

ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย ต่อความวิตกกังวล และบทบาทของบิดามารดา ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก

The Effect of a Parental Participation in Child Care Program on Anxiety and the Parental Role at a Pediatric Intensive Care Unit

นำทิพย์ แก้ววิชิต¹, กัลยาณี ทาจีน¹, ปราณี จันทรมณีย์¹, ฐาปนิตย์ โชติสุวรรณศิริ¹

Namtip Kaewwichit¹, Kallayanee Thajeen¹, Pranee Chantaramanee¹, Tapanit Chotsuwansiri¹

(Received: March 16, 2018; Revised: May 3, 2018; Accepted: May 31, 2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยต่อความวิตกกังวล และบทบาทของบิดามารดาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดามารดาของเด็กป่วยที่มีอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงklanagarind ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2560 จำนวน 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของบิดามารดา และแบบสอบถามบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย ซึ่งเครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .85 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมโดยใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรรวม

ผลการวิจัย คะแนนความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มทดลอง หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษา 48 ชั่วโมง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) คะแนนบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยของกลุ่มทดลองหลังจากที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษา 72 ชั่วโมง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) จากการวิจัยครั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า การใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย สามารถช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กได้ จึงควรสนับสนุนให้มีการนำวิธีการนี้มาใช้ในการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล โปรแกรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดา บทบาทของบิดามารดา หออภิบาลผู้ป่วยเด็ก

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study (pretest-posttest control group design) were to examine the effects of parental participation into a child care program on their level of anxiety and parenting roles at a pediatric intensive care unit. Purposive sample was 50 parents of children who had been on endotracheal tubes and respirators, being admitted at the Songklanagarind Hospital between October 2016 and April 2017. Participants were assigned into one experimental and one control group (25 in each).

¹ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

¹ Faculty of Medicine, Prince of Songkla University



Samples from experimental group received a parental participative child care program. Those in control group received routine care. Research instruments for data collection were questionnaires, including: 1) demographic data, 2) the State Anxiety Inventory Form Y-1 (Thai version) used to assess parental anxiety, and 3) the index of the parental roles. Content validity of the research tools was validated by three experts. Reliability of the questionnaires (The State Anxiety Inventory Form Y-1, and the index of parental role) was tested using Cronbach's alpha coefficient, yielding values of .85 and .82, respectively. Data were analyzed by using independent t-test, as well as an analysis of covariance with pre-test anxiety score as a covariate.

The results showed that 48 hours after admission, parental anxiety mean score in the experimental group was significantly lower than in the control group ($p < .01$). Parental role mean score in the experimental group, measured 72 hours after the admission, was also significantly higher than in the control group ($p < .01$). This study concluded that a parental participation in child care program could reduce parental anxiety, and increase the parental roles at a pediatric intensive care unit. Therefore, provision of the parental participation in child care program should be encouraged as a routine nursing practice.

Keywords: Anxiety, Parental Participation in Child Care Program, Parental Role, Pediatric Intensive Care Unit

บทนำ

การเจ็บป่วยที่รุนแรงคุกคามต่อชีวิต เป็นสถานการณ์วิกฤตที่ไม่เพียงแต่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเท่านั้น แต่มีผลกระทบต่อครอบครัวโดยมิได้คาดหมายมาก่อน โดยครอบครัวจะมีความรู้สึกช็อก สับสน กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เมื่อสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นเด็กซึ่งเป็นที่รักของครอบครัวเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก (pediatric intensive care unit) (Vaicheta, Chaisirimongkullab & Pookboonmee, 2008) ปัจจุบันพบว่าในประเทศไทยมีเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กเป็นจำนวนมาก (Aksomsri, Thampanichawat & Wichiencharoen, 2012) และจากรายงานสถิติของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ปี 2556-2557 พบว่ามีจำนวน 460 และ 491 ราย มีวันนอนในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กโดยเฉลี่ย 4.90 และ 4.52 วัน มีอัตราการตายโดยเฉลี่ย ร้อยละ 11.59 และ 10.73 ราย ตามลำดับ โดยเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษา ร้อยละ 40.6 เป็นโรคหัวใจ ร้อยละ 28.7 เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ และร้อยละ 20.3 เป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โดยร้อยละ 92 เป็นเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มีอุปกรณ์การแพทย์ และสายระบายเพื่อช่วยชีวิตเป็นจำนวนมาก และไม่อนุญาตให้บิดามารดาหรือญาติเข้าไ้ดูแลตลอดเวลา เด็กป่วยจะอยู่ในความดูแลของพยาบาลเจ้าของไข้ตลอด 24 ชั่วโมง (Medical Record of Songklanagarind Hospital, 2014)

เด็กป่วยในระยะวิกฤตและต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กนั้น จะมีลักษณะที่ร่างกาย หรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งหรือระบบใดระบบหนึ่งหรือหลายระบบกำลังถูกคุกคาม (Vaicheta, et al., 2008) ส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พัฒนาการ และสังคมของเด็กป่วยไปพร้อมๆกัน เด็กจึงต้องการความช่วยเหลือ ความรัก ความอบอุ่น และการดูแลอย่างใกล้ชิดจากบิดามารดา (Lam, Chang & Morrissey, 2006) เนื่องจากบิดามารดาเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้เลี้ยงดู ทำกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เป็นผู้รู้ เข้าใจและไวต่อการตอบสนองความต้องการของเด็กป่วยได้เป็นอย่างดี (Marlow & Redding, 1988) แต่ในขณะเดียวกันเมื่อบิดามารดาได้พบเห็นลักษณะของเด็กที่ไม่รู้สึกตัว ติดต่อสื่อสารกับครอบครัวได้ยากลำบาก เช่น ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งยังต้องพบกับลักษณะ หอผู้ป่วย ที่มี

เครื่องมืออุปกรณ์ที่สลับซับซ้อน มีเสียงสัญญาณของเครื่องมือต่างๆ ตลอดเวลา กฎระเบียบวิธีปฏิบัติของหออผู้ป่วย การจำกัดเวลาเข้าเยี่ยม และกิจกรรมการพยาบาลที่กระทำเกือบตลอดเวลา โดยมุ่งเน้นความสนใจเฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น รวมถึงโรคที่เจ็บป่วยรุนแรงกลัวว่าจะสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักของตน จะสามารถรักษาได้หรือไม่ ถ้าสามารถรักษาได้เด็กป่วยจะหายกลับคืนเป็นปกติหรือไม่ และถ้าหากรักษาไม่ได้ จะเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือเกิดความพิการหรือไม่ เป็นต้น ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลกับบิดามารดาได้ (Curley & Mayer, 2001) นอกจากนี้การแสดงความเจ็บปวดของเด็กป่วย ที่ได้รับหัตถการที่รุกรานร่างกาย ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด และวิตกกังวลเนื่องจากกลัวเด็กป่วยจะเสียชีวิต ทำให้บิดามารดาไม่สบายใจ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ รู้สึกหมดพลัง เมื่ออาหาร เป็นต้น (Aldridge, 2005) และหากพบว่าบิดามารดามีความวิตกกังวลในระดับสูงหรือรุนแรงจะทำให้ทักษะในการสื่อสาร กระบวนการเรียนรู้ ความสามารถในการจัดการกับปัญหาของบิดามารดาตกลง และยังทำให้การปฏิบัติบทบาทในการดูแลเด็กป่วยลดลงอีกด้วย (Melnyk, 1995)

การช่วยเหลือบิดามารดาเพื่อลดความวิตกกังวล ความเครียด ตลอดจนส่งเสริมการปฏิบัติตามบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กมีหลายวิธี อาทิ เช่น การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ผ่านวิดิทัศน์ สามารถลดความวิตกกังวลของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตได้ (Aksomsri, et al., 2012) การใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยสามารถลดระดับความเครียดของมารดาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมได้ (Isarachot, 2014) โดยพบว่าบิดามารดาต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในระดับมาก (Rattanapibun, Kongsaktrakul & Patoomwan, 2011) แต่ในทางปฏิบัตินั้น การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยของบิดามารดาตามกิจกรรมที่ทำประจำ และด้านกิจกรรมการพยาบาลจะทำได้น้อย ด้านการตัดสินใจทำได้ปานกลาง (Kapan, 2009) อย่างไรก็ตามแม้ว่าการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยทำได้ปานกลาง น้อย หรือในบางรายอาจไม่มีเลย แต่ในความเป็นจริงบิดามารดาต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก คือ การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำประจำ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการรักษพยาบาล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Schepp, 1995) การให้บิดามารดาเข้ามาอยู่กับเด็กป่วยขณะทำหัตถการ พบว่า สามารถช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดา ขณะเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมได้ (Karen & Jeffrey, 1999) นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยยังสามารถส่งเสริมการปฏิบัติตามบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยได้ (Schepp, 1995) และพบว่าบิดามารดามีบทบาทในการดูแลเด็กป่วยเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพน้อยกว่าการดูแลโดยทั่วไป และการดูแลตามระยะพัฒนาการ (Kaewwicht & Thajeen, 2007) อย่างไรก็ตามบิดามารดาควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กป่วย ซึ่งประกอบด้วย การดูแลโดยทั่วไป การดูแลตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ (Asumpinzup, 2001) แต่เนื่องจากในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กนั้น เด็กป่วยส่วนใหญ่ถือเป็นเด็กป่วยในระยะวิกฤต ดังนั้นบิดามารดาควรมีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กป่วย ในด้านการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพทั้งหมด จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยต่อความวิตกกังวลและบทบาทของบิดามารดา ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก

ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย ตามโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก เพื่อช่วยให้บิดามารดารับรู้และเข้าใจอาการของเด็กป่วยที่เปลี่ยนแปลงไป ข้อมูลการรักษารวมทั้งกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ ได้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและดูแลเด็กป่วย ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านการทำกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการรักษพยาบาล และด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถลดความวิตกกังวลและส่งเสริมการปฏิบัติตามบทบาทของบิดามารดาเมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กได้



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของบิดามารดาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยกับกลุ่มที่มีส่วนร่วมปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนบทบาทของบิดามารดาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยกับกลุ่มที่มีส่วนร่วมปกติ

ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดามารดาของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือก แบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ บิดามารดาของเด็กป่วยที่มีอายุ 1 เดือนถึง 15 ปี ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2560 โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า เป็นบิดาหรือมารดาที่เฝ้าดูแลเด็กป่วย ขณะเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทย และ ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย มีเกณฑ์การคัดออก เป็นบิดามารดาที่มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรงในวันแรกที่เด็กป่วยการเข้ารับการรักษา คือ มีคะแนนความวิตกกังวลระหว่าง 71-80 คะแนน หรือเป็นบิดามารดาของเด็กป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน คือ เลือดออกมากผิดปกติ ช็อก ชักเกร็ง อาการทรุดลง เกณฑ์การหยุดการวิจัย คือ อาสาสมัครตัดสินใจออกจากโครงการ บิดามารดาที่มีเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กน้อยกว่า 4 วัน หรือบิดามารดาที่มีเด็กป่วยเสียชีวิตในระหว่างการศึกษา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษานี้ ใช้คำนวณค่าอิทธิพลความแตกต่าง (effect size) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของงานวิจัยของ Singkla. (2007) โดยใช้สูตรของ Cohen. (1988) ได้ค่าอิทธิพลความแตกต่าง เท่ากับ 1.38 แต่งานวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกัน จึงลดค่า อิทธิพลความแตกต่าง เท่ากับ .80 เมื่อเปิดตารางโดยกำหนดอำนาจการทดสอบที่ .80 ค่าอิทธิพลความแตกต่าง เท่ากับ .80 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 ราย โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 25 รายแรกให้เป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่างอีก 25 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แผนการดำเนินกิจกรรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย เป็นแผนในการปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลสำหรับผู้วิจัยและบิดามารดาในแต่ละกิจกรรมสำหรับแต่ละวัน โดยเริ่มตั้งแต่การแนะนำตัว การเก็บข้อมูลส่วนบุคคล การประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดา กิจกรรมการมีส่วนร่วมดูแลด้านแลกเปลี่ยนข้อมูล การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมที่ทำประจำ การมีส่วนร่วมด้านกิจกรรมการพยาบาล และการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจ ซึ่งในแต่ละกิจกรรม จะดำเนินการตามเวลาเยี่ยมที่หอผู้ป่วยกำหนด

1.2 คู่มือการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยสำหรับบิดามารดา มีรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการรับทราบข้อมูล และแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลเด็กป่วย ข้อมูลอาการ อาการเปลี่ยนแปลง กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่เด็กป่วยได้รับในแต่ละวัน แนวทางการปฏิบัติ ด้านแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมพยาบาล และด้านการตัดสินใจ โดยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และได้มีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและเด็กป่วย สร้างโดยผู้วิจัย มี 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา มารดา ประกอบด้วย สถานะบิดาหรือมารดา อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนบุตร ลักษณะครอบครัว รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การรับรู้ ความรุนแรงของโรค ที่วัดได้โดยข้อคำถาม 1 ข้อ ซึ่งสอบถามความรู้สึกของบิดามารดาที่มีต่อสภาพความเจ็บป่วยของเด็กป่วย มี 3 ระดับ คือ รุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา เด็กป่วย เป็นบุตรลำดับที่ สิทธิในการรักษาพยาบาลในครั้งนี จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (หอผู้ป่วยสามัญหรือพิเศษ เด็ก) และสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของบิดามารดา จากแนวคิดของ Spielberg, Gorsuch & Lushene, (1970) ที่เรียกว่า The State Anxiety Inventory Form Y-1 ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย Chanwatana, Jintanadilok, Apanakapan, Chalanket & Melnyk, (2001) วัดความวิตกกังวล 3 ด้าน คือ 1. ด้านร่างกาย 2. ด้านจิตใจ และ 3. ด้านพฤติกรรม มี 20 ข้อ คำถามเชิงบวก 10 ข้อ คำถามเชิงลบ 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ข้อความที่แสดงความรู้สึกทางบวก รู้สึกเฉยๆ หรือไม่มีเลย = 4, รู้สึกบ้างเล็กน้อย = 3, รู้สึกปานกลาง = 2 และรู้สึกมาก = 1 ส่วนข้อความที่แสดงความรู้สึกทางลบ รู้สึกเฉยๆ หรือไม่มีเลย = 1, รู้สึกบ้างเล็กน้อย = 2, รู้สึกปานกลาง = 3 และ รู้สึกมาก = 4 โดยคะแนนจะมีค่าระหว่าง 20-80 คะแนน มีการแบ่งความวิตกกังวลเป็น 3 ช่วง คือ ระดับต่ำ (20-40 คะแนน) ระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) และระดับสูง (61-80 คะแนน)

2.3 แบบสอบถามบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย สร้างจากแนวคิดบทบาทในการดูแลเด็กป่วย ของ Asumpinzup. (2001) และแนวคิดบทบาทในการดูแลเด็กป่วยตามภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพของ Kaewwichit & Thajeen (2007) เช่น การสังเกตอาการผิดปกติ การแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์ เป็นต้น มี 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ลักษณะเป็นข้อคำถามที่ให้เลือกตามสภาพ ที่ตรงกับการปฏิบัติบทบาท ขณะเด็กป่วย เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก เกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติทุกครั้งหรือเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติเลย ได้ 1 คะแนน โดยคะแนนจะมีค่าระหว่าง 10-90 คะแนน มีการแบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ช่วง คือ ระดับต่ำ (10-30 คะแนน) ระดับปานกลาง (31-60 คะแนน) และระดับสูง (61-90 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (content validity)

ผู้วิจัยได้นำแผนการดำเนินงานกิจกรรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย คู่มือการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยสำหรับบิดามารดา และแบบสอบถามบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยที่สร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านพยาบาลผู้ป่วยเด็ก 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษ ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กมาเป็นเวลานาน 1 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความสอดคล้องของบริบทของการศึกษา จากนั้นนำแผนการดำเนินงานกิจกรรมการมีส่วนร่วม คู่มือการมีส่วนร่วม และแบบสอบถามบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยมาปรับปรุงและดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และได้คำนวณความตรงตามเนื้อหา (CVI:Content Validity Index) ของแบบสอบถามบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยเท่ากับ .84



ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลาครินทร์ จำนวน 10 คน หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความวิตกกังวลของบิดามารดาขณะเผชิญและหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 และ .82 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินโครงการวิจัยผ่านรองคณบดีฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ โดยจัดส่งตามลำดับขั้น
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย
3. ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลในหอผู้ป่วย ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย

ขั้นดำเนินการ

1. บิดามารดาทั้งสองกลุ่ม จะได้รับข้อมูลการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยตามปกติจากพยาบาลประจำหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก เกี่ยวกับข้อปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย สถานที่ อุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น เป็นต้น
2. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก 4-6 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงเข้าพบบิดามารดากลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและให้บิดามารดาอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย จึงขอให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ
3. ผู้วิจัยทำการศึกษากับกลุ่มควบคุมทั้ง 25 คน ให้แล้วเสร็จก่อน แล้วจึงทำการศึกษากับกลุ่มทดลองจนครบ 50 คน เพื่อป้องกันไม่ให้อายุกลุ่มควบคุมเกิดการเรียนรู้อาจการได้เห็นการให้โปรแกรมในกลุ่มทดลอง ดังนี้

3.1 กลุ่มควบคุมดำเนินการวิจัย ดังนี้

- วันที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม
- วันที่ 2 และ 3 ช่วงเวลา 6.30-7.30 น., 10.30-15.00 น. และ 17.00-19.00 น. ซึ่งเป็นเวลาเยี่ยมของหอผู้ป่วย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือ บิดามารดาเข้าเยี่ยมตามเวลาที่กำหนดของหอผู้ป่วย โดยบิดามารดาเด็กป่วยบางรายไม่ได้อยู่กับเด็กป่วยตลอดเวลาของการเยี่ยม หรือบิดามารดาบางรายซักถามอาการเปลี่ยนแปลงของเด็กป่วยจากพยาบาล หรือ บิดามารดาบางรายรองนกว่าพยาบาลหรือแพทย์แจ้งให้ทราบ ซึ่งบางครั้งจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเด็กป่วยเมื่อเด็กมีอาการทรุดลงเท่านั้น หรือบิดามารดาบางรายมายืนดูอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้กับเด็กป่วย บางรายใช้การสัมผัสเด็กป่วย
- วันที่ 3 ผู้วิจัยขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นครั้งที่ 2
- วันที่ 4 ผู้วิจัยขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก

3.2 กลุ่มทดลองดำเนินการวิจัยดังนี้

- วันที่ 1 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ โดยผู้วิจัยได้ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

- ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของแนวทางการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย คือ โปรแกรมวันที่ 1-3 โดยใช้ช่วงเวลาเยี่ยมของหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก และสอดคล้องกับช่วงเวลากิจกรรมการดูแลรักษาเด็กป่วย ของหอผู้ป่วย คือช่วงเวลา 10.30-13.00 น. และ 17.00-19.00 น. ของทุกวัน (โดยเว้นช่วงเวลา 6.30-7.30 น., 13.00-15.00 น. ของทุกวันเป็นเวลาที่ยาสามารถปฏิบัติกิจกรรมกับเด็กป่วยได้อย่างอิสระ) และในวันที่ 4 ของโปรแกรมเป็นการพูดคุยซักถาม และตอบแบบสอบถามบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ดังนี้

**วันที่ 1 ของโปรแกรม ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงแนวทางการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย และคู่มือการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยของบิดามารดา ในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย การรับทราบและการซักถามข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆที่ใช้กับเด็กป่วย อาการและอาการเปลี่ยนแปลงของเด็กป่วย กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ และการที่บิดามารดาได้ออกเฝ้าแลกเปลี่ยนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของเด็กป่วย

** วันที่ 2 และ 3 ของโปรแกรม บิดามารดาปฏิบัติการมีส่วนร่วม ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำประจำ คือการช่วยปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การทำความสะอาดของปาก การเปลี่ยนเสื้อผ้า การทำความสะอาดหลังขับถ่าย การรับประทานอาหาร เป็นต้น ด้านกิจกรรมการรักษายาบาล เช่น การอยู่เป็นเพื่อนและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาล การปลอบโยนเด็กในระหว่างที่ได้รับหัตถการที่ก่อให้เกิดความปวด เป็นต้น และด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย เช่น การตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษา ที่เด็กป่วยจะได้รับการเลือกที่จะเป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษายาบาลแก่เด็ก ก่อนที่เด็กจะได้รับกิจกรรมนั้นๆ เป็นต้น

** วันที่ 4 เป็นการพูดคุย ซักถาม และตอบแบบสอบถามบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก

- วันที่ 3 ผู้วิจัยขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นครั้งที่ 2

- วันที่ 4 ผู้วิจัยขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย

ในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (REC: 58-284-15-7)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย

1. หาค่าความถี่ และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและเด็กป่วย
2. เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม
3. เปรียบเทียบคะแนนบทบาทของบิดามารดา ในการดูแลเด็กป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบที (t-test for independent sample)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นมารดาเหมือนกัน ร้อยละ 68.10 บิดามารดากลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 34.40 (S.D. = 7.84) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 32.40 (S.D. = 5.60) นอกจากนี้บิดามารดาทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 62.5 สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.0 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช/เทียบเท่า ร้อยละ 25 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 25 จำนวนบุตร 2 คน ร้อยละ 44.70 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 56 รายได้



ของครอบครัวอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 34.0 มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 56 การรับรู้ความรุนแรงของโรคในกลุ่มทดลอง มีการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรในระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 65.2 ในกลุ่มควบคุมมีการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรในระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 63.3 ส่วนข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย กลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย 4.29 ปี (S.D. = 8.51) กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 3.90 ปี (S.D. = 11.88) นอกจากนี้พบว่าเด็กป่วยทั้งสองกลุ่ม เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.2 การศึกษา ยังไม่เข้าโรงเรียน ร้อยละ 27.0 เป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 21 สิทธิในการรักษาพยาบาลครั้งนี้ ใช้สิทธิ์สุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 43.0 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง ร้อยละ 20 สาเหตุของการเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ป่วยเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 38

2. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองของบิดามารดากลุ่มทดลองเท่ากับ 61.96 (S.D. = 8.51) อยู่ระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 55.12 (S.D. = 10.89) อยู่ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของบิดามารดากลุ่มทดลอง เท่ากับ 46.36 (S.D. = 10.30) อยู่ระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 49.76 (S.D. = 11.08) อยู่ระดับปานกลาง และเมื่อทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($F = 11.12, p < .01$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนรวม เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล หลังการทดลองระหว่าง บิดามารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรรวม

Source	df	Type III Sum of Squares	Mean Squares	F
Covariate (Pre-test)	1	1526.76	1526.76	112.44*
Main Effects (Group)	2	114.4	114.4	11.12*
Residual (Error)	47	405.6	8.56	
Corrected Total	50	1935.61		

* $p < .01$, Adjusted R Squared = .53

3. คะแนนเฉลี่ยบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 51.04 (S.D. = 5.60) ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 24.04 (S.D. = 7.84) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติการทดสอบทีพบว่า คะแนนเฉลี่ย บทบาทบิดามารดาในการดูแลบุตรของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($t=1.93, P<.01$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรหลังการทดลองระหว่างบิดามารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	Range	M	S.D.	ระดับ	t
กลุ่มทดลอง (n=25)	35-58	51.04	5.60	ปานกลาง	1.93*
กลุ่มควบคุม (n=25)	13-41	24.04	7.84	ต่ำ	

* $p<.01$

อภิปรายผล

1. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล หลังการทดลองของบิดามารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนรวม โดยใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มทดลอง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงว่า หลังจากที่บิดามารดา

กลุ่มทดลองได้ใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยแล้ว 48 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษา บิดามารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยจะสร้างแบบแผนความคิดความเข้าใจ ในลักษณะที่แก้ไขปัญหา และเมื่อบิดามารดาเผชิญกับสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่เคยได้รับ บิดามารดาจะแปลความหมายของเหตุการณ์ ตามแบบแผนความคิดความเข้าใจที่มีอยู่ จึงลดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่บิดามารดาคาดคิดไว้กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง สามารถคาดการณ์ในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ โดยมุ่งไปที่การแก้ไขปัญหา จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา ของ Isarachot (2014) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วย สามารถลดระดับความเครียดของมารดาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Melnyk (1995) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการเผชิญความเครียดของมารดาและเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กสามัญโดยไม่ไดวางแผนไว้ก่อน ให้ข้อมูลผ่านแอป บันทึกเสียงและแผนพับผลการวิจัยพบว่า 24-48 ชั่วโมง หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษา มารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aksomsri, et al., (2012) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่าบิดามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

2. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กได้ 72 ชั่วโมง บิดามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยบทบาทของบิดามารดา เมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก อาจทำให้บทบาทของบิดามารดาเปลี่ยนแปลงไป เช่น ไม่ทราบว่าจะดูแลเด็กป่วยได้อย่างไรบ้าง ไม่สามารถสื่อสารกับเด็กป่วยได้เหมือนเดิม เป็นต้น เมื่อบิดามารดาได้ใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย จึงทำให้บิดามารดาได้พัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กป่วยควบคู่ไปด้วย ส่งเสริมให้บิดามารดาเกิดความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้น และการมีเนื้อหาคู่มือแบบเฉพาะเจาะจง และสามารถนำไปใช้ได้จริง เข้าใจง่าย หลีกเลียงคำศัพท์ทางการแพทย์ที่ยากต่อการทำความเข้าใจ ทำให้บิดามารดามีแรงจูงใจในการดูแลเด็กป่วย ทำให้เกิดกำลังใจ และมีความมั่นใจในการดูแลเด็กป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maliloon, Rutchanagul & Muensa (2016) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย และความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเองของเด็กมีมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Aksomsri, et al., (2012) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนการมีส่วนร่วมของบิดามารดาภายหลังการทดลองสูงกว่าบิดามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

สรุป

การเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กของเด็กป่วย ส่งผลให้บิดามารดาเกิดความวิตกกังวล และยังส่งผลให้การปฏิบัติบทบาทในการดูแลเด็กป่วยลดลงด้วย การลดความวิตกกังวลของบิดามารดาและส่งเสริมบทบาทบิดามารดาสามารถทำได้โดยให้บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย ด้านต่างๆ คือ ด้านแลกเปลี่ยนข้อมูล ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านการตัดสินใจอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล มีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้โปรแกรมดังกล่าว มาใช้ร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลที่หอตตามปกติ เพื่อให้การพยาบาลครอบคลุมแบบองค์รวม



2. ด้านการศึกษา ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่เด็กป่วย มารดาหรือผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงโปรแกรมการปฏิบัติบทบาทบิดามารดาต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย
2. ควรศึกษาถึงผลทำให้ข้อมูลตามความต้องการของบิดามารดาต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วย
3. ควรศึกษาถึงวิธีการใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนต่อความวิตกกังวลและบทบาทของบิดามารดาที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหน่วยงานนั้นๆ

รายการอ้างอิง (References)

- Aldridge, M.D. (2005). Decreased parental stress in the pediatric intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 25(6), 40-50.
- Aksornsri, A., Thampanichawat, W., & Wichiencharoen, K. (2012). Effects of concrete objective information on parental anxiety and parental participation in care for children in pediatric intensive care unit. *Journal of Nursing Science*, 30(2), 80- 89.
- Asumpinzup, U. (2001). The parental role in caring for children with congenital heart disease. *Thai Journal of Pediatrics*, 1(2), 6-11.
- Chanwatana, B., Jintanadilok, N., Apanakapan, P., Chalamket, W., & Melnyk B.M. (2001). Effect of information intervention on mother's anxiety level during their children's hospitalization. *Thai Journal of Pediatric Nursing*, 1(2), 26-36.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Curley, MA.O., & Mayer E.C. (2001). Caring Practices: The impact of the critical Care Experience on the family. In Curley MA.O and Moloney-Harmon PA. *Critical care nursing of Infants and Children*. Philadelphia: W.B.Saunders Company.
- Isarachot, N. (2014). *The Effect of a Maternal Participation in Child Care Program on Maternal Stressor at a Pediatric Intensive Care Unit*. Master thesis. Prince of Songkla University. (in Thai)
- Kapan, K. (2009). *Parent, participation in Care for Children in intensive care unit and Factors Associate*. Master thesis Chiang mai University. (in Thai)
- Karen, S.P., & Jeffrey, S.R. (1999). Family presence during invasive procedures in the pediatric intensive care unit. *Archives of Pediatric & Adolescent Medicine*, 153, 955-958.
- Keawvichit, N., & Thajeen, K. (2007). Knowledge and the parental role in caring for children with heart disease. *Songklanagarind Medical Journal*, 25(4) 273-282
- Lam, L.W., Chang, A.M., & Morrissey. (2006). Parents' experience of participation in the care of hospitalized children: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 43(5), 535-545.
- Marlow, D.R., & Redding, B.A. (1988). *Pediatric nursing*. Philadelphia: W.B. Saunder.



- Medical Record of Songklanagarind Hospital. (2014). *Statistic of patient admit in intensive care unit songklanagarind hospital*. Songkla:Songklanagarindhospital. (in Thai)
- Melnyk, B.M. (1995). Parental coping with childhood hospitalization:A theoretical framework to guide research and clinical intervention. *Maternal-child nursing journal*, 23(4), 123-131.
- Maliloon, P., Rutchagul, P., & Muensa, W. (2016). Impact of a self care development programme for school age thalassaemic children and their caregivers, ability on the children,s self care behaviour. *Thai journal of nursing council*, 31(2), 52-68.
- Rattanapibun, K., Kongsaktrakul, C., & Patoomwan, A. (2011). Parent Participation in the Care of Hospitalized Children. *Ramathibodi Nursing Journal*, 17(2), 232-247.
- Singkla, P. (2007). *Effects of nursing mutual participation of mothers on maternal stress and role in caring for critical premature babies* [master thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai).
- Schepp, K. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participatation scale for parent of hospitaled children*. Unpublished manuscript: University of Washington, School of Nursing, Seattle,WA.
- Speilberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *STAI manual*. California: Consulting Psychologists Press, 20-21.
- Vaicheta, S., Chaisirimongkullab, T., & Pookboonmee R. (2008). *Advanced pediatric critical care nursing*. Bangkok: Mahidol University.