



ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของ  
มารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

THE EFFECT OF INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT PROGRAM ON  
UNCERTAINTY IN ILLNESS AMONG MOTHERS HAVING CHILDREN WITH  
INTUBATION

เพ็ญนภา เพ็ชรเล็ก

มหาวิทยาลัยบูรพา

2561

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของ  
มารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ



เพ็ญนภา เพ็ชรเล็ก

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยบูรพา

THE EFFECT OF INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT PROGRAM ON  
UNCERTAINTY IN ILLNESS AMONG MOTHERS HAVING CHILDREN WITH  
INTUBATION



PENNAPA PETCHLEK

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF  
THE REQUIREMENTS FOR MASTER OF NURSING SCIENCE  
IN PEDIATRIC NURSING  
FACULTY OF NURSING  
BURAPHA UNIVERSITY

2018

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณา  
วิทยานิพนธ์ของ เพ็ญภา เพ็ชรเล็ก ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล ชีระรังสิกุล)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธาน  
(รองศาสตราจารย์ ดร. มณีรัตน์ ภาครูป)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นฤมล ชีระรังสิกุล)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์)

..... กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา วัชรสินธุ์)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม  
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีคณะพยาบาล  
ศาสตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จุลเมตต์)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

59910174: สาขาวิชา: การพยาบาลเด็ก; พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คำสำคัญ:

เพ็ญภา เพ็ชรเล็ก : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ. (THE EFFECT OF INFORMATIONAL AND EMOTIONAL SUPPORT PROGRAM ON UNCERTAINTY IN ILLNESS AMONG MOTHERS HAVING CHILDREN WITH INTUBATION) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นฤมล ชีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ ปี พ.ศ. 2561.

การที่มีบุตรป่วยและต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นสิ่งที่ทำให้มารดาเกิดความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร มารดาจึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล และอารมณ์เพื่อช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรัง จำนวน 30 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดา มีค่าความเชื่อมั่นของแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง มารดากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.31, p < .01$ ) และในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 30.59, p < .01$ )

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล และอารมณ์มีประสิทธิภาพสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจได้ ดังนั้น พยาบาลควรนำโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูล และอารมณ์ ไปใช้กับมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยอื่น



59910174: MAJOR: PEDIATRIC NURSING; M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)  
KEYWORDS: UNCERTAINTY IN ILLNESS, / INFORMATIONAL AND EMOTIONAL  
SUPPORT, MOTHERS HAVING CHILDREN WITH INTUBATION

PENNAPA PETCHLEK : THE EFFECT OF INFORMATIONAL AND  
EMOTIONAL SUPPORT PROGRAM ON UNCERTAINTY IN ILLNESS AMONG  
MOTHERS HAVING CHILDREN WITH INTUBATION. ADVISORY COMMITTEE:  
NARUMON TEERARUNGSIKUL, , SIRIYUPA SANANREANGSAK 2018.

A hospitalized child with intubation would be resulted in the mother's uncertainty in the child illness. Those mothers are necessary to have informational and emotional supports to decrease their uncertainty. This quasi-experimental research aimed to examine effects of the informational and emotional support program on uncertainty in illness among mothers of children with intubation. A purposive sampling was used to recruit 30 mothers of ill children with intubation admitted to the PICU, Trang Hospital. There were 15 participants in the control group received routine care of the hospital while the other 15 participants in the experimental group received the informational and emotional support program. Research instruments consisted of the demographic questionnaire and the mother's perception of uncertainty questionnaire. Its Cronbach's alpha reliability was .82. Data were analyzed by using descriptive statistics and t-test.

The result revealed that after completion of the intervention, the mean difference scores of mothers' uncertainty in the experimental group were significantly more than those in the control group ( $t = 4.31, p < .01$ ). Within the experimental group, mean score of mother's uncertainty after the intervention was lower than before receiving the program ( $t = 30.59, p < .01$ ).

These findings indicate that the informational and emotional support program is effective. It could be lessen uncertainty in mothers of children with intubation. Therefore, nurse should utilize this program with mothers of children with intubation in other settings.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความเมตตา และความกรุณาเป็นอย่างสูงจาก คณะกรรมการคุมสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ท่านได้ให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในพระคุณของท่าน จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ สำหรับการพัฒนางานและวิทยานิพนธ์นี้ ให้สมบูรณ์แบบมีคุณค่ายิ่ง ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ ให้คำสอน ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตรัง หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมที่ให้การสนับสนุนเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ มารดากลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย อันส่งผลให้การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิตรัง ที่ได้ให้โอกาสในการศึกษาและสนับสนุนทุนการศึกษา และผู้ร่วมงานทุกคนที่ให้ความสนใจ คอยช่วยเหลือเกื้อกูลด้วยดี

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ ที่อบรมสั่งสอน สนับสนุนในการศึกษา และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา และขอขอบคุณเพื่อน ๆ นิสิตที่ร่วมศึกษาเล่าเรียนมาด้วยกัน

คุณค่า และประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูตเวทิตาแก่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่านที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษา และประสบความสำเร็จมาจนครบเท่าทุกวันนี้

เพ็ญญา เพ็ชรเล็ก

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย .....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	8
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
เด็กป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต.....	10
เด็กป่วยในระยะวิกฤตที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ.....	11
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย.....	21
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์.....	24
โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์.....	28
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	32
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	32
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	33

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ .....	36
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	36
การรวบรวมข้อมูล .....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	43
บทที่ 4 ผลการวิจัย .....	44
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาและบุตร .....	44
ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตร ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม ทดลอง .....	47
ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับ การใส่ท่อช่วยหายใจ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลและอารมณ์ .....	48
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล.....	49
สรุปผลการวิจัย .....	49
อภิปรายผล.....	50
ข้อเสนอแนะ .....	54
บรรณานุกรม .....	55
ประวัติย่อของผู้วิจัย .....	81

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันเด็กป่วยวิกฤตมีโอกาสรอดชีวิตได้มาก เนื่องจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเจ็บป่วยวิกฤตนั้นมีความรุนแรง มีการดำเนินของโรคที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เฉพาะเจาะจง อาการไม่แน่นอน มีความผิดปกติที่ซับซ้อน โดยเป็นผลมาจากโรคเดิมที่เป็นอยู่ และมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความล้มเหลวของหลายระบบในร่างกาย ได้แก่ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ หรือมีความล้มเหลวหลายๆ ระบบพร้อมกัน ทำให้มีปัญหาคูกคามถึงชีวิต จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และอย่างต่อเนื่อง (รังสรรค์ ภูยานนทชัย, 2557) ภาวะที่พบบ่อยที่สุดในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ ปัญหาในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากระบบทางเดินหายใจ ไม่สามารถทำหน้าที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย จากภาวะหายใจล้มเหลว จึงเกิดเนื้อเยื่อขาดออกซิเจน ส่งผลให้เกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะอื่นๆตามมา (เกศรา เสนงาม, 2551) ถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม มีโอกาสเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 22-75 (Stacy, 2010) การรักษาที่สำคัญ คือ การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (ธีรเดช คุปตานนท์, 2556) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยที่เร่งด่วนให้ทันต่อภาวะวิกฤตที่เกิดขึ้นกับชีวิตผู้ป่วยเด็ก แต่สิ่งเหล่านี้ทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ไม่เข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความกลัว และรู้สึกถึงความไม่มั่นคงในชีวิตของบุตร (Merle H Mishel, 1988) ซึ่งสถิติประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า จำนวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจถึงร้อยละ 20-64 ของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (Farias & et al., 2004) สำหรับสถิติของโรงพยาบาลสระบุรีในปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่า มีผู้ป่วยเด็กที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ จำนวน 188, 175, 190 ราย ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 72, 68 และ 83 ของผู้ป่วยเด็กทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (โสภา เกิดพิทักษ์, วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, & อาภาวรรณ หนูคง, 2557) ส่วนสถิติของโรงพยาบาลตรังในระหว่างปี พ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจร้อยละ 6.3, 6 และ 7.4 ของผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ตามลำดับ (งานเวชสถิติและงานข้อมูล โรงพยาบาลตรัง, 2559)

การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ จะช่วยให้การหายใจมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับออกซิเจนที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และยังลดการทำงานของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจ และช่วยลดการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกาย

(Valenzuela, Araneda, & Cruces, 2014) เด็กจึงต้องจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และได้รับการพยาบาลที่ทันต่อสภาพอาการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา นับว่าเป็นสถานการณ์ฉุกเฉินที่ไม่มี การวางแผนมาก่อน จึงมีผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งบิดามารดาที่เป็นผู้ใกล้ชิด และดูแลผู้ป่วยอาจไม่เข้าใจและมีความไม่ชัดเจนในการรักษาและอาการเจ็บป่วยของบุตร ดังนั้น จึงต้องให้การช่วยเหลือและดูแลบิดามารดา เพื่อให้บิดามารดามีความเข้าใจในความเจ็บป่วยของ บุตร ประกอบกับบริบทในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต มีกฎระเบียบการเข้าเยี่ยมที่จำกัด เช่น การจำกัดเวลา เยี่ยม จำกัดจำนวนผู้เข้าเยี่ยม และไม่อนุญาตให้บิดามารดาหรือญาติอยู่เฝ้า เป็นต้น (Maybloom, Chapple, & Davidson, 2002)

นอกจากนั้นผู้ป่วยเด็กยังได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือชนิดพิเศษ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีความซับซ้อน จึงทำให้บิดามารดาเกิดความสงสัยในความเจ็บป่วยของบุตร บิดามารดาไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ เนื่องจากพยาบาลต้องทำงานอย่างเร่งรีบใน การช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ข้อมูลแบบรวบรัด ประกอบกับสภาพจิตใจของบิดามารดายังไม่พร้อมใน การรับข้อมูลหรือรับข้อมูลได้ไม่เต็มที่ จึงทำให้บิดามารดาได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน (Small, 2002) ไม่เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความกลัว รู้สึกถึงความไม่มั่นคงต่อชีวิตของบุตร และไม่รู้ว่าจะเกิด อะไรขึ้นกับบุตรของตน ไม่สามารถรับรู้แบบแผนอาการเจ็บป่วยของบุตรที่เกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะ อย่างยิ่ง ถ้าอาการแสดงนั้นไม่มีความสม่ำเสมอมีการเปลี่ยนแปลง และบุตรมีอาการหนักมากขึ้น โดยเฉพาะในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นช่วงเวลาที่เด็ก จะมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (Moss & Simon, 2016) จึงทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร เมื่อบิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนมากจะไม่สามารถ จัดการกับปัญหาได้ ทำให้เกิดความเครียด (Merle H Mishel, 1988) มีปัญหาในการตัดสินใจ ประเมินสถานการณ์ไม่ได้ ขาดความสามารถในการแก้ไขปัญหา และการจัดการกับอาการเจ็บป่วย ของเด็กป่วยลดลง และมากกว่าร้อยละ 50 ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะได้รับผลกระทบ ด้านจิตใจและอารมณ์ คือ ความเครียด ความวิตกกังวล (Sauls & Warise, 2010) ส่งผลให้เกิด พฤติกรรมต่างๆ เช่น นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ซึมเศร้า เบื่ออาหาร การรับรู้ลดลง รู้สึกหมด พลัง และมีปัญหากับบุคคลในครอบครัว เป็นต้น (Aldridge, 2005; Board, 2004) ความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การขาดข้อมูล เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการรักษา และการไม่สามารถทำนายการ ดำเนินการของโรคและการพยากรณ์โรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยได้ (Merle H Mishel, 1988) โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับบุตรมาก และลักษณะของครอบครัวไทย มารดาจะ เป็นผู้ที่มิตบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูบุตรมากกว่าบิดา ซึ่งรับผิดชอบในการหารายได้ให้กับ

ครอบครัว (รญา ภูโพนุลย์, 2541) จึงทำให้มารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมากกว่าบิดา และเมื่อมารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร จะทำให้มารดาไม่เข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย อาการและการรักษาของผู้ป่วยเด็ก เกิดความไม่ชัดเจนในการได้รับข้อมูล และไม่สามารถทำนายอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กในอนาคตได้ จากการศึกษาเด็กป่วยและทารกแรกเกิดภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต บิดามารดาจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูง (Yotwongratsamee, 2006; นฤมล ชีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, & อัญชัญ เตชะวีระกร, 2545; ภัทรนุช ภูมิพาน, 2555) และการศึกษาส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี มีทั้งการศึกษาในมารดาหรือผู้ปกครองที่มีบุตรเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตและเรื้อรัง ดังการศึกษาของ นฤมล ชีระรังสิกุล et al. (2545) พบว่า มารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในภาวะวิกฤต ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในระดับสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Yotwongratsamee (2006) พบว่า บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของบุตรในระดับสูงสุด และการศึกษาของ กนกกาญจน์ เมฆอนันต์วิช and นุจรี ไชยมงคล (2556) พบว่า บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของบุตรในระดับสูงสุด และการศึกษาของมารดาหรือผู้ปกครองที่มีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่า บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ด้านไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์ของโรคในระดับสูงสุด (สุริภรณ์ สุวรรณ โอสถ, 2547) และพบว่า บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วยของบุตรในระดับสูงสุด (นฤมล ชีระรังสิกุล, มณีรัตน์ ภาครูป, & เอมอร อาจรัตน์กุล, 2557; นันทน์ภัท เลียงพันธุ์, นฤมล ชีระรังสิกุล, & ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, 2560)

ความรู้สึกไม่แน่นอนเป็นสิ่งที่รบกวนและคุกคามในจิตใจ จะก่อให้เกิดอันตรายได้ ทำให้เกิดความเครียด และไม่สามารถปรับตัวได้ (R.S Lazarus & Launier, 1978) เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมาก จะทำให้เกิดความเครียดมากขึ้นด้วย และใช้วิธีการจัดการกับความเครียดหรือปัญหานั้นๆ ถ้าบุคคลมีการจัดการกับความเครียดได้ดี จะทำให้เผชิญกับความเครียดได้ถูกวิธี และการที่มารดาได้รับข้อมูลที่ไม่มีเพียงพอและไม่ชัดเจนก็จะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งการได้รับข้อมูลต่างๆ จะทำให้บิดามารดาเข้าใจแบบแผนการดูแลรักษา ผลลัพธ์ของอาการที่เป็นอยู่ ระบบการดูแล และขั้นตอนการรับบริการ (Yotwongratsamee, 2006) นอกจากนี้ยังพบว่า ข้อมูลที่เกี่ยวกับสถานะการเจ็บป่วยและอาการเจ็บป่วย กฎระเบียบของหอผู้ป่วย และการได้รับการรักษา เป็นสิ่งที่มารดานั้นต้องการทราบข้อมูลมากที่สุด (สุจิรา ศรีรัตน์ & จริยา สายวาริ, 2551) และเมื่อมารดาที่มีการรับรู้หรือเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้นจะแปลความรู้สึกเป็น 2 ทาง คือ

เป็นโอกาส หรือเป็นอันตราย โดยจะอาศัยประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน ถ้ามารดาสามารถแปลเหตุการณ์เป็นความรู้สึกว่าเป็นโอกาส ซึ่งเป็นการรับรู้ทางบวกจะช่วยให้มารดาเกิดความรู้สึกดีหรือรื่น และเผชิญกับสถานการณ์นั้น และมีความหวังต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ถ้าแปลความรู้สึกว่าเป็นอันตรายหรือการรับรู้ทางลบ มารดาจะเกิดความกังวล ซึมเศร้า และทำให้ความสามารถในการจัดการกับปัญหาลดลง (Merle H Mishel, 1988) มารดาจึงหาวิธีการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งมารดาแต่ละคนจะใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ของมารดาในขณะนั้น โดยมารดาจะใช้วิธีการเผชิญความเครียด (coping) ด้วยวิธีต่างๆ คือ การเผชิญกับปัญหา (confrontive coping) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) และการจัดการปัญหาทางอ้อม (palliative coping) (Jalowiec, 1988; R. S Lazarus & Folkman, 1984) หากมารดาเลือกใช้การเผชิญปัญหาได้เหมาะสมกับสถานการณ์ จะทำให้มารดาสามารถปรับตัวเมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรได้

มารดาของเด็กป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เมื่อเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร จะใช้ความสามารถในการรู้คิดหรือการใช้สติปัญญา (cognitive capacity) เพื่อที่จะแปลข้อมูลในการตัดสินใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะมีผลทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และต้องอาศัยแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน (structure provider) คือ การสนับสนุนทางสังคม (social support) โดยอาศัยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เพื่อที่จะสามารถช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน (Merle H Mishel, 1988) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการศึกษาของ ภัทนุช ภูมิพาน (2555) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ( $r = -.55, p < .001$ ) และสามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยได้ ร้อยละ 47.5 ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลนั้นมีความเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผลทางตรง คือ ช่วยให้มารดาวิเคราะห์เหตุการณ์ และทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ในทางอ้อม คือ การที่มีบุคคลให้ข้อมูลช่วยให้มารดาเข้าใจในอาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนของเด็กป่วย และการได้รับข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์และพยาบาล โดยมีการสื่อสาร และการถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค และการรักษาพยาบาล จะช่วยลดความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการเข้าใจในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ และเมื่อมารดานั้นมีความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการของบุตร และไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การได้รับข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ จะช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง

(Bolívar & Montalvo, 2016) แต่การได้รับข้อมูลของมารดานั้นก็มีข้อจำกัด หากมารดามีการรับข้อมูลในขณะที่จิตใจยังไม่พร้อม จะทำให้การรับข้อมูลได้ไม่ดี 24-72 ชั่วโมงแรก มารดาจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรมาก จึงทำให้มารดาเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของบุตร มีความรู้สึกช็อก ปฏิเสธต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่เชื่อและไม่แน่ใจในความเจ็บป่วยของบุตร เกิดความกลัว และความคับข้องใจ (Gibson, 1995; McKinney & Murray, 2013) ดังนั้นการสนับสนุนด้านอารมณ์ เป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญที่จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดา และช่วยเพิ่มการรับรู้ของข้อมูลมากยิ่งขึ้น เช่น การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้ความรู้ให้คำปรึกษา ปลอบโยน พุดคุย และระบายความรู้สึก เป็นต้น (Kaaresen, Ronning, Ulvund, & Dahl, 2006)

การที่มารดาได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรจากพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้มารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงนั้น จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยภาวะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมของ สุภาพร บุญกองรัตน์ (2551) พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษา Mitchell and Courtney (2004) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับหอผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล และแผนการรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง และผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับข้อมูลต่างๆเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร จะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่าก่อนการได้รับข้อมูล (นุชนีษ์ ฌณีรัตน์, 2550) สอดคล้องกับการศึกษาของ (จุฑารัตน์ จงแก, 2550) ที่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด ที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุม จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาได้

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งผู้วิจัยเชื่อว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ จะสามารถช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจได้ ตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ (Merle H Mishel, 1988) ซึ่งในโปรแกรมจะประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล โดยมีการแบ่งให้ข้อมูลในแต่ละวันเป็นรายบุคคล เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม และกฎระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ภาวะที่พบบ่อย

ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ความสำคัญของการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ความสำคัญและประโยชน์ของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่บุตรได้รับขณะเข้ารับการรักษาในหอวิกฤตกุมารเวชกรรม และข้อมูลเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของบุตร แนวทางการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ในแต่ละวัน รวมทั้งการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการจัดการด้านอารมณ์ ด้วยวิธีการให้มารดาเขียนระบายความรู้สึก พร้อมกับสะท้อนคิด และพูดคุย ซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร และให้มารดาบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง และฝึกสมาธิและผ่อนคลายให้กับมารดา ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ จะสามารถช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจได้

#### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์

#### สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ กลุ่มทดลองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ กลุ่มทดลองมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์

#### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ (Merle H Mishel, 1988) ซึ่งได้อธิบายถึงความรู้สึกไม่แน่นอนว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลที่ไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์นั้นๆ ได้ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) คือ การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้อย่าง

ครอบคลุม 2) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (lack of information) คือ เมื่อบุคคลได้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยไม่เพียงพอหรือการวินิจฉัยโรค และไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล จึงไม่สามารถวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายในการดูแลได้ 3) การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการรักษา (lack of clarity) คือ เป็นผลมาจากการได้รับการอธิบายไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ผลการรักษา และความไม่ชัดเจนของข้อมูลและ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินการของโรคและการพยากรณ์โรคที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยได้ (unpredictability) คือ เป็นการทำนายหรืออธิบายเกี่ยวกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากความคลุมเครือ และความไม่สม่ำเสมอในข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มีผลให้บุคคลไม่สามารถคาดการณ์อนาคตได้ นอกจากนี้ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม (social support) นั้นมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ จะประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การที่บุคคลรู้สึกว่าตนเองได้รับความเห็นอกเห็นใจ เอาใจใส่ และความไว้วางใจจากผู้อื่นเมื่อกำลังเผชิญกับความเครียดหรือปัญหา โดยการจัดการด้านอารมณ์ ด้วยวิธีการสะท้อนคิด พูดคุย ให้กำลังใจ เขียนระบายความรู้สึก และการฝึกสมาธิให้มารดาผ่อนคลายความรู้สึก และการให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร อาการแสดงและการรักษาพยาบาล จะช่วยให้บุคคลนั้นมีความเข้าใจในสถานการณ์ความเจ็บป่วยได้ตรงกับความเป็นจริง ดังนั้น เมื่อมารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ที่เพียงพอเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร จะช่วยให้มารดามีความเข้าใจและมีความชัดเจนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร และสามารถคาดการณ์ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กได้ ซึ่งจะช่วยให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตลดลงได้ เขียนเป็นกรอบแนวคิดได้ดังแสดงในภาพที่ 1 ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โดยนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์มาใช้เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
2. เป็นแนวทางสำหรับอาจารย์ เพื่อจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล โดยโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ไปจัดกิจกรรมที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ
3. เป็นแนวทางในการทำวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ที่มารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งสามารถนำไปใช้กับมารดาของเด็กป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในระยะเฉียบพลัน เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาต่อไป

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561

### นิยามศัพท์เฉพาะ

ความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 3) การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการรักษา และ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินการของโรคและการพยากรณ์โรคที่เกิดขึ้นกับบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ (Merle H Mishel, 1988) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ (นฤมล ชีระรังสิกุล et al., 2557)

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ หมายถึง แบบแผนของกิจกรรมที่มีเป้าหมายในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่จัดให้กับมารดา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Merle H Mishel, 1988) ซึ่งมี 3 ขั้นตอนในการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น 2) การจัดการด้านอารมณ์ ด้วยวิธีการให้มารดาเขียนระบายความรู้สึกสะท้อนคิด พูดคุยซักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร และให้มารดาบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง และฝึกสมาธิและผ่อนคลายความรู้สึกให้กับมารดา และ 3) การให้ข้อมูล โดยมีการแบ่งให้ข้อมูลกับมารดาในแต่ละวันเป็นรายบุคคล เพื่อให้มารดามีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และในโปรแกรมจะประกอบด้วย 1) แผนการสอนการให้ความรู้เป็นรายบุคคล 2) คู่มือความรู้เกี่ยวกับเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และ 3) สื่อวีดิทัศน์ ในการฝึกสมาธิและผ่อนคลาย โปรแกรมใช้เวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 - 60 นาที

**กลุ่มควบคุม** หมายถึง กลุ่มมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่ได้รับกิจกรรมของพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมตามปกติ คือ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร เวลาที่มารดาสามารถพบแพทย์ได้ ช่วงเวลาที่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ คือ 07.00-08.00 น., 12.00-14.00 น. และ 19.00-20.00 น. และจำกัดจำนวนคนเข้าเยี่ยมได้ครั้งละ 2 คน

**กลุ่มทดลอง** หมายถึง กลุ่มมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้วิจัยศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

เด็กป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

เด็กป่วยในระยะวิกฤตที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์

#### เด็กป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต

หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (pediatric intensive care unit: PICU)

หอผู้ป่วยวิกฤตมีการระบบบริหารจัดการเป็นหออภิบาลระบบปิด (closed ICU model) และผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยเด็กจะมีภาวะคุกคามต่อชีวิต (life threatening condition) หรือมีความเสี่ยงต่อภาวะต่างๆ โดยอาจเกิดจากอวัยวะหนึ่งๆ หรือหลายอวัยวะทำงานล้มเหลวจากโรคหรือกษัตริย์ต่างๆ และมีปัญหาทางร่างกายด้านต่างๆ เช่น มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจเฉียบพลัน ระบบประสาท และผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความเสี่ยงของระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น (Moss & Simon, 2016; ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล, 2543) หอผู้ป่วยวิกฤตมีลักษณะการทำงานเป็นทีม โดยมีผู้นำทีมเป็นแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤต แพทย์ที่ปรึกษาตามภาวะความเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้อง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยวิกฤต นักบำบัดระบบการหายใจ และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น ซึ่งการทำงานเป็นทีมในการดูแลรักษาผู้ป่วยวิกฤตเป็นเรื่องที่ยุ่งยาก ต้องใช้ความรู้ลึกในแต่ละด้านของการเจ็บป่วย รวมถึงต้องเข้าใจความเชื่อและความต้องการด้านอารมณ์และสังคมของผู้ป่วยและญาติ จึงต้องมีการสื่อสารประสานงานและทำงานเป็นทีม เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างปลอดภัย (บุญส่ง พัจจนสุนทร, 2554)

หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เป็นหอผู้ป่วยที่ปลอดภัย เมื่อมารดาจะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ต้องเปลี่ยนรองเท้าก่อนเข้าไปในหอผู้ป่วยวิกฤต และต้องล้างมือก่อนและหลังเข้าเยี่ยม ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จะได้รับการรักษาที่ซับซ้อนและเฉพาะเจาะจง ผู้ป่วยส่วนใหญ่จำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ และภายในหอผู้ป่วยวิกฤตมีการใช้อุปกรณ์

เครื่องมือทางการแพทย์ในการรักษาที่หลากหลาย เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามสัญญาณชีพ เครื่องควบคุมการให้สารน้ำหรือให้ยาทางหลอดเลือดดำ และมีเครื่องมือแต่ละชนิดที่มีเสียงเตือนการทำงานเมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการผิดปกติ (Board, 2004; นวลจันทร์ ปราบพาล, จิตลัดดา ติโรจนวงศ์, & พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2547) และมีกฎระเบียบการเข้าเยี่ยม คือ จำกัดเวลาที่เข้าเยี่ยม จำนวนคนที่เข้าเยี่ยม และไม่อนุญาตให้ญาตินอนเฝ้าผู้ป่วย (Maybloom et al., 2002)

### ลักษณะของเด็กป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยเด็กวิกฤตเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาที่เฉพาะเจาะจง และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการช่วยเหลือชีวิตให้ปลอดภัย ซึ่งมีผู้ให้นิยามของลักษณะของเด็กป่วยวิกฤตไว้ ดังนี้

Curley (1996) ให้ความหมายเด็กป่วยวิกฤต คือ เด็กที่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย มีอาการและอาการแสดงที่ไม่แน่นอน มีการคุกคามถึงชีวิต ต้องได้รับการพยาบาลอย่างใกล้ชิด

Moss and Simon (2016) กล่าวว่า ผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติซับซ้อน โดยมีผลจากความล้มเหลวหลายระบบในร่างกาย หรือมีความล้มเหลวของอวัยวะ และบางรายมีความล้มเหลวของอวัยวะที่เฉพาะเจาะจง แต่มีภาวะแทรกซ้อน และต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิด

รังสรรค์ ภูยานนทชัย (2557) ได้ให้ความหมาย เด็กป่วยวิกฤต คือ ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะเสี่ยงหรือมีปัญหาด้านร่างกายที่คุกคามถึงชีวิต (life threatening) และต้องได้รับการดูแลการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อให้มีชีวิตอยู่และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น

จากความหมายข้างต้นอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยเด็กวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาวิกฤตด้านร่างกายที่คุกคามถึงชีวิต ที่มีความผิดปกติซับซ้อน จากความล้มเหลวหลายระบบในร่างกาย หรือมีความล้มเหลวของอวัยวะที่เฉพาะเจาะจง แต่มีภาวะแทรกซ้อน และต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

### เด็กป่วยในระยะวิกฤตที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ

เด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ส่วนใหญ่มีปัญหาระบบต่างๆ ของร่างกายที่พบบ่อย คือ ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบประสาท ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และผู้ป่วยเด็กได้รับการช่วยเหลือด้วยวิธีการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure)

ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน หมายถึง ระบบการหายใจไม่สามารถทำงานได้เพียงพอ ก่อให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนหรือร่างกายไม่สามารถขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกไปได้ เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งในเลือดหรือทั้งสองอย่าง โดยทั่วไปการวินิจฉัยภาวะหายใจล้มเหลวจากค่า arterial blood gas พบ  $\text{PaO}_2$  น้อยกว่า 60 mmHg หรือ  $\text{PaCO}_2$  มากกว่า 50 mmHg (สุพิชญา พจน์สุภาพ, 2557) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลว สามารถจำแนกได้ ดังนี้ (สรศักดิ์ โลจันดารัตน์, 2550)

1. ระบบประสาทและกล้ามเนื้อผิดปกติ เช่น ศูนย์การควบคุมระบบหายใจผิดปกติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง และซีด เป็นต้น
2. ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนและล่าง ทำให้เกิดการบวมของหลอดลม เช่น ดิ้นเชื้อภูมิแพ้ foreign body ตัวอย่างโรค เช่น laryngotracheobronchitis, acute epiglottitis, asthma และ foreign body เป็นต้น
3. ทรวงอกผิดปกติหรือการทำงานผิดปกติ ทำให้ไม่สามารถเกิดการขยายของทรวงอกได้เต็มที่ เมื่อมีการหายใจเข้าก่อให้เกิด minute ventilation ลดลง เกิดภาวะคาร์บอนไดออกไซด์คั่งและพร่องออกซิเจน
4. เนื้อปอดผิดปกติ (parenchymal lung disease) เช่น ปอดอักเสบ, bronchopulmonary dysplasia ซึ่งเป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด ในผู้ป่วยเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี
5. สาเหตุอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ ภาวะซีด และ acidosis เป็นต้น

#### อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน เป็นผลต่อเนื่องจากการพร่องออกซิเจน เป็นผลต่อเนื่องจากการพร่องออกซิเจน และคาร์บอนไดออกไซด์คั่ง ร่วมกับอาการที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจเร็วมีหน้าอกบวมและท้องป่องเมื่อหายใจเข้า ไซ้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ หายใจไม่เป็นจังหวะ หรือบางครั้งหยุดหายใจ เจ็บ หัวใจเต้นเร็ว ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลงกระวนกระวายหรือบางครั้งซึม ไม่รู้สึกตัวและหมดสติในที่สุด แต่ในบางกลุ่มที่มีความผิดปกติทางสมองและระบบประสาท กล้ามเนื้อ อาจตรวจไม่พบหายใจเร็ว โดยอาการแสดงอาจพบหายใจตื้นและช้าผิดปกติ (ประวิทย์ เจตนชัย, 2558)

## การรักษา

ผู้ป่วยภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน มีการรักษา ดังนี้ (กวีวรรณ ลิ้มประยูร, 2554)

1. การรักษาเบื้องต้นเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าเร่งด่วน แก้ไขความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอด ดังนี้

### 1.1 Airway control

เป็นอันดับแรกที่ต้องช่วยเหลือโดยการจัดทำศีรษะเพื่อให้ทางเดินหายใจเปิดโล่ง และกันไม่ให้ลิ้นตกไปด้านหลังอุดกั้นทางเดินหายใจ จุดเสมหะในช่องปากในผู้ป่วยรายที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนต้นอย่างรุนแรง อาจพิจารณาเจาะคอ ถ้าไม่สามารถเปิดทางเดินหายใจให้คงที่ได้ (unstable airway) พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ

### 1.2 Improve oxygenation

ให้ออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงก่อน (100% O<sub>2</sub> หรือ FiO<sub>2</sub> 1.0) แล้วค่อยลดลง เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเลือกวิธีการให้ออกซิเจนตามความเหมาะสมหรือพิจารณาใส่เครื่องช่วยหายใจเมื่อมีข้อบ่งชี้

ในผู้ป่วยที่หายใจได้เอง และรู้สึกตัวดี ควรให้เด็กนอนในท่า neutral sniff position ร่วมกับการให้ออกซิเจน

ในผู้ป่วยที่มีอาการแสดงว่าหายใจเองได้ไม่เพียงพอ ตรวจร่างกายพบว่า ฟังเสียงหายใจเข้าได้ไม่ได้ หน้าอกเคลื่อนที่ขึ้นลงได้ไม่ดี เจ็บว ควรช่วยการหายใจด้วย bag-mask ventilation โดยให้สัมพันธ์กับการหายใจของผู้ป่วย และพิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจเมื่อมีข้อบ่งชี้ การช่วยการหายใจด้วย bag-mask ventilation นั้นควรระมัดระวังว่า ถ้าให้ในปริมาณที่มากเกินไป (excessive ventilation) อาจก่อให้เกิดผลเสียต่อระบบความดันหลอดเลือด เนื่องจากการเพิ่มของ intrathoracic pressure ส่งผลลด venous return จึงลด cardiac output, cerebral blood flow และ coronary perfusion

### 1.3 Relief of hypercapnia

ภาวะ hypercapnia บ่งชี้ว่า ผู้ป่วยไม่สามารถแลกเปลี่ยนก๊าซได้เพียงพอ (PaCO<sub>2</sub> สูง) เป็นอาการแสดงที่อันตรายโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มี pH < 7.25 ต้องรีบให้การช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ลักษณะทางคลินิกตรวจพบว่า มีอัตราการหายใจช้า หรือหายใจตื้นๆ ถ้ามีประวัติการใส่ยาที่มีฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลางให้การรักษาโดยให้ antidote ถ้าตรวจพบการอุดกั้นทางเดินหายใจให้ระบายเสมหะ ให้ออกซิเจนที่เข้มข้นและออกซิเจนที่เหมาะสม แต่ถ้ามีประวัติอุบัติเหตุหรือความผิดปกติด้านระบบประสาท กล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือสาเหตุอื่นๆ ที่ให้การรักษารวดเร็วแล้วไม่ดีขึ้น พิจารณาใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจต่อไป

## 2. การรักษาสาเหตุ (specific treatment of underlying diseases)

ภายหลังจากการรักษาเบื้องต้นให้แก่ผู้ป่วยแล้วนั้น เมื่อได้การวินิจฉัยโรคและทราบถึงสาเหตุของภาวะหายใจล้มเหลว แพทย์ต้องพิจารณาการรักษาเฉพาะโรคนั้นๆ ให้แก่ผู้ป่วย เช่น ปอดอักเสบจากการติดเชื้อแบคทีเรียให้ยาปฏิชีวนะร่วมด้วย โรคหืดให้ยาขยายหลอดลมและยาคอร์ติโคสเตียรอยด์

## 3. การรักษาประคับประคอง (supportive care) ให้การรักษาตามอาการ ดังนี้

3.1 ถ้ามีไข้ให้ยาลดไข้ เช็ดตัว หรือให้ยานอนหลับคลายกล้ามเนื้อ เพื่อช่วยลดความต้องการออกซิเจนของร่างกาย

3.2 ให้สารน้ำและเกลือแร่อย่างเหมาะสม ให้สารอาหารให้เพียงพอ (improve nutrition)

3.3 ซีด ให้เลือดเพื่อเพิ่มระดับฮีโมโกลบิน ทำให้การขนส่งออกซิเจนไปยังเนื้อเยื่อของร่างกายดีขึ้น แนะนำให้รักษาระดับฮีโมโกลบินไม่ให้ต่ำกว่า 10 g/dL

3.4 Cardiovascular and respiratory monitoring แพทย์มีการตรวจติดตามอาการอย่างใกล้ชิดและเฝ้าติดตามการเปลี่ยนแปลงทางระบบหัวใจและระบบหายใจ และแก้ไขอย่างทันที่

3.5 ให้สารน้ำในหลอดเลือด และเลือกใส่ยาในกลุ่ม inotropism และให้การรักษาได้ทันที เช่น ใส่ chest drain, ให้ inotropic drug เป็นต้น

ระบบทางเดินหายใจเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการดำเนินชีวิต หากทางเดินหายใจมีการอุดตัน จะทำให้ร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอและขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกไม่ได้ ส่งผลให้ร่างกายเกิดอันตรายถึงชีวิตได้ (อารยา ศรีธธาพุท & วนิดา เปาอินทร์, 2554) ผู้ป่วยเด็กจึงต้องได้รับการรักษาที่จำเป็นด้วยการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (ธีรเดช คุปตานนท์, 2556) และการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจมีข้อบ่งชี้ที่สำคัญ ดังนี้

### ข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ

ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มักได้รับการรักษาที่จำเป็นที่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กมีปัญหาของระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และสิ่งที่เป็นข้อบ่งชี้ที่สำคัญของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มีดังนี้ (Hess, 2002; อารยา ศรีธธาพุท & วนิดา เปาอินทร์, 2554)

1. ภาวะหายใจล้มเหลว ซึ่งอาจได้จากการประเมินทางคลินิกหรือจากผลการวิเคราะห์ก๊าซในเลือด (arterial blood gas, ABG) โดย  $\text{PaO}_2 < 60 \text{ mmHg}$  ขณะให้  $\text{FiO}_2 \square 0.6$  (ยกเว้นผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว) หรือ  $\text{PaO}_2 > 50 \text{ mmHg}$  ที่เกิดแบบเฉียบพลัน

2. ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบน
3. ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง (neuromuscular weakness) โดยค่า maximum negative inspiratory pressure < -20 cmH<sub>2</sub>O หรือ vital capacity < 12-15 มล./กก.
4. ไม่มี protective airway reflex ได้แก่ การไอ gag reflex.
5. ภาวะระบบไหลเวียนโลหิตไม่คงที่ (hemodynamic instability) ได้แก่ ภาวะช็อก หัวใจหยุดเต้น
6. เพื่อควบคุมไม่ให้เกิดภาวะ (hyper)ventilation ในกรณีผู้ป่วยมีความดันในสมองเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยที่มีความดันในปอดสูง (pulmonary hypertension) รวมทั้งภาวะ metabolic acidosis
7. เพื่อระบายเสมหะออกจากปอดและหลอดลม
8. เพื่อให้ยาออกเดินทางหลอดลม

### ข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต มักเป็นผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีดังนี้ (สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์, 2554)

**1. ภาวะหายใจล้มเหลว (respiratory failure)** โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่มีปัญหาที่เนื้อปอด (pulmonary disease) และผู้ป่วยที่มีปัญหาที่ศูนย์ควบคุมการหายใจหรือกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ (pump failure)

1.1 Pulmonary disease เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดการหายใจล้มเหลว ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นปอดอักเสบ มีปัญหาพยาธิสภาพที่เนื้อปอดเกิดความผิดปกติในการแลกเปลี่ยนก๊าซชนิด ventilation-perfusion mismatch ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพรุนแรงในเนื้อปอดชนิด non-cardiogenic pulmonary edema เกิดภาวะ intra-pulmonary ในกลุ่มอาการ acute respiratory distress syndrome (ARDS) ที่มีการหายใจล้มเหลอรุนแรง

1.2 Pump failure ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของผนังทรวงอก เช่น flail chest ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ เช่น myasthenia gravis, Guillain-barre syndrome ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติที่ศูนย์ควบคุมการหายใจ (central nervous system dysfunction) แบ่งเป็น ความผิดปกติที่ศูนย์ควบคุมการหายใจแต่กำเนิด เช่น congenital central hypoventilation syndrome และความผิดปกติที่ศูนย์ควบคุมการหายใจแบบเฉียบพลันจากอุบัติเหตุ ยาที่กดศูนย์การหายใจ หรือ โรคติดเชื้อในสมอง

### 2. ข้อบ่งชี้อื่นๆ ได้แก่

2.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อเปิดทางเดินหายใจให้โล่งในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนบนจาก croup syndrome หรือผู้ป่วยไม่รู้สติ (coma)

2.2 เพื่อลด work of breathing และ afterload ได้แก่ ผู้ป่วยหายใจล้มเหลว (congestive heart failure) ที่มีภาวะปอดบวม

2.3 เพื่อปรับสมดุลของระดับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสมองร่วมกับภาวะ increased intracranial pressure

ดังนั้น ข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจเหล่านี้ เป็นเพียงข้อแนะนำ ยังไม่มีมีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนตายตัวหรือจำเพาะเจาะจง ซึ่งการตัดสินใจที่จะใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยนั้นขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ให้การรักษาที่ได้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทราบการดำเนินโรคของผู้ป่วย โรคหรือปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วย การตอบสนองของโรคหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลวต่อการรักษาทางอายุรกรรม สำหรับข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจ อาจไม่เหมือนกับข้อบ่งชี้ในการใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการใส่ท่อช่วยหายใจ อาจเป็นการเปิดทางเดินหายใจในผู้ป่วยที่มีการอุดกั้นรุนแรงของทางเดินหายใจส่วนบน หรือในผู้ป่วยที่ไม่รู้สึก (coma) แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มักจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยเครื่องช่วยหายใจร่วมด้วย เพราะศูนย์หายใจของผู้ป่วยอาจถูกกดจากภายนอกประสาท การใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อการตั้งค่า positive end-expiratory pressure (PEEP) หรือการลด resistance ของ airflow ที่เกิดจากการใส่ท่อช่วยหายใจหลักการโดยทั่วไปการใช้เครื่องช่วยหายใจ คือ ผู้ป่วยที่หายใจด้วยตนเองแล้วไม่เพียงพอในการดำรงชีวิตตามปกติของผู้ป่วย

**การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ**

เด็กป่วยวิกฤตที่มีปัญหาทางระบบทางเดินหายใจ และมีภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว สิ่งสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ คือ การใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อให้เด็กป่วยวิกฤตมีความปลอดภัยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ต้องเป็นผู้ที่ดูแลที่เฉพาะทางและผู้ดูแลต้องมีความเชี่ยวชาญ ซึ่งการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ (ขวัญฤทัย พันธู, 2555; สุภารัตน์ ไวยชีตา, 2551) มีดังนี้

1. การจัดท่านอนผู้ป่วย โดยมีการจัดท่านอนให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่หายใจสะดวก จัดท่ากึ่งหงายกึ่งตะแคง (semifowler) เพื่อที่จะช่วยให้การระบายอากาศของปอดส่วนล่างมีการระบายอากาศได้ดีมากยิ่งขึ้น และควรที่จะเปลี่ยนท่านอนให้กับผู้ป่วยบ่อยๆ โดยอาจพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 1-2 ชั่วโมง

2. การดูแลเสมหะ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจจะสูญเสียกลไกการไอและขับเสมหะตามธรรมชาติ ซึ่งกลไกการกำจัดเสมหะเกิดจากการทำงานของ cilia ที่โบก

พัฒนาเอาเสมหะจากทางเดินหายใจส่วนปลายขึ้นมาบริเวณทางเดินหายใจส่วนต้น โดยเสมหะจะถูกกำจัดออกด้วยการกลืนผ่าน pharynx และจากการไอเพื่อระบายเสมหะออกมา ซึ่งการดูดเสมหะเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยเปิดทางเดินหายใจให้โล่งและเป็นปัจจัยเกื้อหนุนให้การหายใจเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาการที่บ่งบอกถึงการมีเสมหะคั่ง ได้แก่ การหายใจเร็ว เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก ได้ยินเสียง หรือเห็นมีเสมหะในท่อหลอดลมคอ หรือการฟังเสียงหายใจได้ยินเสียง rhonchi

3. ดูแลท่อช่วยหายใจและอุปกรณ์ของเครื่องช่วยหายใจ โดยการใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการต่ออุปกรณ์ของเครื่องช่วยหายใจ เพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความชื้นและความร้อนของอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ โดยทำให้เกิดการกลั่นตัวเป็นหยดน้ำและหากมีการไหลย้อนกลับของหยดน้ำขณะกิจกรรมต่างๆ เช่น การดูดเสมหะ การจัดทำนอน หรือขณะที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยเด็ก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อได้ ถ้ามีการคั่งค้างของละอองน้ำที่รวมตัวกันภายในสายของอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งอาจจะเป็นแหล่งที่ทำให้เชื้อจุลชีพเจริญเติบโตและเพิ่มปริมาณมากขึ้นจะไหลเข้าสู่ปอด ทำให้เกิดปอดอักเสบขณะใช้เครื่องช่วยหายใจได้

4. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอแก่ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใส่ท่อช่วยหายใจ โดยการลดการรบกวนผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งก่อนให้การพยาบาลทุกครั้ง ควรมีการวางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างครบถ้วนตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยในแต่ละราย

5. ดูแลให้ได้รับสารน้ำสารอาหารอย่างเพียงพอ ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจเสี่ยงที่จะเกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะมีผลเสียต่อการรักษาโดยรวมด้วย ถ้าให้แคลอรีไม่เพียงพอ จะทำให้เกิด catabolism ของกล้ามเนื้อหายใจ ไม่สามารถ wean จากเครื่องช่วยหายใจได้แม้ว่าโรคจะดีขึ้นแล้ว ถ้าให้อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตมากเกินไป ก็จะเพิ่มการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้ต้องช่วยหายใจเพิ่มขึ้น เพื่อขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกาย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องให้ผู้ป่วยเด็กที่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจได้รับสารน้ำสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

#### ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจในเด็กป่วย

ในผู้ป่วยเด็กที่จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ มักมีสาเหตุมาจากภาวะหายใจล้มเหลว โดยระบบก๊าซออกซิเจนหรือจำกัดก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย โดยการหายใจล้มเหลวมักเป็นผลมาจากโรคของปอด เช่น มีการลดลงของ functional residual capacity (FRC) การลดลงของ compliance การเกิดภาวะ ventilation-perfusion mismatch หรือความผิดปกติจาก pump failure เช่น ศูนย์ควบคุมการหายใจถูกกด หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรง

(สรศักดิ์ โลหะจินดารัตน์, 2554) การที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาด้วยวิธีการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ถือได้ว่าเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยเฉียบพลัน มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่หลากหลาย และมีการรักษาที่ซับซ้อนมีความเฉพาะเจาะจง จึงส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก ดังนี้

ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ก็อาจเกิดผลกระทบที่สำคัญต่อผู้ป่วยเด็กได้ เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นการช่วยหายใจด้วยเครื่องช่วยหายใจ ซึ่งในรายที่ใส่ท่อช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน มักจะส่งผลทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อบริเวณทางเดินหายใจส่วนต้นและบริเวณหลอดลม (นวลจันทร์ ปราปพาล, 2554) เป็นผลทำให้เยื่อบุทางเดินหายใจบวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณกล่องเสียง หรือ subglottic area ซึ่งเป็นบริเวณที่แคบที่สุดของทางเดินหายใจส่วนบนของเด็ก การใส่ท่อช่วยหายใจยังทำให้อากาศหรือก๊าซที่เข้าไปในปอดนั้นไม่ผ่านความชื้นที่ได้จากการทำงานของโครงสร้างทางเดินหายใจส่วนต้น อาจทำให้มีการปนเปื้อนของเชื้อโรคเข้าสู่ปอดผ่านทางท่อช่วยหายใจได้ง่ายขึ้น และเมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ยังเป็นปัญหาสำคัญ และพบได้บ่อย คือ ปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ (ventilator associated pneumonia: VAP) ซึ่งอาจเกิดจากการปนเปื้อนของสายท่อช่วยหายใจ และการสำลักเอาสารคัดหลั่งที่อยู่บริเวณ oropharynx รอบๆ endotracheal tube ซึ่งมี colonization ของเชื้อแบคทีเรียบริเวณนั้น และเชื้อที่ขึ้นมากจากกระเพาะอาหาร ส่วนใหญ่จะเป็นพวก Gram negative bacteria และพบว่า การเปลี่ยนสายท่อช่วยหายใจบ่อยๆ จะช่วยป้องกัน VAP แต่การศึกษาในระยะหลัง พบว่า การเปลี่ยนสายท่อช่วยหายใจอาจไม่เกี่ยวข้องกับการเกิด VAP นัก และในทางตรงกันข้ามกลับ พบว่า การเปลี่ยนสายท่อช่วยหายใจไม่บ่อยนัก อาจจะมีผลดีกว่าการเปลี่ยนบ่อยๆ (Samransamruajkit & et al., 2010) และการใช้เครื่องช่วยหายใจ ยังส่งผลกระทบต่อทางสรีรวิทยาของร่างกาย (Deerojanawong, Peongsujarit, Vivatvakin, & Prapphal, 2009; Hess, 2002; Kuiper, Groeneveld, Slutsky, & Plotz, 2005) ดังนี้

#### 1. ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ (pulmonary and airway effects)

การใช้เครื่องช่วยหายใจนั้นมีผลกระทบต่อสรีรวิทยาของระบบทางเดินหายใจ เกิดเนื่องจาก airway pressure ที่สูง อุดลมโป่งมากกว่าปกติ (overdistention of alveoli) และเกิด ventilator – induced lung injury ซึ่งเป็นอันตรายต่อปอดที่เกิดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นผลจาก over distention ของอู๊ดลมในช่วงหายใจเข้า เนื่องจากใช้ tidal volume ที่มากกว่าปกติ โดยใช้แรงดัน transpulmonary distending pressure และอันตรายที่เกิดจากการที่อู๊ดลมแฟบในช่วงหายใจออก การที่อู๊ดลมโป่งออกและแฟบสลับกันอย่างต่อเนื่องซ้ำๆ จะกระตุ้นเซลล์ของปอดและ immune cells ให้สร้างและหลั่ง inflammatory mediators เข้าไปใน interstitial space และอู๊ดลมของปอด และ

ถ้ายังปอดนั้นมีความผิดปกติอยู่แล้วก็ยิ่งทำให้ inflammatory mediators, endotoxin รวมทั้งแบคทีเรีย เข้าสู่กระแสเลือด จึงทำให้แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆทั่วร่างกาย เกิดอวัยวะล้มเหลวหลายระบบ ตามมาได้

### 2. ผลกระทบต่อกะบังลมและกล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจ

การใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ controlled mechanical ventilation ทำให้กล้ามเนื้อที่ใช้ในการหายใจไม่ได้ทำงานและอาจเกิด disuse atrophy ได้ และพบว่า muscle strength ของกะบังลมมีการลดลงอย่างต่อเนื่องในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และถ้ามีการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน จะทำให้มี injury ต่อกล้ามเนื้อกะบังลม มี atrophy และ peoteolysis ของกล้ามเนื้อเหล่านี้ด้วย

### 3. ผลกระทบต่อหัวใจและหลอดเลือด

แรงดันบวกจากเครื่องช่วยหายใจจะทำให้ความดันในทรวงอก (intrathoracic pressure) และความดันในช่องท้อง (intra-abdominal pressure) สูง และ lung volume ก็เพิ่มมากขึ้น ทั้งหมดนี้มีผลกระทบต่อระบบหัวใจและหลอดเลือดและอาจทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว

### 4. ผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร

ผลกระทบที่พบบ่อย ได้แก่ ท้องอืด จาก gastric distension หรือ gastrointestinal (GI) hypomotility, เลือดออกในทางเดินอาหาร (GI bleeding), แผลในกระเพาะอาหาร (stress ulcer) และแรงดันบวกจากเครื่องช่วยหายใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง PEEP อาจทำให้เกิดเลือดไปเลี้ยงอวัยวะในช่องท้องลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการมี cardiac output ลดลงด้วย และอาจทำให้ portal blood flow ลดลงส่งผลกระทบต่อการทำงานของตับ และจากการศึกษาในผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า เด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมงนั้นมีอัตราการเกิดภาวะเลือดออกในกระเพาะอาหารร้อยละ 51.8 และมีร้อยละ 3.6 ที่เป็นรุนแรงจนเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ คือ การได้รับความดันสูงจากเครื่องช่วยหายใจ

### 5. ผลกระทบต่อระบบไตและทางเดินปัสสาวะ

ในเด็กจะมีการคั่งของน้ำในร่างกาย และปัสสาวะออกน้อยได้ง่ายในขณะที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากมีการหลั่ง antidiuretic hormone (ADH) เพิ่มขึ้น มีการลดลงของ atrial natriuretic factor และบ่อยครั้งที่ได้รับสารน้ำมากเกินไป นอกจากนี้การให้ความชื้นในก๊าซที่ให้เข้าไปกับเครื่องช่วยหายใจก็ทำให้ insensible water loss ลดลงได้

### ผลกระทบต่อมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ จึงจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูบุตร และมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็ก

ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจึงส่งผลกระทบต่อมารดา ดังนี้

1. ด้านร่างกาย ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการทำกิจวัตรประจำวันของมารดา ทำให้มีอาการแสดงทางกายภาพที่พบได้ เช่น เหนื่อยล้า อ่อนเพลีย การรับประทานอาหารได้ลดลง และนอนไม่หลับ เป็นต้น (Aldridge, 2005) มารดาจะมีความเป็นห่วง และอยากคอยเฝ้าอยู่หน้าห้องผู้ป่วยเด็กตลอดเวลา เพื่อรอฟังความก้าวหน้าของผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากการผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษาที่ซับซ้อนและเฉพาะเจาะจง จึงทำให้มารดาไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ และกฎระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเด็กมีการจำกัดเวลาการเข้าเยี่ยม มารดาจึงต้องพักบริเวณที่โรงพยาบาลจัดให้ ซึ่งสถานที่เหล่านี้เป็นสถานที่ไม่คุ้นเคย จึงส่งผลกระทบต่อการพักผ่อนของมารดา

2. ด้านจิตใจอารมณ์ ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม เป็นภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิตเด็กป่วย เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และไม่เคยคาดคิดมาก่อน มารดาเกิดความกลัว รู้สึกไม่มั่นคงต่อชีวิต และมารดาต้องพบเห็นกับสิ่งต่างๆที่ไม่คุ้นเคยของสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ซึ่งเต็มไปด้วยอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มารดาไม่เคยพบเห็นมาก่อน เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามอาการ และเสียงสัญญาณเตือนจากเครื่องติดตามอาการของบุตร เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มารดาเกิดความเครียด และความวิตกกังวล จากการศึกษาความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก พบว่า สาเหตุความเครียดของบิดามารดาเด็กป่วย เกิดจากการรับรู้ การได้พบเห็นเหตุการณ์ หรือสถานการณ์ต่างๆขณะที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม (เกศรา เสงงาม, ศรีกัลยา ภิญ โญสโมสร, พิกุลรัตน์ วงศ์พาณิชย์, & สุวีรัตน์ อ่องสกุล, 2550) ผลกระทบจากความเครียดและความวิตกกังวลของมารดา อาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายใจ กังวลใจ กระสับกระส่าย ร้องไห้ง่าย นอนไม่หลับ รู้สึกหมดพลัง และเบื่ออาหาร (Aldridge, 2005; Board, 2004) และทำให้มารดาไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างเต็มที่ ซึ่งขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จะมีทีมบุคลากรสุขภาพทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก (Sauls & Warise, 2010)

3. ความรู้สึกไม่แน่นอน เป็นส่วนหนึ่งของด้านจิตใจและอารมณ์ เมื่อเกิดความเจ็บป่วยของเด็กในครอบครัว โดยเฉพาะบุตรที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต และได้รับการช่วยเหลือชีวิตด้วยเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีความซับซ้อน คือ การใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ (นวฉจันทร์ ปราบพาล et al., 2547) โดยต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญ และมีอุปกรณ์ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การใส่ท่อช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นอย่างกะทันหัน และพยาบาลต้องทำงานอย่างเร่งรีบในการช่วยเหลือผู้ป่วย จึงให้ข้อมูลแบบรวบรัด มารดาจึงได้รับ

ข้อมูลในการเจ็บป่วยของบุตรได้ไม่เต็มที่ (Small, 2002) เนื่องจากสภาพจิตใจของมารดายังไม่พร้อมในการรับข้อมูลในขณะนั้น มารดาจึงเกิดความไม่เข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Bizek & Fontaine, 2005) เกิดความกลัว รู้สึกความไม่มั่นคงในชีวิตของบุตร ไม่สามารถคาดเดาผลลัพธ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรได้ จึงทำให้มารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรที่เกิดขึ้น

### ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล (Mishel's uncertainty in illness theory) เป็นทฤษฎีระดับกลาง ใช้อธิบายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุคคล ได้แนวคิดมาจากทฤษฎีความเครียดของ (R. S Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งในสภาวะเจ็บป่วยบุคคลย่อมเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร แบ่งได้เป็น 4 ด้าน (Merle H Mishel, 1988) ดังนี้

1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) คือ การที่มารดามีความไม่ชัดเจนและความไม่เข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร และไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ เป็นความรู้สึกที่มารดาไม่สามารถบอกสาเหตุที่ทำให้บุตรเจ็บป่วยได้
2. การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (lack of information) คือ การที่มารดาได้รับข้อมูลไม่เพียงพอเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร หรือไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในความเจ็บป่วยของบุตร จึงทำให้มารดาไม่สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กได้
3. การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการรักษา (lack of clarity) คือ การที่มารดาได้รับข้อมูลไม่เพียงพอหรือขาดความสมบูรณ์ในการรับข้อมูล หรือมีการได้รับข้อมูลที่หลากหลายไม่ตรงกับความต้องการของมารดาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ทำให้มารดาไม่สามารถเข้าใจรวมถึงความจำเป็นที่เด็กป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่หลากหลาย จึงทำให้มารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนได้
4. การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค และการพยากรณ์โรค (unpredictability) คือ การที่มารดาไม่สามารถคาดเดาอาการหรือพยากรณ์โรคที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กได้ เนื่องจากในขณะที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษา หากมีความเจ็บป่วยที่รุนแรง และมีอาการที่เปลี่ยนแปลงกลับไปมา หรืออาจทรุดหนัก มารดาจึงเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยดังกล่าวจะมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน และความรู้สึกไม่แน่นอนนั้น สามารถลดลงได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยการอาศัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (antecedents of

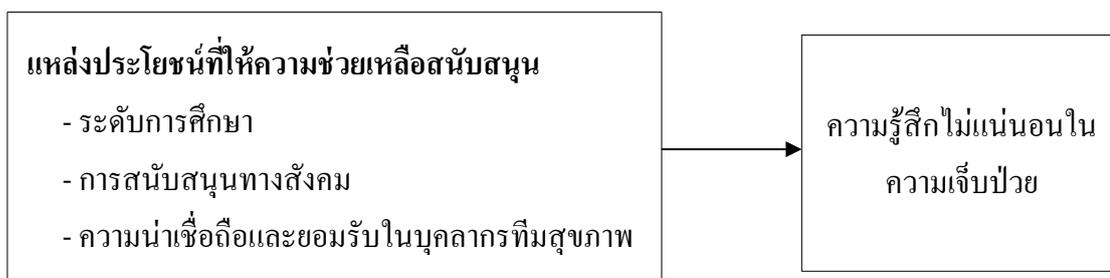
uncertainty) มี 3 ประการ คือ 1) กรอบสิ่งกระตุ้น 2) ความสามารถในการรู้คิดหรือการใช้สติปัญญา และ 3) แหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน เป็นความพร้อมของแหล่งประโยชน์ที่มีต่อบุคคลในการที่จะช่วยบุคคลในการแปล และการให้ความหมายต่อองค์ประกอบของสิ่งเร้านั้นๆ เพื่อให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ประกอบด้วย ดังนี้ (M. H. Mishel & Clayton, 2003)

1. ระดับการศึกษา ผู้ที่ได้รับการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจในข้อมูล การรับรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาที่ได้รับดีกว่าและสามารถให้ความหมายต่อสิ่งที่เกิดขึ้น ได้ตรงกับความเป็นจริงมากกว่าผู้ได้รับการศึกษาน้อยกว่า (Mishel, 1988) นอกจากนี้ผู้ได้รับการศึกษาสูงมักจะรู้จักแสวงหาข้อมูลและใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ในการแก้ปัญหาของตน ทำให้มีผลลดความรู้สึกไม่แน่นอนโดยทางอ้อม

2. การสนับสนุนทางสังคม (social support) สามารถช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอน โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ รวมทั้งลักษณะของครอบครัว (family characteristic) ลักษณะปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว (Interactional characteristic) หรือจากแพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ โดยการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา ให้ข้อชี้แนะ และการให้ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่างๆ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

3. ความน่าเชื่อถือและยอมรับในบุคลการทีมสุขภาพ (credible authority) ระดับความมั่นใจ ความไว้วางใจที่มีต่อบุคลากรทางสุขภาพ โดยแพทย์และพยาบาลที่บุคคลเชื่อถือไว้วางใจ สามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของโรค และอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยดังกล่าวจะมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน และความรู้สึกไม่แน่นอนนั้น สามารถลดลงได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยการอาศัยแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน (structure provider) ได้ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 รูปแบบของการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ (Merle H Mishel, 1988)

สำหรับการช่วยเหลือมารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร สามารถให้การสนับสนุนช่วยเหลือแก่มารดาได้ โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน (structure provider) ซึ่งประกอบด้วย ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และความน่าเชื่อถือ และยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ในการช่วยเหลือมารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร เพื่อให้มารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง พบว่า ระดับการศึกษา ผู้วิจัยไม่สามารถแก้ไขเกี่ยวกับระดับการศึกษาของมารดาได้ เนื่องจากระดับการศึกษา เป็นสิ่งที่บอกพื้นฐานของความรู้ของแต่ละคน และมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และการลดความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาในความเจ็บป่วยของบุตรนั้น สามารถกระทำได้โดยการยอมรับและความน่าเชื่อถือในทีมสุขภาพที่ให้การดูแล แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจะช่วยเหลือมารดาในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาในความเจ็บป่วยของบุตร ด้วยการสนับสนุนทางสังคม โดยการให้ข้อมูล และช่วยเหลือทางอารมณ์กับมารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทธนู ภูมิพาน (2555) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ( $r = -.55, p < .001$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เมื่อมารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ จะทำให้มารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง

#### **ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ**

มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 99.38$ ) และมีความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยสูงสุด ( $\bar{x} = 43.62$ ) (นฤมล ชีระรังสิกุล et al., 2545) ประกอบกับผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ มารดาที่มีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยของบุตรที่ไม่มี ความมั่นคงในชีวิต และไม่รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับบุตร และภายในหอผู้ป่วยวิกฤตมีเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและหลากหลาย (Sauls & Warise, 2010) มารดาเกิดความกลัว เป็นห่วงบุตร ไม่เข้าใจถึงสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น ทำให้มารดาไม่สามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเจ้าหน้าที่ และถ้ามารดานั้นไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค และคาดเดาผลลัพธ์ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรได้ (Merle H Mishel, 1983) จะส่งผลให้มารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ประกอบกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นสภาพจิตใจของมารดา ยังไม่พร้อมในการรับข้อมูล หรือรับข้อมูลได้ไม่เต็มที่ (Bolivar & Montalvo, 2016) จึงส่งผลให้มารดาได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน และมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต จะมีความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 2.64$ ) ที่เกี่ยวกับโรคของบุตร สาเหตุ อาการและอาการแสดง ผลการตรวจโรคของบุตร วิธีการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ เหตุผลในการให้การพยาบาลและกฎระเบียบของหอผู้ป่วย

(สุจิตรา ศรีรัตน์ & จริยา สายวารี, 2551) และสถานการณ์ที่เกิดกับบุตร จะทำให้มารดามีปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ ทำให้ความสามารถในการจัดการกับปัญหาลดลง ซึ่งการสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) จะสามารถให้การช่วยเหลือต่างๆ ให้กับมารดาได้ เช่น การให้ความเห็นอกเห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ และความไว้วางใจ (House, 1981) รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับเพื่อช่วยให้มารดาตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง โดยการแนะนำ สร้างสัมพันธภาพ พูดคุยเพื่อสอบถามปัญหา ร่วมกับการให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึกออกมาในความเจ็บป่วยของบุตร (Eriksson & Lauri, 2000)

### การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์

การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ เป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่สามารถช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้โดยตรง โดยการให้ข้อมูล ความคิดเห็น คำแนะนำ และประสบการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ทำให้ความคลุมเครือของโรคที่รับรู้ลดน้อยลง มีความเข้าใจและสามารถแปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น ส่วนผลทางอ้อมที่จะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับกรอบสิ่งกระตุ้น คือ แบบแผนอาการแสดงความเจ็บป่วย ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย และความสอดคล้องของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งทำให้สามารถคาดเดาเหตุการณ์ของความเจ็บป่วยได้ตรงกับความจริง (Merle H Mishel, 1988) แต่การรับข้อมูลของบุคคลก็มีข้อจำกัด ถ้ามีการรับข้อมูลในขณะที่มีปัญหาด้านจิตใจ จะทำให้การรับข้อมูลได้ไม่ดี ดังนั้นต้องการสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมด้วย จะสามารถเพิ่มการรับรู้ในข้อมูลมากยิ่งขึ้น จากการศึกษา พบว่า เมื่อบิดามารดาได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลแล้ว บิดามารดายังต้องการการสนับสนุนด้านอารมณ์ด้วย เพราะช่วยให้บิดามารดาลดความเครียด ความวิตกกังวล รู้สึกว่าตนเองได้รับการเอาใจใส่ เกิดความไว้วางใจ จะส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ทำให้รับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ดีขึ้น (Richmond & Craig, 1986)

### การสนับสนุนด้านข้อมูล

การสนับสนุนด้านข้อมูล (information support) เป็นการให้ข้อมูล ให้คำแนะนำ เพื่อให้บุคคลนำไปแก้ปัญหา และให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) และเป็นการให้รายละเอียดของข้อมูล การให้ความรู้ เพื่อสามารถนำไปใช้ในการเผชิญกับปัญหาได้ (House, 1981) และการให้ข้อเท็จจริง คำแนะนำเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับเด็กป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น สภาพความเจ็บป่วย อาการและอาการแสดง การตรวจวินิจฉัยโรค แนวทางการรักษาพยาบาล เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการรักษา และเกี่ยวกับ

กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเด็ก จะช่วยให้บุคคลเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถแก้ไข ปัญหา หรือเป็นข้อมูลย้อนกลับให้บุคคลรับรู้กระทำของตน (Merle H Mishel, 1988) จากการศึกษา ผู้ปกครองของเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่า ผู้ปกครองมีความต้องการ ด้านข้อมูลและการสื่อสาร โดยมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับความคืบหน้าในการรักษาตัวใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ปกครองของเด็กป่วยจะส่งผลต่อ ผู้ปกครองในการแสวงหาข้อมูล และต้องการสนับสนุนด้านความรู้ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถ ปรับตัวและเผชิญกับปัญหาจากสภาวะความเจ็บป่วยของบุตรได้ (De Rouck & Leys, 2009) และ การสื่อสารด้วยการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนชัดเจนที่มีประสิทธิภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จะช่วยเตรียม ผู้ปกครองไม่ให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร และส่งผลต่อการตัดสินใจ เกี่ยวกับการรักษาได้ (Lanlehin, 2012) และวิธีการสนับสนุนด้านข้อมูลมีหลายวิธี ได้แก่ การอธิบาย บรรยาย สาธิต จัดนิทรรศการ และการใช้สื่อการสอน เช่นการบรรยายผ่านสื่อด้วยคอมพิวเตอร์ โดย การใช้โปรแกรมเพาเวอร์พอยด์ เนื่องจากเป็นสื่อที่ช่วยดึงดูดความสนใจ ซึ่งสามารถรับชมได้ทั้ง ภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว เมื่อผู้รับข้อมูลไม่เข้าใจสามารถที่ย้อนไปในประเด็นที่ต้องการได้ง่าย และรวดเร็ว และเป็นการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (วิไลรัตน์ แสงศรี, 2548) และการใช้สื่อ ทัศนียภาพ จะช่วยให้ผู้รับฟังเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ในเนื้อหาได้ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้ได้มาก ขึ้น เนื่องจากมีการทำงานหลายๆ อย่างในสื่อทัศนียภาพ เช่น ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวและเสียงที่ให้ความรู้ที่ใกล้เคียงกับของจริง จึงทำให้ดึงดูดความสนใจได้เป็นอย่างดี (Bastable, 2006) ซึ่งการ สนับสนุนด้านข้อมูลที่จะให้การสนับสนุน (Al Hassan & Hweidi, 2004; Eriksson & Lauri, 2000) มีดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้สนับสนุนข้อมูลกับผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ความเชื่อใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงกิริยาท่าทางเป็นมิตร และให้ความสนใจกับผู้รับ ข้อมูลมากที่สุด
2. ประเมินภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการ ข้อมูลในขณะนั้นของผู้รับข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลจะช่วยให้มีความรู้ ความเข้าใจ ที่จะสามารถประเมินการตัดสินใจวิธีการเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม
3. การให้ข้อมูล ต้องใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เป็นประโยคสั้นๆ กระชับ และมีความหมายที่ชัดเจน ไม่ใช่คำศัพท์ทางการแพทย์ เพราะทำให้ผู้รับข้อมูลไม่เข้าใจ
4. เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถาม มีการสบตาผู้รับข้อมูลขณะที่ให้การสนับสนุน และให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน และเปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ระบายความรู้สึก โดยผู้สนับสนุนข้อมูล ต้องเป็นผู้รับฟังที่ดี เพราะแสดงถึงความสนใจของผู้ให้ข้อมูลต่อผู้รับข้อมูล

5. จัดสิ่งแวดล้อม และสร้างบรรยากาศที่เงียบสงบเป็นส่วนตัว จะช่วยให้ผู้รับข้อมูลเกิดความไว้วางใจ ความมั่นใจขณะที่ให้การสนับสนุนข้อมูล ทำให้มีสมาธิ ผ่อนคลาย มีความสนใจที่จะรับฟังข้อมูล

ดังนั้น มารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ มารดาจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลัน มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่หลากหลาย และมีการรักษาที่ซับซ้อนมีความเฉพาะเจาะจง ในระยะ 24-72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นช่วงที่บุตรมีอาการไม่คงที่ ทำให้มารดาไม่เข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เกิดความกลัว รู้สึกถึงความไม่มั่นคงต่อชีวิตของบุตร ในระยะนี้จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล เพื่อช่วยให้มารดาลดความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการเข้าใจในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น

#### การสนับสนุนด้านอารมณ์

การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นการทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าคุณได้รับความเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งเป็นการพื้นฐานทางอารมณ์ของมนุษย์ (Eriksson & Lauri, 2000) และเป็นการให้ความเห็นอกเห็นใจ ความเอื้ออาทร และความปรารถนาดี (House, 1981) ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีอารมณ์มั่นคง ทำให้เผชิญกับปัญหาของแต่ละบุคคลดีขึ้น สามารถรับรู้ข้อมูลต่างๆ ได้ดีขึ้น และยังช่วยให้บุคคลมีความเครียดลดลง (Richmond & Craig, 1986) การที่บุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ จะทำให้ผู้ป่วยเด็กไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์ สื่อสาร และบอกความต้องการให้กับบุคคลอื่นได้ ต้องถูกจำกัดการเคลื่อนไหว และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ทำให้มารดาเกิดความไม่คุ้นเคยกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และมีความคลุมเครือเกี่ยวกับอาการของบุตร เนื่องจากพยาบาลต้องทำงานอย่างเร่งรีบในการช่วยเหลือผู้ป่วย ให้ข้อมูลแบบรวบรัด ประกอบกับสภาพจิตใจของมารดายังไม่พร้อมในการรับข้อมูล หรือรับข้อมูลได้ไม่เต็มที่ (Small, 2002) ซึ่งระยะเวลา 24-72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม จะทำให้มารดาไม่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรมาก เมื่อมารดาไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ จะก่อให้เกิดความเครียด เกิดผลกระทบด้านจิตใจ และอารมณ์ (Sauls & Warise, 2010) ส่งผลต่อพฤติกรรมต่างๆ ของมารดา เช่น นอนไม่หลับ ซึมเศร้า เบื่ออาหาร การรับรู้ลดลง รู้สึกหมดพลัง และมีปัญหากับบุคคลในครอบครัว เป็นต้น (Aldridge, 2005; Board, 2004) การฝึกควบคุมอารมณ์ (emotional control training) เมื่อเกิดความเครียด หากมีการปลดปล่อยอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ โดยไม่จำเป็นต้องแสดงอารมณ์โกรธ อารมณ์พึงพอใจก็จะตามมา ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการจัดการอารมณ์ของตนเอง (managing emotions) ให้เกิดความสมดุล เป็นความสามารถในการ

ควบคุมอารมณ์และแสดงออกได้อย่างเหมาะสมกับบุคคล สถานที่ เวลา และเหตุการณ์ มีแนวทางการจัดการกับอารมณ์ (Melgosa, 2006; มรรยาท รุจิวิษญู, 2556) ดังนี้

1. การรู้จักระบายความรู้สึกที่ไม่ดีออกมา ความคิดและความรู้สึกไม่พอใจ ถ้าสะสมอยู่ในใจมากๆ จะเกิดการกดดันกลายเป็นความเครียดขึ้นมา ถ้ามีมากๆ ก็เท่ากับเป็นการเพิ่มความเครียดมากขึ้น จนอาจเกิดความผิดปกติทางจิตใจได้ สำหรับการระบายอารมณ์และความรู้สึกสามารถทำได้โดย การร้องไห้ระบาย การพูดระบายความรู้สึกกับบุคคลที่ไว้ใจได้ และการทำกิจกรรมระบายความรู้สึก เช่น การเขียนบันทึก การวาดภาพระบายความรู้สึก และการเขียนระบายความรู้สึก เป็นต้น ซึ่งการเขียนบรรยายถึงสิ่งทำให้เกิดอารมณ์ที่ไม่พึงปรารถนาลงในกระดาษ โดยบรรยายให้ละเอียดสิ่งที่เป็นสาเหตุ เพื่อปลดปล่อยความเครียดของตนเอง และการชักนำอารมณ์ในเชิงสร้างสรรค์นี้ เป็นสิ่งที่สามารถทำได้ โดยมีผู้ที่คอยชี้แนะสนับสนุน และให้คำปรึกษา จะช่วยให้มีสมาธิอยู่กับความคิดและสามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2. การสะท้อนคิด (reflection) เป็นรูปแบบการคิดที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ซึ่งการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะเกิดจากการรับรู้ ความรู้สึกของตนเอง ความคาดหวัง เกี่ยวกับประสบการณ์ แล้วมีการวางแผน หาแนวทางแก้ไขในอนาคต โดยผ่านกระบวนการพูดหรือเขียน การสะท้อนคิดจึงเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับวิชาชีพพยาบาล เป็นวิธีที่จะช่วยให้เกิดการสื่อสารกับผู้อื่น ได้เข้าใจ (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2553)

3. การใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อควบคุมอารมณ์ เป็นวิธีที่สำคัญมาก เพราะจะทำให้บุคคลสามารถควบคุมตนเอง ได้มากขึ้น ลดการเกิดอารมณ์และพฤติกรรมต่างๆ เช่น การฝึกการผ่อนคลาย (relaxation) โดยการหายใจลึกๆ ไปถึงกระบังลม และค่อยๆ หายใจออก พร้อมกับการจินตนาการว่ารู้สึกผ่อนคลาย หรือกำหนดคำพูดที่ช่วยให้ตนเองสงบๆ ขณะที่หายใจออก เพื่อระงับอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสม และเทคนิคการหายใจแบบลึก และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เป็นวิธีที่ทำได้ง่าย สามารถฝึกและปฏิบัติได้ด้วยตัวเองกับบุคคลที่มีความเครียด ซึมเศร้า ส่งผลต่อจิตใจ รู้สึกผ่อนคลาย เกิดความสงบ มีสมาธิไม่คิด ฟุ้งซ่าน ทำให้นอนหลับได้ดี ความวิตกกังวลและความเครียด (รัชชัย กฤษณะประกรกิจ, สมจิตร ห่องบุตรศรี, & ผ่องพรรณ กฤษณะประกรกิจ, 2552)

4. การฟังเพลง เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยดับอารมณ์ได้ดีมากอีกวิธีหนึ่ง เพราะดนตรีช่วยในการผ่อนคลายความเครียด อีกทั้งยังช่วยทำให้มีอารมณ์ที่สงบ ซึ่งเพลงหรือดนตรีที่ช่วยลดความไม่สบายใจของอารมณ์ได้ดี คือ เพลงบรรเลงที่มีทำนองช้าๆ ที่มีเสียงธรรมชาติประกอบ เช่น เสียงลมพัดเบาๆ เสียงน้ำไหล เสียงนกร้อง หรือถ้าฟังเพลงที่มีเนื้อร้อง ก็ควรเลือกฟังเพลงที่มีเนื้อหาทางบวกและเสริมสร้างทัศนคติที่ดีกับชีวิต

5. การทำกิจกรรมระบายพลังงาน เพื่อปลดปล่อยพลังงานส่วนเกินที่เกิดจากความรู้สึกเครียด เช่น การออกกำลังกาย การทำงานบ้าน เป็นต้น

6. การปรับเปลี่ยนความคิด (cognitive restructuring) เป็นการปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่มีเหตุผล ให้สอดคล้องกับความเป็นจริง เพื่อนำไปสู่การรับรู้ ความคิด และเกิดมุมมองใหม่ๆ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

7. การอ่านหนังสือคลายเครียดหรือบำบัด (bibliotherapy) การบำบัดด้วยหนังสือหรือวรรณกรรม เป็นการใช้นั่งเพื่อจัดปัญหาส่วนบุคคล ปัญหาทางอารมณ์ โดยกระบวนการภายในตัวบุคคลภายหลังจากการอ่าน ช่วยผู้อ่านไม่ให้หมกมุ่นกับตนเองมากเกินไป ทำให้ความรู้สึกกดดันจากความเครียดถูกเบี่ยงเบนไป ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกเพลิดเพลิน

8. การสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การมีจิตใจที่เข้มแข็ง จะช่วยให้สามารถต่อสู้กับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การสนับสนุนด้านอารมณ์ จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่สำคัญในการช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตร ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ นอกจากนี้การสนับสนุนด้านข้อมูลแล้ว ถ้ามีการสนับสนุนด้านอารมณ์ร่วมด้วย จะทำให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดา และช่วยเพิ่มการรับรู้ของข้อมูลมากยิ่งขึ้น

### โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์

จากทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Merle H Mishel (1988) เป็นการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับความเจ็บป่วยได้ และเมื่อมารดาที่เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร จะต้องอาศัยแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลนั้นมีความเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผลทางตรง คือ ช่วยให้บิดามารดาวิเคราะห์เหตุการณ์ และทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ในทางอ้อม คือ การที่มีบุคคลให้ข้อมูลช่วยให้บิดามารดาเข้าใจในอาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนของเด็กป่วย ด้วยการได้รับข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์และพยาบาล มีการสื่อสารและถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล ช่วยลดความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการเข้าใจในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ (Merle H Mishel, 1988) และการสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotional support) เป็นให้การยกย่อง ความเอาใจใส่ และแสดงความเห็นอกเห็นใจ และการให้

ความช่วยเหลือต่างๆ ได้แก่ คำแนะนำ ข้อมูล วัสดุสิ่งของ หรือการบริการต่างๆ (House, 1981) รวมถึงการให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อช่วยให้บิดามารดาได้ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง เกิดความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งเป็นพื้นฐานทางอารมณ์ของมนุษย์ (Eriksson & Lauri, 2000) ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ควรมีการทำร่วมกัน ซึ่งการสนับสนุนด้านข้อมูลโดยการสอน อธิบาย ให้คำแนะนำ ร่วมกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยเปิดโอกาสให้มารดาได้ พูดคุย ชักถาม และระบายความรู้สึกในความเจ็บป่วยของบุตร สามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต มักพบว่า บิดามารดามักเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร และจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ดังการศึกษาของ สุภาพร บุญกองรัตน์ (2551) ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล ผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม กลุ่มตัวอย่าง 30 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมโดยการให้ความรู้ตามความต้องการของผู้ปกครอง ได้แก่ การวินิจฉัยโรค อาการแสดง การรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ เหตุผลของการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในการรักษาบุตร ข้อมูลเกี่ยวกับหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โดยให้ข้อมูลผ่านภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย และให้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร และพาผู้ปกครองเข้าเยี่ยมบุตรพร้อมอยู่เป็นเพื่อน และดำเนินตามโปรแกรมเป็นเวลา 3 วันแรกที่เด็กป่วยวิกฤตเข้ารับการรักษาในหออภิบาล ผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองของเด็กป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมภายหลังที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 6.853, p < .001$ ) ซึ่งสอดคล้องกับ จุฑารัตน์ จองแก (2550) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด กลุ่มตัวอย่าง 24 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 12 คน เป็นโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับ ปัญหาที่พบ การรักษา และการพยาบาลในทารกเกิดก่อนกำหนด ภาวะเจ็บป่วยและข้อควรปฏิบัติในการเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนด โดยให้ข้อมูลผ่านภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย พร้อมทั้งมอบแผ่นพับในข้อมูลที่ให้การสนับสนุน และสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการให้มารดาระบายความรู้สึกและซักถาม พามารดาเข้าเยี่ยมบุตรพร้อมอยู่เป็นเพื่อน และดำเนินตามโปรแกรมเป็นเวลา 3 วัน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรู้สึก

ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ภายหลังจากให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนให้การสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.159, p < .001$ )

การศึกษาของ นูจนิย์ มณีรัตน์ (2550) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่าง 40 คน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน เป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือรังสีรักษา ได้แก่ ความหมาย อาการและอาการแสดงของโรค การรักษาและอาการข้างเคียง และการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเป็นรายบุคคล โดยให้ข้อมูลผ่านภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย และใช้คำถามกระตุ้นการคิดของผู้ปกครองตามแผนการให้ข้อมูลผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ปกครองในระหว่างการให้ข้อมูลและภายหลังจากการให้ข้อมูล และดำเนินตามโปรแกรมเป็นเวลา 3 วัน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง เมื่อได้รับการให้ข้อมูลตามแผนการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 19.451, p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ (Mitchell & Courtney, 2004) ศึกษาการลดความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต กลุ่มตัวอย่าง 162 คน เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของหอผู้ป่วยทั่วไป แพทย์ พยาบาลและทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยสามัญ และแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาต่อไป โดยให้ข้อมูลเป็นรายบุคคล พร้อมให้แผ่นพับซึ่งมีเนื้อหาเดียวกับที่ให้ข้อมูล ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต หลังจากได้รับการสนับสนุนข้อมูลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

โดยสรุป จากการศึกษางานวิจัยจะเห็นได้ว่า ผลของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์มีผลทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ซึ่งการสนับสนุนส่วนใหญ่เป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลผ่านสื่อต่างๆ และมีการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้วยวิธีการพูดคุยระบายความรู้สึกและให้กำลังใจ ซึ่งถือว่าเป็นการช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจตามทฤษฎี Mishel (1988) โดยจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที ซึ่งมี 3 ขั้นตอนในการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับมารดา 2) การจัดการด้านอารมณ์ ด้วยวิธีการให้มารดาเขียนระบายความรู้สึก สะท้อนคิด พร้อมกับพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร และให้มารดาบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็กในแต่ละวันอย่างต่อเนื่องลงในคู่มือ พร้อมกับฝึกสมาธิและผ่อนคลาย

คล้ายความรู้สึกให้กับมารดา และ 3) การให้ข้อมูล โดยมีการแบ่งให้ข้อมูลกับมารดาในแต่ละวัน เป็นรายบุคคล ข้อมูลที่ให้เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม กฎระเบียบการ เข้าเยี่ยมผู้ป่วย ภาวะที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ความสำคัญของการใส่ท่อช่วย หายใจและเครื่องช่วยหายใจ ความสำคัญของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่บุตรได้รับขณะเข้ารับการ รักษาในหอวิกฤตกุมารเวชกรรม โดยให้ข้อมูลผ่านภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย และมอบคู่มือความรู้ เกี่ยวกับเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และพามารดาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเด็กพร้อมกับอยู่เป็นเพื่อน เพื่อให้การช่วยเหลือมารดาในความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ ท่อช่วยหายใจได้อย่างเหมาะสม



### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental design) แบบสองกลุ่มวัดก่อน และหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรัง ซึ่งสถิติเด็กใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 10 รายต่อเดือน (เวชระเบียน โรงพยาบาลตรัง หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม, 2559)

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรัง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด (inclusion criteria) ดังนี้

1. มารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจภายใน 72 ชั่วโมง เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม
2. มารดาไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การมองเห็น หรือการพูด สามารถติดต่อสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

##### เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ดังนี้

บุตรได้รับการส่งต่อหรือต้องย้ายไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลอื่น หรือเสียชีวิตระหว่างการวิจัย

##### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากรูปแบบของการวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ผู้วิจัยใช้การประมาณกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจึงยึดหลักขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะกับการวิจัยกึ่งทดลอง คือ อย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 ราย โดยในแต่ละกลุ่ม ควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 ราย (Polit & Beck, 2004) ดังนั้นใน

การศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 ราย และกลุ่มควบคุม 15 ราย

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดขั้นตอน ดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยจัดเข้ากลุ่มควบคุมก่อน จนครบจำนวน 15 ราย จากนั้นจึงคัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง จนครบจำนวน 15 ราย ตามลำดับ รวมทั้งหมด 30 ราย เพื่อไม่ให้มีปัจจัยการถ่ายทอดสิ่งทดลองระหว่างกลุ่ม (contaminate of treatment) ใช้เวลาช่วงบ่าย ระยะเวลาครั้งละ 45-60 นาที

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีของ (Merle H Mishel, 1988) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเด็กป่วยวิกฤต ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล เพื่อให้ข้อมูลที่ชัดเจน ไม่คลุมเครือเกี่ยวกับรายละเอียดของสภาพความเจ็บป่วยของบุตร และ มารดามีความเข้าใจที่ความชัดเจนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร และการสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยให้มารดาได้ระบายความรู้สึกเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ระยะเวลาของโปรแกรมเป็นเวลา 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45-60 นาที แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน มีรายละเอียด ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพกับมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อสร้างความคุ้นเคย ด้วยท่าทางที่อบอุ่นเป็นมิตร

**ขั้นตอนที่ 2** การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการจัดการด้านอารมณ์ ด้วยวิธีการให้มารดาเขียนระบายความรู้สึก สะท้อนคิด และพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร และฝึกสมาธิผ่อนคลายความรู้สึกให้กับมารดา

**ขั้นตอนที่ 3** การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยให้ความรู้เกี่ยวกับเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจให้กับมารดา เพื่อให้มารดามีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ประกอบด้วย

1.1 แผนสอนการให้ความรู้เป็นรายบุคคล เนื้อหาประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ

สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม และกฎระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ภาวะที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ความสำคัญของการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ประโยชน์และความสำคัญของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่บุตรได้รับขณะเข้ารับการรักษาในหอวิกฤตกุมารเวชกรรม ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องควบคุมให้สารน้ำ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดชีพจรและค่าออกซิเจนในเลือด โดยให้ข้อมูลผ่านภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย

1.2 คู่มือความรู้เกี่ยวกับเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งเป็นคู่มือสำหรับมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต และผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม และกฎระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ภาวะที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ความสำคัญของการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก ประโยชน์และความสำคัญของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่บุตรได้รับขณะเข้ารับการรักษาในหอวิกฤตกุมารเวชกรรม ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องควบคุมให้สารน้ำ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดชีพจรและค่าออกซิเจนในเลือด พร้อมทั้งแบบบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็ก และให้มารดาเขียนระบายความรู้สึกสะท้อนคิด พร้อมกับพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร โดยให้มารดาบันทึกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 3 วัน เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยเด็ก และสามารถให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่มารดาได้อย่างเหมาะสม

1.3 สื่อวีดิทัศน์ ดั่งดอกไม้บาน เป็นการฝึกสมาธิ ผ่อนคลาย รู้จักการควบคุมตนเอง และเป็นการฝึกกำหนดลมหายใจ ซึ่งมีความยาวของเนื้อหา 3.16 นาที เป็นสื่อวีดิทัศน์ที่เผยแพร่ใน <https://www.youtube.com/watch?v=dhFt7eURm78> ของเสถียรธรรมสถาน

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ อายุ จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

2.1.2 แบบบันทึกข้อมูลของบุตร ได้แก่ เพศ อายุ วินิจฉัยโรค ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ

2.2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรของ นฤมล ชีระรังสิกุล et al. (2557)

ซึ่งได้พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ (Merle H Mishel, 1988) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .85 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80 แบ่งเป็น 4 ด้าน มีทั้งหมด 31 ข้อ คือ

- 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย (ambiguity) มีจำนวน 13 ข้อ คือ 3, 4, 8, 13, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24 และ 25 โดยมีช่วงคะแนน 13 – 65 คะแนน
  - 2) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (lack of information) มีจำนวน 5 ข้อ คือ 1, 12, 26, 28 และ 30 โดยมีช่วงคะแนน 5 – 25 คะแนน
  - 3) การขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการรักษา (lack of clarity) มีจำนวน 9 ข้อ คือ 2, 5, 6, 7, 9, 10, 14, 29 และ 31 โดยมีช่วงคะแนน 9 – 45 คะแนน
  - 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค (unpredictability) มีจำนวน 4 ข้อ คือ 11, 19, 23 และ 27 โดยมีช่วงคะแนน 4 – 20 คะแนน
- ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (rating scale) 5 อันดับ คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยข้อความทางบวก จำนวน 11 ข้อ คือ ข้อ 6, 9, 11, 19, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 31 จาก 1-5 ตั้งแต่ 1 จริงที่สุด จนถึง 5 ไม่จริงที่สุด ในทางกลับกันข้อความด้านลบ จำนวน 20 ข้อ จาก 1-5 จริงที่สุดให้ 5 ถึงไม่จริงที่สุดให้ 1 คะแนนทั้งหมด 31 – 155 คะแนน ซึ่งคะแนนน้อย หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับต่ำ และคะแนนสูง หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในระดับสูง

การแปลผล ใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยการนำคะแนนสูงสุดลบกับคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2553) โดยค่าคะแนนรวมเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม	ความหมาย
31-72	หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ
73-114	หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
115-155	หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

## การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ผู้วิจัยได้นำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหา โดยผู้ทรงวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์และชำนาญด้านการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นได้นำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ มาแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้อำนาจแนะนำของอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา แล้วนำข้อบกพร่องที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริงในการวิจัย

### 2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาได้ผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) มาแล้ว แต่ครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต จึงนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายกับการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีเกณฑ์ค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ คือ .70 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2553)

## การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อตรวจสอบจริยธรรมการวิจัย เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว จึงนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปเสนอคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลตรัง เมื่อได้รับอนุมัติแล้วผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนของการวิจัย

2. ผู้วิจัยเข้าพบมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม เพื่อขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยการแนะนำตัว และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

3. การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยด้วยตนเอง ไม่มีข้อบังคับใดๆ และสามารถที่จะยุติการเข้าร่วมวิจัยในช่วงใดก็ได้ และการตอบรับหรือการปฏิเสธ

เข้าร่วมวิจัย ไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับและคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัย โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลต่างๆในภาพรวม และไม่มีเปิดเผยชื่อนามสกุลของผู้เข้าร่วมการวิจัย

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย จึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

### การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังต่อไปนี้

#### 1. ชั้นเตรียมการ

1.1 ภายหลังจากนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลตรัง เพื่อขออนุญาตเข้าทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

1.2 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลตรัง และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลได้แล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ณ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

#### 2. ชั้นดำเนินการทดลอง

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในมารดากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 15 ราย จากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในมารดากลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจนครบ 15 ราย ดังนี้

##### 2.1 กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกมารดาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม จำนวน 15 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนด และดำเนินการด้วยตนเอง ดังนี้

1. วันแรกของการพบมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย แจ้งสิทธิของของกลุ่มตัวอย่างให้มารดาได้รับทราบ และเมื่อมารดาลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต และแบบบันทึกข้อมูลของบุตร และประเมินการรับรู้ความรู้สึก

ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (pre-test) โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดา ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากนั้นกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

2. วันที่ 2, 3 และ 4 ของการพบมารดา มารดาจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเด็ก และแผนการรักษาให้มารดาทราบ พร้อมกับให้ข้อมูลตามความต้องการของมารดา

3. วันที่ 5 ของการพบมารดา หลังจากที่มารดาได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (post-test) โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดา ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และเปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม และผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดการวิจัยและกล่าวขอบคุณมารดาที่ให้ความร่วมมือ และมอบคู่มือความรู้เกี่ยวกับเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจให้กับมารดา ซึ่งเป็นคู่มือที่มีลักษณะเดียวกันกับที่ให้มารดาในกลุ่มทดลอง

## 2.2 กลุ่มทดลอง

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมครบแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกมารดาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ซึ่งจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ร่วมกับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ จำนวน 15 ราย ตามคุณสมบัติที่กำหนด และดำเนินการด้วยตนเอง ดังนี้

1. วันแรกของการพบมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย แจ้งพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้มารดาได้รับทราบ และเมื่อมารดาลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในหอผู้ป่วยวิกฤต และแบบบันทึกข้อมูลของบุตร และประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (pre-test) โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดา ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นัดหมายมารดาที่จะพบอีกครั้งในวันที่ 2

2. วันที่ 2, 3 และ 4 ของการพบมารดา มารดาจะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยจัดกิจกรรมจำนวน 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 45-60 นาที (ช่วงบ่าย) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

## วันที่ 2 ของการพบมารดา (ครั้งที่ 1)

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยพบมารดา ณ ห้องประชุมย่อย ซึ่งอยู่ใกล้กับหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพกับมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยกล่าวทักทาย ชักถามพูดคุยทั่วไปกับมารดา ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการจัดการด้านอารมณ์ ด้วยวิธีการให้มารดาเขียนระบายความรู้สึก สะท้อนคิด พูดคุย และเปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถาม ข้อสงสัยข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร และผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม จากนั้นให้มารดาได้ฝึกสมาธิและผ่อนคลายความรู้สึก โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ “ดั่งดอกไม้บาน” ของเสถียรธรรมสถาน ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยให้การสนับสนุนข้อมูล โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม กฎระเบียบการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เช่น เวลาที่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วย จำนวนคนที่เข้าเยี่ยมแต่ละครั้ง และการปฏิบัติตัวก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย เป็นต้น ภาวะที่พบบ่อยในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โดยให้ข้อมูลผ่านภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย พร้อมมอบคู่มือความรู้เกี่ยวกับเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจให้กับมารดาพร้อมอธิบาย จากนั้นพามารดาเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรที่เปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดง แนวทางการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ให้มารดาทราบ ใช้เวลาประมาณ 25 นาที พร้อมทั้งให้มารดาบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็ก และให้เขียนระบายความรู้สึกในความเจ็บป่วยของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจลงในคู่มือครั้งที่ 1 ซึ่งให้มารดานำกลับไปเขียนที่บ้าน หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้นัดหมายมารดาที่จะพบอีกครั้งในวันที่ 3

## วันที่ 3 ของการพบมารดา (ครั้งที่ 2)

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยพบมารดา ณ ห้องประชุมย่อย ซึ่งอยู่ใกล้กับหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม พร้อมกล่าวทักทายมารดา และเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึกตามข้อมูลที่เขียนบันทึกไว้ในคู่มือครั้งที่ 1 โดยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับมารดา และมีการสะท้อนคิดเกี่ยวกับความรู้สึกของมารดา เพื่อประเมินการรับรู้ของมารดาที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร และผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยให้การสนับสนุนข้อมูล โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความสำคัญของการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก และความสำคัญของเครื่องมือและอุปกรณ์ที่บุตรได้รับขณะเข้ารับการรักษาในหอวิกฤตกุมารเวชกรรม ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องควบคุมให้สารน้ำ เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องวัดชีพจร และค่าออกซิเจนในเลือด โดยให้ข้อมูลผ่านภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย จากนั้นพามารดาเข้าเยี่ยมผู้ป่วย และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ

เจ็บป่วยของบุตรที่เปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดง แนวทางการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ให้มารดาทราบ ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยการเปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัย หรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร พร้อมทั้งให้มารดาบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็ก และให้เขียนระบายความรู้สึกในความเจ็บป่วยของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจลงในคู่มือครั้งที่ 2 ซึ่งให้มารดานำกลับไปเขียนที่บ้าน จากนั้นให้มารดาได้ฝึกสมาธิและผ่อนคลายความรู้สึก โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ “ดั่งดอกไม้บาน” ของเสถียรธรรมสถาน ใช้เวลาประมาณ 20 นาที และผู้วิจัยจึงได้นัดหมายมารดาที่จะพบอีกครั้งในวันที่ 4

วันที่ 4 ของการพบมารดา (ครั้งที่ 3)

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยพบมารดา ณ ห้องประชุมย่อย ซึ่งอยู่ใกล้กับหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม พร้อมกล่าวทักทายมารดา และเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึกตามข้อมูลที่เขียนบันทึกไว้ในคู่มือครั้งที่ 2 โดยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับมารดา และมีการสะท้อนคิดเกี่ยวกับความรู้สึกของมารดา เพื่อประเมินการรับรู้ของมารดาที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร และผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยให้การสนับสนุนข้อมูล โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรที่เปลี่ยนแปลงของอาการและอาการแสดง และแนวทางการรักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ให้มารดาทราบ และให้ข้อมูลตามความต้องการของมารดา จากนั้นพามารดาเข้าเยี่ยมผู้ป่วย โดยการเปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อสงสัย หรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร ใช้เวลาประมาณ 15 นาที

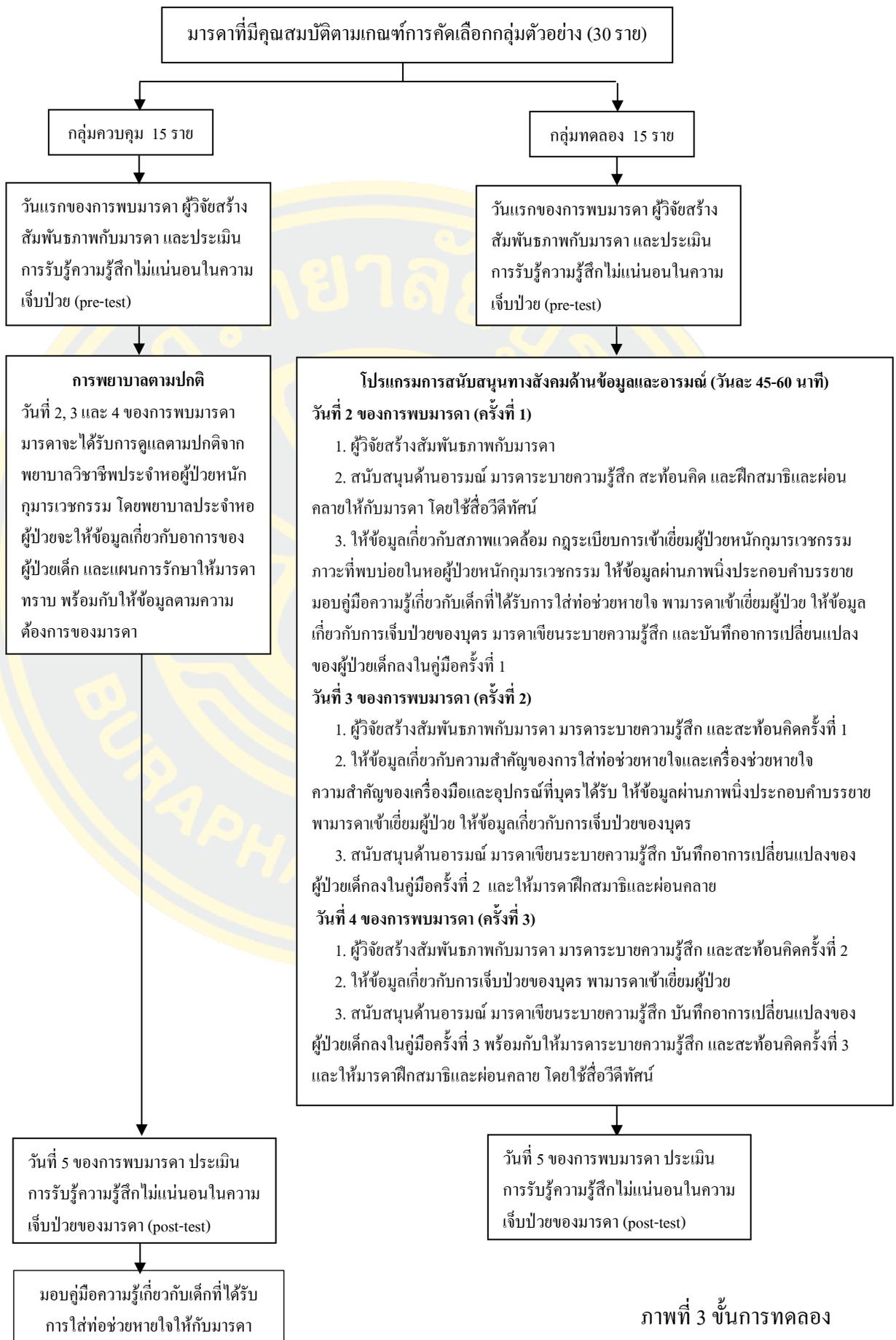
กิจกรรมที่ 3 ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยให้มารดาบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเด็ก และให้เขียนระบายความรู้สึกในความเจ็บป่วยของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจลงในคู่มือครั้งที่ 3 จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความรู้สึกตามข้อมูลที่เขียนบันทึกไว้ พร้อมกับพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับมารดา และมีการสะท้อนคิดเกี่ยวกับความรู้สึกของมารดา เพื่อประเมินการรับรู้ของมารดาที่สอดคล้องกับเหตุการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร และผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม จากนั้นให้มารดาได้ฝึกสมาธิและผ่อนคลายความรู้สึก โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ “ดั่งดอกไม้บาน” ของเสถียรธรรมสถาน ใช้เวลาประมาณ 25 นาที และผู้วิจัยจึงได้นัดหมายมารดาที่จะพบอีกครั้งในวันที่ 5

วันที่ 5 ของการพบมารดา (ครั้งที่ 4)

ผู้วิจัยพบมารดา ณ ห้องประชุมย่อย ซึ่งอยู่ใกล้กับหอผู้ป่วยหนักกุมาร  
เวชกรรม พร้อมกล่าวทักทายมารดา จากนั้นผู้วิจัยจึงประเมินการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความ  
เจ็บป่วย (post-test) โดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดา ใช้เวลาประมาณ 15 นาที  
และเปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติม และผู้วิจัยแจ้งการสิ้นสุดการวิจัยและกล่าว  
ขอบคุณมารดาที่ให้ความร่วมมือ

3. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนทางสถิติ





### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิด 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน โดยใช้สถิติ independent t-test
3. เปรียบเทียบคะแนนความรู้สึกลึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยใช้สถิติ paired t-test

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตวัน จำนวน 30 คน ซึ่งได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยจัดเข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอเป็น 3 ส่วนตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาและบุตร

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของมารดาและบุตร

##### 1. ข้อมูลทั่วไปของมารดา

มารดากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 27.53 ปี ( $SD = 5.70$ ) มีบุตร 1 คน (ร้อยละ 66.7) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 60) ประกอบอาชีพรับจ้างหรือค้าขาย (ร้อยละ 53.3) มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท (ร้อยละ 60)

มารดากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 27 ปี ( $SD = 5.68$ ) มีบุตร 1 คน (ร้อยละ 53.3) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 66.7) เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 60) มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 66.7)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของมารดาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้แก่ จำนวนบุตร ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว โดยใช้การทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .556, .144, .536$  และ  $.136$  ตามลำดับ) ส่วนข้อมูลอายุใช้การทดสอบด้วยสถิติที (Independent  $t$ -test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .799$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของมารดา

ลักษณะของมารดา	กลุ่มควบคุม ( $n = 15$ )		กลุ่มทดลอง ( $n = 15$ )		$p$ -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี) ( $\bar{X} = 27.53, SD = 5.70, \text{Range} = 20-35$ )	$(\bar{X} = 27.00, SD = 5.68, \text{Range} = 20-36)$				.799 <sup>b</sup>
20-30 ปี	9	60.0	10	66.7	
มากกว่า 30 ปี	6	40.0	5	33.3	
จำนวนบุตร					.556 <sup>a</sup>
1 คน	10	66.7	8	53.3	
มากกว่า 1 คน	5	33.3	7	46.7	
ระดับการศึกษา					.144 <sup>a</sup>
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	9	60.0	10	66.7	
ปริญญาตรี	6	40.0	5	33.3	
อาชีพ					.536 <sup>a</sup>
แม่บ้าน	7	46.7	9	60.0	
รับจ้างหรือค้าขาย	8	53.3	6	40.0	
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน					.136 <sup>a</sup>
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท	9	60.0	5	33.3	
มากกว่า 10,000 บาท	6	40.0	10	66.7	

หมายเหตุ <sup>a</sup> ใช้สถิติ Chi-square

<sup>b</sup> ใช้สถิติ Independent  $t$ -test

## 2. ข้อมูลทั่วไปของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

บุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.3) มีอายุเฉลี่ย 1.67 ปี ( $SD = .48$ ) เป็นบุตรคนที่ 1 (ร้อยละ 66.7) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบมากที่สุด (ร้อยละ 86.7) ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 80)

บุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.3) มีอายุเฉลี่ย 1.53 ปี ( $SD = .51$ ) เป็นบุตรคนที่ 1 (ร้อยละ 66.7) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบมากที่สุด (ร้อยละ 80) ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ 24 ชม. (ร้อยละ 73.3)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ได้แก่ เพศ ลำดับที่ของบุตร โดยใช้การทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .133$  และ  $.650$  ตามลำดับ) ส่วนการวินิจฉัยโรค และระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ ใช้การทดสอบด้วยสถิติของฟิชเชอร์ (Fisher's exact test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .500$  และ  $.500$  ตามลำดับ) ส่วนข้อมูลอายุใช้การทดสอบด้วยสถิติที (Independent  $t$ -test) พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = .473$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานข้อมูลทั่วไปของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม ( $n = 15$ )		กลุ่มทดลอง ( $n = 15$ )		$p$ -value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					.133 <sup>a</sup>
หญิง	7	46.7	8	53.3	
ชาย	8	53.3	7	46.7	
อายุ (ปี) ( $\bar{X} = 1.67, SD = .48, Range = 1-2$ ) ( $\bar{X} = 1.53, SD = .51, Range = 1-2$ )					.473 <sup>b</sup>
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี	5	33.3	7	46.7	
มากกว่า 1 ปี	10	66.7	8	53.3	
ลำดับที่ของบุตร					.650 <sup>a</sup>
คนที่ 1	10	66.7	10	66.7	
คนที่ 2 ขึ้นไป	5	33.3	5	33.3	

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม (n = 15)		กลุ่มทดลอง (n = 15)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
วินิจฉัยโรค					.500 <sup>c</sup>
Pneumonia	13	86.7	12	80.0	
Status epilepticus	2	13.3	3	20.0	
ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ (ชม.)					.500 <sup>c</sup>
24	12	80.0	11	73.3	
48	3	20.0	4	26.7	

หมายเหตุ <sup>a</sup> ใช้สถิติ Chi-square

<sup>b</sup> ใช้สถิติ Independent t-test

<sup>c</sup> ใช้สถิติ Fisher's exact test

## ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

มารดากลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนการทดลองเท่ากับ 116.40 ( $SD = .98$ ) และหลังการทดลอง เท่ากับ 76.40 ( $SD = 5.65$ ) มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมกับหลังได้รับโปรแกรมเท่ากับ 40.00

มารดากลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยก่อนการทดลองเท่ากับ 116.20 ( $SD = .86$ ) และหลังการทดลอง เท่ากับ 66.80 ( $SD = 6.58$ ) มีผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนได้รับโปรแกรมกับหลังได้รับโปรแกรม เท่ากับ 49.40

เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent t-test ผลการวิเคราะห์ พบว่า มารดากลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.31, p < .01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจก่อนและหลังได้รับ โปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ความรู้สึกไม่แน่นอน ในความเจ็บป่วย	ก่อนได้รับ โปรแกรม		หลังได้รับ โปรแกรม		$\bar{d}$	$SD$	$t$	$df$	$p$ -value
	$\bar{X}$	$SD$	$\bar{X}$	$SD$					
	กลุ่มควบคุม	116.40	0.98	76.40					
กลุ่มทดลอง	116.20	0.86	66.80	6.58	49.40	6.25			

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ โดยใช้สถิติ Paired  $t$ -test ผลการวิเคราะห์ พบว่า มารดากลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับ โปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 30.59, p < .01$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์

คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน	$\bar{X}$	$SD$	$t$	$df$	$p$ -value
ก่อนได้รับโปรแกรม	116.20	0.86	30.59	14.00	< .001
หลังได้รับโปรแกรม	66.80	6.58			

## บทที่ 5

### สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรัง จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน และกลุ่มทดลอง จำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดา ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82 โดยดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรัง ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ จำนวน 3 วัน วันละ 1 ครั้ง ระยะเวลาครั้งละ 45-60 นาที ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป สถิติที่ใช้คือ สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติทดสอบค่าที (Independent *t*-test และ Paired *t*-test) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสรุปได้ดังนี้

#### สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

##### 1. ข้อมูลทั่วไป

###### 1.1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา

มารดากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 27.53 ปี ( $SD = 5.70$ ) มีบุตร 1 คน (ร้อยละ 66.7) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 60) ประกอบอาชีพรับจ้างหรือค้าขาย (ร้อยละ 53.3) มีรายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาท (ร้อยละ 60)

มารดากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 27 ปี ( $SD = 5.68$ ) มีบุตร 1 คน (ร้อยละ 53.3) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 66.7) เป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 60) มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 66.7)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของมารดาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

### 1.2 ข้อมูลของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

บุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.3) มีอายุเฉลี่ย 1.67 ปี ( $SD = .48$ ) เป็นบุตรคนที่ 1 (ร้อยละ 66.7) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบมากที่สุด (ร้อยละ 86.7) ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 80)

บุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 53.3) มีอายุเฉลี่ย 1.53 ปี ( $SD = .51$ ) เป็นบุตรคนที่ 1 (ร้อยละ 66.7) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคปอดอักเสบมากที่สุด (ร้อยละ 80) ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ 24 ชั่วโมง (ร้อยละ 73.3)

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

2. เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 4.31, p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

3. เปรียบเทียบความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ พบว่า มารดาในกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 30.59, p < .001$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

### อภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ จากผลการศึกษสามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ ดังนี้

ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ มารดาในกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ทั้ง 2 ข้อ ทั้งนี้เนื่องมาจากมารดาในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากทฤษฎีของ Mishel (1988) ซึ่งกล่าวไว้ว่า เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย จะทำให้บุคคลไม่เข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น มีความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย เกิดความไม่

ชัดเจนในการได้รับข้อมูล ไม่สามารถทำนายอาการเจ็บป่วยได้ และบุคคลจะไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้เกิดความเครียด มีปัญหาในการตัดสินใจ ประเมินสถานการณ์ไม่ได้ ก็จะส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่มีบุตรป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24-72 ชั่วโมงแรก ผู้ป่วยเด็กจะมีอาการไม่แน่นอน ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมบุคลากรสุขภาพ การให้ข้อมูลจะให้ข้อมูลแบบรวบรัดกับมารดา เนื่องจากต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กให้ทันทั่วทั้งที่ แต่การได้รับข้อมูลที่สภาพจิตใจของมารดายังไม่พร้อม ก็จะไม่สามารถรับข้อมูลได้อย่างเต็มที่ มารดาจึงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรมาก จึงทำให้มารดาเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเจ็บป่วยของบุตร มีความรู้สึกช็อก ปฏิเสธต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเมื่อมารดาได้รับข้อมูลจากแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุน (Structure provider) โดยการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งมีทั้งการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลจะช่วยให้มารดาเข้าใจและมีความชัดเจนเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร นอกจากการสนับสนุนด้านข้อมูลแล้วควรมีการสนับสนุนด้านอารมณ์เข้ามาช่วยในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดา ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยเตรียมพร้อมด้านจิตใจ และเพิ่มการรับรู้ของข้อมูลมากยิ่งขึ้น จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงได้

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีของ Mishel (1988) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนแรก คือ การสร้างสัมพันธภาพกับมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ในขั้นตอนนี้ทำให้มารดาเกิดความไว้วางใจและสามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจได้เป็นอย่างดี ขั้นตอนต่อมา คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ โดยให้มารดาเขียนระบายความรู้สึกลงในสมุดคู่มือ พร้อมทั้งสะท้อนคิด พูดคุย ให้กำลังใจให้มารดาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และฝึกสมาธิผ่อนคลาย โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในแต่ละวันอย่างต่อเนื่อง ทำให้มารดาเกิดการระบายอารมณ์ความรู้สึกอย่างเป็นอิสระ เกิดความไว้วางใจ และรู้สึกผ่อนคลายส่งผลให้มารดาเข้าใจแบบแผนอาการแสดง สามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กได้ ขั้นตอนสุดท้าย คือ การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยผู้วิจัยได้อธิบายถึงสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม กฎระเบียบการเข้าเยี่ยม ความสำคัญของการใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก และอธิบายถึงสาเหตุ อาการและอาการแสดง และการรักษาภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันในผู้ป่วยเด็ก รวมถึงประโยชน์และความสำคัญของเครื่องมือตลอดจนอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ โดยให้ข้อมูลผ่านภาพนิ่งประกอบคำบรรยาย และให้คู่มือความรู้เกี่ยวกับเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจกับมารดา ซึ่งจะช่วยให้มารดาเกิดความชัดเจนและเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรมากขึ้น พร้อมทั้งผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเด็ก การวินิจฉัยโรคและแนวทางการรักษาของ

แพทย์ ทำให้มารดาเข้าใจและทราบถึงความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง การรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ และปัญหาการพยาบาลที่พบในแต่ละวัน จะทำให้มารดาเกิดความเข้าใจถึงความจำเป็นที่ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่หลากหลายและรับทราบเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยเด็ก นอกจากนั้นผู้วิจัย ได้ให้ข้อมูลความก้าวหน้าของอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเด็ก และแนวทางการรักษาของแพทย์ ซึ่งจะช่วยให้มารดาได้รับทราบถึงการดำเนินของโรคและอาการแสดงของผู้ป่วยเด็กในแต่ละวัน เป็นระยะเวลา 3 วัน จึงทำให้มารดาในกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนอดึกว่ากลุ่มควบคุม แสดงว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล และอารมณ์ที่ให้กับมารดานั้น ทำให้มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนลดลงกว่ากลุ่มควบคุม และต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาคั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาพร บุญกองรัตน์ (2551) ที่ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองของเด็กป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ภายหลังจากได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าก่อนให้การสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 6.853, p < .001$ ) เช่นเดียวกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ จองแก (2550) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ภายหลังจากได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่ำกว่าก่อนให้การสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 5.159, p < .001$ ) และการศึกษาของ Mitchell and Courtney (2004) ศึกษาการลดความวิตกกังวลและความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยที่เตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เตรียมย้ายออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต หลังจากได้รับการสนับสนุนข้อมูลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) รวมถึงการศึกษาของ นุจนิษฐ์ มณีรัตน์ (2550) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง เมื่อได้รับการให้ข้อมูลตามแผนการให้ข้อมูลต่ำกว่าก่อนได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 19.451, p < .001$ )

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอน จำแนกตามรายด้าน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน (ดังรายละเอียดภาคผนวก ง)

เนื่องมาจากมารดาในกลุ่มทดลอง ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยเด็กในแต่ละวันอย่างต่อเนื่องตลอดเวลาที่มารดาได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยเด็ก และได้รับข้อมูลการรักษาพยาบาลในปัญหาที่พบแต่ละวัน พร้อมกับแนวทางการรักษาของแพทย์ให้มารดาได้รับทราบ และได้เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับข้อสงสัยต่าง ๆ ในประเด็นที่มารดายังไม่เข้าใจซึ่งการให้ข้อมูลจะเป็นบรรยากาศที่เป็นกันเอง ไม่เร่งรีบ และสถานที่เป็นสัดส่วน จึงทำให้มารดาเกิดความสบายใจและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยแตกต่างกัน จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีความสำคัญอย่างมากต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ DeRouck and Leys (2009) ที่ศึกษาความต้องการข้อมูลของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด พบว่า บิดามารดามีความต้องการด้านข้อมูลและการสื่อสาร โดยมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับความคืบหน้าในการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับบิดามารดาของเด็กป่วย จึงทำให้บิดามารดาแสวงหาข้อมูล และต้องการสนับสนุนด้านความรู้เพิ่มขึ้น ทำให้สามารถปรับตัว และเผชิญกับปัญหาจากภาวะความเจ็บป่วยของบุตรได้

ส่วนอีก 3 ด้าน คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ด้านความชัดเจนเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและการรักษา และด้านการทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรคไม่มีความแตกต่างกันทั้งสองกลุ่ม เนื่องจากผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ มักมีอาการไม่แน่นอน มีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้มารดาเกิดความคลุมเครือและความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร การให้โปรแกรม ๗ ใช้ระยะเวลา 3 วัน และในวันสุดท้ายของการประเมินผลพบว่า มีทั้งเด็กป่วยที่ยังใส่ท่อช่วยหายใจและถอดท่อช่วยหายใจจำนวนใกล้เคียงทั้งสองกลุ่ม ทำให้คะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลและคำแนะนำตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมในเรื่อง กฎระเบียบการเข้าเยี่ยม ช่วงเวลาที่สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเด็กได้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร แผนการรักษาของแพทย์ เวลาที่มารดาสามารถพบแพทย์ได้ และมีการพูดคุยกับมารดาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรให้มารดาได้รับทราบ จึงทำให้มารดาในกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนดีกว่ากลุ่มควบคุม

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลและบุคลากรที่มีสุขภาพที่ดูแลเด็กป่วยวิกฤตที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ สามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ไปใช้กับมารดาที่มีบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้มารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง โดยปรับให้เหมาะกับบริบทของหน่วยงานที่นำไปใช้

2. ด้านการศึกษาพยาบาล คณาจารย์ในสถาบันการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยมาใช้ประกอบการเรียนการสอน แก่นักศึกษาพยาบาลในการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ให้กับมารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร เพื่อให้มารดามีความเข้าใจและมีความชัดเจนเกี่ยวกับข้อมูลความเจ็บป่วยของบุตรมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาเด็กป่วยกลุ่มอื่น ๆ ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น เด็กป่วยเรื้อรัง และทารกแรกเกิด เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ในมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจตลอดระยะเวลาในการศึกษา เนื่องจากการถอดท่อช่วยหายใจจะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน

## บรรณานุกรม

- AlHassan, M. A., & Hweidi, I. M. (2004). The perceived needs of Jordanian families of hospitalized, critically ill patients. *International Journal of Nursing Practice, 10*(2), 64-71.
- Aldridge, M. D. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit One Unit's Experience. *Critical Care Nurse, 25*(6), 40-50.
- Bastable, S. B. (2006). *Essentials of patient education*. Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Bizek, K., & Fontaine, D. (2005). The patient's experience with critical illness. *Critical care nursing: a holistic approach, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 12-26*.
- Board, R. (2004). Father stress during a child's critical care hospitalization. *Journal of Pediatric Health Care, 18*(5), 244-249.
- Bolivar, L. A., & Montalvo, A. (2016). Uncertainty associated to parents of preterm infants hospitalized in Neonatal Intensive Care Units. *Invest Educ Enferm, 34*(2), 360-367.
- Curley, M. A. Q. (1996). The essence of pediatric critical care nursing. In M. A. Q. Curley, J. B. Smith & P. A. Moloney-Harmon (Eds.), *Critical care nursing of infants and children* (pp. 3-14). Philadelphia: W.B. Saunders.
- De Rouck, S., & Leys, M. (2009). Information needs of parents of children admitted to a neonatal intensive care unit: A review of the literature (1990–2008). *Patient education and counseling, 76*(2), 159-173.
- Deerojanawong, J., Peongsujarit, D., Vivatvakin, B., & Prapphal, N. (2009). Incidence and risk factors of upper gastrointestinal bleeding in mechanically ventilated children. *Pediatric Critical Care Medicine, 10*(1), 91-95.
- Eriksson, E., & Lauri, S. (2000). Informational and emotional support for cancer patients' relatives. *European journal of cancer care, 9*, 8-15.
- Farias, J. A., & et al. (2004). What is the daily practice of mechanical ventilation in pediatric intensive care units? A multicenter study. *Intensive care medicine, 30*(5), 918-925.
- Gibson, C. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of advanced nursing, 21*(6), 1201-1210.
- Hess, D. R., & Branson, R.D. (2002). Mechanical ventilation. In D. R. Hess & et al (Eds.), *Respiratory care: Principles & practice* (pp. 782-807). USA: W. B. Saunders.

- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass: Addison-Wesley.
- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jawlowice coping cale. In C.F. Waltz & O. L. Strickland (Eds.), *Measurement of nursing outcome* (pp. 287-303). New York: Springer Publishing.
- Kaaresen, P. I., Ronning, J. A., Ulvund, S. E., & Dahl, L. B. (2006). A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. *Pediatrics*, 118(1), 9-19.
- Kuiper, J. W., Groeneveld, A. B. J., Slutsky, A. S., & Plotz, F. B. (2005). Mechanical ventilation and acute renal failure. *Critical care medicine*, 33(6), 1408-1415.
- Lanlehin, R. (2012). Factors associated with information satisfaction among parents of sick neonates in the neonatal unit. *Infant*, 8(2), 60-63.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Launier, R. (1978). Stress-related transaction between person and environment. *Perspective in Interaction Psychology*, 287-327.
- Maybloom, B., Chapple, J., & Davidson, L. (2002). Admissions for critically ill children: where and why? *Intensive and Critical Care Nursing*, 18(3), 151-161.
- McKinney, E. S., James, S. R., & Murray, S. S. (2013). *Maternal-child nursing. (4th ed)*. St. Louis: Elsevier Saunders.
- Melgosa, J. (2006). *Less stress*. Madrid (Spain): Editorial Safeliz.
- Mishel, M. H. (1983). Adjusting the fit: Development of uncertainty scales for specific clinical populations. *Western Journal of Nursing Research*, 5(4), 355-370.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M. H., & Clayton, M. F. (2003). Theories of uncertainty in illness. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle Range Theory for Nursing* (pp. 55-84). New York: Springer.
- Mitchell, M. L., & Courtney, M. (2004). Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 20(4), 223-231.
- Moss, M. M., & Simon, S. (2016). PICU organization and physical design. In Nichols, G. D. & Shaffner H. D. (Eds.), *Roger,s textbook of pediatric intensive care 5th* (pp. 37-49). China: Wolters Kluwer.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and method. (7th ed).* . Philadelphia: Lippincott.
- Richmond, T., & Craig, M. (1986). Family-centered care for the neurotrauma patient. *The Nursing clinics of North America, 21(4)*, 641-651.
- Samransamruajkit, R., & et al. (2010). Effect of frequency of ventilator circuit changes (3 vs 7 days) on the rate of ventilator-associated pneumonia in PICU. *Journal of critical care, 25(1)*, 56-61.
- Sauls, J. L., & Warise, L. F. (2010). Interventions for anxiety in the critically ill: a guide for nurses and families. *Nursing Clinics of North America, 45(4)*, 555-567.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine, 4(4)*, 381-406.
- Small, L. (2002). Early predictors of poor coping outcomes in children following intensive care hospitalization and stressful medical encounters. *Pediatric nursing, 28(4)*, 393.
- Stacy, K. M. (2010). Pulmonary disorder. In Urden, L. D., Stacy, K. M. & Lough M. E. (Eds.), *Critical Care Nursing*. Canada: Wiley-Blackwell.
- Valenzuela, J., Araneda, P., & Cruces, P. (2014). Weaning from mechanical ventilation in paediatrics. State of the art. *Archivos de Bronconeumologia, 50(3)*, 105-112.
- Yotwongratsamee, R. (2006). *Factors Influencing Uncertainty in Illness of Parents with Children Admitted in Intensive Care Unit.* (A thesis of master of nursing science Pediatric nursing), Faculty of graduate studies Mahidol University.
- กนกกาญจน์ เมฆอนันต์วิช, & นุจรี ไชยมงคล. (2556). ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาที่มีบุตรรับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 21(1), 1-12.
- กวีวรรณ ลิ้มประยูร. (2554). Acute Respiratory Failure. In ประพันธ์ อ่อนเป็รื่อง, จารุพิมพ์ สูงสว่าง, วาณี วิสุทธิเสรีวงศ์ & สุรัชย์ ลิขสิทธิ์วัฒนกุล (Eds.), *Acute Care Pediatrics*. กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล.
- เกศรา เสนงาม. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเด็กภาวะวิกฤตของระบบทางเดินหายใจ. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เกศรา เสนงาม, ศรีกัลยา ภิญ โญสโมสร, พิกุลรัตน์ วงศ์พณิชย์, & สุรรัตน์ อ่องสกุล. (2550). รายงานวิจัย: ปัจจัยทำนายความเครียดและการจัดการความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตที่รับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ขวัญฤทัย พันธุ์. (2555). การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. กรุงเทพฯ: วิพรีน จำกัด.

- งานเวชสถิติและงานข้อมูล โรงพยาบาลตรัง. (2559). สถิติผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ ปี 2557-2559. ตรัง: โรงพยาบาลตรัง.
- จุฑารัตน์ จองแก. (2550). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2553). การเขียนเค้าโครงการวิจัย: แนวทางสู่ความสำเร็จ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). นนทบุรี: ไทยนิรมิตกิจ อินเตอร์ โพรเกรสซัพ.
- ไชยรัตน์ เพิ่มพิกุล. (2543). Critical Care Unit. In จงจิตต์ กณากุล, ปรีดาภรณ์ สีปากดี & ประชิด ศราษพันธุ์ (Eds.), ภาวะวิกฤตในหออภิบาลการบำบัดรักษาพยาบาล เล่ม 1 (pp. 1-5). กรุงเทพฯ: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช.
- รัชชัช ฤกษ์ประกรกิจ, สมจิตร ห่องบุตรศรี, & ผ่องพรรณ ฤกษ์ประกรกิจ. (2552). สมานีบำบัดทางจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต. ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธีรเดช คุปตานนท์. (2556). Airway management. In อนันต์ โยมิตรเศรษฐ & คณะ (Eds.), เวชบำบัดวิกฤตในเด็ก (pp. 1-13). กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นฤมล ชีระรังสิกุล, มณีรัตน์ ภาครูป, & เอมอร อาจารย์ณกุล. (2557). ปัจจัยทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่มีเด็กป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยเด็ก. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 22(3), 1-13.
- นฤมล ชีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, & อัญชัญ เดชะวีรารกร. (2545). รายงานการวิจัย: ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นวลจันทร์ ปราบพาล. (2554). Physiologic Effects of Mechanical Ventilation in Infant and Children. In ดุสิต สถาวร, จิตลัดดา ติโรจนวงศ์ & นวลจันทร์ ปราบพาล (Eds.), *Manual of Pediatric Mechanical Ventilation* (pp. 1-23). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นวลจันทร์ ปราบพาล, จิตลัดดา ติโรจนวงศ์, & พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ. (2547). *Pediatric Critical Care in General Practice*. กรุงเทพฯ: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันท์นภัส เลียงพันธุ์, นฤมล ชีระรังสิกุล, & ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์. (2560). ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(2), 76-86.
- นุญนีย์ มณีรัตน์. (2550). ผลของการให้ข้อมูลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคเมเร็ง. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์ (พิมพ์ครั้งที่ 5 ed.). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ ใด อินเตอร์มีเดีย.
- บุญส่ง พังจันท. (2554). ICU Teamwork. In คูสิต สถาวร, อนันต์ วัฒนธรรม & เอกรินทร์ ภูมิพิเชฐ (Eds.), *Critical Care Medicine: MAKE IT EASY* (pp. 13-17). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ประวิทย์ เจตนาชัย. (2558). Respiratory Failure. In วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล & คณะ (Eds.), *Textbook of Pediatrics Rangsit University*. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานกุมารเวชศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ภัทรนุช ภูมิพาน. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มรรษาท รุจิวิษณุ. (2556). การจัดการความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- รังสรรค์ ภูยานนทชัย. (2557). เวชบำบัดวิกฤต สงขลานครินทร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2 ed.). สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: วิเจ พรีนติ้ง.
- วิไลรัตน์ แสงศรี. (2548). จิตวิทยาการสอนวิชาชีพ. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา วิทยาเขตพายัพ.
- เวชระเบียน โรงพยาบาลตรัง หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม. (2559). สถิติผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรัง ปี 2559. ตรัง: โรงพยาบาลตรัง.
- สรศักดิ์ โล่จินดารัตน์. (2550). Acute Respiratory Failure. In คูสิต สถาวร, ชัยณู พันธุ์เจริญ & อุษา ทิสยากร (Eds.), *Critical Advances in Pediatrics*. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย.
- สรศักดิ์ โล่จินดารัตน์. (2554). Indications and Initial Settings for Mechanical Ventilation. In คูสิต สถาวร, จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์ & นวลจันทร์ ปราบพาล (Eds.), *Manual of Pediatric Mechanical Ventilation* (pp. 160-186). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สุจิรา ศรีรัตน์, & จริยา สายวาริ. (2551). ความต้องการและได้รับการตอบสนองตามความต้องการของมารดาที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(5), 481-489.
- สุพิชญา พจน์สุภาพ. (2557). Acute Respiratory Failure. In กิตติ ต่อจรัส, คูสิต สถาวร, สนิตรา ศิริขางกุล & อังคณา เก่งสกุล (Eds.), *Textbook of Pediatrics*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรา วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า.

- สุภาพร บุญก่องรัตน์. (2551). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครอง เด็กป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภารัตน์ ไวยชีตา. (2551). Nursing Management in Pediatric with Mechanical Ventilation. In สุภารัตน์ ไวยชีตา, ธิดิตา ชัยศุภมงคลลาภ & เรณู พุกบุญมี (Eds.), *Advanced Pediatric Critical Care Nursing* (pp. 54-135). กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ. (2547). ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์), บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โสภา เกิดพิทักษ์, วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, & อภาวรรณ หนูคง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจในผู้ป่วยเด็ก: การศึกษาเบื้องต้น. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 32(2), 32-40.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2553). การให้คำปรึกษาทางสุขภาพ (ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารยา ศรีทาทุท, & วนิดา เปาอินทร์. (2554). Advanced Pulmonary Mechanic. In ดุสิต สถาวร, จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์ & นवलจันทร์ ปราบพาล (Eds.), *Manual of Pediatric Mechanical Ventilation* (pp. 276-296). กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.



ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมศิริ รุ่งอมรรัตน์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นรศักดิ์ เอื้อกิจ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. คุณนันทน์ภัส เลียงพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ  
หอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม  
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ



ภาคผนวก ข

แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

Effect of Informational and Emotional Support Program on Uncertainty in Illness among Mother Having Children with Intubation

ชื่อนิติกร นางสาวเพ็ญภา เพ็ชรเล็ก

รหัสประจำตัวนิติกร 59910174

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 08 - 03 - 2561

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ มารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวนทั้งหมดไม่เกิน 30 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง

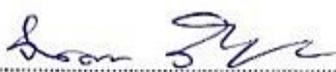
2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2562

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

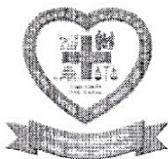
วันที่ให้การรับรอง 20 เดือน เมษายน พ.ศ. 2561

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วิชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



โรงพยาบาลตรัง

๖๙ ถ.โคกหิน ต.ทับเที่ยง อ.เมือง จ.ตรัง ๙๒๐๐๐

โทร. ๐๗๕ - ๒๐๑๕๐๐ โทรสาร ๐๗๕ - ๒๐๑๕๐๑, ๒๑๗๑๗๙

Trang Hospital

๖๙ Kokkhan Rd., Thapteing, Muang, Trang ๙๒๐๐๐

Tel. ๐๗๕ - ๒๐๑๕๐๐ Fax ๐๗๕ - ๒๐๑๕๐๑, ๒๑๗๑๗๙

เอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

โรงพยาบาลตรัง

เลขที่.....๐๒๘/๒๕๖๑.....

ชื่อโครงการ “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึก  
ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ”

เลขที่โครงการ/รหัส ID ๐๒๘/๐๗-๒๕๖๑

ชื่อหัวหน้าโครงการ นางสาวเพ็ญภา เพ็ชรเล็ก

ที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับแนว  
ปฏิบัติยูเอชซีจิก จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง

ลงนาม.....

(นายอุกฤษฏ์ คุณาธรรม)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลตรัง

ลงนาม.....

(นางจิรพรรณ อารยะพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

๑๑ ก.ค. ๒๕๖๑

วันที่รับรอง.....

วันที่เอกสารรับรองหมดอายุ ๑๐ ก.ค. ๒๕๖๒

(๑ ปี นับจากวันที่รับรอง)

ที่ ศธ ๖๒๐๖/ ๐๙๒๘



มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์  
๑๖๙ ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข  
อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ เมษายน ๒๕๖๑

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และเพื่อดำเนินการวิจัย  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ด้วย นางสาวเพ็ญภา เพ็ชรเล็ก นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ธีระรังสิกุล ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ในการนี้ คณะฯ จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านอำนวยความสะดวกให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างคือ มารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ณ หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง โดยแบ่งดังนี้

๑. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จำนวน ๒๓ ราย ระหว่างวันที่ ๑๑ มิถุนายน - ๒๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

๒. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อดำเนินการวิจัย จำนวน ๓๐ ราย ระหว่างวันที่ ๒๓ กรกฎาคม - ๑๔ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ ปฏิบัติการแทน  
ผู้ปฏิบัติหน้าที่อธิการบดีมหาวิทยาลัยบูรพา



ภาคผนวก ค  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**  
**แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ**

คำชี้แจง: แบบสอบถามแบ่งเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของบุตร

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดา

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

คำชี้แจง: จงเติมข้อความ หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างซึ่งตรงกับความเป็นจริง

1. อายุ.....ปี

2. จำนวนบุตร.....คน

3. ระดับการศึกษา

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน              | <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนต้น (ป. 4) |
| <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาตอนปลาย (ป. 6) | <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น (ม. 3) |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม. 6) | <input type="checkbox"/> อนุปริญญา/ ปวช./ ปวส.   |
| <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี                | <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี        |

4. อาชีพ

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> แม่บ้าน        | <input type="checkbox"/> รับจ้าง                |
| <input type="checkbox"/> ค้าขาย/ ธุรกิจ | <input type="checkbox"/> รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ |
| <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม      | <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....       |

5. รายได้ของครอบครัว ต่อเดือน

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 6,000 บาท | <input type="checkbox"/> 6,001-10,000 บาท  |
| <input type="checkbox"/> 10,001-20,000 บาท  | <input type="checkbox"/> 20,001-30,000 บาท |
| <input type="checkbox"/> มากกว่า 30,000 บาท |  |

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของบุตร

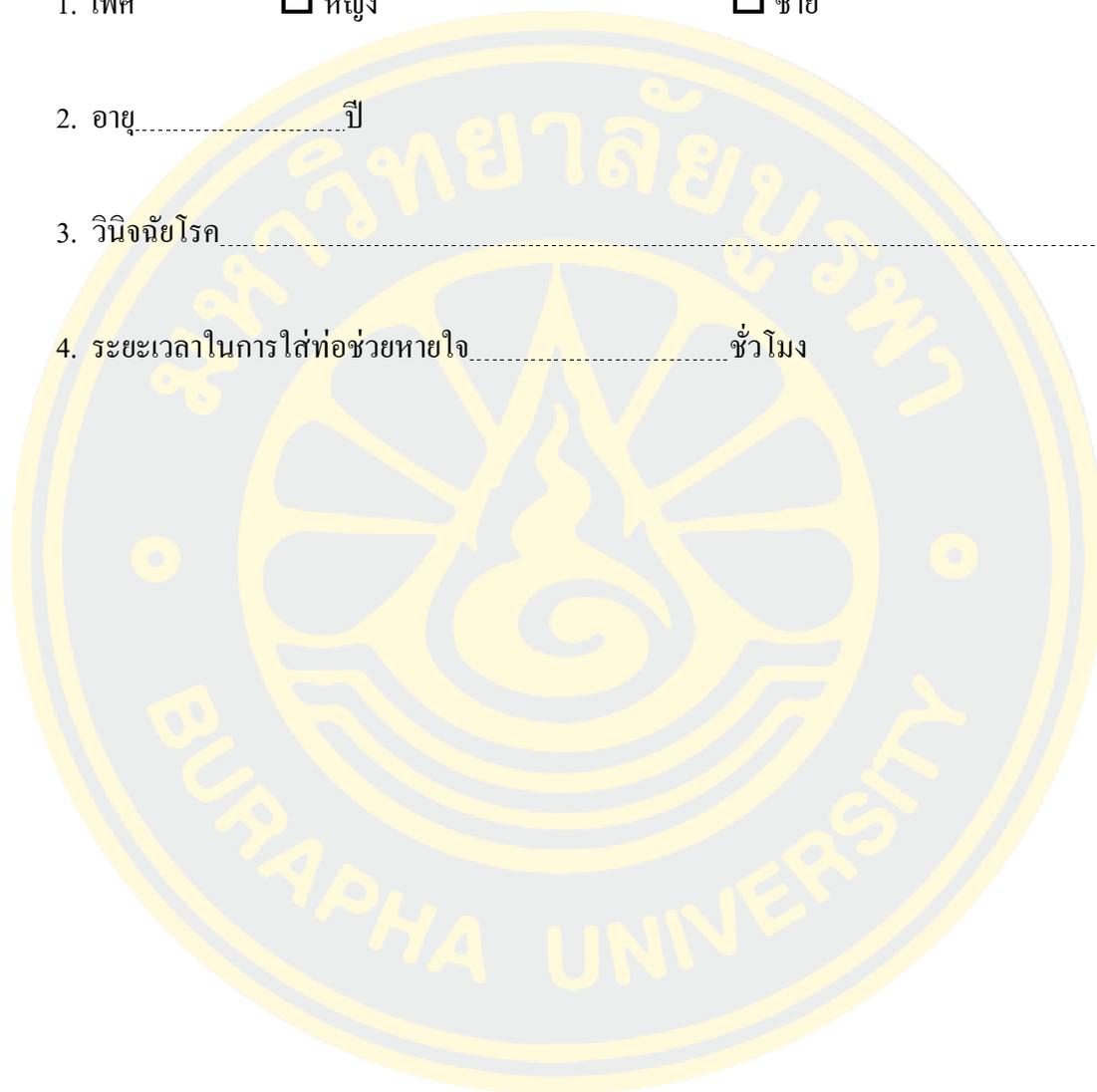
คำชี้แจง: จงเติมข้อความ หรือทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างซึ่งตรงกับความเป็นจริง

1. เพศ  หญิง  ชาย

2. อายุ.....ปี

3. วินิจฉัยโรค.....

4. ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจ.....ชั่วโมง



### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดา

**คำชี้แจง:** แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อ

ช่วยหายใจ เป็นแบบสอบถามที่ต้องการทราบความรู้สึกของท่านเกี่ยวกับความรู้สึก

ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้แต่ละข้อ แล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียง 1 ข้อ โดยถือเกณฑ์ ดังนี้

จริงที่สุด หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

จริง หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก

ไม่แน่ใจ หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง

ไม่จริง หมายถึง ตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย

ไม่จริงที่สุด หมายถึง ไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	จริงที่สุด (5)	จริง (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่จริง (2)	ไม่จริงที่สุด (1)
1. ท่านไม่รู้ว่าลูกป่วยเป็นอะไร					
2. ท่านมีคำถามมากมายที่หาคำตอบไม่ได้					
3. ท่านไม่แน่ใจว่าอาการป่วยของลูกจะดีขึ้นหรือเลวลง					
4. ท่านไม่รู้ว่าลูกจะเจ็บป่วยมากหรือไม่					
5. ท่านไม่เข้าใจคำอธิบายของแพทย์และพยาบาลในเรื่องความเจ็บป่วยของลูก					
6. ท่านรู้จุดมุ่งหมายการรักษาแต่ละอย่างที่ลูกได้รับชัดเจนขึ้น					
7. ท่านไม่รู้ว่าจะทำสิ่งที่คาดหวังไว้ให้ลูกได้เมื่อไร					
8. ....					
9. ....					

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	จริงที่สุด (5)	จริง (4)	ไม่แน่ใจ (3)	ไม่จริง (2)	ไม่จริงที่สุด (1)
10. ....					
11. ....					
12. ....					
13. มันเป็นการยากที่จะรู้ว่าการรักษา หรือยาที่ลูกได้รับอยู่นี้จะช่วยลูกได้จริง					
14. ....					
15. ....					
16. ....					
17. ....					
18. ....					
19. ....					
20. ....					
21. ....					
22. ....					
23. โดยทั่วไปท่านสามารถทำนาย ระยะเวลาของการเจ็บป่วยของลูกได้					
24. ....					
25. ....					
26. ....					
27. ....					
28. ....					
29. ....					
30. ....					
31. หมอและพยาบาลใช้คำพูดง่าย ๆ ที่ท่านเข้าใจ					



#### ภาคผนวก ง

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดา  
ที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ จำแนกตามรายด้าน ภายหลังได้รับ โปรแกรมการสนับสนุน  
ทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ จำแนกตามรายด้าน ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ความรู้สึกไม่แน่นอน ของมารดา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		<i>t</i>	<i>p-value</i>
	หลังได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม			
	<i>(n = 15)</i>		<i>(n = 15)</i>			
	$\bar{X}$	<i>SD</i>	$\bar{X}$	<i>SD</i>		
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วย	33.63	3.28	32.07	4.46	1.165	.136
ด้านข้อมูลเกี่ยวกับ การเจ็บป่วย	9.44	0.51	7.53	1.55	4.735	< .001
ด้านความชัดเจนเกี่ยวกับ อาการรักษา	23.20	3.01	17.07	2.68	6.071	.807
ด้านการทำนายการดำเนิน ของโรคและการพยากรณ์ โรค	10.13	1.18	10.13	1.55	.000	.486



ภาคผนวก จ

เอกสารคำชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์  
ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจ  
ดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้า  
ร่วมในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อ  
ข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้น  
จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะเปิดเผยในภาพรวม  
ที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนาม  
ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม  
(.....)

ลงนาม.....พยาน  
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย  
(.....)



**เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย  
(กลุ่มทดลอง)**

การวิจัยเรื่อง ผลของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึก  
ไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 028/ 07-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเพ็ญภา เพ็ชรเล็ก

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล  
และอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากท่านเป็นมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อ  
ช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่าน  
จะต้องปฏิบัติคือ เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 มีการ  
สร้างสัมพันธภาพกับมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ขั้นตอนที่ 2 การสนับสนุนด้าน  
อารมณ์ โดยการจัดการด้านอารมณ์ให้กับมารดา และขั้นตอนที่ 3 การสนับสนุนด้านข้อมูล โดยให้  
ความรู้เกี่ยวกับเด็กที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจให้กับมารดา ซึ่งในแต่ละครั้งของกิจกรรมจะใช้เวลา  
ประมาณครั้งละ 45-60 นาที โดยท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมแต่อย่างใด ทั้งนี้ ดิฉันขอความร่วมมือ  
ท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านและบุตรของท่าน ก่อนการทำกิจกรรมและหลังจากทำ  
กิจกรรม ซึ่งจะใช้เวลาดังกล่าวประมาณ 15 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อช่วยให้มารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้า  
รับการรักษาในผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วม  
โครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น  
และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทน  
การระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็น

กระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมดจะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัยจะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารเรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่นางสาวเพ็ญภา เพ็ชรเล็ก หมายเลขโทรศัพท์ 080-8698709 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 087-552-8514

นางสาวเพ็ญภา เพ็ชรเล็ก  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



**เอกสารแจ้งผู้เข้าร่วมการวิจัย  
(กลุ่มควบคุม)**

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

รหัสจริยธรรมการวิจัย 028/ 07-2561

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเพ็ญภา เพ็ชรเล็ก

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นมารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติ คือ ขอความร่วมมือท่านตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านและบุตรของท่าน การตอบแบบสอบถามในครั้งนี้นำเวลาประมาณ 15 นาที จากนั้นท่านจะได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และในวันที่ 5 ของการพบมารดาหลังจากที่มารดาได้รับการดูแลตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมจะ让您ตอบแบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่ห้องประชุมย่อย ซึ่งอยู่ใกล้กับหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมใช้เวลาประมาณ 15 นาที

ประโยชน์ของการวิจัยครั้งนี้ เพื่อช่วยให้มารดาที่มีบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีมีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ ชั้น และสิ่งใด ๆ ที่อาจอ้างอิงหรือทราบได้ว่าข้อมูลนี้เป็นของท่าน ข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิด และปลอดภัยในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจ

ตลอดเวลา สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัยจะถูกใส่รหัสผ่าน ข้อมูลที่กล่าวมาทั้งหมด จะมีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้วิจัยจะรายงานผลการวิจัย และการเผยแพร่ผลการวิจัยในภาพรวม โดยไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน ดังนั้นผู้อ่านงานวิจัย จะทราบเฉพาะผลการวิจัยเท่านั้น สุดท้ายหลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร เรียบร้อยแล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาว เพ็ญภา เพ็ชรเล็ก หมายเลขโทรศัพท์ 080-8698709 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 087-552-8514

นางสาวเพ็ญภา เพ็ชรเล็ก  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล	เพ็ญนภา เพ็ชรเล็ก
วัน เดือน ปี เกิด	14 มีนาคม 2532
สถานที่เกิด	ตรัง
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	116 ม.17 ต.เขาวิเศษ อ.วังวิเศษ จ.ตรัง 92220
ตำแหน่งและประวัติการทำงาน	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
ประวัติการศึกษา	ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต

