารกที่รอดชีวิตอาจมีอาการผิดปกติทางสมองและปัญญาอ่อนได้ (วิล เลิศพรหมเทวี 2528:264) พยาบาลควรตระหนักถึงข้อบ่งชี้ และการวินิจฉัยเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการตัวเหลืองของทารกแรกเกิด โดยการสังเกตและประเมินจากผิวหนัง เปลือกลูกตา (sclera) ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งที่พยาบาลกระทำอยู่เป็นประจำ และให้ถือว่าทารกแรกเกิดอยู่ในภาวะเสี่ยงที่จะเกิดอาการตัวเหลืองได้เสมอ (Jones 1990:313-317) ดังเช่น วิลเคอร์สัน (Wilkinson 1988:360) กล่าวว่า อาการตัวเหลืองจะพบได้บ่อยในทารกปกติ ประมาณร้อยละ 80 ของทารกแรกเกิดทั้งหมดมีอาการตัวเหลืองและร้อยละ 50 ของทารกแรกเกิดปกติจะมีอาการตัวเหลืองภายในสัปดาห์แรกหลังคลอด แคมเบลล์ และคณะ (Cambell, et al. 1978:1022) กล่าวถึงสถิติทารกแรกเกิดที่มีอาการตัวเหลืองของโรงพยาบาลหญิงควีนชาร์ลอตท์ (Queen Charlotte's Maternity Hospital) ประเทศอังกฤษในปี ค.ศ. 1975 ว่า ทารกที่มีอาการตัวเหลืองในสัปดาห์แรกหลังคลอดที่มีระดับบิลิรูบินในพลาสมา สูงกว่า 12 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ มีมากกว่าร้อยละ 15

สำหรับสถิติทารกแรกเกิดที่มีอาการตัวเหลืองในประเทศไทย อยู่ในระดับสูงไม่แตกต่างจากต่างประเทศมากนัก กล่าวคือ ทารกแรกเกิดที่มีอาการตัวเหลืองของแผนกกุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มีจำนวน 108 คน จากทารกที่เกิดทั้งหมด ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2520 จำนวน 420 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 (สงวนศรี มยุเรศ 2527:2) ส่วนสถิติทารกแรกเกิดของแผนกกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี เมื่อ ปี พ.ศ. 2524 จำนวน 6,014 คน เป็นทารกเกิดครบกำหนด และมีอาการตัวเหลือง 850 คน คิดเป็นร้อยละ 14.13 และปี พ.ศ. 2531 จำนวน 7,775 คน เป็นทารกเกิดครบ

กำหนดและมีอาการตัวเหลือง 1,189 คน คิดเป็นร้อยละ 15.29 (สถิติโรงพยาบาลรามาธิบดี 2536) นอกจากนี้ ยังเป็นอาการที่พบมากที่สุดเป็นอันดับแรกตามข้อวินิจฉัยของแพทย์ ในปี พ.ศ. 2535 ซึ่งแพทย์ลงความเห็นว่า เป็นโรค Unspecified fetal and neonatal jaundice และมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากสาเหตุของการเกิดอาการตัวเหลืองมีส่วนเกี่ยวข้องกับวิธีการคลอด และการเร่งคลอด หรือการกระตุ้นการคลอด ซึ่งนิยมปฏิบัติกันในปัจจุบัน (สุภาวดี อ่อนละมัย 2533:101) มีผลให้มารดาหลังคลอดจำเป็นต้องดูแลบุตรที่มีอาการตัวเหลืองเพิ่มมากขึ้นด้วย

มารดาหลังคลอดเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ มารดาต้องเผชิญกับภาวะร่างกายที่อ่อนเพลียจากการคลอด เจ็บปวดแผลฝีเย็บ ปวดมดลูก ปวดคัดตึงเต้านม และมีน้ำคาวปลาไหลออกมาจากทางช่องคลอด นอกจากนี้ ยังต้องเผชิญกับการปรับบทบาทจากบทบาทภรรยาเป็นมารดา ซึ่งต้องคอยดูแลเอาใจใส่เลี้ยงดูบุตร ต้องเรียนรู้กิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลบุตร เช่น วิธีการให้นมมารดา การอุ้ม การสร้างสัมพันธภาพกับบุตร ตลอดจนเรียนรู้ปฏิกิริยาตอบสนองของบุตร บทบาทดังกล่าว ต้องการการปรับตัว และการตัดสินใจเพื่อเลือกปฏิบัติอย่างถูกต้อง อันเป็นผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และเกิดความสับสนขึ้นในจิตใจของมารดาเป็นอย่างมาก ซึ่งถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตอีกช่วงหนึ่งของชีวิต (Lipkin 1978:125; Sheehan 1981:19-23; Sumner & Fritsh 1977:27) อีกทั้งความรู้สึกหรือบทบาทของการเป็นมารดาไม่ได้เกิดขึ้นทันทีภายหลังคลอด แต่จะต้องใช้เวลาในการเรียนรู้ และพัฒนาความรู้สึกนี้ให้สมบูรณ์แบบยิ่งขึ้น อาจใช้เวลานานเป็นวันหรือเป็นเดือน (Lipkin 1978:53) มารดาทุกคนย่อมหวังเป็นอย่างยิ่งว่า บุตรจะต้องมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง โตขึ้นเป็นเด็กที่ฉลาด จึงได้พยายามเรียนรู้บทบาทการเป็นมารดา โดยเฉพาะการให้บุตรดูนมมารดา . เมื่อมารดาหลังคลอดได้รับทราบข่าวว่า บุตรมีอาการตัวเหลือง ซึ่งเป็นตัวนำความเครียด (stressor) ชนิดหนึ่งที่มารดาไม่เคยคาดคิดมาก่อน ทำให้มารดาประเมินว่าอาการตัวเหลืองของบุตรเป็นเหตุการณ์ที่มากความ และทำอันตรายต่อบุตรซึ่งเป็นบุคคลที่ตนรักและห่วงใยมากที่สุด ซึ่งยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากมารดา จากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองส่วนใหญ่มีความเครียด โดยบางรายแสดงออกในรูปของการร้องไห้ และมีมักจะคิดว่าอาการตัวเหลืองเกิดจากการที่ตนเองให้นมบุตรไม่เป็น ให้บุตรดูนมน้อยเกินไป ขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร เป็นมารดาที่ไม่มีความสามารถตอบสนองความต้องการของบุตร เหตุการณ์ดังกล่าวจึงทำให้มารดามีความเครียดหรือความวิตกกังวล

เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อมารดาเหล่านี้ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ยังผลให้เกิดผลเสียทั้งต่อมารดา และการกในภายหลัง (Hymovich & Camberlin 1980:38; Prugh 1983:441) ประกอบกับการพยาบาลที่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองได้รับ ยังไม่ครอบคลุมที่จะช่วยให้มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองสามารถปรับตัวต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และทันต่อเหตุการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา โดยมารดาหลังคลอดส่วนใหญ่จะรับรู้เพียงว่าบุตรมีอาการตัวเหลือง ต้องกระตุ้นให้บุตรดูดนมมาก ๆ แต่ไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการดูแลรักษา วิธีการสังเกต ตลอดจนสาเหตุที่ทำให้บุตรตัวเหลือง ซึ่งเป็นสิ่งที่มารดาหลังคลอดให้ความสนใจ แต่ไม่ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร

ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญที่ควรจะต้องเอาใจใส่และให้การช่วยเหลือแก่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง เพราะจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การช่วยให้มารดาหลังคลอดทราบถึงเหตุผล และขั้นตอนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการตรวจรักษาบุตรที่เจ็บป่วย โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำต่าง ๆ ที่ถูกต้องตามความเป็นจริง รวมทั้งการสนับสนุนและให้กำลังใจ จะช่วยให้มารดาหลังคลอดลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและสามารถปรับตัวได้เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีโอกาสใกล้ชิดกับมารดาหลังคลอดมากที่สุดผู้หนึ่งที่สามารถจะช่วยให้มารดาหลังคลอดเหล่านี้คลายความวิตกกังวล สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการให้ความรู้และการสนับสนุนในการลดความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง

กรอบทฤษฎี

จากกรอบทฤษฎีความเครียดของลาซารุสและคณะ (Lazarus & Cohen 1977; Lazarus & Launeir 1978; Lazarus & Folkman 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536:106-120) กล่าวว่า ความเครียดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลนั้นเกิดจากการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Transaction) และประเมินสถานการณ์ (Primary appraisal) นั้นว่าเป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm/Loss) เป็นภาวะคุกคาม (Threat) หรือท้าทาย (Challenge) และประเมินถึงแหล่งประโยชน์ (Resources) ที่มีอยู่ที่จะนำมาช่วยจัดการกับสถานการณ์นั้น (Secondary appraisal) ซึ่งความเครียดจะเกิดขึ้นเมื่อความต้องการ (Demands) และแหล่งประโยชน์นั้นไม่สมดุลกัน โดยขึ้นกับปัจจัยที่เป็นเหตุการณ์เฉพาะหน้า (Situational factors) และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (Personal factors) ตลอดจนการประเมินตัดสินใหม่ (Reappraisal)

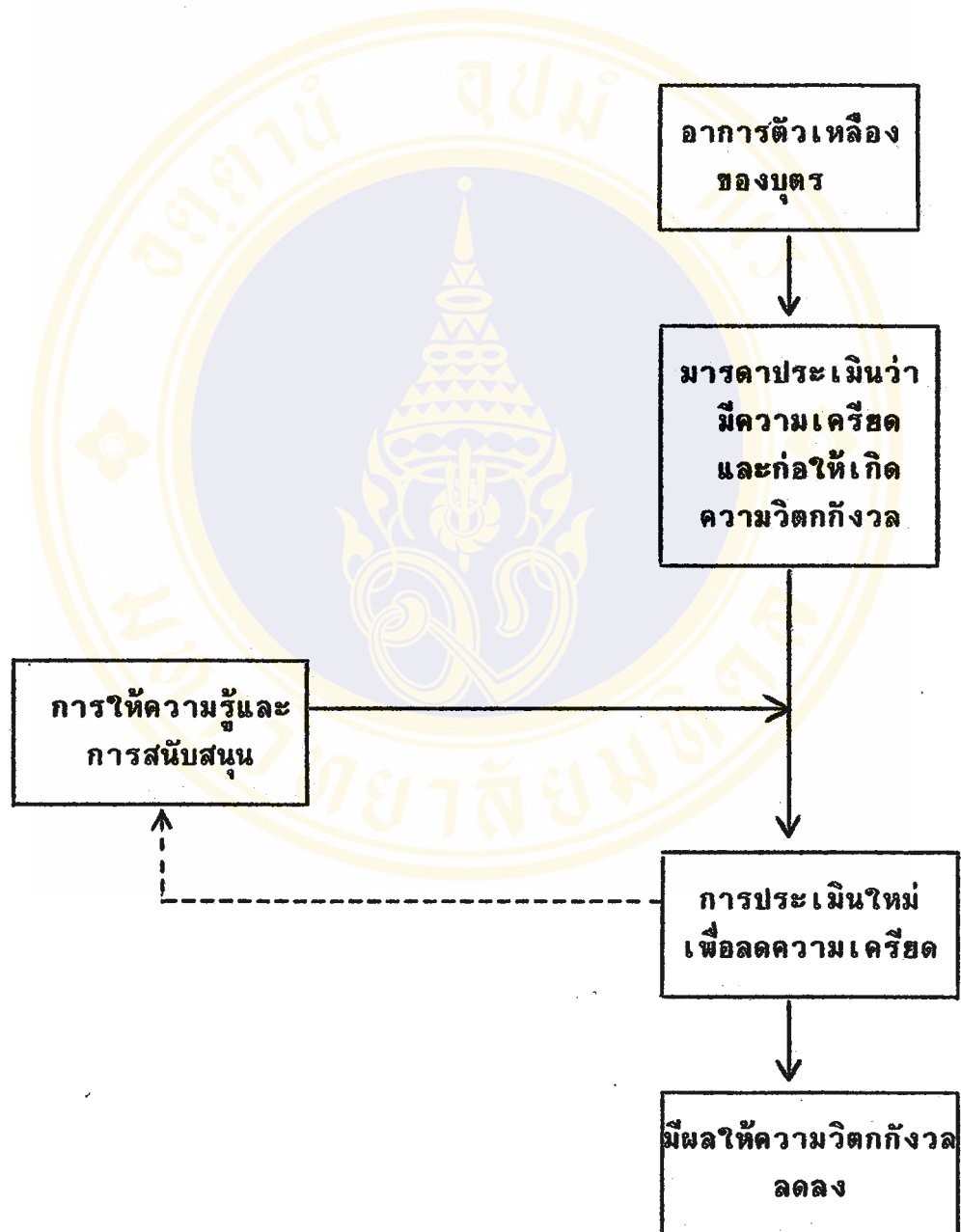
ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคล เมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่เป็นการให้ความหมายของเหตุการณ์เสียใหม่ เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

บุคคลพยายามที่จะเผชิญกับความเครียดใน 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem-focused coping) และการปรับอารมณ์ความรู้สึก (Emotional-focused coping) ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น (Analysis problem) แสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหา (Information seeking) และแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง หรือยุติการกระทำต่าง ๆ ที่คิดว่าเป็นอันตราย หรือการใช้กลไกทางจิต เป็นต้น พยายามจึงควรเข้าไปมีบทบาทในการช่วยเหลือบุคคลที่กำลังมีความเครียด โดยการให้ความรู้และการสนับสนุน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้บุคคลเรียนรู้ที่จะจัดการกับอารมณ์เครียดที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ ยังผลให้ความวิตกกังวลลดลง

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง กับการให้ความรู้และการสนับสนุนดังนี้

อาการตัวเหลืองของบุตรเป็นเหตุการณ์ที่มารดาหลังคลอด ไม่คาดคิดมาก่อน มารดาหลังคลอดแต่ละคน จึงต้องใช้สติปัญญาในการประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุตรในครั้งนี้เป็นความเครียด ซึ่งจะแสดงออกในรูปของความวิตกกังวลขณะเผชิญ และต้องการการปรับตัวโดยจะประเมินถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ เพื่อนำมาใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามที่จะเผชิญกับความเครียดเพื่อลดความวิตกกังวลขณะเผชิญนั้น โดยการมุ่งแก้ไขปัญหาและปรับอารมณ์ที่เป็นทุกข์ ด้วยวิธีการหลากหลายที่ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ และแหล่งประโยชน์ของบุคคล รวมทั้งการประเมินเหตุการณ์ใหม่ เมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่เพื่อลดความเครียด ซึ่งเบลนเนอร์ (Blenner 1992:97) กล่าวว่า การให้ข้อมูล การสนับสนุนให้กำลังใจ จะเป็นแหล่งประโยชน์ที่ช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984:164) ที่ว่า เมื่อเหตุการณ์เปลี่ยนไป บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจเดิม หรือได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ ก่อให้เกิดการป้อนกลับใน 2 รูปแบบคือ 1) เมื่อได้ข้อมูลใหม่จะเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง และ 2) มีการประเมินใหม่ซึ่งมีผลในการลดความเครียดได้มากกว่าการประเมินในครั้งแรก อีกทั้งยังมีแรงสนับสนุนจากบุคคลที่เกี่ยวข้องมาให้ความแนะนำ ให้ความอบอุ่นทางใจ ซึ่งจะช่วยให้

บุคคลสามารถเผชิญความเครียดได้ดี ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการให้ความรู้ และการสนับสนุนมาให้การพยาบาลแก่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง เพื่อให้มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองมีการประเมินเหตุการณ์เสียใหม่ เพื่อลดความเครียด ซึ่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงด้วย โดยสรุปความสัมพันธ์ของตัวแปรที่จะศึกษาในครั้งนี้อย่างต่อไปนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดและความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. ศึกษาระดับความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง
2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) และกลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มทดลอง) ดังนี้
 - 2.1 เมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ (วัดครั้งที่ 1)
 - 2.2 เมื่อส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง (วัดครั้งที่ 2)
3. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟกับเมื่อส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง ใน
 - 3.1 กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)
 - 3.2 กลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มทดลอง)

สมมติฐานในการวิจัย

1. มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟมีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองกลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง มีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกับเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ
4. มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง กลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษเปรียบเทียบความแตกต่างของความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) กับกลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาล

ตามปกติ (กลุ่มทดลอง) โดยศึกษาในมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอดและหลังคลอดที่หอผู้ป่วยสามัญ ภาควิชาพยาบาล ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองที่ต้องรักษาโดยการส่องไฟในระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2538 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2539 จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 32 คน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นการกระตุ้นให้พยาบาลในแผนกสูติกรรมตระหนักถึงการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. เป็นแนวทางในการประเมินความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง ตลอดจนการวางแผนการให้การพยาบาลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. เป็นแนวทางในการนำวิธีการให้ความรู้ และการสนับสนุนมาใช้ลดความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาคุณภาพและประสิทธิภาพของการให้การพยาบาลแก่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง
4. เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาพยาบาล ในแผนกสูติกรรมให้เหมาะสมกับกลุ่มมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง
5. เพื่อให้ผู้บริหารตระหนักถึงความสำคัญ และวางแผนในการจัดอัตรากำลังคนให้เหมาะสมกับจำนวนมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง เพื่อการพยาบาลที่มีคุณภาพครอบคลุมทั้งร่างกายและจิตใจ
6. เป็นแนวทางในการค้นคว้าวิจัยเพื่อปรับปรุงการพยาบาลมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของมารดาหลังคลอด ที่มีบุตรตัวเหลืองนั้นถูกต้องตามความเป็นจริง
2. ภาควิชาพยาบาล มีนโยบายในการให้คำแนะนำแก่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองทุกคน

ข้อจำกัดในการวิจัย

ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมสภาพแวดล้อมต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น แสง เสียง ภาวะเบียดต่าง ๆ ลักษณะการทำงานของเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพในหอผู้ป่วย ฯลฯ ซึ่งอาจมีผลต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองได้

นิยามตัวแปร

การให้ความรู้และการสนับสนุน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความเครียดความวิตกกังวล เกี่ยวกับอาการตัวเหลืองที่เกิดขึ้นกับบุตรของมารดาหลังคลอด โดยการให้ความรู้ในเรื่องอาการตัวเหลือง สาเหตุ การวินิจฉัย วิธีการรักษา ตลอดจนข้อควรปฏิบัติของมารดาเมื่อบุตรได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องไฟและข้อควรปฏิบัติเมื่อบุตรกลับไปอยู่บ้าน พร้อมทั้งให้การสนับสนุนและให้กำลังใจโดยผู้วิจัยสร้างเป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้ แจกให้มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองในวันที่บุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ ผู้วิจัยกำหนดแผนการดำเนินการให้ความรู้และการสนับสนุนในแต่ละวัน เฉพาะมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองในกลุ่มทดลอง เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 วัน วันละ 1 ครั้ง คือ เวลาประมาณ 10.00 น. ของทุกวันร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง คำแนะนำต่าง ๆ ที่แพทย์หรือพยาบาลให้กับมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองโดยไม่จำกัดผู้ให้คำแนะนำ จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ให้

ความวิตกกังวล หมายถึง ระดับคะแนนที่แสดงออกถึงความเครียดในมารดาหลังคลอดที่มีต่ออาการตัวเหลืองของบุตร ซึ่งมารดาหลังคลอดประเมินตัดสินว่า เป็นสถานการณ์ที่คุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัย และสวัสดิภาพของบุตรสามารถประเมินได้โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ สปีลเบอ์เจอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970:20-21) ที่เรียกว่า The State Trait Anxiety Inventory Form X-I ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คุชภักดิ์ สาขุณี วรกิจโกศาทร และ มาลี นิสสัยสุข คะแนนมาก แสดงว่ามีความเครียดหรือความวิตกกังวลมาก

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการทำวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง ซึ่งได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีหัวข้อตามลำดับดังนี้คือ

1. อาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด
2. ทฤษฎีความเครียดของลาซาร์ส
3. มโนทัศน์ของความวิตกกังวล
4. ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความวิตกกังวล
5. ความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง
6. การพยาบาลโดยการให้ความรู้และการสนับสนุน

อาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

อาการตัวเหลืองไม่ใช่โรค แต่เป็นอาการอย่างหนึ่งที่เกิดจากการมีระดับบิลิรูบินในพลาสมาสูง ทำให้ผิวหนัง เยื่อผิวหนัง เปลือกลูกตา (sclera) เล็บ และปัสสาวะมีสีเหลือง เป็นข้อบ่งชี้ว่าเกิดความผิดปกติขึ้นภายในร่างกาย ถ้ามีอาการตัวเหลืองเกิดขึ้นในทารกแรกเกิด ควรได้รับการตรวจรักษาให้ถูกต้องตามสาเหตุ ถ้าปล่อยทิ้งไว้หรือรักษาไม่ทัน เมื่อระดับบิลิรูบินในพลาสมาสูงมาก ๆ จะเกิดอันตรายร้ายแรง โดยเฉพาะในทารกแรกเกิด พบว่า อาจทำอันตรายต่อเนื้อสมองที่เรียกว่า "เคอร์นิกเทอรัส" (Kernicterus) ทำให้ทารกมีอาการแสดงทางระบบประสาทระหว่างวันที่ 2 ถึง 10 โดยทารกจะมีอาการ ชี้นมดูดนมไม่ดี ไม่มีมอโรรีเฟล็กซ์ (Moro reflex) กล้ามเนื้ออ่อนแรง ต่อมากล้ามเนื้อกระดูก ชัก หลังแอ่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง กระหม่อมหน้าโป่ง หมดสติ ส่วนมากทารกจะตายในเดือนแรกหลังคลอด หากรอดชีวิตอาจมีความพิการทางสมอง เช่น หูหนวก งอข้อเข่า ปัญญาอ่อน เป็นต้น (วิไล เลิศธรรมเทวี 2528:264)

บิลิรูบินและกลไกการสร้างในทารกแรกเกิด

บิลิรูบินคือผลผลิตที่เกิดจากการสลายตัวของฮีโมโกลบิน (hemoglobin) โดยฮีโมโกลบิน 1 กรัม สลายตัวแล้วจะให้บิลิรูบิน 3 กรัม (Maisels 1987: 540) บิลิรูบินเป็นสารมีสีไม่ละลายน้ำ แต่สามารถละลายได้ในไขมัน รวมตัวกัน

อยู่กับอัลบูมิน (albumin) ในกระแสเลือด มีรูปร่างไม่คงที่สามารถซึมผ่านผนังเซลล์ได้ (Maisels 1987:535) โดยปกติระดับบิลิรูบินในซีรัมที่สายสะดือของทารกแรกเกิดที่ครบกำหนดจะมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 1 - 3 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือมีค่าเฉลี่ยประมาณ $1.7 - 1.8 \pm 0.7$ มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (Maisels 1987:550) และจะค่อย ๆ สูงขึ้นจนถึง 6-8 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ในวันที่ 3-4 ภายหลังคลอด ต่อจากนั้นจะลดลงอย่างรวดเร็วในวันที่ 5 จนถึง 2 สัปดาห์ ภายหลังคลอด ระดับบิลิรูบินในเลือดจะคงที่อยู่ประมาณ 2 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ และลดลงต่ำกว่า 2 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ในปลายเดือนแรก (วิลเลียม เลิศธรรมเทวี ใน กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และ ดารณี สายะวัน 2528:263) อาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด จะปรากฏให้เห็นเมื่อค่าบิลิรูบินในเลือดประมาณ 5-7 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (Maisels 1987:556) และค่าสูงสุดของบิลิรูบินในเลือดของทารกแรกเกิดไม่ควรเกิน 12 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด (Maisels 1987:551)

สาเหตุของการเกิดอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

สาเหตุของการเกิดอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด มีมากมายหลายประการ แต่พอจำแนกออกเป็น 2 ประการใหญ่ ๆ คือ

1. อาการตัวเหลืองที่เกิดจากสรีระภาวะ (physiological jaundice)
2. อาการตัวเหลืองที่เกิดจากพยาธิภาวะ (pathological jaundice)

สาเหตุของอาการตัวเหลืองที่เกิดจากสรีระภาวะ

อาการตัวเหลืองที่เกิดจากสรีระภาวะมีสาเหตุ 2 ประการ คือ การสร้างบิลิรูบินเพิ่มขึ้นมากเกินไปในเซลล์ตับ และการขับบิลิรูบินออกจากกระแสเลือดได้น้อยลง

1. การสร้างบิลิรูบินเพิ่มขึ้นมากเกินไปในเซลล์ตับ มีสาเหตุมาจาก

- 1.1 มีการสร้างบิลิรูบินเพิ่มขึ้น ในทารกแรกเกิดจะสร้างบิลิรูบินมากกว่าผู้ใหญ่ 2 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากทารกแรกเกิดมีปริมาณของเม็ดเลือดแดงในเลือดสูง อายุของเม็ดเลือดแดงสั้น

- 1.2 การดูดซึมกลับของบิลิรูบินสู่การไหลเวียนเลือดที่ตับ (enterohepatic circulation) ทารกแรกเกิดจะมีการดูดซึมกลับของอันคอนจูเกตเตตบิลิรูบินจำนวนมากกว่าในผู้ใหญ่ นอกจากนี้ลำไส้เล็กของทารกยังมีแบคทีเรียที่จะทำหน้าที่เปลี่ยนคอนจูเกตเตตบิลิรูบินให้เป็นสเตอโคบิลิน และยูโร-

บิลินจำนวนน้อย และมีเอ็นไซม์เบต้ากลูคูโรนิเดส (β -glucuronidase) ซึ่งจะเปลี่ยนคอนจูเกตเตตบิลิรูบินซึ่งถูกดูดซึมกลับไม่ได้ ให้เป็นอันคอนจูเกตเตตบิลิรูบินซึ่งถูกดูดซึมกลับได้ง่าย จากการศึกษาของโปแลนด์และโอเดลพบว่า การดูดซึมกลับของบิลิรูบินสู่การไหลเวียนของเลือดที่ตับ เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดภาวะระดับบิลิรูบินในเลือดสูงของทารกแรกเกิด (Poland & Odell cited in Maisels 1987:543)

2. การขับบิลิรูบินออกจากกระแสเลือดได้น้อยลง มีสาเหตุมาจาก

2.1 ความสามารถในการจับบิลิรูบินของตับลดน้อยลง เนื่องจากไลแกนด์ (Ligandin) ซึ่งเป็นโปรตีนที่ทำหน้าที่จับบิลิรูบินในเซลล์ตับมีปริมาณน้อยในระยะแรก ระดับของไลแกนด์ของทารกแรกเกิดจะมีระดับเท่ากับผู้ใหญ่ในวันที่ 5 หลังคลอด (Maisels 1987:543) ซึ่งสังเกตได้จาก ในวันที่ 5 หลังคลอด ระดับของบิลิรูบินในเลือดจะลดลง และความสามารถของตับในการจับซัลโฟบรอมโอฟาลีน (Sulfobromophalein) จะเป็นปกติ ดังนั้น การจับบิลิรูบินของตับจะไม่ปรากฏให้เห็นในระยะ 5 วันแรกหลังคลอด แต่จะมีความสำคัญในวันที่ 6 - 14 หลังคลอด

2.2 ความสามารถของตับ ในการเปลี่ยนอันคอนจูเกตเตตบิลิรูบินให้เป็นคอนจูเกตเตตบิลิรูบินลดน้อยลง การขาดเอ็นไซม์กลูคูโรนิลทรานสเฟอเรสในตับ ทำให้ตับไม่สามารถเปลี่ยนอันคอนจูเกตเตตบิลิรูบิน ให้เป็นคอนจูเกตเตตบิลิรูบินได้ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอาการตัวเหลืองแบบสรีระภาวะในทารกแรกเกิด จากการศึกษาของการ์ทเนอร์และคณะ พบว่า ลูกกลิ้งแรกเกิดครบกำหนด จะไม่มีการทำงานของเอ็นไซม์กลูคูโรนิลทรานสเฟอเรสใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด การทำงานจะเพิ่มมากขึ้นหลังชั่วโมงที่ 24 พร้อม ๆ กับบิลิรูบินในเลือดจะลดลง (Gartner et al cited in Maisels 1987:544)

2.3 การขับบิลิรูบินลดน้อยลง ความสามารถของตับในการขับบิลิรูบินของทารกแรกเกิดมีขีดจำกัด จึงขับบิลิรูบินออกได้น้อยกว่าเด็กโตหรือผู้ใหญ่และคอนจูเกตเตตบิลิรูบินเท่านั้นที่ตับสามารถขับออกได้ ดังได้กล่าวแล้วว่า หน้าที่ของตับในการเปลี่ยนอันคอนจูเกตเตตบิลิรูบินให้เป็นคอนจูเกตเตตบิลิรูบิน ในทารกแรกเกิดยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากขาดเอ็นไซม์กลูคูโรนิลทรานสเฟอเรส ดังนั้น ทารกที่มีอาการตัวเหลืองจากสรีระภาวะ จะมีการคั่งของอันคอนจูเกตเตตบิลิรูบินมากกว่าคอนจูเกตเตตบิลิรูบิน ถ้าพบว่าคอนจูเกตเตตบิลิรูบินในเลือดของทารกแรกเกิดสูงเกิน 1.5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ถือว่าผิดปกติ (Maisels 1987:543-544)

นอกจากนี้ สาเหตุสำคัญของระดับบิลิรูบินในเลือดสูงในทารกแรกเกิด เนื่องจากสรีระภาวะเชื่อว่า เกิดจากการถูกดูดซึมกลับของอันคอนจูเกตเตตบิลิรูบิน เข้าสู่กระแสเลือดไปที่เซลล์ตับอีกด้วย (Miller 1983:11)

สาเหตุของอาการตัวเหลืองที่เกิดจากพยาธิภาวะ

1. เกิดจากมีการสร้างบิลิรูบินมากเกินไป (increased production) ได้แก่

1.1 มีการแตกทำลายของเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ ได้แก่ หมู่เลือดของมารดากับทารกไม่เข้ากัน ความผิดปกติทางกรรมพันธุ์ เช่น เม็ดเลือดแดงมีรูปร่างผิดปกติ ภาวะพร่องเอ็นไซม์ G6PD ขาดเอ็นไซม์อื่น ๆ ของเม็ดเลือดแดง หรือได้รับวิตามินเค 3 ซึ่งทำให้เม็ดเลือดแตกได้

1.2 ภาวะเลือดออก เช่น จุดเลือดออก (petechia) ก้อนโนของศีรษะ (cephal hematoma) หรือมีการตกเลือดในอวัยวะภายใน เช่น ปอด สมอง เป็นต้น

1.3 ภาวะเม็ดเลือดแดงมากเกินไป (polycythemia) เช่น จากการตัดสายสะดือขณะคลอดช้าเกินไปทำให้เลือดไหลกลับเข้าสู่ทารกมากเกินไป

1.4 มีการดูดซึมของบิลิรูบินทางลำไส้เล็ก เข้าสู่กระแสเลือดที่ตับเพิ่มขึ้น เช่น กรณีที่มีการอุดตันหรือตีบตันของลำไส้เล็กหรือลำไส้ใหญ่ ทำให้อุจจาระขับออกไม่ได้ เป็นต้น

1.5 การติดเชื้อในกระแสเลือด (sepsis)

2. การขับถ่ายบิลิรูบินลดน้อยลง (decreased clearance) ได้แก่

2.1 ความผิดปกติของการเผาผลาญอาหารแต่กำเนิด (inborn errors of metabolism) เช่น galactosemia tyrosinosis hypermethioninemia

2.2 ยาและฮอร์โมนต่าง ๆ เช่น ยาที่แย่งจับบิลิรูบินในเลือดทำให้บิลิรูบินอิสระในเลือดเพิ่มขึ้น เช่น ซัลโฟนาไมด์ ซาลิซึลเลต และโซเดียมเบนโซเอท และฮอร์โมนที่รบกวน Ứัดขวางการทำงานของเอ็นไซม์กลูคูโรไนด์ทรานสเฟอเรส เช่น เพรกแนนไดโอดอล (pregnanediol) ในน่านมมารดา ภาวะต่าง ๆ เช่น ต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยเกินไป (hypothyroidism) เป็นต้น (Maisels 1987:558)

สาเหตุของการเกิดภาวะบิลิรูบินในเลือดสูง ของทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดาเชื่อว่า น้านมมีเอ็นไซม์ 3α (3 alpha), 20β -pregnenediol (20 beta - pregnenediol) ที่ไปยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์ UDP-glucuronyl transferase ในตับ ทำให้อันคอนจูเกตเตตบิลิรูบิน ไม่สามารถเปลี่ยนเป็นคอนจูเกตเตตบิลิรูบินได้. (Poland 1981:86)

อันตรายเนื่องจากอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

ดังได้กล่าวแล้วว่า บิลิรูบินที่คั่งอยู่ในกระแสเลือดในทารกที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงส่วนใหญ่เป็นอันคอนจูเกตเตตบิลิรูบินขณะอยู่ในกระแสเลือด อันคอนจูเกตเตตบิลิรูบินจะจับอัลบูมิน (albumin) ซึ่งอัลบูมิน 1 กรัม จะจับบิลิรูบินได้ประมาณ 8.5 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์ 2525:98) ในภาวะที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูง อัลบูมินจึงไม่สามารถจับบิลิรูบินได้หมด อันคอนจูเกตเตตบิลิรูบินอิสระที่ไม่ถูกจับ จะเข้าไปข่มเนื้อสมองบริเวณก้านสมอง (brain stem) ซีรีเบลลัม (cerebellum) เบซอลแกงเกลีย (basal ganglia) และฮิปโปแคมปัส (hipocampus) ทำให้เกิดความเสียหายต่อระบบประสาทได้ โดยภายใน 3-4 วันแรกทารกจะมีอาการซึม ดูนมได้ไม่ดี ร้องเสียงแหลม และกำลังกล้ามเนื้ออ่อนแรง ต่อมาจะมีอาการเกร็ง กระสับกระส่าย ซักหลังแอ่น ทารกบางคนอาจไม่แสดงอาการเหล่านี้ในระยะเด็กอ่อน แต่เมื่อโตขึ้นอาจมีความผิดปกติทางสมองได้ (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์ 2525:98) นอกจากนี้การศึกษาของ เพ็ญศรี พิชัยสนธิ และคณะ ที่ศึกษาถึงผลของการมีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงกว่าปกติในทารกแรกเกิดในวันที่ 3-4 หลังคลอด โดยเปรียบเทียบกับทารกแรกเกิดในกลุ่มที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงกว่าปกติกับทารกปกติ พบว่า ทารกกลุ่มที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงกว่าปกติมีซัดกิ้งรีเฟล็กซ์ (sucking reflex) อ่อนกว่าทารกปกติ และซัดกิ้งรีเฟล็กซ์ในทารกแรกเกิดที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงจะกลับเป็นปกติเมื่อระดับบิลิรูบินในเลือดลดน้อยลง อาการตุนนมที่อ่อนแรงลงเป็นอาการที่พบเร็วกว่าอาการอื่น นอกจากนี้ ทารกที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูง ยังมีมอโร รีเฟล็กซ์ (Moro's reflex) ในวันที่ 8 และ 9 หลังคลอดน้อยกว่าทารกปกติด้วย และเมื่อเปรียบเทียบกับในกลุ่มที่มีบิลิรูบินในเลือดสูงในระดับต่าง ๆ กันพบว่า อาการแสดงของ รุกตั่ง รีเฟล็กซ์ (rooting reflex) มีความแตกต่างกันตามระดับของบิลิรูบินอย่างมีนัยสำคัญในวันที่ 5 หลังคลอด (เพ็ญศรี พิชัยสนธิ และคณะ 2529:66) อาการต่าง ๆ เหล่านี้ รวมเรียกว่า "เคอร์นิคเทอร์ส" (Kernicterus) การเกิดอาการเคอร์นิคเทอร์สจะสัมพันธ์กับระดับบิลิรูบินที่สูงจากการศึกษาของ โคโรเนส และ แลนคาสเตอร์ พบว่า ทารกคลอดครบกำหนด

จะแสดงอาการเคอร์นิคเทอริสเมื่อบิลิรูบินสูงเกิน 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ส่วนทารกคลอดก่อนกำหนดจะแสดงอาการเมื่อระดับบิลิรูบินสูงเกิน 15 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ สำหรับทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวน้อยมาก ระดับบิลิรูบินสูง 10-12 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ ก็จะทำให้เกิดเคอร์นิคเทอริสได้ (Korones & Lancaster 1981:) อย่างไรก็ตาม มีปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยข้องซึ่งจะทำให้เกิดเคอร์นิคเทอริสได้เร็วขึ้น เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดเป็นกรด การติดเชื้อแบคทีเรีย อัลบูมินในเลือดต่ำ มีกรดไขมันอิสระสูง และยาบางอย่าง เช่น ซาลิซึลเลต ซัลโฟนาไมด์ ซึ่งจะแย่งจับอัลบูมินในเลือด นอกจากนี้ ภาวะบางอย่างซึ่งเพิ่มการเผาผลาญสารอาหารและการใช้ออกซิเจนเช่น ทารกในครรภ์เกิดภาวะ fetal distress หรือทารกมีอุณหภูมิในร่างกายต่ำ จะทำให้ทารกที่มีระดับบิลิรูบินไม่สูงแต่มีโอกาสที่จะเกิดเคอร์นิคเทอริสได้ (วิลเลียมส์ เลิศธรรมเทวี 2528:265)

การรักษา

การรักษามีจุดมุ่งหมายทั่วไปคือ เพื่อลดระดับบิลิรูบินป้องกันการเกิดเคอร์นิคเทอริส ซึ่งมี 4 วิธี คือ การกระตุ้นทารกดูดนมมาก ๆ การรักษาด้วยการส่องไฟ (phototherapy) การถ่ายเปลี่ยนเลือด และการรักษาด้วยยา

1. การกระตุ้นทารกดูดนมมาก ๆ จะช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ให้ขับถ่ายอุจจาระซึ่งมีบิลิรูบินออกไป และป้องกันการดูดซึมกลับของบิลิรูบินในลำไส้ด้วย

2. การรักษาด้วยการส่องไฟ จะใช้รักษาทารกที่มีอาการตัวเหลืองเนื่องจากมีระดับอันคอนจูเกตเตดบิลิรูบินสูงโดยมีจุดประสงค์ดังนี้คือ

2.1 เพื่อป้องกันระดับบิลิรูบินสูงสำหรับทารกเสี่ยงอันตราย เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีระดับบิลิรูบินสูงตั้งแต่ 10 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

2.2 เพื่อรักษาทารกตัวเหลืองที่ตรวจพบว่า มีสาเหตุอื่นร่วมด้วย ส่วนมากจะใช้ร่วมกับการรักษาด้วยการถ่ายเปลี่ยนเลือด

3. การถ่ายเปลี่ยนเลือด มีจุดประสงค์เพื่อ ดึงเอาบิลิรูบินที่มากเกินไปออกอย่างรวดเร็ว ซึ่งจำเป็นมากในทารกที่มีระดับบิลิรูบินเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มักพบในทารกที่เกิดอาการตัวเหลือง เนื่องจากมีการทำลายของเม็ดเลือดแดง เช่น ภาวะการไม่เข้ากันของหมู่เลือด อาร์เอช หรือ เอบีโอ โดยทั่วไปถือว่าระดับต่ำสุดของบิลิรูบินที่อาจทำอันตรายต่อเนื้อสมอง คือ 20 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ จึงต้องให้การรักษาโดยการถ่ายเปลี่ยนเลือด (Williams 1971 : 1397; Wallis & Harvey 1979:1321)

4. การรักษาด้วยยา โดยการให้ฟีโนบาร์บิทัล (phenobarbital) ซึ่งจะกระตุ้นเอ็นไซม์กลูตาโรไนล์ทรานสเฟอเรสของตับให้ทำงาน ฟีโนบาร์บิทัลใช้ในการป้องกันการเกิดอาการตัวเหลือง แต่จะได้ผลในทารกเกิดครบกำหนดเท่านั้น และไม่นิยมใช้กันเนื่องจากต้องใช้เวลานาน 3-4 วัน จึงจะเห็นผล

จะเห็นได้ว่าทั้งสาเหตุ การวินิจฉัย การรักษา ตลอดจนอันตรายอันเนื่องมาจากอาการตัวเหลืองดังกล่าว มีผลให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดขึ้นได้ เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่มารดาหลังคลอดประเมินว่า เป็นอันตรายต่อบุตรอันเป็นที่รัก เป็นเหตุการณ์ที่คุกคามความปลอดภัย ซึ่งมีผลให้เกิดความกลัวที่ต้องแยกจากบุตร กลัวความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการวินิจฉัย การรักษา ระยะเวลาในการหายจากอาการตัวเหลืองของบุตร ความกลัวในสิ่งที่ไม่รู้ การสูญเสียบทบาทของการเป็นมารดา ความรู้สึกผิดที่เป็นต้นเหตุให้ทารกมีอาการตัวเหลือง ตลอดจนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่ต้องใช้ในการรักษาอาการตัวเหลืองของทารก ฯลฯ สิ่งต่าง ๆ ดังกล่าวเป็นตัวกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดเกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้นได้

ทฤษฎีความเครียดของลาซารัส

ลาซารัสและคณะ (Lazarus & Cohen 1977; Lazarus & Launeir 1978; Lazarus & Folkman 1984 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536:106) มองความเครียดว่าไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม แต่คนกับสิ่งแวดล้อมจะมีอิทธิพลซึ่งกันและกันดังนั้น ความเครียด (Stress) จึงหมายถึง เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนจะต้องให้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการปรับตัว นั่นคือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจะเครียดหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (Demands) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (Resources) ของบุคคลนั้น การตัดสินใจภาวะเครียดของบุคคลต้องผ่านกระบวนการความรู้สึกนึกคิด

เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในชีวิตของบุคคล บุคคลจะมีการประเมินต่อสถานการณ์นั้น ๆ จากการเรียนรู้ของตนเอง (Cognitive Appraisal) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้ (Lazarus & Folkman 1984:52-53)

1. การประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary Appraisal) เป็นการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นถึงความสำคัญ และความรุนแรงของเหตุการณ์นั้นต่อสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งเมื่อต้องประสพกับเหตุการณ์ต่าง ๆ บุคคลจะตั้งคำถามกับตนเอง

ว่า "ฉันจะลำบากหรือไม่ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต" หรือ "ฉันจะได้รับประโยชน์อะไร" ดังนั้นการประเมินตัดสินความสำคัญของเหตุการณ์นี้อาจแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ

1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง หรือเหตุการณ์นั้นไม่มีผลดีหรือผลเสียกับตนเอง (Irrelevant) คือ การที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตน หรือตนไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับเหตุการณ์นั้น ๆ

1.2 มีผลในทางที่ดีกับตนเอง หรือให้ผลในทางบวกกับตนเอง (Benign positive) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นมีผลในทางที่ดีกับสวัสดิภาพของตนเอง ซึ่งบุคคลนั้นจะเกิดการผ่อนคลาย และสามารถหันเหความสนใจไปในเรื่องอื่น ไม่ต้องใช้ความพยายามในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น หรือไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

1.3. ประเมินว่าเป็นภาวะเครียด (Stressful) คือการพิจารณาตัดสินว่า ในเหตุการณ์นั้น บุคคลต้องดึงแหล่งประโยชน์ในการปรับตัวมาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังของแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งการประเมินว่า เป็นความเครียดนั้นจะมี 3 ลักษณะคือ

1.3.1 เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and Loss) หมายถึง การที่บุคคลประเมินว่าเกิดการเสียหายขึ้นกับตนเองแล้ว เช่น ผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุเกิดการบาดเจ็บ ซึ่งได้ตระหนักแล้วว่า เกิดการเสียหายกับชีวิตและทรัพย์สินของตนเอง

1.3.2 คุกคาม (Threat) เป็นการประเมินถึงอันตรายหรือการสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ในกรณีความเจ็บป่วยของบุคคล อาจประเมินทั้งเป็นอันตราย สูญเสีย และคุกคามผสมผสานกัน เช่น ผู้ป่วยถูกตัดขา นอกจากจะประเมินว่า อันตรายได้เกิดขึ้นกับตนและตนได้สูญเสียขาไปแล้ว ยังประเมินว่าเหตุการณ์นี้คุกคามต่อการสูญเสียหน้าที่การงาน และศักยภาพในชีวิตต่อไปในอนาคต เป็นต้น

1.3.3 ทำทาย (Challenge) เป็นการพิจารณาตัดสินว่าเหตุการณ์นี้อาจจะเป็นอันตราย แต่มีทางที่จะควบคุมได้ หรืออาจจะให้ประโยชน์กับตนเองทำให้มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น

2. การประเมินขั้นทุติยภูมิ (Secondary Appraisal) เป็นการประเมินถึงแหล่งประโยชน์และทางเลือกต่าง ๆ ในการจัดการกับเหตุการณ์นั้น ๆ ในการประเมินชนิดนี้ ผู้ประเมินจะตั้งคำถามว่า "โอกาสที่จะสำเร็จมีมากน้อยเพียงใด" " มีทางเลือกใดบ้างที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น " และ " ผลที่ตามมาจะเป็นอย่างไร " การประเมินชนิดทุติยภูมิ ไม่จำเป็นต้องตามหลังการประเมินชนิดปฐมภูมิ แต่อาจจะเกิดขึ้นพร้อม ๆ กันได้

3. การประเมินซ้ำ (Reappraisal) เมื่อไม่สามารถจัดการกับสถานการณ์ได้ บุคคลจะมีการประเมินใหม่จากการได้รับข้อมูลใหม่จากสิ่งแวดล้อมและ/หรือบุคคล

การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด รุนแรงมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factors) และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (Personal factor) คือ

ปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่

1. ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายแก่ชีวิต เช่น การเป็นโรคมะเร็ง หรือเป็นโรคเอดส์ บุคคลย่อมประเมินว่า เป็นอันตรายและสูญเสียอย่างมาทั้งในปัจจุบันและอนาคต
2. ลักษณะของเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด ถ้าเป็นเหตุการณ์ใหม่ซึ่งบุคคลไม่เคยพบหรือประสบมาก่อน ไม่ทราบว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต บุคคลอาจประเมินว่าเป็นภาวะคุกคาม
3. ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ ถ้าเหตุการณ์นั้นมีความคลุมเครือหรือไม่แน่นอน บุคคลอาจจะประเมินว่าเป็นภาวะเครียด เนื่องจากความคลุมเครือทำให้บุคคลไม่สามารถคาดเดาได้ถูกต้องว่า ตนจะสามารถควบคุมสถานการณ์ได้หรือไม่ และไม่สามารถหาวิธีการที่เหมาะสม ในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น ๆ ได้

ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล ได้แก่

1. ข้อผูกพัน (Commitment) เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคล และบุคคลนั้นมีข้อผูกพันมากน้อยเพียงใด ถ้ามีมากบุคคลอาจจะประเมินว่า เป็นภาวะเครียดที่คุกคามสวัสดิภาพของตนเองเป็นอย่างมาก
2. ความเชื่อ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่า ตนเองสามารถควบคุมเหตุการณ์นั้น ๆ ได้ ความเครียดนั้นอาจจะออกมาในลักษณะท่าท่าย แต่ถ้าเชื่อว่า ตนไม่สามารถควบคุมได้ อาจจะประเมินว่าคุกคาม สูญเสีย หรือเป็นอันตราย
3. สติปัญญาของบุคคลจะมีผลต่อการประเมิน ผู้ที่มีสติปัญญาดีสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง จึงอาจจะเกิดความเครียดน้อยกว่าผู้ที่ประเมินเหตุการณ์ไม่ถูกต้อง

จากแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซาร์สดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดของสปีลเบิร์กเจอร์ (Spielberger 1979 cited in Endler & Edwards 1982:39) ที่มีความเห็นว่า ความเครียดเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีต่อเหตุการณ์เครียดนั้นและมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ คือ มีความวิตกกังวล ดังรายละเอียดเกี่ยวกับมโนทัศน์ของความวิตกกังวลที่จะกล่าวต่อไปนี้

มโนทัศน์ของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ซึ่งนักจิตวิเคราะห์เชื่อว่า จะเกิดขึ้นได้ตั้งแต่แรกคลอด จนถึงวาระสุดท้ายแห่งชีวิต (Robert 1978:26) การศึกษาเรื่องความวิตกกังวลนี้มีมานานกว่าร้อยปี จึงมีผู้ให้ความหมายไว้อย่างมากมาย ดังต่อไปนี้

สปีลเบิร์กเจอร์ (Spielberger 1967:5) อธิบายถึงความวิตกกังวลไว้ว่า ความวิตกกังวล เป็นสภาวะที่บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่นและตึงเครียด ซึ่งเป็นผลมาจากการคิดประเมินสภาพการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่า ทำให้เกิดอันตรายกับบุคคลมากน้อยเพียงใด ความแตกต่างในการคิดประเมินนี้ขึ้นกับการรับรู้ และกระบวนการคิดของแต่ละบุคคล

แลดเดอร์และมาร์ค (Lader & Marks 1971:25) กล่าวว่า ความวิตกกังวลจะเกิดควบคู่ไปกับความเครียดหรือความรู้สึกถูกคุกคาม ความวิตกกังวลเป็นความกลัวต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้แน่ชัด และเป็นผลจากการประเมินว่า เหตุการณ์ที่เผชิญอยู่นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพ

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล หมายถึง ภาวะที่บุคคลมีความรู้สึกเหมือนถูกคุกคามเสียดแทง ตกอยู่ในภาวะของความไม่มั่นคงปลอดภัย ความไม่แน่นอน ไม่ทราบว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกนี้ทำให้บุคคลเกิดความหวาดหวั่นตึงเครียด กระวนกระวายใจ หรือไม่สบายโดยมีการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

กลไกการเกิดความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่แสดงออกนั้น ประกอบด้วยความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล (Trait Anxiety) และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน (State Anxiety) สาเหตุ และองค์ประกอบของความวิตกกังวลทั้ง 2 ชนิด สามารถอธิบายได้ดังนี้

ความวิตกกังวลแฝง เกิดจากสาเหตุทางพันธุกรรม ประสบการณ์ในอดีต และสภาวะด้านอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน องค์ประกอบเหล่านี้ มีปฏิสัมพันธ์กัน (Interaction) จนกลายเป็นส่วนหนึ่งของความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวบุคคล เมื่อมีสิ่งเร้าภายนอกมาเสริม เช่น การแต่งงาน การเปลี่ยนงานใหม่ การเจ็บป่วย สิ่งเร้าภายนอกเหล่านี้ จะเข้าสู่การรับรู้ของระบบประสาทส่วนกลาง เกิดการประเมินว่า สิ่งเร้าที่มากระทบนั้น ทำให้เกิดความวิตกกังวลในขณะเผชิญมากน้อยเพียงใด ซึ่งสามารถแสดงออกได้ 3 ด้าน คือ

1. เกิดความรู้สึกวิตกกังวล ที่แสดงออกให้เห็นชัดเจนในขณะเผชิญโดยผ่านทางศูนย์ควบคุมอารมณ์ (Limbic system)

2. เกิดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ผ่านทางเรตติคิวลาร์ฟอร์มเมชัน (Reticular formation) ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก

3. มีการใช้กลไกการปรับตัว (Coping mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวลและกำจัดสาเหตุของความวิตกกังวล

การแสดงออกทั้ง 3 ด้านนี้ จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน อาจเกิดอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วโยงไปสู่อีกการแสดงหนึ่งได้ เมื่อมีความวิตกกังวล บุคคลจะพยายามหาทางลดความวิตกกังวล เพื่อปรับสู่สภาวะสมดุลด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น ลดการกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ใช้กลไกการปรับตัวเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัว ซึ่งถ้าสามารถทำได้ ก็จะช่วยลดความวิตกกังวลได้ และประสบการณ์นี้จะก่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปใช้ลดความวิตกกังวลคราวต่อไป แต่ถ้าไม่สามารถลดความวิตกกังวลได้ ก็จะมีการคิดปรับปรุงหาวิธีการแก้ไขใหม่ ถ้าวิธีใหม่ไม่ประสบผลสำเร็จ ก็อาจนำไปสู่ภาวะวิกฤตได้

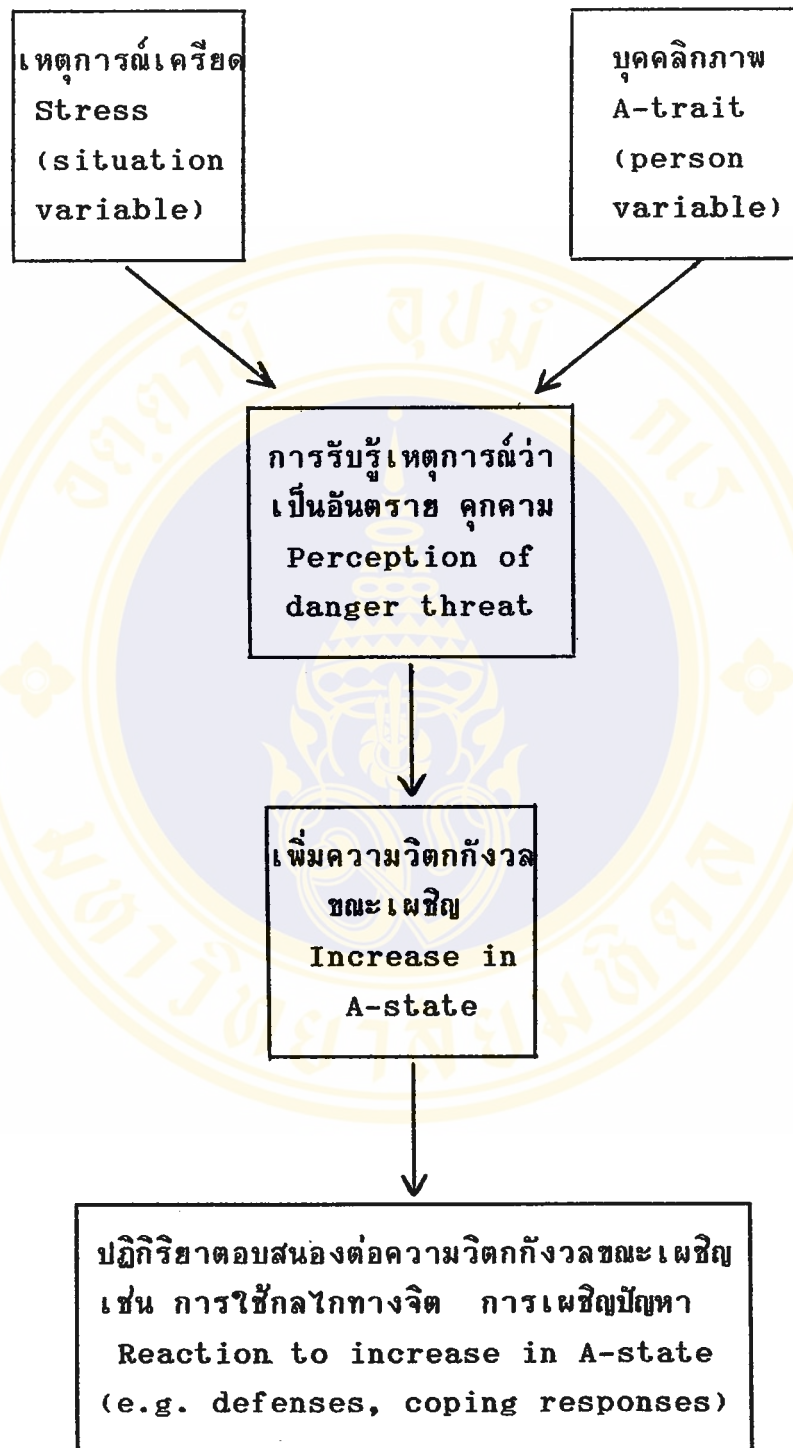
หากจะพิจารณาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และความวิตกกังวล ก็จะพบว่า ความเครียดเป็นเสมือนตัวนำที่ทำให้เกิดการกระทำ แต่ไม่ใช่ผลของการกระทำ ในขณะที่ความวิตกกังวลเป็นผลที่เกิดจากความเครียด ดังคำชี้แนะของลาซารัสและเอเวอร์ริล (Lazarus & Averill 1972 cited in Lamontagne 1985:289) ที่ว่า ความวิตกกังวลเป็นผลจากการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่า

เป็นภาวะคุกคามและประหม่นอย่างต่อเนืองจนกว่าจะสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ อย่างไรก็ตามเมื่อเกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้นในร่างกาย จะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเหมือนกัน

จากมโนทัศน์และกลไกการเกิดความวิตกกังวลดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีความสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของลาซารัส ซึ่งเอ็นเลอร์และเอดเวิร์ด (Endler & Edwards 1982:36-44) ได้นำแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและแนวคิดความวิตกกังวลของสปีลเบอ์เจอร์ดังกล่าว มาอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความวิตกกังวลที่จะกล่าวต่อไปนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความวิตกกังวล

เอ็นเลอร์และเอดเวิร์ด (Endler & Edward 1982:36-44) อาศัยแนวคิดทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและแนวคิดความวิตกกังวลของสปีลเบอ์เจอร์ มาใช้ในการอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และความวิตกกังวลโดยอธิบายว่า เมื่อบุคคลและสิ่งแวดล้อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน บุคคลจะประหม่นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นเหตุการณ์เครียด ซึ่งจะแตกต่างกันไปแล้วแต่ปัจจัยทางด้านบุคคล (A-trait) และเหตุการณ์เครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญ (A-state) เมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีเหตุการณ์เครียดเกิดขึ้น ก็จะส่งผลให้มีความวิตกกังวลขณะเผชิญมากขึ้น และจะมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อความรู้สึกนั้น โดยใช้กลไกทางจิตหรือการเผชิญปัญหา ดังแผนภาพต่อไปนี้



แผนภาพที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดและความวิตกกังวล
Stress and the anxiety process
(Endler & Edwards 1982:41)

จะเห็นได้ว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลดังได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของ สปีลเบิร์กเจอร์และคณะ (Spielberger, et al. 1970 : 20-21) มาเป็นเครื่องมือในการวัดระดับความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง แทนการประเมินระดับความเครียดซึ่งวัดได้ยาก

การวัดระดับของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละครั้งนั้น มีความรุนแรงไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นกับสิ่งกระตุ้น ความหมายของเหตุการณ์และบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ โดยทั่วไปแล้วระดับความวิตกกังวลสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ ดังนี้คือ

(Mitchell 1977:222-223; Peplau 1979:82; Phipps, Long & Woods 1983:180; Johnson 1986:267)

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) เป็นระดับที่ทำให้บุคคลมีความตื่นตัว ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสทั้งห้าดีขึ้น ความสามารถในการเรียนรู้ และความสามารถในการแก้ปัญหาดีขึ้น นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ในตัวบุคคล

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) เป็นระดับที่ทำให้บุคคลสนใจต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ความสามารถในการรับรู้ของประสาททั้งห้าแฉกลดลง เลือกลงใจ เฉพาะสถานการณ์บางส่วน ร่างกายบางส่วนตอบสนองต่อความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อตึงตัว หายใจเข้าออกแรง รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร หรือปวดศีรษะ เป็นต้น

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) เป็นระดับที่ทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาททั้งห้าแฉกลดลงอย่างมาก การมองสภาพแวดล้อมจะบิดเบือนไปจากสภาพความเป็นจริง รับรู้รายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเพียงบางส่วน ไม่สามารถเชื่อมโยงรายละเอียดของเหตุการณ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะมีความไม่สบายทั้งทางร่างกาย และอารมณ์ พฤติกรรมที่แสดงออกมามีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรงที่สุด (Panic anxiety) เป็นระดับที่ทำให้ความสามารถในการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ผิดไปจากความเป็นจริง บุคคลจะสูญเสียการควบคุมตนเอง ไม่สามารถทำในสิ่งง่าย ๆ ได้ บุคลิกภาพและความคิดจะผิดปกติกว้าง ความสามารถในการเรียนรู้เสียไป อาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนร่วมด้วย นอกจากนี้อาจมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ได้ หรืออาจตกอยู่ในภาวะซึมเศร้าจนถึงตายได้

จะเห็นได้ว่า ความวิตกกังวลไม่ใช่อารมณ์ที่เลวร้ายเสมอไป มีทั้งประโยชน์และโทษต่อบุคคล กล่าวคือ ถ้ามีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย หรือปานกลาง จะทำให้เกิดผลในทางสร้างสรรค์แก่บุคคลนั้น ๆ โดยจะเป็นตัวกระตุ้นให้มีการตื่นตัว สามารถแก้ปัญหาและกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แต่สำหรับความวิตกกังวลระดับสูง และสูงที่สุดนั้น จะเป็นตัวขัดขวางกิจกรรมความสามารถต่าง ๆ จนอาจถึงเจ็บป่วยทางจิตประสาทได้

การประเมินระดับความวิตกกังวล

เนื่องจากความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ ซึ่งแต่ละคนมีความรู้สึกแตกต่างกันออกไป ดังนั้น เพื่อที่จะทราบถึงความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลจึงได้มีการประเมินความวิตกกังวลไว้ 3 วิธี คือ

1. การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological Measure of Anxiety) เป็นการวัดการเปลี่ยนแปลงที่แสดงออกทางร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความดันโลหิต การขยายของม่านตา และการมีเหงื่อออก เป็นต้น ซึ่งการวัดนี้จะใช้เครื่องมือในการวัด เช่น เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของหัวใจ (Electrocardiogram) เครื่องมือวัดอัตราการเต้นของชีพจร (Mechanical Pulse Detective) และเครื่องดูการขยายของม่านตา (Pupillography) เป็นต้น และฮอดจ์ส (Hodges) กล่าวว่า เป็นการลำบากมากในการวัดความวิตกกังวลโดยวิธีนี้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวล จะไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงของผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวล และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลมีแบบแผนที่แตกต่างกัน

2. การประเมินโดยให้แบบสอบถามด้วยตนเอง (Self - Report Measure of Anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวล ซึ่งเป็นความรู้สึกที่ตนเองรับรู้ได้โดยใช้แบบสอบถามให้ตอบความรู้สึกของตนเอง แล้วจึงนำมาประเมินระดับความวิตกกังวล แบบสอบถามดังกล่าวได้มีผู้สร้างขึ้นใช้หลายชนิด เช่น The State - Trait Anxiety Inventory ของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger) เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในขณะทำแบบทดสอบนั้น และในสถานการณ์ทั่วไป และ The Self-Rating Scale ของ ซุง (Zung) เป็นแบบประเมินความรู้สึกของตนเองในช่วงเวลานั้น และเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมาแล้ว

3. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavior Measure of Anxiety) การสังเกตนี้จะสังเกตถึงความผันแปรในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ ความสอดคล้องกันของการทำงานของร่างกายกับการรับรู้ ความจำ การเรียนรู้ที่ง่าย ๆ หรือซับซ้อน เนื่องจากมีความ

เชื่อว่า พฤติกรรมของมนุษย์ที่แสดงออกมานั้น เป็นปฏิกิริยาสะท้อนมาจากอารมณ์ภายในใจ ซึ่งบุคคลอื่นสามารถสังเกตเห็นได้ เช่น มีอาการกระสับกระส่าย ลุกลุกกลน มือสั่น ถอนหายใจ พุดรัวเร็ว หรือร้องไห้ เป็นต้น

เมื่อมารดาหลังคลอดทราบข่าวว่าบุตรมีอาการตัวเหลือง มารดาทุกคนย่อมรู้สึกตกใจกลัว และเป็นห่วงบุตรของตน ซึ่งเป็นอาการที่แสดงออกทางอารมณ์ บ่งบอกถึงความวิตกกังวลที่มีต่อบุตร ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง

ภาวะหลังคลอดเป็นวิกฤตการณ์ที่สำคัญที่สุดในกระบวนการปรับตัวของการเป็นบิดามารดา แม้ว่าจะได้มีการรับรู้ หรือเตรียมการมาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในมารดาซึ่งมีบุตรเป็นคนแรก (Sumner & Fritsch 1977:27) เมื่อมารดาหลังคลอดได้รับแจ้งว่า บุตรของตนมีอาการตัวเหลือง จำเป็นต้องได้รับการรักษาอาการตัวเหลืองด้วยวิธีการส่องไฟซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มารดาหลังคลอดไม่เคยคาดคิดมาก่อน และกระทบกระเทือนจิตใจของมารดาเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ อาการตัวเหลืองของบุตรยังเป็นเหตุการณ์ที่มารดาหลังคลอดประเมินว่าเป็นตัวนำความเครียด (Stressor) ซึ่งทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้สึกวิตกกังวล โดยเฉพาะในมารดาที่มีบุตรคนแรก มักจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการตัวเหลืองจากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่ามารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองจะแสดงออกในรูปของการตั้งคำถาม ซึ่งส่วนใหญ่จะถามว่าอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิดเป็นอย่างไร เหมือนกับบิด้านในผู้ใหญ่หรือไม่ สังเกตได้อย่างไร มีสาเหตุจากอะไร มีอันตรายมากน้อยเพียงใด และเมื่อหายจากอาการตัวเหลืองแล้ว จะยังคงมีความพิการใด ๆ เกิดขึ้นหรือไม่จะทำให้บุตรเป็นเด็กปัญญาอ่อนได้หรือไม่ มีวิธีการตรวจรักษาอย่างไร อีกทั้งวิธีการตรวจทำให้บุตรได้รับความเจ็บปวดจากการเจาะเลือด ทำให้มารดาหลังคลอดรู้สึกสงสาร และเป็นห่วงบุตรมากขึ้น นอกจากนี้ มารดาหลังคลอดบางรายจะมีความรู้สึกผิด คิดว่าเป็นความผิดของตนที่ทำให้บุตรมีอาการตัวเหลือง เนื่องจากขาดประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรของตนให้ดีได้เหมือนมารดาคนอื่น ๆ ทั่วไป และถ้าบุตรสามารถกลับบ้านได้ ตนเองจะมีความสามารถในการเลี้ยงดูบุตรได้หรือไม่ บุตรจะมีโอกาสกลับมามีอาการตัวเหลืองได้อีกหรือไม่ ความรู้สึกไม่มั่นใจหรือไม่แน่ใจ และขาดความรู้เกี่ยวกับอาการตัวเหลืองดังกล่าว ยิ่งทำให้มารดาหลังคลอดขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และอาจจะเป็นผลให้เกิดปัญหาในการปรับตัวต่อการรับบทบาทในการเป็นมารดาที่ดีต่อไป (เทียมศร ทองสวัสดิ์ 2535:390) ซึ่งมารดาหลังคลอดเหล่านี้ควรได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด

พยายามควรจัดแบ่งเวลา หรือเปิดโอกาสให้มารดาหลังคลอดได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล และซักถามในสิ่งที่สงสัย ซึ่งความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง เป็นภาวะทางจิตใจที่พบได้เสมอ เมื่อบุคคลเกิดความเครียดจากการที่มีความรู้สึกสงสัย ความไม่มั่นคงปลอดภัย หรือมีสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่มาคุกคามต่อชีวิตหรือบุคคลอื่นเป็นที่รัก (Beland & Passos 1981:482) ความเครียดที่เกิดขึ้นจะมากหรือน้อยในแต่ละบุคคลนั้นมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เดิม รูปแบบการเผชิญปัญหาของบุคคลนั้น การรับรู้ถึงสิ่งต่าง ๆ ที่มาคุกคาม (ทัศนาศาสตร์ 2528:1373) และเมื่อมารดาหลังคลอดประเมินเหตุการณ์นี้ว่าเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งจะทำให้มารดามีปฏิกิริยาต่ออาการตัวเหลืองของบุตรดังนี้คือ

1. ไม่เชื่อ เนื่องจากมารดาหลังคลอดสังเกตอาการตัวเหลืองของบุตรไม่เป็น และไม่เคยเห็นมาก่อน นอกจากนี้ บุตรยังสามารถดูดนมมารดาหรือมีพฤติกรรมต่าง ๆ ไม่ผิดไปจากเดิม และยังสามารถเลี้ยงบุตรด้วยตนเอง เว้นเสียแต่ว่าบุตรมีอาการตัวเหลืองมาก และสังเกตเห็นได้ชัด หรือจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ โดยแยกบุตรไปจากอ้อมอกของมารดา เมื่อนั้นมารดาจึงจะยอมรับว่าบุตรมีอาการตัวเหลือง และเป็นอันตรายต่อบุตรอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หรือมารดาบางคนอาจจะช็อค และไม่เชื่อว่าเป็นความจริงเมื่อได้รับการบอกเล่าจากแพทย์ (Glasscock 1982:502)
2. โกรธ เมื่อรู้ว่าบุตรมีอาการตัวเหลือง มารดาอาจจะโกรธแพทย์หรือพยาบาล หรือพระเจ้า หรือโกรธตนเองที่ไม่สามารถเลี้ยงดูบุตรของตนให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงได้ และมารดาบางรายอาจจะรู้สึกผิด
3. ความรู้สึกผิด ฟอสเทล (Fostel 1978:57) กล่าวว่า ความรู้สึกผิดนั้น เกิดจากการที่มารดาคิดว่าตนเองเป็นสาเหตุของการทำให้บุตรมีอาการตัวเหลือง เป็นมารดาที่ไม่มีความสามารถและเป็นมารดาที่ดีไม่ได้ (Glasscock 1982:509)
4. ความกลัว มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองมักจะกลัวว่าบุตรจะมีอาการตัวเหลืองมากขึ้นจนเป็นอันตรายร้ายแรง และมักจะกลัวในสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น โดยมารดาจะแสดงออกในรูปของการร้องไห้ การซักถาม ซึ่งมักจะถามว่าอาการตัวเหลืองเกิดจากสาเหตุอะไร มีอันตรายมากน้อยเพียงไร มีวิธีการรักษาหรือดูแลบุตรอย่างไร จะสังเกตอย่างไรว่ามีอาการตัวเหลือง และเมื่อหายจากอาการตัวเหลืองแล้วจะกลับมาเป็นซ้ำอีกหรือไม่ หรือทำให้บุตรมีความพิการหรือปัญญาอ่อนได้หรือไม่ เหล่านี้เป็นต้น ซึ่งชินน์ วินน์ และวอลเตอร์ (Chinn, Winn & Walter 1978:22) กล่าวว่า ความกลัวจะลดลงเมื่อมารดาได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ

แต่อย่างไรก็ดี เมื่อมารดาหลังคลอดประเมินว่าอาการตัวเหลืองของบุตรก่อให้เกิดความเครียด และมีปฏิริยาต่อความเครียดต่าง ๆ กันดังกล่าว มารดาหลังคลอดจึงต้องแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ ซึ่งหมายถึง เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพมาช่วยในการให้ข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ การได้รับความอบอุ่นทางใจจากบุคคลที่ใกล้ชิดเพื่อช่วยในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม ฉะนั้นการพยาบาลที่มารดาหลังคลอดควรจะได้ จะต้องสอดคล้องกับความต้องการของมารดาหลังคลอดในขณะนั้น ผู้วิจัยมีความคาดหวังว่า การพยาบาลโดยการให้ความรู้และการสนับสนุน จะสามารถช่วยให้มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองมีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับอาการตัวเหลืองของบุตร ได้ตรงตามความเป็นจริง สามารถลดความเครียดที่แสดงออกทางด้านอารมณ์ ความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งมีขั้นตอนในการปฏิบัติดังรายละเอียดต่อไปนี้

การพยาบาลโดยการให้ความรู้และการสนับสนุน

พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวลอันเนื่องมาจากอาการตัวเหลืองของบุตร เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการมากที่สุด ซึ่งการพยาบาลที่พยาบาลสามารถกระทำได้มีหลายวิธีดังนี้ (อูบล นิวัติชัย 2528:1115-1116; Chisom cited in Rawlin et al. 1993:196-204; Shives 1994:291)

1. ตระหนักว่าผู้รับบริการอยู่ในภาวะเครียดและมีความวิตกกังวล โดยการวิเคราะห์พฤติกรรมและประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้รับบริการ
2. สร้างสัมพันธภาพที่เปิดเผยมุมมองที่เป็นที่ไว้วางใจของผู้รับบริการ โดยการอยู่รับฟังอย่างสนใจพร้อมทั้งกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ระบายหรือพูดถึงความวิตกกังวล ความคับข้องใจ และพยาบาลต้องตอบคำถามอย่างตรงไปตรงมา ตลอดจนยอมรับพฤติกรรมที่ผู้รับบริการแสดงออก
3. ประเมินเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้อง และความสำคัญของเหตุการณ์นั้นต่อความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น
4. ช่วยเหลือแก้ไขปัญหามีปัจจุบันก่อน เช่น การรับฟังคำเรียกร้อง รับฟังคำวิพากษ์วิจารณ์ จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกเท่าที่จะทำได้ ให้ความเห็นอกเห็นใจ และพยายามเข้าใจสภาพความวิตกกังวลและความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเอง พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขปัญหานั้นต่อไป
5. ลดแรงกดดันที่ก่อตัวมาจากความเครียดความวิตกกังวล และความรู้สึกต่อคุณค่าในตนเอง ซึ่งทำได้หลายรูปแบบ เช่น เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการระบายความรู้สึก ความไม่สบายใจต่าง ๆ หรือให้แสดงออกทางร่างกายโดยใช้

วิธีการออกกำลังกาย การทำสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการสัมผัส
 ดึงการศึกษาของ ภัสพร ชำวีชา (2534:ข) ศึกษาผลของการสัมผัสต่อความ
 วิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดพบว่า กลุ่มที่ได้รับการสัมผัสมีความวิตกกังวลลดลง
 มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส

6. การให้ข้อมูลและคำอธิบายแก่ผู้รับบริการ เพื่อเป็นการชี้แนะ และ
 ประกอบการตัดสินใจ การแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้บุคคลได้ทราบ เข้าใจและประเมิน
 เหตุการณ์ถูกต้อง ทำให้เผชิญกับเหตุการณ์นั้นได้ดี และเกิดความสบายใจขึ้นพร้อมทั้ง
 ยังให้ความร่วมมือในการรักษาอีกด้วย ดึงการศึกษาของ กนกพร สุคำวัง
 (2528:ค) ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวล
 และพฤติกรรมเผชิญภาวะเครียดใน ไอ.ซี.ยู. ของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยการ
 ผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ พบว่า การสอนอย่างมีแบบแผนช่วยลดภาวะเครียด และ
 ความวิตกกังวลในผู้ป่วยได้มากกว่าการสอนตามปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ
 กัญจน์ พันธ์ยะ (2530:81) ศึกษาผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความ
 วิตกกังวล และการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้คลอดครั้งแรกที่ผ่าตัดคลอดทาง
 หน้าท้อง พบว่า การสอนอย่างมีแบบแผนช่วยลดความวิตกกังวลในผู้คลอดได้ดีกว่า
 การสอนตามปกติ

7. การให้คำปรึกษา หรือการรักษาด้วยจิตบำบัดชนิดระดับประจักษ์หลัง
 จากอาการต่าง ๆ สงบลง เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจอารมณ์ความคิดและพฤติกรรมที่
 ผ่านมาของตน จะได้มีสติควบคุม เป็นการป้องกันความวิตกกังวลรุนแรงที่อาจก่อ
 ขึ้นในภายหลังได้อีก ดึงการศึกษาของ ดวงกมล พึ่งประเสริฐ (2534:ข) ศึกษา
 ผลของการให้คำปรึกษาของพยาบาลต่อระดับความวิตกกังวล และความรู้สึกมีคุณค่า
 ในตนเองของผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย พบว่า กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษามีความ
 วิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร สอดคล้องกับการศึกษาของ
 ชไมพร โนนศรีไชย (2536:58) ศึกษาผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อ
 ความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ ที่ได้รับการเจาะน้ำคร่ำทางหน้าท้องเพื่อ
 การวินิจฉัยก่อนคลอด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการคำปรึกษาทางสุขภาพมีความวิตกกังวลต่ำ
 กว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

จะเห็นได้ว่า การพยาบาลที่ผู้รับบริการได้รับจากพยาบาลในการดูแล
 ช่วยเหลือ เพื่อลดความวิตกกังวลนั้นมีหลายวิธีดังกล่าว ในกรณีมารดาหลังคลอดที่มี
 บุตรตัวเหลืองนั้นยังไม่มีใครทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นว่า การพยาบาลโดย
 การให้ความรู้และการสนับสนุน น่าจะเป็นการพยาบาลอีกวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยให้
 มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองมีความวิตกกังวลลดลง และสามารถประเมิน
 เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเสียใหม่ให้ตรงตามความเป็นจริง ช่วยในการตัดสินใจ เผชิญกับ

ความเครียดได้อย่างเหมาะสม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การให้ความรู้ นอกจากจะเป็นการสร้างสัมพันธภาพแล้ว การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด สาเหตุ การตรวจวินิจฉัย อันตรายที่เกิดจากอาการตัวเหลือง ข้อควรปฏิบัติขณะบุตรมีอาการตัวเหลือง ตลอดจนวิธีการรักษา จะช่วยให้มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองประเมินเหตุการณ์ ได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา เกิดความเชื่อมั่นในการจัดการกับปัญหา ลดการกดดันทางอารมณ์ เกิดความไว้วางใจและ ให้ความร่วมมือในการรักษา (Faucett 1991:120) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าว ของ แสตันตัน (Stanton 1985:59) ที่ว่า การให้ความรู้เป็นส่วนประกอบที่สำคัญ ของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพในการให้แก่ผู้รับบริการเนื่องจากเทคโนโลยีการตรวจรักษา ต่าง ๆ ที่ซับซ้อนมากขึ้น เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าใจการรักษาคัดสินใจ ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ แสตันตันยังกล่าวเสริมอีกว่า พยาบาลเป็น ผู้ที่เหมาะสมในการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม ตามความต้องการ ของผู้รับบริการนั้นได้มากที่สุด นอกจากนี้ วอลเล่ย์และวอง (Whaley & Wong 1987:387) กล่าวว่า การที่มารดาไม่ได้รับคำอธิบายหรือรายละเอียด เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร วิธีการตรวจและรักษาเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดา เกิดความวิตกกังวลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหลายท่านที่พบว่า การให้ ความรู้สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยได้ ดังเช่นการศึกษาของฉวี มากพุ่ม (2530:ก-ข) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลแบบเสตทภาพหลังได้ รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ อุมารักษ์ ไพศาลสุทธิเดช (2531:ก-ข) ศึกษาผลการสอนสุขศึกษาร่วมกับ การนำธรรมชาติมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก ที่ได้รับรังสีรักษาในการลดความ วิตกกังวล ลดความซึมเศร้า เพิ่มการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและการให้ความ ร่วมมือในการรักษาพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 40 คน กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการสอนสุขศึกษาโดยใช้ธรรมชาติมาประยุกต์ ความรู้ที่สอนเกี่ยวกับ มะเร็งปากมดลูก การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในระหว่างที่รับรังสีรักษาและเมื่อกลับไปอยู่ บ้าน การตอบปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป และปัญหาแทรกซ้อนที่เกิดในระหว่างรับ รังสีรักษาตลอดจนวิธีการทำใจไม่ให้เกิดทุกข์ กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการสอนสุขศึกษา ทุกอย่างเหมือนกลุ่มที่ 1 ต่างกันตรงไม่มีธรรมชาติเข้าไปประยุกต์ กลุ่มทดลองที่ 3 เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการแนะนำจากเจ้าหน้าที่ประจำตึกผู้ป่วย จะไม่ได้รับการ สอนใด ๆ จากผู้วิจัย พบว่า กลุ่มทดลองทั้ง 3 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล ความซึมเศร้า การยอมรับสภาพความเจ็บป่วย และการให้ความร่วมมือในการรักษา

พยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ 1 มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ 3 กลุ่มที่ 2 มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ 3 และกลุ่มที่ 1 กับกลุ่มที่ 2 มีคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมให้มารดาหลังคลอดสามารถดูแลบุตรที่มีอาการตัวเหลืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประกอบด้วยวิธีการต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

2.1 การสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองเป็นสิ่งที่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองต้องการ เมื่อมารดาหลังคลอดรับรู้ว่าจะได้รับการดูแลเอาใจใส่ จะเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นต่อวิธีการรักษา ทำให้ความรู้สึกกลัว สงสาร และความวิตกกังวลลดลงได้ ซึ่งแมคแคฟเฟอร์ (McCaffery 1979:56) ได้ให้หลักในการสร้างสัมพันธภาพไว้ดังนี้

- 2.1.1 แสดงให้ผู้รับบริการเห็นว่า พยาบาลมีความเอาใจใส่ในตัวเขา
- 2.1.2 รับฟังอย่างตั้งใจและเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด
- 2.1.3 ขอมรับการแสดงออกของผู้รับบริการในขณะที่เจ็บป่วยโดยไม่แสดงอาการเบื่อหน่าย
- 2.1.4 พูดคุยกับผู้รับบริการเกี่ยวกับอาการของโรค สาเหตุ ฯลฯ เพื่อลดภาวะทางอารมณ์

2.1.5 อยู่เคียงข้างผู้รับบริการ เพื่อสร้างความอบอุ่นทางใจ และพร้อมที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้รับบริการต้องการ

2.2 การให้กำลังใจเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งในการให้การสนับสนุน ซึ่งมีอิทธิพลต่อการผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่เพิ่มพูนศักยภาพสูงสุดในตัวบุคคล ในขณะที่มีความเครียดหรือความวิตกกังวล การให้กำลังใจจะสนับสนุนให้จิตใจมีความเข้มแข็ง ช่วยลดความกดดันภายใน เสริมสร้างความเชื่อมั่น เกิดความมั่นใจในการเผชิญปัญหา และอดทนต่อปัญหาที่เกิดขึ้น (Beland & Passos 1981: 486) ดังเช่นที่ เมย์และมาฮ์ลไมส์เตอร์ (May & Mahlmeister 1990:154) อธิบายไว้ว่า พยาบาลต้องเป็นผู้สนับสนุน และเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้รับบริการในการให้กำลังใจ เข้าใจความรู้สึก และอารมณ์ของผู้รับบริการ เช่นเดียวกับ การให้ความรู้และการช่วยเหลือในการตัดสินใจ ซึ่งมีหลักในการให้กำลังใจดังนี้ (อ้างในสิจจา ทาโต 2537:36)

2.2.1. ให้เมื่อผู้รับบริการพร้อมที่จะรับ การให้กำลังใจไม่ใช่ให้ทุกเวลา การให้ที่บ่อยเกินไปอาจทำให้เกิดความรำคาญ

2.2.2. ต้องเป็นความจริง การพูดไม่ตรงความจริง ถ้าผู้รับบริการทราบภายหลัง จะทำให้ขาดความเชื่อถือ และความไว้วางใจในโรงพยาบาล

2.2.3. ไม่ตั้งความหวังไว้สูงเกินไปว่า พฤติกรรมของผู้รับบริการจะต้องดีขึ้นเสมอไป หรือหวังจะได้รับคำชมเชยจากผู้รับบริการเป็นการตอบแทน

2.2.4. เข้าใจการรับรู้ของผู้รับบริการ ถ้าผู้รับบริการคิดว่าปัญหาของเขาร้ายแรงมาก แต่พยาบาลพูดปลอบว่า ไม่ใช่เรื่องใหญ่โตมากมาย ผู้รับบริการจะคิดว่าพยาบาลไม่เข้าใจเขา

2.2.5. ใช้เวลาที่เหมาะสม ควรเป็นเวลาที่บุคคลอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องการ หรือให้เพื่อการเสริมแรงในการกระทำและทันต่อเหตุการณ์ การให้กำลังใจนอกจากจะเพิ่มความอดทน ความเข้มแข็งทางด้านจิตใจ ในการเผชิญปัญหาแล้วยังสามารถลดความกลัว ความวิตกกังวลลงได้ จากการศึกษาของ วาเทอร์ลอส (Vaterlaus 1979:24 อ้างในสังจา ทาโต 2537:36) พบว่า การให้กำลังใจในหญิงคลอดบุตร จะส่งเสริมให้ผู้คลอดมีความอดทนต่อความไม่สุขสบาย สามารถลดความกลัวและความหวาดหวั่นลงได้ เช่นเดียวกับศิริกาญจน์ เผือกเทศ (2528:ก-ข) ศึกษาผลของการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมไส้เลื่อน และการผ่าตัดหลอดเลือดขอดในถุงอัมพาต พบว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลทางด้านจิตใจมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเบญจวรรณ แก้วเวชวงศ์ (2527:ข-ค) ศึกษาผลของการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยให้กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน ด้วยการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจ และการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก บทบาทของมารดา ตลอดจนปัญหาด้านการเงิน แต่กลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผน มีระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2.3 การสัมผัส เป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของการสนับสนุนและให้กำลังใจ (Wolf 1986:91) สามารถติดต่อสื่อสารให้เกิดความสบายใจ เกิดความรักความอบอุ่นกับมารดาหลังคลอดโดยไม่ต้องใช้คำพูด และเป็นเครื่องมือในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับมารดาหลังคลอด แม้ว่าบ่อยครั้งจะใช้ร่วมกับการพูด แต่การสัมผัสเป็นภาษาที่แสดงความรักได้อย่างมีพลังกว่าคำพูด และสามารถลด

ความวิตกกังวลลงได้ ดังการศึกษาของ ภัสพร ขำวิชา (2534:ก-ข) ศึกษาผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่า กลุ่มที่ได้รับการสัมผัส มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส นอกจากนี้ รูบิน (Rubin cited in McCorkle 1974:126) กล่าวว่า ขณะที่ผู้รับบริการอยู่ในภาวะตึงเครียดหรือมีความวิตกกังวลจะรู้สึกว่าคุณเองอยู่โดดเดี่ยวและขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มีการติดต่อสื่อสารใดในขณะนั้น ที่จะมีผลให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกสบายใจได้ดีเท่าการสัมผัส

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่าการพยาบาลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยมีหลายวิธี แต่การให้ความรู้และการสนับสนุน จะสามารถลดความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองได้มากน้อยเพียงใดนั้น ยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษา ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำการพยาบาลโดยการให้ความรู้และการสนับสนุนนี้มาใช้ เพื่อช่วยลดความเครียดความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง อันจะเป็นประโยชน์และเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) เพื่อศึกษาถึงผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง

ลักษณะประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาโดยวิธีการส่องไฟ โดยบุตรมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะคลอด กล่าวคือ มีน้ำหนักตั้งแต่ 2,500 กรัม และมีคะแนน Apgar score ในนาทีที่ 5 มากกว่า 7 คะแนน ต่อมาบุตรมีอาการตัวเหลือง คือ มีระดับบิลิรูบินตั้งแต่ 15 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์หลังคลอดแล้วไม่น้อยกว่า 48 ชั่วโมงหรือตามที่แพทย์เห็นสมควรได้รับการรักษาอาการตัวเหลืองด้วยวิธีการส่องไฟ ที่หน่วยบริบาลทารกแรกเกิด 2 มารดาของบุตรตัวเหลืองเหล่านี้เป็นมารดาที่คลอดบุตรโดยไม่จำกัดวิธีการคลอดและพักฟื้นอยู่ที่ตึกสูติกรรม 1 และตึกสูติกรรม 2 ของวชิรพยาบาลระหว่างเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2538 จนถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2539 จำนวน 64 คน จัดเข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับสลากสลับกันทุก 2 สัปดาห์ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน โดยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-34 ปี
2. เป็นมารดาที่ไม่เคยมีบุตรมาก่อนและไม่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอดและหลังคลอด
3. ไม่มีประวัติโรคจิตหรือโรคประสาท
4. สามารถอ่านเขียนและพูดภาษาไทยได้รู้เรื่อง
5. ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

คุณสมบัติที่คัดออกจากการเป็นกลุ่มตัวอย่าง

บุตรมีอาการตัวเหลืองมาก จนกระทั่งต้องทำการรักษาด้วยวิธีการถ่ายเปลี่ยนเลือดร่วมกับการส่องไฟ



สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยจะทำการศึกษาที่หน่วยบริหารการรกแรกเกิด 2 ในแผนกกุมารเวชกรรมของวชิรพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับสถานที่ดังนี้

วชิรพยาบาล เป็นโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์กรุงเทพมหานคร มีตึกหลังคลอด 3 ตึก คือ ตึกสูติกรรม 1 ตึกสูติกรรม 2 และตึกสูติกรรมพิเศษ ผู้วิจัยจะทำการศึกษาเฉพาะมารดาหลังคลอดที่พักฟื้นอยู่ที่ตึกสูติกรรม 1 และตึกสูติกรรม 2 เท่านั้น ซึ่งเป็นหอผู้ป่วยสามัญ อยู่บนชั้นที่ 2 ของอาคารเก่า และมีหน่วยบริหารการรกแรกเกิด 1 ซึ่งเป็นหน่วยที่รับทารกแรกเกิดที่มีอาการปกติทุกคนที่เกิดในโรงพยาบาลมาอยู่ในความดูแลของเจ้าหน้าที่พยาบาล ระหว่างหอผู้ป่วยสูติกรรม 1 สูติกรรม 2 และหน่วยบริหารการรกแรกเกิด 1 จะมีทางเดินกันกลางเมื่อทารกคลอดครบ 6 ชั่วโมง และไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ เจ้าหน้าที่ก็จะนำทารกเหล่านั้นไปให้มารดาเลี้ยงที่ข้างเตียง โดยมีเจ้าหน้าที่จากหน่วยบริหารการรกแรกเกิดมาสาธิตวิธีการอุ้มบุตร วิธีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา วิธีการอาบน้ำบุตร ตลอดจนวิธีการทำความสะอาดอวัยวะต่าง ๆ เมื่อบุตรเริ่มมีอาการตัวเหลือง เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริหารการรกแรกเกิด จะรายงานให้กุมารแพทย์มาตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น ถ้าบุตรมีอาการตัวเหลืองไม่มากคือ มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูงไม่เกิน 15 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ บุตรจะยังคงอยู่ในความดูแลของมารดาหลังคลอดจนกว่าจะกลับบ้านได้ แต่ถ้าบุตรมีอาการตัวเหลืองมากกว่าที่กำหนดหรือตามที่กุมารแพทย์เห็นสมควรว่าบุตรจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการส่องไฟ บุตรจะถูกนำมาส่องไฟที่หน่วยบริหารการรกแรกเกิด 2 ซึ่งจะอยู่บนชั้นที่ 2 ของอาคารเดียวกับตึกหลังคลอด โดยที่มารดาหลังคลอดสามารถเดินเข้าไปให้การเลี้ยงดูบุตรและให้นมมารดาได้ตลอดเวลา มีพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลที่ดูแลบุตรที่มีอาการตัวเหลืองโดยการส่องไฟ เป็นคนละทีมกันกับเจ้าหน้าที่ที่ดูแลมารดาหลังคลอด ค่าแนะนำต่าง ๆ เกี่ยวกับอาการตัวเหลืองของบุตร มารดาหลังคลอดจะได้รับจากกุมารแพทย์และเจ้าหน้าที่ที่ดูแลบุตรตัวเหลือง โดยจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับสาเหตุ วิธีการรักษา การปฏิบัติตัวของมารดาขณะบุตรได้รับการส่องไฟ และภาวะเบี่ยงของโรงพยาบาลขณะบุตรได้รับการส่องไฟ เช่น อนุญาตให้มารดาหลังคลอดเข้ามาเลี้ยงดูบุตรของตนในหน่วยบริหารการรกแรกเกิด 2 และจะปิดเครื่องส่องไฟ วันละ 2 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมงคือ เวลา 5.00 น. และเวลา 17.00 น. โดยให้มารดาหลังคลอดมาอุ้มบุตรของตนไปเลี้ยงที่ข้างเตียงมารดาได้ และอุ้มกลับมาคืนในเวลา 7.00 น. และ 19.00 น.ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 เอกสารประกอบการให้ความรู้ มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด สาเหตุของอาการตัวเหลืองวิธีการสังเกตและการรักษา ข้อควรปฏิบัติเมื่อทารกมีอาการตัวเหลือง ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาและรวบรวมจากตำรา เอกสาร และงานวิจัย ซึ่งครอบคลุมถึงสิ่งที่จำเป็นและควรทราบสำหรับมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง (ราชละเอียดคุณในภาคผนวก ค) ผู้วิจัยได้รวบรวมเนื้อหาดังกล่าวจัดทำเป็นเอกสารซึ่งก่อนนำไปใช้ประกอบการให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอด ผู้วิจัยได้เสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลและพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการรกแรกเกิด จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้อง ความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำไปแก้ไขปรับปรุงและจัดทำเป็นเอกสารประกอบการให้ความรู้

1.2 แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการตัวเหลือง (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ข)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอายุ วิธีการคลอด ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ลักษณะครอบครัว แหล่งประโยชน์ที่ได้รับ ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ให้มารดาหลังคลอดตอบแบบสอบถามนี้

2.2 แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Trait Anxiety Inventory Form X-I) ของ สปีลเบอ์เจอร์ ซึ่งแปลโดย นิตยา ศษภักดี สายฤดี วรกิจโกศาทร และ มาลี นิสสัยสุข โดยแบบวัดนี้เป็นการประเมินระดับความรู้สึกของมารดาหลังคลอด เมื่อทราบว่าบุตรมีอาการตัวเหลืองและได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟ ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล เป็นแบบทดสอบแบบลิเคิต (Likert scale) ซึ่งมีอยู่ 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ เป็นความรู้สึกทางบวก 10 ข้อและความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ แต่ละข้อจะแบ่งความรู้สึกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ไม่ตรงเลย หมายถึง ความรู้สึกนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ
ขณะทดสอบ

ตรงบ้างเล็กน้อย หมายถึง ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ
ขณะทดสอบเพียงเล็กน้อย

ตรงค่อนข้างมาก	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ ขณะทดสอบค่อนข้างมาก
ตรงมากที่สุด	หมายถึง	ความรู้สึกนั้นตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบ ขณะทดสอบมากที่สุด

การให้คะแนนและการแปลความหมาย

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นแบบประเมินระดับความรู้สึกที่เกิดขึ้นขณะทำแบบทดสอบ ซึ่งประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความรู้สึกในทางลบจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1 2 5 8 10 11 15 16 19 20 และข้อความที่แสดงความรู้สึกในทางบวกจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 4 6 7 9 12 13 14 17 และ 18 แต่ละข้อมีค่าตอบให้เลือก 4 ค่าตอบดังกล่าวข้างต้น

การให้คะแนน เนื่องจากแบบประเมินนี้เป็นแบบวัดที่ประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะทั้งด้านบวกและด้านลบ จึงจำเป็นต้องมีการกลับคะแนนดังนี้

ถ้าเลือกตอบ		ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
ไม่ตรงเลย	จะให้คะแนนเป็น	4	1
ตรงบ้างเล็กน้อย	"	3	2
ตรงค่อนข้างมาก	"	2	3
ตรงมากที่สุด	"	1	4

คะแนนทั้งหมดของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ จะกระจายอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

สปีลเบอร์เกอร์และคณะ (Spielberger et al. 1970:11) หาความตรงของแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยวิธี Known group technique โดยทำการศึกษาในนักศึกษาระดับอุดมศึกษาของมหาวิทยาลัยรัฐฟลอริดาจำนวน 197 คน ใน 4 สถานการณ์ที่แตกต่างกัน คือ ภาวะผ่อนคลาย ภาวะปกติ ภาวะสอบ และภาวะเครียดจากการดูภาพยนตร์ ผลปรากฏว่าคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะเผชิญมีค่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนเรียงจาก

น้อยไปมากในสถานการณ์ทั้ง 4 ซึ่งแสดงว่าแบบประเมินมีความตรงตามโครงสร้าง และเมื่อนำไปหาความเที่ยง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา = .83-.92

แบบประเมินฉบับภาษาไทย ได้รับการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญ ด้านเครื่องมือและภาษาก่อนนำไปหาความเที่ยงโดย ชมชื่น สมประเสริฐ ด้วยวิธี ทดสอบซ้ำในนักศึกษาชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยใช้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .27 และมีผู้วิจัยหลายท่านได้นำเครื่องมือนี้ไป ใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ป่วยที่ท่าทั้งผิดกฎหมาย (ดวงกมล พึ่ง-ประเสริฐ 2534:58) ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.90 ก็ณนี้ พัลนิยะ (2530:58) วัดในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ทำตัดคลอดทางหน้าท้อง ได้ค่าความเชื่อมั่น = 0.93

ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินฉบับภาษาไทยที่มีข้อความทั้งหมด 20 ข้อ ไปหา ความเที่ยงในมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และเมื่อทำซ้ำในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.84

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมี หนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการสำนักงาน แพทย์กรุงเทพมหานคร ซึ่งจะส่งต่อไปถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการ พยาบาล และผู้ตรวจการพยาบาล ในแผนกสูติ-นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม เพื่อ ขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ.2538 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2539 โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริหารการรกแรกเกิด 1 ท่านเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอด ที่มีบุตรตัวเหลือง
2. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากแฟ้ม ประวัติของบุตรตัวเหลือง และจดยรายชื่อทั้งบุตรและมารดาไว้ให้กับผู้ช่วยวิจัย
3. ผู้ช่วยวิจัยเข้าพบมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองตามรายชื่อที่ได้จัดไว้ แนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขอความร่วมมือในการตอบแบบ สอบถาม ซึ่งมีอยู่ 2 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความวิตก

กังวล โดยให้มารดาหลังคลอดตอบแบบประเมินความวิตกกังวล 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ในวันแรกที่บุตรต้องรับการรักษาด้วยวิธีการส่องไฟ ครั้งที่ 2 เมื่อครบ 48 ชั่วโมง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

4. ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยการจับฉลากในวันแรกที่เริ่มทำการวิจัย ถ้าจับฉลากได้กลุ่มควบคุมก่อน กลุ่มตัวอย่างที่ได้ใน 2 สัปดาห์แรกนั้น จะเป็นกลุ่มควบคุมทั้งหมด สำหรับสัปดาห์ที่ 3 และ 4 กลุ่มตัวอย่างที่ได้จะเป็นกลุ่มทดลอง สลับกันไปเรื่อย ๆ ซึ่งผู้วิจัยได้หยุดรับกลุ่มตัวอย่างใหม่ในวันเสาร์ และวันอาทิตย์ก่อนเปลี่ยนกลุ่มทุกครั้ง เพื่อควบคุมการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่างให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด

5. ในกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ให้ความรู้และการสนับสนุนตามขั้นตอนดังนี้

5.1 สร้างสัมพันธภาพกับมารดาหลังคลอดครั้งแรก ด้วยการแนะนำตนเอง แสดงออกถึงความพร้อม ความยินดีและสนใจที่จะช่วยเหลือมารดาหลังคลอดด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม ทำทางสุภาพ เปิดเผย ภาษาคูหาที่เข้าใจง่าย บอกวัตถุประสงค์ในการศึกษาและเป็นที่ไว้วางใจของมารดาหลังคลอด

5.2 การให้ความรู้ จะให้ความรู้เกี่ยวกับอาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด สาเหตุ วิธีการสังเกต การรักษา และข้อควรปฏิบัติเมื่อทารกมีอาการตัวเหลือง (ตารางละเอียดแผนการให้ความรู้ในภาคผนวก ข) โดยการสาธิต และแจกเอกสารที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นหลังการให้ความรู้ ซึ่งจะดำเนินการให้ความรู้เป็นรายบุคคลอย่างน้อย 1 ครั้ง ใช้เวลาในการให้ความรู้แต่ละครั้งประมาณ 30-40 นาที

5.3 การสนับสนุน กระทำทุกครั้งที่เข้าพบมารดาหลังคลอด หรือตามความต้องการของมารดาหลังคลอด โดยการอยู่กับมารดาหลังคลอด ฟังมารดาหลังคลอดพูดคุยอย่างสนใจ พร้อมทั้งกระตุ้นให้มารดาหลังคลอดได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล ความคับข้องใจ และตอบคำถามของมารดาหลังคลอดอย่างตรงไปตรงมา ยอมรับพฤติกรรมที่มารดาหลังคลอดแสดงออก ตลอดจนการให้กำลังใจด้วยคำพูด ทำทางและการสัมผัส รวมทั้งการชี้แนะให้มารดาหลังคลอดเกิดการเรียนรู้วิธีที่จะเผชิญกับความเครียดความวิตกกังวล หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเรียนรู้ใหม่ในการแก้ไขความวิตกกังวล สร้างความเชื่อมั่นให้กับมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงดูบุตรที่มีอาการตัวเหลืองได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

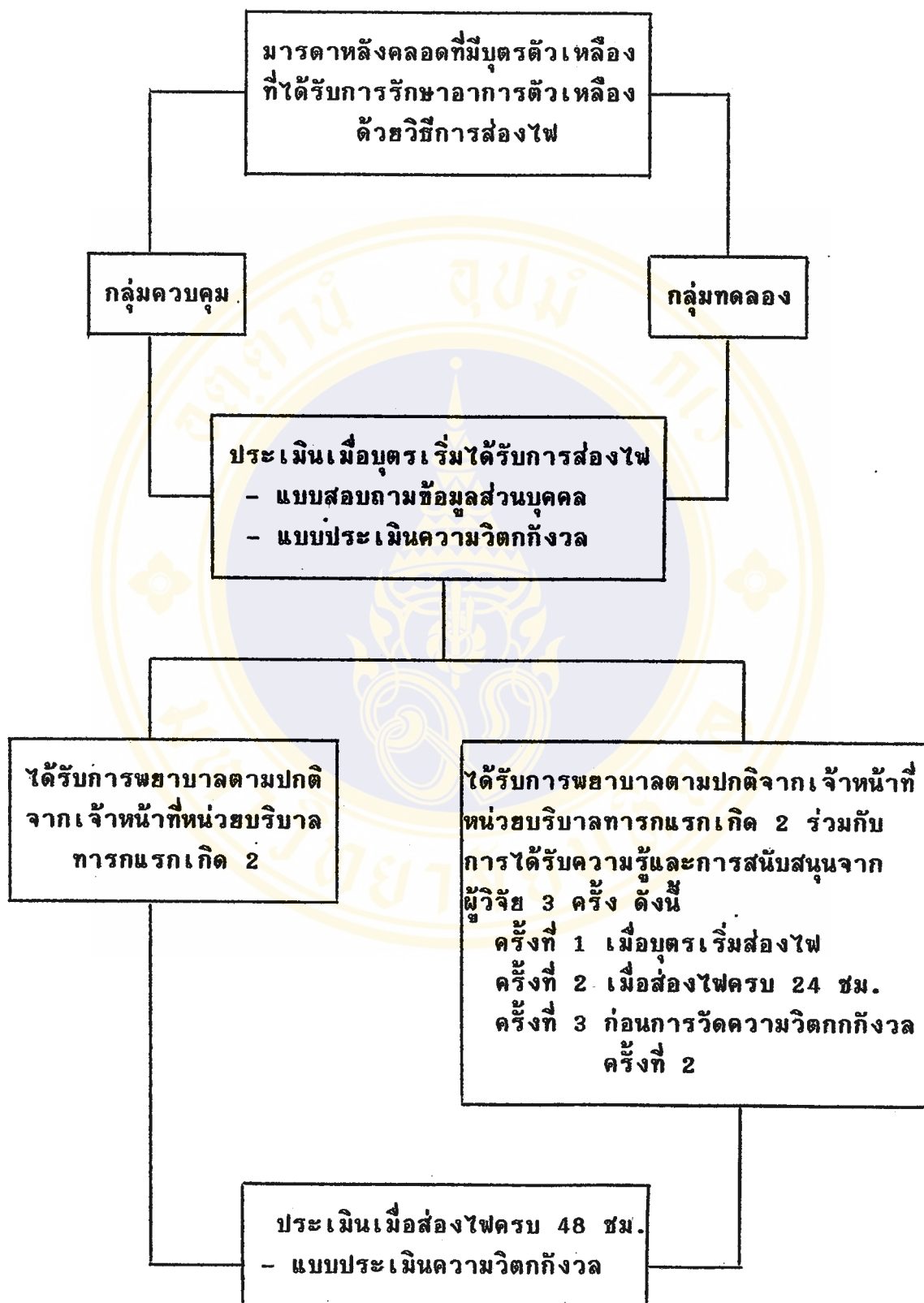
5.4 การให้ข้อมูลและคำอธิบายแก่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองเป็นการช่วยให้มารดาหลังคลอดสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง เกิดความเข้าใจ และสบายใจมากขึ้น ทั้งยังก่อให้เกิดความร่วมมือในการรักษาอีกด้วย ผู้วิจัยได้พบกับมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองทุกวันในขณะที่บุตรได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องไฟวันละ 1 ครั้ง คือ เวลาประมาณ 10.00 น. ในการเยี่ยม

ครั้ง คือ เวลาประมาณ 10.00 น. ในการเยี่ยมแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ คำชี้แนะและการสนับสนุนให้กำลังใจควบคู่กันไปตามความต้องการของมารดาหลังคลอด ซึ่งมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองในกลุ่มทดลองแต่ละคน ได้รับการเยี่ยมจากผู้วิจัยตลอดโครงการอย่างน้อย 3 ครั้ง

6. ในกลุ่มควบคุม มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองในกลุ่มนี้ ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพในหน่วยบริการทารกแรกเกิด 2

7. เมื่อได้รับแบบสอบถามคืนแต่ละครั้ง ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบ ถ้าพบว่าข้อใดขาดหายไป ผู้ช่วยวิจัยซักถามจากมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองเพิ่มเติมจนครบ

8. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป
สรุปขั้นตอนวิธีการดำเนินวิจัยดังแผนภาพที่ 3



แผนภาพที่ 3 ขั้นตอนวิธีดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC⁺ (Statistical Package for the Social Science / Personal Computer plus) โดยนำข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้ความรู้และการสนับสนุนของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยายแยกกลุ่มตัวอย่าง โดยหาค่าความถี่ และร้อยละในข้อมูลที่เกี่ยวกับ อาชีพ ลักษณะครอบครัว แหล่งประโยชน์ที่ได้รับ หาค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว
2. วิเคราะห์ความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติที่แบบกลุ่ม (Grouped t-test) และไคแอสควร์ (Chi-square)
3. แสดงการเปลี่ยนแปลงคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการวัดครั้งที่ 1 (วันแรกของการส่องไฟ) ครั้งที่ 2 (ส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มเดียวกัน ระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)
4. วิเคราะห์ และทดสอบความแตกต่างทางสถิติของการเปลี่ยนแปลงของคะแนนความวิตกกังวลในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) และใช้คะแนนความวิตกกังวลที่วัดได้ในครั้งที่ 1 เป็นตัวแปรร่วม (Covariate Variable) เมื่อทดสอบด้วยการวิเคราะห์สถิติแบบถดถอย (Regression analysis) แล้วพบว่า ข้อมูลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 2 ได้รับอิทธิพลอันเนื่องมาจากข้อมูลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ถ้าทดสอบได้ว่าข้อมูลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 2 ได้รับอิทธิพลอันเนื่องมาจากข้อมูลที่ประเมินได้ในครั้งที่ 1 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จะใช้การทดสอบความแตกต่างของข้อมูลนี้ โดยวิธีการทดสอบทางสถิติที่แบบกลุ่ม (Grouped t-test) แทน

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ในการศึกษาผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง ณ วชิรพยาบาล นั้น ผลการวิจัยจะเสนอตามลำดับดังนี้ คือ จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ และผลการทดสอบสมมติฐาน

จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่นำเข้ามาศึกษาในระยะเริ่มต้นมีจำนวน 67 คน แยกเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 34 คน กลุ่มควบคุม 33 คน ในระหว่างทำการศึกษาผู้วิจัยต้องคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากบุตรได้รับการรักษาอาการตัวเหลืองด้วยวิธีการส่องไฟร่วมกับการถ่ายเปลี่ยนเลือด โดยในกลุ่มทดลองมีจำนวน 2 คน (ร้อยละ 5.88) กลุ่มควบคุมจำนวน 1 คน (ร้อยละ 3.03) คงเหลือตัวอย่างในการศึกษาทั้งสิ้น 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 32 คนเท่ากัน

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 20-34 ปี เฉลี่ย 24.17 ปี ระดับการศึกษามีตั้งแต่ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 จนกระทั่งระดับปริญญาตรี เฉลี่ย 9.47 ปี มีรายได้อยู่ในช่วง 3,000^๐- 40,000 บาทต่อเดือน เฉลี่ย 13,132.81 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 73.4 คลอดทางช่องคลอดคิดเป็นร้อยละ 79.7 ลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 71.9 แหล่งประโยชน์ พบว่า ไม่ได้รับข้อมูลมีจำนวนมากกว่าได้รับข้อมูลคิดเป็นร้อยละ 51.6 และ 48.4 ตามลำดับ จำนวนวันที่ส่องไฟมีตั้งแต่ 2 วันถึง 7 วัน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 วัน

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 ทางด้าน อายุ จำนวนปีที่ศึกษารายได้ และจำนวนวันที่ส่องไฟ ด้วยการทดสอบที่แบบกลุ่ม (Grouped t-test) และเปรียบเทียบ อาชีพ วิธีการคลอด ลักษณะครอบครัว และแหล่งประโยชน์ด้วยการทดสอบ Chi-square พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่มีความแตกต่างกันตั้งแต่ก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 1 และ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอายุ จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ของครอบครัว และจำนวนวันที่ส่องไฟด้วยการทดสอบสถิติที่แบบกลุ่ม (Grouped t-test) (n=64)

ลักษณะ กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (32)		กลุ่มทดลอง (32)		t
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
อายุ	24.43	3.45	23.91	4.13	-.56 ^{ns}
จำนวนปีที่ศึกษา	9.53	3.22	9.40	3.44	-.15 ^{ns}
รายได้	13140.63	10986.23	13125.00	9290.99	-.01 ^{ns}
จำนวนวันที่ส่องไฟ	3.46	1.24	3.28	1.37	-.57 ^{ns}

^{ns} p>.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้วยการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) (n=64)

ลักษณะ กลุ่มตัวอย่าง	รวม		กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		X ²
	n	%	n	%	n	%	
อาชีพ							
ประกอบอาชีพ	47	73.4	24	75	23	71.87	.08 ^{ns}
ไม่ประกอบอาชีพ	17	26.6	8	25	9	28.13	
วิธีการคลอด							
คลอดทางช่องคลอด	51	79.7	25	78.13	26	81.25	.09 ^{ns}
คลอดโดยผ่าตัด	13	20.3	7	21.87	6	18.75	
ลักษณะครอบครัว							
ครอบครัวเดี่ยว	18	28.1	9	28.13	9	28.13	.00 ^{ns}
ครอบครัวขยาย	46	71.9	23	71.87	23	71.87	
แหล่งประโยชน์							
ได้รับข้อมูล	31	48.4	16	50	15	46.88	.06 ^{ns}
ไม่ได้รับข้อมูล	33	51.6	16	50	17	53.12	

^{ns} p>.05

คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญและผลการทดสอบสมมติฐาน

คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ (วัดครั้งที่ 1) จำนวน 64 คน มีคะแนนอยู่ระหว่าง 45-78 คะแนน ค่าเฉลี่ย 65.06 (SD=8.60) เมื่อพิจารณาคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญของทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญในการวัดครั้งที่ 1 ของทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ในกลุ่มควบคุม มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในช่วง 45-77 คะแนน เฉลี่ย 65.97 คะแนน กลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ในช่วง 49-78 คะแนน เฉลี่ย 64.16 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมมีคะแนนมากกว่าของกลุ่มทดลอง แสดงว่า กลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลสูงกว่ากลุ่มทดลองเล็กน้อย แต่เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของทั้ง 2 กลุ่มมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกันด้วยสถิติที่แบบกลุ่ม พบว่า คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 3 นั่นคือ มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟมีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับความรู้ และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 1 จึงได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยการทดสอบสถิติที่แบบกลุ่ม (Grouped t-test) เมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ

กลุ่มตัวอย่าง	n	ค่าพิสัย	\bar{X}	SD	skewness	t
กลุ่มตัวอย่าง	64	45-78	65.06	8.60	-.30	
กลุ่มควบคุม	32	45-77	65.97	9.12	-.795	-.84 ^{ns}
กลุ่มทดลอง	32	49-78	64.16	8.08	.279	

^{ns} $p > .05$

แต่ภายหลังจากการทดลองคือเมื่อบุตรสองไฟครบ 48 ชั่วโมง (วัดครั้งที่ 2) พบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มลดลง โดยกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ย 64.72 ขณะที่กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงค่อนข้างมาก และมากกว่ากลุ่มควบคุมคือ 46.38 ตามลำดับ

เมื่อนำคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างในการวัดครั้งที่ 2 มาเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้ทำการทดสอบอิทธิพลของคะแนนความวิตกกังวลในครั้งที่ 1 ต่อคะแนนความวิตกกังวลในครั้งที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์สถิติแบบถดถอย (Regression analysis) พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .1895, t = .1336, p > .05$) แสดงว่า คะแนนความวิตกกังวลที่วัดได้ในครั้งที่ 1 ไม่มีอิทธิพลต่อคะแนนความวิตกกังวลที่วัดได้ในครั้งที่ 2 จึงทำการเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลที่วัดได้ในครั้งที่ 2 ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติที่แบบกลุ่ม (Grouped t-test) พบว่า คะแนนความวิตกกังวลในการวัดครั้งที่ 2 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t_{0.2} = -6.83, p < .001$) ดังตารางที่ 4 นั่นคือ มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองกลุ่มที่ได้รับการรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อบุตรสองไฟครบ 48 ชั่วโมง มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 2 จึงได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลเมื่อบุตรสองไฟครบ 48 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบทีแบบกลุ่ม (Grouped t-test)

กลุ่มตัวอย่าง	n	ค่าพิสัย	\bar{X}	SD	skewness	t
กลุ่มควบคุม	32	41-78	64.72	9.27	-.738	-6.83**
กลุ่มทดลอง	32	27-69	46.38	12.04	.183	

** $p < .001$

เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวล เมื่อบุตรส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง (วัดครั้งที่ 2) และเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ (วัดครั้งที่ 1) มาวิเคราะห์เปรียบเทียบกันภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่ม พบว่า ในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในการวัดครั้งที่ 2 น้อยกว่าการวัดครั้งที่ 1 เพียงเล็กน้อย คือ มีค่าเฉลี่ย 64.72 และ 65.97 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลในการวัดครั้งที่ 2 ลดลงมากกว่าการวัดครั้งที่ 1 คือ 46.38 และ 64.16 ตามลำดับ และเมื่อนำมาทดสอบด้วยสถิติทีคู่ (Paired t-test) พบว่าในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการวัดทั้ง 2 ครั้ง แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 5 แสดงว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อบุตรส่องไฟครบ 48 ชั่วโมงมีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกับเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ

ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 3 จึงได้รับการสนับสนุน

ส่วนในกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในการวัดครั้งที่ 2 น้อยกว่าการวัดครั้งที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 5 แสดงว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองกลุ่มที่ได้รับการรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อบุตรส่องไฟครบ 48 ชั่วโมงมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ

ดังนั้น สมมติฐานข้อที่ 4 จึงได้รับการสนับสนุน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย ของคะแนนความวิตกกังวลภายในกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ด้วยการทดสอบสถิติทีคู่

กลุ่มตัวอย่าง	n	ค่าพิสัย	\bar{X}	SD	skewness	t
กลุ่มควบคุม	32					
ครั้งที่ 1		45-77	65.97	9.12	-.795	.68 ^{ns}
ครั้งที่ 2		41-78	64.72	9.27	-.738	
กลุ่มทดลอง	32					
ครั้งที่ 1		49-78	64.16	8.08	.279	.93 ^{**}
ครั้งที่ 2		27-69	46.38	12.04	.183	

^{ns} $p > .05$ ^{**} $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน ที่ได้รับการประเมินความวิตกกังวลก่อน และหลังการให้การพยาบาลในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มละ 32 คนเท่ากัน สามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัยดังนี้

จากสมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) แสดงว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องไฟทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง มีคะแนนความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 3) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

1. อาการตัวเหลืองของบุตร เป็นเหตุการณ์ที่มารดาหลังคลอดไม่เคยคิดมาก่อน และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า เป็นภาวะคุกคามและทำอันตรายต่อบุตร อันเป็นที่รัก ก่อให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจ ยังผลให้เกิดความวิตกกังวลต่าง ๆ ตามมา (Lazarus & Folkman 1984 อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล 2536:106-110; Spielberger 1967 : 5 ; Lader & Marks 1971:25; Endler & Edwards 1982:39) ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ อีแวน กับ แฮนเสน (Evans & Hansen 1980:112) ที่ว่า มารดาเมื่อรับรู้ว่าบุตรเจ็บป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้มารดาที่มีความวิตกกังวลมากมาย โดยจะมีอาการตกใจ กลัว เช่น กลัวอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น กลัวว่าบุตรจะไม่หายจากอาการเจ็บป่วย กลัวบุตรจะได้รับความเจ็บปวดและทุกข์ทรมานจากการตรวจวินิจฉัย กลัวความไม่แน่นอนในการวินิจฉัยและการรักษา ตลอดจนกลัวภาวะแทรกซ้อนและผลที่จะเกิดตามมา

2. กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรกที่ยังขาดประสบการณ์และความเชื่อมั่นในการเลี้ยงดูบุตร ประกอบกับบุตรมีอาการตัวเหลืองในระยะ 2-3 วันหลังคลอด ซึ่งเป็นระยะที่มารดาจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตลอดจนการสร้างสัมพันธภาพกับบุตร การเรียนรู้ปฏิบัติการตอบสนองของบุตร การปรับบทบาทในการเป็นมารดาและการตัดสินใจเพื่อเลือกปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง อันเป็นผลให้เกิดความวิตกกังวลได้ (Sheehan 1981:19-23) อีกทั้งยังเป็นระยะที่มารดาหลังคลอดมีอารมณ์ที่ผันแปรได้ง่าย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงระดับฮอร์โมน ความอ่อนเพลียจากการคลอด ทำให้มารดาหงุดหงิด โมโหง่าย ขาดความอดทน รู้สึกสะเทือนใจ คิดมากและมีความวิตกกังวลกลัวว่าจะเลี้ยงบุตรได้ไม่ดีพอ (เกษมศรี ทองสวัสดิ์ 2535:391)

3. กลุ่มตัวอย่างมีอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และแหล่งประโยชน์ไม่แตกต่างกัน กล่าวคือ

อายุ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-25 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และผ่านพ้นความเป็นวัยรุ่นได้ไม่นาน ความมั่นคงทางอารมณ์ ประสบการณ์และการเรียนรู้ทางสังคม ตลอดจนความมั่นคงในชีวิตมีน้อยกว่าผู้ใหญ่ในวัยอื่น ๆ ดังนั้น เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น จึงทำให้มารดาหลังคลอดเหล่านี้เกิดความวิตกกังวลได้ง่าย (ดังตารางที่ 6 ในภาคผนวก ช) จากการศึกษาของหลาย ๆ ท่าน พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์แบบผกผันกับอายุ (จันทร์เพ็ญ การีเวท 2514:30-33; ชนิษฐา นาคะ 2534:43; Lucente & Fleck 1972:308; Nyamathi & Kashiwabwra 1988:168)

ระดับการศึกษา เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหา (Coping capacity) เพราะการศึกษาที่สูงกว่าจะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้และทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า อีกทั้งยังประเมินเหตุการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ สามารถใช้การเรียนรู้ในอดีตและพฤติกรรมที่ใช้แล้วประสบผลสำเร็จมาเผชิญปัญหาหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ดี (Lazarus & Folkman 1984:163; Jalowiec & Powers 1981:10-15) แต่ในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ดังตารางที่ 7 ในภาคผนวก ช) จึงทำให้มีปัญหาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของอาการตัวเหลือง วิธีการรักษา ตลอดจนการปฏิบัติตนยังผลให้เกิดความวิตกกังวลได้

รายได้ของครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ถือได้ว่าเป็นแหล่งประโยชน์ด้านวัตถุที่คอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาได้อย่างเต็มที่ โดยผู้ป่วยที่มีรายได้มากกว่ามีความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย (Lazarus & Folkman 1984:164) และไม่ต้องกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาถ้าต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ในทางตรงกันข้ามถ้าผู้ป่วยมีรายได้น้อยย่อมมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลมากขึ้น ดังกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ พบว่ามารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองทั้ง 2 กลุ่มจัดอยู่ในกลุ่มที่มีรายได้น้อยข้างต่ำคือ อยู่ในช่วง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน มีจำนวน 22 และ 20 คน ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามลำดับ (ดังตารางที่ 8 ในภาคผนวก ช) จึงส่งผลให้มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน จากการศึกษาของจันทร์เพ็ญ การีเวท (2514:30-33) พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล

แหล่งประโยชน์ด้านข้อมูลข่าวสารนั้น กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับและไม่ได้รับข้อมูลไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 2) ทำให้มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการตัวเหลืองใกล้เคียงกัน จึงก่อให้เกิดความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ดังคำกล่าวของวอลเลย์และวอง (Whaley & Wong 1987:387) ที่ว่า การที่มารดาไม่ได้รับคำอธิบายหรือรายละเอียดเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร วิธีการตรวจและรักษา เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลได้

จากสมมติฐานข้อที่ 2 มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองกลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อบุตรส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง มีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผลหลายประการ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

1. ผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพอันดีกับมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองในวันแรกที่ได้รับบริการรักษาด้วยวิธีการส่องไฟซึ่งเป็นระยะเวลาที่เหมาะสม เพราะเป็นการให้ในขณะที่มารดาเกิดความต้องการที่จะรับ ซึ่งเฮย์และน็อกซ์ (Hayes & Knox 1983:28) กล่าวว่า เวลาที่สำคัญที่สุดในการสร้างสัมพันธภาพกับมารดาของเด็กป่วยคือ ขณะรับใหม่ ซึ่งเป็นช่วงที่มารดาต้องการใครสักคนที่จะรับฟังคำบอกเล่าหรือเปิดโอกาสให้ระบายความคับข้องใจและความไม่สบายใจต่าง ๆ ทำให้มารดาเกิดความไว้วางใจ รับรู้ถึงความเอื้ออาทร และเกิดความเชื่อมั่นในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น

2. ลักษณะข้อมูลความรู้ที่ให้แก่มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองตามแบบแผนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจง สั้น ๆ และเข้าใจง่าย ซึ่งใช้ระยะเวลาในการให้แต่ละครั้งไม่นานจนเกินไป โดยคำนึงถึงความพร้อมและความต้องการของมารดาในขณะนั้น ซึ่งสอดคล้องกับความเห็นของ วอลเลย์ และ วอง (Whaley & Wong 1979:903) และ อีแวนส์ กับ เฮนเสน (Evans & Hansen 1980:19) ที่ว่า สิ่งที่ควรคำนึงในการให้ข้อมูลแก่มารดาที่อยู่ในภาวะวิตกกังวล ได้แก่ ความเข้าใจ ระดับสติปัญญา ความต้องการและการรับรู้ของมารดาในขณะนั้น

3. การให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุน และให้กำลังใจ สามารถช่วยให้ความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองลดน้อยลงได้มากกว่า กลุ่มที่ได้รับบริการพยาบาลตามปกติ ทั้งนี้เพราะ ผู้วิจัยมีการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนและให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องโดยการติดตาม เชื่อมผู้ป่วยและสอบถามความรู้สึกวิตกกังวลต่าง ๆ พร้อมทั้งกระตุ้นการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูบุตรขณะได้รับการส่องไฟ

ทุกวันเป็นระยะเวลา 3 วัน ติดต่อกัน จึงทำให้มารดาหลังคลอดมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถคาดการณ์ถึงเหตุการณ์ที่จะเผชิญได้ล่วงหน้า ก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มั่นใจ และรู้สึกว่าคุณค่า ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของบีแลนด์ และแพสซอส (Beland & Passos 1981:486) ที่ว่าการสนับสนุนและให้กำลังใจ มีอิทธิพลต่อการผลักดันให้เกิดพฤติกรรมที่เพิ่มพูนศักยภาพในตัวเอง โดยช่วยให้บุคคลมีจิตใจที่เข้มแข็ง ลดความกดดันภายใน เปรียบสร้างเชื่อมั่น เกิดความมั่นใจในการเผชิญปัญหา และอดทนต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ แก้วเวชวงศ์ (2526:80) พบว่ามารดาเด็กป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างมีแบบแผนมีระดับความวิตกกังวล ลดลงมากกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอีกหลายท่าน เช่น ศิริกาญจน์ เผือกเทศ (2528:ก-ข) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมไส้เลื่อน และการผ่าตัดหลอดเลือดขอในอุ้งอัมตะ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลทางด้านจิตใจมีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามกิจวัตร ก็ญณี พัทธยะ (2530:81) ศึกษาพบว่า การสอนอย่างมีแบบแผนสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยครรภ์แรกทีผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องได้มากกว่าการสอนตามปกติ อุมารักษ์ ไพศาลสุทธิเดช (2531:ก-ข) ศึกษาพบว่า การสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมชาติมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและถนอมศรี คูวาริยะกุล (2538:จ) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้ตามปกติ

4. การสัมผัสเป็นพฤติกรรมอย่างหนึ่งของการสนับสนุนและให้กำลังใจซึ่งก่อให้เกิดความสบายใจ เกิดความรักความอบอุ่นกับมารดาหลังคลอดโดยไม่ต้องใช้คำพูด โดยผู้วิจัยจะประเมินความต้องการของมารดาหลังคลอด เช่น ในขณะที่มารดาหลังคลอดกำลังร้องไห้เสียใจกับอาการตัวเหลืองของบุตร ไม่พร้อมที่จะรับฟังเรื่องใดๆ ผู้วิจัยจะนั่งอยู่ข้าง ๆ และจับมือมารดาหลังคลอดมากุมไว้เงยบ ๆ สักพักมารดาหลังคลอดจะรู้สึกสบายใจขึ้นดังเช่นที่ รูบิน (Rubin cited in McCorkle 1974:126) ได้กล่าวไว้ว่า ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะตึงเครียดหรือมีความวิตกกังวล จะรู้สึกว่าตนเองอยู่โดดเดี่ยวและขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่มีการติดต่อสื่อสารใดในขณะนั้น ที่จะมีผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจได้ดีเท่าการสัมผัส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัสพร ขำวิชา (2534:ข) พบว่าในผู้ป่วยก่อนผ่าตัดกลุ่มที่ได้รับการสัมผัสมีความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการสัมผัส

มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองในกลุ่มควบคุม ได้รับเพียงการพยาบาลตามปกติ ในขณะที่กลุ่มทดลองได้รับทั้งการพยาบาลตามปกติและได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกันไปอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่ม

ความคุม

จากสมมติฐานข้อที่ 3 มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อบุตรส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง มีคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกับเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) โดยมีคะแนนความวิตกกังวลในการวัดครั้งที่ 2 เฉลี่ยลดลงเล็กน้อยคือ จาก 65.97 ลดลงเหลือ 64.72 เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วพบว่า มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองในกลุ่มนี้มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงมี 17 คน คะแนนเท่าเดิม 1 คน และคะแนนเพิ่มขึ้น 14 คน (ดังตารางที่ 9 ในภาคผนวก ข) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ เมื่อเวลาผ่านไป 48 ชั่วโมง บุตรมีอาการตัวเหลืองน้อยลงหลังได้รับการรักษาด้วยวิธีการส่องไฟ แต่แพทย์ยังเห็นสมควรให้รักษาด้วยวิธีการส่องไฟต่อไปโดยไม่ได้ให้คำชี้แนะใด ๆ ทำให้มารดาหลังคลอดรับรู้เพียงว่าบุตรมีอาการตัวเหลืองลดลง แต่ยังไม่พินิจอันตรายจึงมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงเพียงเล็กน้อยหรือเท่าเดิม

ส่วนมารดาหลังคลอดที่มีคะแนนความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นนั้น อาจเป็นเพราะบุตรมีอาการตัวเหลืองมากขึ้น จึงทำให้มารดาหลังคลอดประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเกินความเป็นจริง ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกลัวภาวะแทรกซ้อนและผลที่จะเกิดตามมา ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของ ลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman 1984:166-167) ที่ว่า การประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ และเป็นความเครียดชนิดใด มีความรุนแรงมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัยสถานการณ์เฉพาะหน้า (Situational factors) และปัจจัยทางด้านตัวบุคคล (Personal factors) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับคำกล่าวของ บีแลนด์ และแพสซอส (Beland & Passos 1981:485) ที่ว่าความวิตกกังวลและความกลัวที่ยิ่งใหญ่ที่สุดเกิดจากความไม่รู้

กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมมีรายได้ค่อนข้างต่ำ กล่าวคือ มีรายได้อยู่ในช่วงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน มีจำนวนถึง 22 คน (ดังตารางที่ 8 ในภาคผนวก ข) ซึ่งอาจมีผลให้มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่ารักษาพยาบาลทั้งมารดาและบุตร ซึ่งต้องรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนานขึ้น และต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้นโดยที่มารดาหลังคลอดไม่ได้เตรียมตัวในส่วนนี้มาก่อน และไม่สามารถระบายหรือปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับพยาบาล ความวิตกกังวลจึงไม่ลดลง

จากสมมติฐานข้อที่ 4 มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองกลุ่มที่ได้รับการความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อบุตรส่องไฟครบ 48 ชั่วโมงมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีคะแนนความวิตกกังวลในการวัดครั้งที่ 2 เฉลี่ย 46.38

ซึ่งมีคะแนนน้อยกว่าในการวัดครั้งที่ 1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 64.16 ทั้งนี้ผู้วิจัยเชื่อว่า อาจเป็นเพราะ

1. ผู้วิจัยได้มีการเตรียมการในการให้ความรู้และการสนับสนุน โดยคำนึงถึงความพร้อม และความต้องการของมารดาหลังคลอดเป็นรายบุคคล อีกทั้งยังมีเอกสารประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการตัวเหลืองไว้อ่านทบทวน เพื่อให้มารดาหลังคลอดมีเวลาในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการตัวเหลืองมากยิ่งขึ้น อีกทั้งยังมีการประเมินความเข้าใจและให้ซ้ำหลาย ๆ ครั้ง จึงช่วยให้มารดาหลังคลอดมีความเข้าใจ สามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง เพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหา เกิดความเชื่อมั่นในการจัดการกับปัญหา ลดการกดดันทางอารมณ์ ยังผลให้ความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหลายท่าน เช่น อุมารัม ไพบีศาตสุทธิเดช (2531:138-139) ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาร่วมกับการนำธรรมชาติมาประยุกต์มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ฉวี มากพุ่ม (2530:ก-ข) ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในอุ้งน้ำดี พบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีความวิตกกังวลขณะเผชิญภาวะหลังได้รับข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถนอมศรี คูอาริยะกุล (2538:ฉ) ศึกษาในผู้ป่วยผ่าตัดเต้านม พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ มีความวิตกกังวลต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทางอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และยังสนับสนุนคำกล่าวของ ฟอเซ็ท (Faucett 1991:120) ที่ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของโรค สาเหตุ การตรวจวินิจฉัย วิธีการรักษา ตลอดจนอันตรายต่าง ๆ และวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ และสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงตามความเป็นจริง ยังผลให้เกิดความเชื่อมั่น และลดการกดดันทางอารมณ์ลงได้

2. กลุ่มทดลองได้รับความรู้และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องตามความต้องการของมารดาหลังคลอดในขณะนั้น โดยเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาหลังคลอดตามหลักในการสร้างสัมพันธภาพของแมคแคฟเฟอร์ (McCaffery 1979: 56) จึงช่วยให้มารดาหลังคลอดมีความรู้สึกอบอุ่นใจ ไม่โดดเดี่ยว กล้าระบายในสิ่งที่ เป็นกังวลใจ ยังผลให้ความวิตกกังวลลดลง จากการทดลองพบว่า มารดาหลังคลอดมีความกังวลใจเกี่ยวกับปัญหาทางด้านการเงิน ซึ่งผู้วิจัยได้ช่วยส่งต่อไปปรึกษากับหัวหน้าหน่วยบริหารการแรกเกิด 2 เป็นจำนวน 5 คน จึงทำให้ความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดในกลุ่มนี้ลดลงอย่างเห็นได้ชัดคือ มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงถึง 28 คน และมีคะแนนเพิ่มขึ้นเพียง 4 คน (ดังตารางที่ 9 ในภาคผนวก ช) ในจำนวน 4 คนนี้ มีอาการตัวเหลืองของบุตรเพิ่มมากขึ้น 2 คน และ

มีความผิดปกติของเม็ดเลือดแดงคือขาดเอ็นไซม์ G6PD จำนวน 2 คน ถึงแม้มารดาหลังคลอดเหล่านี้จะได้รับความรู้และการสนับสนุนจากผู้วิจัยแล้วก็ตาม แต่ยังคงมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้นทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้วิจัยมีเวลาค่อนข้างจำกัดในการเยี่ยมชมแต่ละครั้ง และมีเวลาให้กับมารดาหลังคลอดเหล่านี้น้อยเกินไป เนื่องจากเป็นช่วงที่มีบุตรตัวเหลืองเข้ารักษาอาการตัวเหลือง ด้วยวิธีการส่องไฟพร้อมกันหลายคน จึงแบ่งเวลาให้น้อยเกินไป ทำให้มารดาเหล่านี้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการตัวเหลืองและความผิดปกติของเม็ดเลือดแดงได้ไม่ดีพอ อีกทั้งยังประเมินเหตุการณ์เกินความเป็นจริง ยังผลให้มีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ สจ๊วต และ ซันดีน (Stuart & Sundeen 1977 อ้างใน ศิริพันธ์ สุคนธ์รัตน์ 2527:26) ที่ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ระบายความวิตกกังวล และความต้องการข้อมูลของผู้ป่วย ต้องใช้เวลานานพอสมควรจึงจะทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้อย่างชัดเจน

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองโดยบุตรมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงและไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอดและหลังคลอด ต่อมาบุตรมีอาการตัวเหลืองและต้องเข้ารับการรักษาอาการตัวเหลืองด้วยวิธีการส่องไฟที่หน่วยบริบาลทารกแรกเกิด 2 มารดาของบุตรตัวเหลืองเหล่านี้เป็นมารดาที่คลอดบุตรโดยไม่จำกัดวิธีการคลอดและพักฟื้นที่ตึกสูติกรรม 1 และตึกสูติกรรม 2 ของวชิรพยาบาล ระหว่างเดือนธันวาคม 2538 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2539 จำนวน 64 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนดดังนี้

1. มีอายุระหว่าง 20-34 ปี
2. เป็นมารดาที่ไม่เคยมีบุตรมาก่อน และไม่มีภาวะเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนก่อนคลอดและหลังคลอด
3. ไม่มีประวัติโรคจิตหรือโรคประสาท
4. สามารถอ่านเขียนและพูดภาษาไทยได้รู้เรื่อง
5. ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เอกสารประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการตัวเหลือง
2. แบบแผนการให้ความรู้และการสนับสนุน ซึ่งผู้วิจัยกำหนดเป็นแนวทางในการให้ความรู้และการสนับสนุน
3. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล
4. แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Trait Anxiety Inventory Form X-I) ของสปีลเบอร์เจอร์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับสลากสลับกันทุก 2 สัปดาห์ เพื่อจัดตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม

คุมและกลุ่มทดลองแล้ว ให้ผู้ช่วยวิจัยแจกแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองในวันที่บุตรเริ่มรักษาด้วยวิธีการส่องไฟ จากนั้น กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับความรู้และการสนับสนุนจากผู้วิจัยร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ จนกระทั่งบุตรส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง ผู้ช่วยวิจัยจะแจกแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญอีกครั้ง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC⁺

ผลการวิจัย พบว่า

1. มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กับกลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ มีคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2. มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองกลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อบุตรส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง มีคะแนนความวิตกกังวล น้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

3. มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อบุตรส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง มีคะแนนความวิตกกังวลแตกต่างกับเมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

4. มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองกลุ่มที่ได้รับความรู้และการสนับสนุนร่วมกับการได้รับการพยาบาลตามปกติ เมื่อบุตรส่องไฟครบ 48 ชั่วโมง มีคะแนนความวิตกกังวล น้อยกว่า เมื่อบุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล จากผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า การให้ความรู้และการสนับสนุนสามารถลดความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองลงได้ ดังนั้น จึงควรได้มีการนำวิธีการให้ความรู้และการสนับสนุนมาใช้ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองโดยการจัดให้มีพยาบาลรับผิดชอบในการให้ความรู้และการสนับสนุนเป็นรายบุคคล และติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มารดา

หลังคลอดมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีสัมพันธภาพที่ดีทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัย อบอุ่นใจ และเพิ่มศักยภาพในการเผชิญปัญหา ซึ่งสามารถลดความวิตกกังวลลงได้ในที่สุด นอกจากนี้ ควรมีการแจกเอกสารประกอบการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการตัวเหลือง และข้อควรปฏิบัติของมารดาในขณะบุตรได้รับการส่องไฟ โดยมี การสาธิตวิธีสังเกตอาการตัวเหลืองจากพยาบาล และให้มารดาหลังคลอดสาธิตย้อนกลับให้ดูจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ซึ่งสามารถช่วยให้มารดาหลังคลอดเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น

ด้านการศึกษา จัดให้มีกิจกรรมการเรียน-การสอนแก่นักศึกษาพยาบาล ที่ฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยหลังคลอด และหน่วยบริบาลทารกแรกเกิด โดยให้มีการนำวิธีการให้ความรู้และการสนับสนุนไปใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาถึงผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลในมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองในทำนองเดียวกันนี้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ด้วยจำนวนตัวอย่างที่เพิ่มขึ้นเพื่อการนำไปใช้อ้างอิงได้กว้างขวางยิ่งขึ้น
2. ศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลในมารดาหลังคลอดครรภ์แรกและครรภ์หลังที่มีบุตรตัวเหลือง
3. เปรียบเทียบผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองเป็นรายบุคคลกับเป็นกลุ่ม
4. ศึกษาปฏิกิริยาการตอบสนองของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองในด้านอื่น ๆ เช่น ความสามารถในการดูแลตนเอง ความสามารถในการเลี้ยงดูบุตร หรือการปรับตัวของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลือง



บรรณานุกรม

- กนกพร สุคำว้าง. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อภาวะเครียด ความวิตกกังวล และพฤติกรรมเผชิญความเครียดใน ไอ.ซี.ยู. ของผู้ป่วยที่รับการรักษา ด้วยการผ่าตัดเปิดเข้าไปในหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอาชีวศาสตร์และสัตยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- กัญจน์ พิณชะ. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวลและการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในผู้ป่วยครรภ์แรกที่ทำตัดคลอดทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- เกศินี เทพกาญจนา. "ทารกแรกเกิดกับครอบครัว" ใน การพยาบาลทารกแรกเกิด, หน้า 116-126. กรรณิการ์ วิจิตรสุนทร และ ดารณี สาชะวัน, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: ฝ่ายการพิมพ์บริษัทสำนักพิมพ์แม่จ๋าจัด, 2528.
- ชนิษฐา นาคะ. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- จันทร์เพ็ญ การีเวท. ความรู้สึกก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และ ศัลยกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลศึกษา. คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2514.
- ฉวี เปาทรวง. ผลของการให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวอย่างมีแบบแผนและการสัมผัสต่อการลดความวิตกกังวล และพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดใน ระยะคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล แม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- ฉวี มากพุ่ม. ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในผู้ป่วยผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- ชมชื่น สมประเสริฐ. ผลของการฝึกสมาธิต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- ชไมพร โนนศรีชัย. ผลของการให้คำปรึกษาทางสุขภาพต่อความวิตกกังวลขณะเผชิญของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการเจาะหน้าท้องเพื่อการวินิจฉัยก่อนคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

- ณัฐ ภมรประวัติ. "พยาธิกำเนิดของด้ข่าน" รวมเรื่องพื้นฟูวิชาการ. คณะแพทย-
ศาสตร์ศิริราช. พิมพ์ครั้งที่ 8, 2504.
- ดวงกมล พึ่งประเสริฐ. ผลของการให้คำปรึกษาของพยาบาลต่อระดับความวิตก
กังวล และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยทำแท้งผิดกฎหมาย.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิต-
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ถนอมศรี คูวาริชะกุล. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการสนับสนุนทาง
อารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอน และความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่ได้รับการตัด
เต้านม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่, 2538.
- ทัศนาศ บุญทอง. "ปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยฝ่ายชาย" ใน เอกสารการสอนชุด
วิชาการเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช
หน่วยที่ 10-15. กรุงเทพมหานคร : นำกัการพิมพ์, 2528.
- เทียมศรี ทองสวัสดิ์. " การพยาบาลหญิงที่มีอาการผิดปกติในระยะหลังคลอด :
การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจในระยะหลังคลอด" ใน เอกสารการสอนชุด
วิชาการเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช
หน่วยที่ 1-7. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมราชา 2528.
- นันทา โล้วพิรุณ และ เรื่องรัตน์ อุนนิสากร. "การรักษาด้วยแสงไฟ" คู่มือ
ปฏิบัติวิธีการสำหรับผู้ป่วยเด็ก. รวบรวมโดยสุวดี ศรีเลณวัติ.
กรุงเทพมหานคร : อักษรสัมพันธ์, 2523.
- เบญจวรรณ แก้วเวชวงศ์. ผลของการให้การพยาบาลอย่างมีแบบแผนเพื่อลดความ
วิตกกังวลของมารดาเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- ประคอง กรรณสูต. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. (ฉบับปรับปรุงแก้ไข).
กรุงเทพมหานคร : บริษัทศูนย์หนังสือ ดร. ศรีสง่า จำกัด, 2529.
- ประพุก ศรีบุญ. "อาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด" ทารกแรกเกิด.
ประพุก ศรีบุญ และอรพล บุญประกอบ, บรรณาธิการ. กรุงเทพ-
มหานคร : เจริญวิทย์การพิมพ์, 2525.
- พิกุล ตันดิธรรม. ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย
หนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

- ภัสพร ข้าวิชา. ผลของการสัมผัสต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- ยุพิน จันทรัดคะ. "การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ." ใน สถิติและการวิจัยเบื้องต้น, หน้า 107-137. พรศรี ศรีอัญญาพร และชวดี วัฒนานนท์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามเจริญพานิช, 2529.
- ชวดี ฤาชาและคณะ. วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร : บริษัทสยามศิลป์การพิมพ์จำกัด, 2534.
- รุจา ภูไพบูลย์. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2534.
- วรรณวิไล จันทรภา. "พฤติกรรมการปรับตัวและการพยาบาล" ใน เอกสารการสอนชุดกรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช. หน้า 860-861. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แม็ค จำกัด, 2528.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2526.
- วิไล เลิศธรรมเทวี. "การพยาบาลทารกที่มีระดับบิลิรูบินในเลือดสูง" ใน การพยาบาลทารกแรกเกิด. หน้า 262-275. กรรณิการ์ วิจิตรสุคนธ์ และดารณี สาชะวัน, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ฝ่ายการพิมพ์บริษัทสำนักพิมพ์แม็ค จำกัด, 2528.
- ศิริกาญจน์ เพ็ญเทศ. ผลของการพยาบาลทางด้านจิตใจต่อระดับความวิตกกังวลในขณะผ่าตัดของผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเย็บซ่อมแซมไส้เลื่อนและการผ่าตัดหลอดเลือดขอดในถุงอัณฑะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- สงวนศรี มยุเรศ. เปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของระดับบิลิรูบินในทารกแรกเกิดที่ตัวเหลืองซึ่งได้รับการรักษาโดยวิธีที่ต่างกันของการส่องไฟและให้น้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- สถิติกุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ปี พ.ศ. 2524 และ ปี พ.ศ. 2531.

- สมจิต หนูเจริญกุล. "ความเครียดกับการดูแลตนเอง" การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. สมจิต หนูเจริญกุล, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิ.เจ.พรินติ้ง, 2536:95-120.
- สมทรง เฟ่งสุวรรณ. ผลของการฝึกสมาธิต่อการลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- สัจจา ทาโต. เปรียบเทียบผลของการพยาบาลแบบเฝ้าดูและประทับประคอง การพยาบาลตามกิจวัตรและการพยาบาลตามกิจวัตรร่วมกับการได้รับยาระงับปวดต่อระดับความเจ็บปวดในผู้ป่วยที่ได้รับการชุดมดลูกเนื่องจากการแท้งบุตร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- สุภาวดี อ่อนละมัย. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการกรากเกิดตัวเหลืองที่โรงพยาบาลรามธิบดี ปี 2531. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- สุวณีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. แนวคิดพื้นฐานการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ โรงพิมพ์ป๋อง, 2527.
- อนันต์ เตชะเวช. "อาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด" ใน กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 2, จันทรนิวัทธ์ เกษมสันต์ และบุญชอบ พงษ์พาณิชย์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : อัมรินทร์การพิมพ์, 2522.
- อุบล นิวัติชัย. "พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทางจิตอารมณ์และการพยาบาล" ใน เอกสารการสอนชุดวิชากรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารก และการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 10-15. หน้า 1081-1170. มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมมาธิราช, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด นำกิ่งการพิมพ์, 2528.
- อุบล นิวัติชัย. หลักการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่ : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2527.
- อุมาภรณ์ ไพลศาสตร์พิเศษ. ผลการสอนสุขศึกษา ร่วมกับการนำธรรมะมาประยุกต์ในผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษาในด้านการลดความวิตกกังวล ลดความซึมเศร้า เพิ่มการยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

อุษา เชื้อหอม. ผลของการเตรียมตัวคลอดต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด
ระยะเวลาคลอดและการรับรู้ประสบการณ์คลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญา-
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.

- Amick, J.H. "Support for parents of babies in special care unites." Midwives Chronicle & Nursing Notes. 97 (June 1984): 170-174.
- Beland, I. & Passos, J.Y. Clinical Nursing : Pathophysiological and Psychosocial Approaches. 3rd ed. New York: Macmillan Publishing Co., 1981.
- Blenner, J.L. "Stress and mediators : Patients perceptions of infertility treatment." Nursing Research. 41 (1992): 92-97.
- Boback, I.M. & Jensen, M.D. Essentials of Maternity Nursing: The Nurse and the Childbearing Family. 2nd ed. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1987.
- Bore, H.R. " Do we support parents of high-risk infant? " American Journal of Disease in Children. 132 (October 1978): 980-983.
- Boyer, D.B. & Vidyasaga, D. " Serum indirect bilirubin levels and meconium passage in early fed normal newborns." Nursing Research. 36 (May/June 1987) : 174-178.
- Brooten, D. et al. " Anxiety, depression and hostility in mothers of preterm infants." Nursing Research. 37 (July/August 1988): 213-216.
- Brown, L.P. et al. " Incidence and pattern of jaundice in healthy breast-fed infants during the first month of life. " Nursing Research. 42 (March / April 1993) : 106-110.
- Bysse, J.E. "The effect of giving information to patients before surgery." Nursing. 30 (October 1988): 36-39.
- Cagan, J. " Weaning parents from intensive care unit care." MCN. 13 (July/August 1988) : 275-277.

- Cambell, M.P., et al. " Neonatal jaundice. " Pediatrics. 42 (July 1978) :1022-1025.
- Chinn, P., Winn, J. and Walter, R.H. Two-Way Taking with Parents of Special Children. St. Louis : The C.V. Mosby Company, 1978.
- Endler, N.S. & Edwards, J. " Stress and Personality." in Handbook of Stress Theoretical and Clinical Aspects. pp. 36-44. Edited by Leo Goldberger and Shlomo Breznitz, The Free Press. A Division of Macmillan, Inc. 1982.
- Euswas, P. "The actualized caring moment : A grounded theory of caring in nursing practice." In A Global Agenda for Caring. p. 309-326. Edited by D.A. Gant, New York: National League for Nursing Press, 1993.
- Evan, M.L. & Hansen, B.D. Guide of Pediatric Nursing: A Clinical Reference. pp. 111-120. New York: Appleton Century-Crofts, 1980.
- Faucett, J. " Care of the critically ill patient in pain: The importance of nursing." In Pain in the Critically Ill Assessment and Management. pp.115-136. Edited by K.A. Puntillo, Gaithersbrug: Aspen Publishers, Inc., 1991.
- Fostel, C. "Chronic illness and handicapping conditions : coping patterns of the child and family." In Current Practice in Pediatric Nursing. pp. 53-67. Edited by P.A. Brandt and Others. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1978.
- Friedman, M.M. Family Nursing : Theory & Assessment. New York : Century-Crofts, 1981.
- Gant, D.A. " Evaluating caring competencies in nursing practice." Topics in Clinical Nursing. 8(July 1986): 77-83.

- Gennaro, S. & Stringer, M. "Stress and health in low birthweight infants : A longitudinal study." Nursing Research. 40(September/October 1991):308-311.
- Glasscock, J.A.D. "The chronically ill child." In Child and Family: Conceptual of Nursing Practice. pp. 502-515. Edited by M.J. Smith and Others. New York: McGraw-Hill Book Company, 1982.
- Grant, W.W. "The child plus the parent equal 1 patient: An important lesson." Clinical Pediatrics. 11 (August 1972) : 433-436.
- Hampson, S.J. "Nursing interventions for the first three postpartum months." JOGNN. 18 (March/April 1989) : 116-121.
- Harrison, L.L. & Twardosz, A. "Teaching mothers about their preterm infants." JOGNN. 15 (March/April 1986):165-172.
- Hartfield, T.M. et al. "Effect of information about a threatening procedure on patients' expectation and emotional distress." Nursing Research. 31 (July/August 1982) : 202-205.
- Hayes, V. & Knox, J.E. "Reducing hospital related stress in parents of children with cancer." Canadian Nurse. 79 (November 1983) : 27-32.
- Hazinski, M.F. Nursing Care of the Critically Ill Child. 2nd ed. St. Louis: Mosby 1992.
- Hodges, W.F. "The psychophysiology of anxiety." Emotions and Anxiety. Edited by Zucherman, Marvin & Spielberger, Charles D. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1976.
- Hymovich, D.P. & Camberlin, R.W. Child and Family Development: Implications for Primary Health Care. New York: McGraw-Hill Book Company, 1980.
- Johnson, B.S. Psychiatric Mental Health Nursing : Adaptation and Growth. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1986.

- Jolly, H. "Neonatal jaundice." Diseases of Children. 3rd ed. London : The English Language Book Society and Blackwell Scientific Publication, 1976.
- Jones, F.A. et al. " Maternal responsiveness of primiparous mother during the postpartum period : Age differences. " Pediatrics. 65 (March 1980) : 579-584.
- Jones, M.B. "A physiologic approach to identifying neonates at risk for Kernicterus." JOGNN. 19 (July / August 1990): 313-318.
- Lader, M. & Marks, I. Clinical Anxiety. New York : Grune and Straton, 1971.
- Lamontagne, L.L., Mason, K.R. & Hepworth, J.T. " Effects of relaxation on anxiety in children: Implications for coping with stress." Nursing Research. 34(September/October 1985): 289-292.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Company, New York: 1984.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. " Stress-related transactions between person and environment." In Perspectives in Interactional Psychology. pp. 287-327. New York : Plenum Press, 1978.
- Lipkin, G.B. Parent-Child Nursing : Psychosocial Aspect. 2nd ed. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1978.
- Lucente, F.E. & Fleck, S. "A study of hospitalization anxiety in 408 medical and surgical patients." Psychosomatic Medicine. 34 (July/August 1972) : 304-311.
- Luckmann, J. & Sorensen, K.C. "Stress and disease : Major Causative Factors." In Medical-Surgical Nursing : A Psychophysiologic Approach. pp.41-47. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1974.
- Maisels, M.J. "Neonatal jaundice." Neonatology Pathophysiology and Management of the Newborn. ed. by Gordon B. Avery. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1981.

- May, K.A. & Mahlmeister, L.R. Comprehensive Maternity Nursing: Nursing Process and the Childbearing Family. Philadelphia : J. B. Lippincott Company, 1990.
- McCaffery, M. Nursing Management of the Patient with Pain. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1979.
- McCann, K. & McKenna, H.P. " An examination of touch between nurses and elderly patients in a continuing care setting in northern Ireland. " Journal of Advanced Nursing. 18 (July 1993): 838-846.
- McCorkle, R. "Effect of touch on seriously ill patient." Nursing Research. 23 ((March/April 1974): 125-131.
- Meyers, M.E. " The effects of types of communication on patient's reaction to stress." Nursing Research. 13 (Spring 1964): 126-129.
- Miles, M.S., Funk, S.G. & Kasper, M.A. " The stress responses of mothers and fathers of preterm infants." Research in Nursing & Health. 15 (June 1992): 261-269.
- Miller, C. " Working with parents of high-risk infants. " American Journal of Nursing. 78 (July 1978) : 1228-1230.
- Mitchell, P.H. Concepts Basic to Nursing. 2nd ed. New York: Mc.Graw-Hill Book Company, 1977.
- Nyamathi, A. & Kashiwabara, A. " Preoperative anxiety Its affect on cognitive thinking." AORN Journal. 47 (January 1988) : 164-170.
- Peplau, H.E. " Anxiety. " In Childbearing : A Nursing Perspective. 2nd ed. Edited by A.L. Clark & D.D. Affonso. Philadelphia: F.A. Davis Company, 1979.
- Phipps, W.J., Long, B.C. & Woods, N.F. Medical-Surgical Nursing : Concepts and Clinical Practice. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1983.
- Pollock, S.E. "The stress response." Critical Care Quarterly. (March 1984) : 1-11.
- Prugh, D.G. The Psychosocial Aspects to Pediatrics. Philadelphia: Lea & Fibiger Company, 1983.

- Rawlins, R.P., Williams, S.R. & Beck, C.K. "Mental health-psychiatric nursing." in A Holistic Life-Cycle Approach. 3rd ed. St.Louis : Mosby Year Book, 1993.
- Robert, S. Behavioral Concept and Nursing throughout the Life Span. New Jersey : Prentice - Hall, 1978.
- Rubin, R. "Basic maternal behavior." Nursing Outlook. 9 (June 1961) : 683-686.
- Seward, E. M. "Preventing postpartum psychosis." American Journal of Nursing. 72 (March 1972): 520-523.
- Sheehan, F. "Assessing postpartum adjustment." JOGNN. 10 (January 1981) : 19-23.
- Shives, L.R. Basic Concepts of Psychiatric-Mental Health. 3rd ed. Philadelphia : J.B. Lippincott Company, 1994.
- Sim, L.R. & Smith, P. Anxiety in Clinical Practice. Chichester : John Wiley & Sons, 1988.
- Spielberger, C.D. et al. STAI Manual. California : Consulting Psychologists Press, 1970.
- Strauss, S.S. & Munton, M. "Common concerns of parents with disabled children." Pediatric Nursing. 11 (September/October 1985) : 371-375.
- Steinhauer, P.D. "Psychological Aspects of Chronic Illness." Pediatric Clinics of North America. 21 (November 1974) : 825-841.
- Sumner, G. & Fritsch, J. "Postnatal parental concerns." JOGNN. 6 (January 1977) : 27-32.
- Vaterlaus, E. "A holistic approach to nursing the patient in pain." The Canadian Nurse. 7 (January 1979): 22-27.
- Whaley, L.F. & Wong, D.L. Nursing Care of Infants and Children. pp. 900-910. 1st ed. St Louis: C.V. Mosby, 1979.
- Whaley, L.F. & Wong, D.L. Nursing Care of Infants and Children. pp. 380-390. 3rd Edition. Mosby-Year Book Inc. 1987.

- Whaley, L.F. & Wong, D.L. Nursing Care of Infants and Children. pp. 343-353. 5th Edition. Mosby-Year Book Inc. 1995.
- Wilkerson, N.N. "A comprehensive look at hyperbilirubinemia." MCN. 13 (September/October 1986) : 360-364.
- Wolf, Z.R. "The caring concept and nursing identified caring behavior." Topics in Clinical Nursing.8 (July 1986): 84-93.
- Wood, S.B. " Development and anemia in the newborn." Nursing Mirror. 139 (February 1973) : 22-23.
- Wu, Y.K., et. al. " Effect of phototherapy in preterm infant on growth in the neonatal period." The Journal of Pediatrics. 85 (October 1974) : 563-566.
- Younger, J.B. "A model of parenting stress." Research in Nursing & Health. 14 (May 1991) :197-204.
- Younger, J.B. " Development and testing of the mastery of stress instrument." Nursing Research. 42(March/April 1993): 68-73.
- Zachman, R.D. & Madison, W. " Alternate phototherapy in neonatal hyperbilirubinemia." The Journal of Pediatrics. 81 (July 1972) : 178.
- Zahr, I.K. "The relationship between maternal confidence and mother - infant behaviors in premature infants." Research in Nursing & Health. 14 (1991): 279-286.
- Zung, W.K. " A rating instrument for anxiety disorders." Psychosomatics.12 (November/December 1971): 371-379.



ภาคผนวก ก

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมงานวิจัย

เรียน มารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองทุกท่าน

ดิฉัน นางพุ่มพวง จิรากุล นักศึกษาพยาบาลปริญญาโท ภาควิชาพยาบาล ศาสตร์คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังศึกษา วิจัยเรื่อง ผลของการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อความวิตกกังวลของมารดาหลัง คลอดที่มีบุตรตัวเหลือง เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมและการ ปฏิบัติที่มีคุณภาพต่อไป

ดิฉันใคร่ขอความร่วมมือจากมารดาหลังคลอดที่มีบุตรตัวเหลืองทุกท่านกรุณา ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความวิตกกังวล ซึ่งจะให้ ท่านตอบแบบประเมินความวิตกกังวล 2 ครั้ง คือ วันที่บุตรเริ่มได้รับการส่องไฟ และวันที่บุตรส่องไฟครบ 2 วัน ท่านและครอบครัวจะไม่ได้รับผลเสียใด ๆ และไม่ ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น หากท่านไม่สะดวก ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วม ในงานวิจัยครั้งนี้ได้ ซึ่งการปฏิเสธนี้จะไม่ส่งผลต่อการรับบริการแต่ประการใด การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ ไม่มีคำตอบที่ผิดหรือถูก จึงไม่ควรที่จะใช้เวลานาน ถ้าท่านไม่เข้าใจหรือมีข้อสงสัยใด ๆ ให้สอบถามรายละเอียดจากผู้วิจัยได้โดยตรง ข้อมูลทั้งหมดจะได้รับการปกปิดไว้เป็นความลับ

ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

พุ่มพวง จิรากุล

ภาคผนวก ข

แผนการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการตัวเหลือง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ประเมินผล
เพื่อให้ทราบถึงสาเหตุของการเกิดอาการตัวเหลือง	<p>สาเหตุของอาการตัวเหลือง</p> <p>ในทารกแรกเกิดส่วนใหญ่เกิดจากตับของทารกยังทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ จึงทำให้มีการขับถ่ายสารสีเหลืองที่เรียกว่า "บิลิรูบิน" ออกทางปัสสาวะ และอุจจาระได้ไม่สมบูรณ์</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกิดจากเม็ดเลือดแดงของทารกมีอายุสั้นกว่าของผู้ใหญ่ จึงทำให้มีสารบิลิรูบินมากขึ้น - เกิดจากทารกขับถ่ายขี้เทาช้า ทำให้มีการค้างของสารบิลิรูบิน - หมู่เลือดของมารดาและทารกไม่เข้ากัน - ภาวะที่มีเม็ดเลือดแดงมากเกินไป - ภาวะพร่องเอนไซม์บางชนิดของเม็ดเลือดแดง - มีการขับถ่ายบิลิรูบินน้อยกว่าปกติ - ล้าใ้สูดุดตัน ส่วนบุตรของท่านมีสาเหตุจาก..... 	<p>ผู้วิจัยเริ่มสร้างสัมพันธภาพกับมารดาโดยถามถึงความรู้สึกของมารดาเมื่อทราบว่าบุตรต้องได้รับการส่องไฟเพื่อรักษาอาการตัวเหลืองและกระตุ้นให้มารดาซักถามข้อมูลความรู้เกี่ยวกับอาการตัวเหลืองแล้วจึงนำเข้าสู่บทเรียนด้วยการอธิบายสาเหตุของอาการตัวเหลือง</p>	<p>สังเกต ความสนใจ ของ มารดา และซัก ถาม</p>
ให้ทราบถึงเหตุผลของการเจาะเลือดบุตรทุกวัน	<p>ทารกที่มีอาการตัวเหลืองอาจเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งหรือหลายสาเหตุร่วมกัน จึงจำเป็นต้องค้นหาสาเหตุที่แท้จริง นอกจากนี้ยังเป็นการประเมินระดับบิลิรูบินได้ถูกต้องแม่นยำกว่าการสังเกตด้วยตาเปล่า และเป็นการติดตามผลการรักษาอีกด้วย</p>	<p>อธิบายให้มารดาเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุที่ต้องเจาะเลือดบุตรทุกวัน</p>	<p>สังเกต ความสนใจ และซัก ถาม ความ เข้าใจ</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ประเมินผล
<p>ให้ทราบถึงแนวทาง การรักษา ด้วยวิธีการส่องไฟ</p>	<p>การรักษา มีหลายวิธี แต่ละวิธีที่ใช้ จะให้เหมาะสมกับระดับบิลิรูบินใน ทารกของท่าน ก่อนหน้านี้ท่านได้ กระตุ้นให้ทารกดนมมาก ๆ แล้ว ซึ่งเป็นวิธีการหนึ่ง ที่ช่วยให้ทารกที่ เริ่มมีอาการตัวเหลืองหายได้ แต่ หลังจากกระตุ้นทารกดนมมาก ๆ แล้ว ทารกยังไม่สามารถขับถ่าย สารบิลิรูบินออกได้หมด และมีแนว โนมสูงขึ้นเรื่อย ๆ เราจึงนำทารก มารักษาด้วยวิธีการส่องไฟ และ แสงไฟจะช่วยเปลี่ยนสารบิลิรูบิน ที่สะสมอยู่ใต้ผิวหนังให้ขับถ่ายออก ทางอุจจาระและปัสสาวะได้ง่ายขึ้น</p>	<p>อธิบายถึงแนวทางการ รักษาพร้อมกับชี้ถาม ความรู้สึกและความคิด เห็นต่าง ๆ เมื่อทารก ถูกนำมาส่องไฟ เปิดโอกาสให้มารดา ชี้ถาม</p>	<p>สังเกตสี หน้าและ ความสนใจ พร้อมกับ กระตุ้นให้ มารดา มีส่วนร่วม แสดงความ คิดเห็น</p>
<p>ให้ทราบถึง ข้อควรปฏิบัติ ขณะที่ทารก ได้รับการรักษา ด้วยวิธีการ ส่องไฟ</p>	<p>ไม่ควรอุ้มบุตรออกจากแสงไฟบ่อยๆ เพราะจะทำให้การรักษาไม่ได้ผล เท่าที่ควร ควรอุ้มเมื่อต้องการให้นม มารดาเท่านั้น และควรนั่งใกล้ ๆ แสงไฟ เพื่อให้ร่างกายของบุตรถูก แสงบางส่วนในขณะที่ให้นมมารดา และควรกระตุ้นให้บุตรดนมมาก ๆ อย่างปลอดภัยให้บุตรอมหัวนมมารดาเป็น เวลานาน ๆ ถ้าบุตรดนมมารดาได้ ไม่ดีเท่าที่ควร มารดาควรเสริม ด้วยนมผสมเป็นคราว ๆ ไปนอกจากนี้ ควรดูแลให้ผ้าที่ปิดตาอยู่ในตำแหน่ง ที่ปิดตาได้สนิทเสมอในขณะที่ส่องไฟ ควรพลิกตะแคงและเปลี่ยนท่าบุตร โดยให้บุตรนอนหงาย นอนคว่ำสลับ กันไปเรื่อย ๆ</p>	<p>อธิบายพร้อมกับสาธิต ให้มารดาเห็นเป็นตัวอย่าง แล้วให้มารดาฝึก ปฏิบัติ โดยมีผู้วิจัยยืนอยู่ ข้างๆ เพื่อชี้แนะและ คอยให้กำลังใจ</p>	<p>สังเกตวิธี ที่มารดา ปฏิบัติว่า ถูกต้อง หรือไม่ และกล่าว ชมเชย เมื่อมารดา ปฏิบัติได้ ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ประเมินผล
<p>ให้ทราบถึงวิธีการสังเกตว่าบุตรมีอาการตัวเหลืองเพิ่มมากขึ้นหรือไม่</p>	<p>อธิบายวิธีการสังเกตอาการตัวเหลือง โดยอ้อมบตรออกจากแสงไฟ วางในที่ที่สำหรับเปลี่ยนผ้าอ้อมบตร ใช้นิ้วมือทั้ง 4 นิ้วกดลงบริเวณหน้าท้องบตรสักครู่แล้วปล่อย จะสังเกตเห็นสีผิวบริเวณที่นิ้วกดลงแตกต่างจากสีผิวบริเวณรอบ ๆ โดยจะเห็นเป็นสีเหลืองคล้ายสีจำปา แสดงว่ายังมีอาการตัวเหลือง ถ้าเป็นสีเหลืองอ่อนหรือเหลืองนวล แสดงว่าบุตรไม่มีอาการตัวเหลือง</p>	<p>นำบุตรมาสาธิตให้มารดาได้เห็นเป็นตัวอย่าง พร้อมทั้งให้มารดาได้ทดลองปฏิบัติตามคำบอกเล่า และชี้ให้มารดาสังเกตดูบริเวณที่นิ้วมือกดลงไปเปรียบเทียบกับสีผิวบริเวณรอบ ๆ</p>	<p>สังเกตความเข้าใจโดยดูจากวิธีปฏิบัติ พร้อมทั้งชี้แนะและกล่าวชมเมื่อมารดาสามารถทำได้</p>
<p>ให้ทราบถึงข้อควรปฏิบัติเมื่อบุตรกลับบ้าน</p>	<p>สังเกตอาการตัวเหลืองของบุตร โดยการใช้นิ้วมือกดลงบริเวณหน้าท้องเบา ๆ สักครู่แล้วปล่อย จะสังเกตเห็นได้ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับสีผิวบริเวณที่ถูกกดกับบริเวณใกล้เคียง ปกติบริเวณที่ถูกกดจะมีสีซีดกว่าบริเวณใกล้เคียงแต่ถ้ามีสีเหลืองเข้มให้รีบปรึกษาแพทย์ ควรกระตุ้นให้บุตรดื่มนมมาก ๆ ในแต่ละมื้อ โดยวันละห่าง 3-4 ชั่วโมงต่อมื้อ ถ้าทารกมีอาการซึมไม่ดื่มนม หรือดื่มนมแล้วมีอาเจียนออกมาทุกมื้อให้รีบปรึกษาแพทย์ และนำบุตรอาบน้ำแดดอ่อน ๆ ทั้งเช้าและเย็นโดยการถอดเสื้อผ้าออกให้หมด ให้ผิวหนังถูกแสงแดดอ่อน ๆ เพราะแสงแดดจะทำปฏิกิริยากับสารบิลิรูบินที่ผิวหนังทำให้สารบิลิรูบิน</p>	<p>ทบทวนความเข้าใจ โดยให้มารดาเป็นผู้บอกกล่าวถึงวิธีสังเกตอาการตัวเหลืองในบุตร และให้มารดาปฏิบัติให้ผู้อื่นดูอีกครั้ง</p>	<p>สังเกตวิธีที่มารดาปฏิบัติ พร้อมทั้งกล่าวชมเมื่อมารดาปฏิบัติได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	ประเมินผล
	<p>ผู้ถูกขับออกจากปัสสาวะและอุจจาระ ได้มากขึ้นโดยจัดให้บุตรนอนคว่ำสลับ กับนอนหงาย ด้านละ 15 นาที ทั้ง เช้าและเย็นของทุกวัน จนกว่าจะ หายเหลือง และในรายที่แพทย์นัด ควรมาตามแพทย์นัดทุกครั้ง</p>		

ภาคผนวก ค

เอกสารประกอบการสอน

เรื่อง อาการตัวเหลืองในทารกแรกเกิด

อาการตัวเหลืองไม่ใช่โรค แต่เป็นอาการแสดงที่ปรากฏให้เห็นทาง
ผิวหนัง เปลือกลูกตา

สาเหตุ ส่วนใหญ่เกิดจาก

1. ตับของทารกยังทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ จึงทำให้มีการขับถ่ายสารสีเหลืองที่เรียกว่า "บิลิรูบิน" ออกทางปัสสาวะ และอุจจาระได้ไม่สมบูรณ์
2. เม็ดเลือดแดงของทารกมีอายุสั้นกว่าของผู้ใหญ่ จึงทำให้มีสารบิลิรูบิน มากขึ้น
3. ทารกขับถ่ายขี้เทาช้า ทำให้มีการค้างของสารบิลิรูบิน
4. หมู่เลือดของมารดาและทารกไม่เข้ากัน
5. ภาวะที่มีเม็ดเลือดแดงมากเกินไป
6. ภาวะพร่องเอ็นไซม์บางชนิดของเม็ดเลือดแดง
7. มีการขับถ่ายบิลิรูบินน้อยกว่าปกติ
8. ล่ำไส้อุดตัน

ทารกที่มีอาการตัวเหลืองอาจเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง หรือหลายสาเหตุร่วมกัน จึงจำเป็นต้องค้นหาสาเหตุที่แท้จริงโดยการตรวจวินิจฉัยและรักษาตามสาเหตุโดย

1. เจาะเลือดเพื่อหาระดับบิลิรูบินในซีรัมของทารก
2. เจาะเลือดเพื่อหาหมู่เลือดในมารดาและทารก
3. สังเกตอาการตัวเหลืองในทารกอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

การรักษา

1. กระตุ้นให้ทารกดูดนมมาก ๆ เพื่อกระตุ้นการทำงานของล่ำไส้ให้ขับถ่ายอุจจาระซึ่งมีบิลิรูบินได้มากขึ้น
2. รักษาโดยวิธีการส่องไฟ การรักษาด้วยวิธีนี้จะกระทำก็ต่อเมื่อทารกมีระดับบิลิรูบินสูงขึ้นเรื่อย ๆ และการกระตุ้นให้ทารกดูดนมมาก ๆ ไม่เป็นผล

3. การถ่ายเปลี่ยนเลือด กระทำเมื่อมารดาและทารกมีหมู่เลือดไม่เข้ากันและทารกมีอาการช็อค ระดับบิลิรูบินขึ้นสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด

4. การรักษาด้วยยาฟีโนบาร์บิทอล ซึ่งไม่นิยมใช้กันเนื่องจากต้องใช้เวลา 4-5 วัน จึงจะสามารถขับบิลิรูบินออกได้มากขึ้น และต้องใช้กับทารกที่เกิดครบกำหนดและไม่มีภาวะติดเชื้อ

ข้อควรปฏิบัติของมารดาเมื่อบุตรได้รับการรักษาโดยการส่องไฟ

1. ไม่ควรอุ้มบุตรออกจากแสงไฟบ่อย ๆ เพราะจะทำให้การรักษาไม่ได้ผลเท่าที่ควร ควรอุ้มเมื่อต้องการให้นมมารดาเท่านั้น และควรนั่งใกล้ ๆ แสงไฟ เพื่อให้ร่างกายของบุตรถูกแสงบางส่วนในขณะที่ให้นมมารดา และควรกระตุ้นให้บุตรดูดนมมาก ๆ อย่าปล่อยให้บุตรอมหัวนมมารดาเป็นเวลานาน ๆ ถ้าบุตรดูดนมมารดาได้ไม่ดีเท่าที่ควร มารดาควรเสริมด้วยนมผสมเป็นคราว ๆ ไป

2. ดูแลให้ผ้าที่ปิดตาอยู่ในตำแหน่งที่ปิดตาได้สนิทเสมอในขณะที่ส่องไฟ

3. พลิกตะแคงและเปลี่ยนท่าบุตรโดยให้บุตรนอนหงาย นอนคว่ำสลับกันไปเรื่อย ๆ

ข้อควรปฏิบัติของมารดาเมื่อบุตรกลับไปอยู่บ้าน

1. สังเกตอาการตัวเหลืองของบุตร โดยการใช้นิ้วมือกดลงบริเวณหน้าท้องเบา ๆ สักครู่แล้วปล่อย จะสังเกตเห็นได้ชัดเจน เมื่อเปรียบเทียบกับสีผิวบริเวณที่ถูกกดจะมีสีซีดกว่าบริเวณใกล้เคียง แต่ถ้ามีสีเหลืองเข้มให้รีบปรึกษาแพทย์

2. กระตุ้นให้บุตรดูดนมมาก ๆ ในแต่ละมื้อ โดยเว้นระยะห่าง 3-4 ชั่วโมงต่อมื้อ ถ้าทารกมีอาการซึม ไม่ดูดนม หรือดูดนมแล้วมีอาเจียนออกมาทุกมื้อ ให้รีบปรึกษาแพทย์

3. ในรายที่แพทย์นัด ควรมาตามแพทย์นัดทุกครั้ง

ภาคผนวก จ

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

คำชี้แจง ข้อความข้างล่างต่อไปนี้ เป็นข้อความที่ท่านจะใช้บรรยายเกี่ยวกับตัวท่านเองในขณะนี้ โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้อ และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องทางด้านขวาของข้อความเมื่อท่านพิจารณาแล้วว่า ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้ ข้อความต่อไปนี้ไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด ท่านจึงไม่ควรจะใช้เวลาอันเกินควรในการพิจารณาคำตอบในข้อหนึ่งข้อใด แต่จงเลือกคำตอบที่ท่านคิดว่า บรรยายได้ตรงกับความรู้สึกของท่านที่บทรมีอาการตัวเหลืองในขณะนี้ให้มากที่สุด

ความรู้สึกในขณะนี้	ไม่มี เลย	มีบ้าง เล็กน้อย	มีค่อนข้าง มาก	มีมาก ที่สุด
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ				
.....				
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคงในชีวิต				
.....				
3. ข้าพเจ้ารู้สึกดีใจ				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
17. ข้าพเจ้ากำลังกังวลใจ				
.....				
18. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนก				
.....				
19. ข้าพเจ้ารู้สึกรำเริงเบิกบาน				
.....				
20. ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส				

ภาคผนวก ฉ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของ
แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ลำยอง รัชมิตาราช
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รองศาสตราจารย์ อารีณา ภาคุโสภณ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สุนันทา จิววรรณ
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. อาจารย์ ดร. จันทิมา ขนบดี
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ๕

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และภาษาในเอกสาร
ประกอบการให้ความรู้เรื่อง อาการตัวเหลืองในการกแรกเกิด

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ล้ำยอง รัตมีดารา
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
2. อาจารย์ จงดี อังศุเกษตร์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางสาว อรุณวรรณ พงศ์สุวรรณ
พยาบาลระดับ 6 แผนกกุมารเวชศาสตร์
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อแบ่งตามช่วงอายุ

ช่วงอายุ (ปี)	รวม	กลุ่มควบคุม (32)		กลุ่มทดลอง (32)	
		n	%	n	%
20-25	42	19	59.37	23	71.87
26-30	18	12	37.50	6	18.75
31-34	4	1	3.13	3	9.38

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 เมื่อแบ่งตามจำนวนปีที่ศึกษา

จำนวนปีที่ศึกษา(ปี)	รวม	กลุ่มควบคุม (32)		กลุ่มทดลอง (32)	
		n	%	n	%
0 - 6	22	10	31.26	12	37.50
7 - 12	33	18	56.24	15	46.87
> 12	9	4	12.50	5	15.63



ตารางที่ 8 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อแบ่งตามรายได้ของครอบครัว

รายได้ (บาทต่อเดือน)	รวม	กลุ่มควบคุม (32)		กลุ่มทดลอง (32)	
		n	%	n	%
≤ 10,000	42	22	68.75	20	62.50
10,001-20,000	12	3	9.375	9	28.125
20,001-30,000	4	4	12.50	-	-
30,001-40,000	6	3	9.375	3	9.375

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม เมื่อพิจารณาคะแนนความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้น และลดลง

ความวิตกกังวล	รวม	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
		n	%	n	%
เพิ่มขึ้น	18	14	43.75	4	12.5
เท่าเดิม	1	1	3.13	-	-
ลดลง	45	17	53.12	28	87.5