

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวล  
ของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก

นางภรณี ปานมัน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2551  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF THE NURSING SUPPORT PROGRAM IN A CRITICAL PERIOD  
ON ANXIETY OF THE GUARDIAN OF NEONATE IN INTENSIVE CARE UNIT

Mrs. Paranee Panman

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Science Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2008  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อ

ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก

โดย

นางภรณ์ ปานมัน

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์)

..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

ภรณ์ ปานมัน : ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก (THE EFFECT OF THE NURSING SUPPORT PROGRAM IN A CRITICAL PERIOD ON ANXIETY OF THE GUARDIAN OF NEONATE IN INTENSIVE CARE UNIT) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ศ. ดร.วิณา จีระแพทย์ 130 หน้า

การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกรับ จำนวน 40 คน เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยศึกษากับกลุ่มควบคุมก่อนแล้วตามด้วยการศึกษากับกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต วันละครั้ง ครั้งละ 30 - 45 นาที รวม 3 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต สไลด์มัลติวิชั่นแนะนำหอผู้ป่วยหนัก และคู่มือปฏิบัติของผู้ปกครองขณะเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนัก ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มีค่าความเที่ยงแบบครอนบาคอัลฟ่า เท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่า ที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ซึ่งใช้อายุผู้ปกครองและความรุนแรงของโรคทารกแรกเกิดเป็นตัวแปรร่วมในการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักภายหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลในระยะวิกฤต ลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลในระยะวิกฤต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา:..... พยาบาลศาสตร์.. ลายมือชื่อนิสิต : .....

ปีการศึกษา:.....2551..... ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: .....

# # 4877625936 : MAJOR PEDIATRIC NURSING

KEY WORD: ANXIETY / CRITICAL PERIOD / INTENSIVE CARE UNIT

PARANEE PANMAN : THE EFFECT OF THE NURSING SUPPORT PROGRAM IN A CRITICAL PERIOD ON ANXIETY OF THE GUARDIAN OF NEONATE IN INTENSIVE CARE UNIT. THESIS PRINCIPAL ADVISOR : PROF. VEENA JIRAPAET, RN, DNSc , 130 pp.

This quasi-experiment research examined the effect of the nursing support program in a critical period on anxiety of the guardian of neonate in intensive care unit. Samples consisted of 40 guardians of neonate admitted in an intensive care unit during the first 72 hours of admission. They were selected by purposive sampling. The study began with the control group and followed by the experimental group, 20 subjects in each group. The control group received conventional nursing care. The experimental group received the nursing support program in a critical period once a day for a period of 30-45 minutes for 3 days. Experimental research instruments consisted of the nursing support program in a critical period, a slide multivision for NICU orientation and a handbook of guardians' guidance while visiting the NICU which were tested for content validity. Data collection instruments included a demographic questionnaire and STAI-State Anxiety Inventory which had the Cronbach's alpha reliability of .84. Data were analyzed by descriptive statistics, t-test and analysis of covariance. Guardians' age and severity of neonatal illness before the experiment were used as the covariants.

Research findings were as follows :

1. The mean score of guardians ' anxiety after receiving the nursing support program in a critical period was significant lower than that before receiving the nursing support program in a critical period, at the .05 level.
2. The mean score of guardians' anxiety in the group receiving the nursing support in a critical period program was lower than that of the group receiving conventional nursing care, but not significant at the .05 level.

Field of study: Nursing science  
Academic year: 2008

Student's signature : .....  
Principal Advisor's signature : .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ โดยได้รับความกรุณาอย่างสูง จาก ศาสตราจารย์ ดร. วัฒนา จีระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการ ให้คำแนะนำ ข้อคิด อันเป็นประโยชน์ ต้องเสียสละเวลาเป็นอย่างมาก ในการตรวจสอบ แก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนสนับสนุน ให้กำลังใจ ชี้แนะแนวทางในการทำวิจัยครั้งนี้ทุกขั้นตอน ท่านเป็นแบบอย่างของความเป็นครุฑนักวิจัยที่ดี ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งใจในความกรุณาและความเสียสละของท่านในครั้งนี้เป็นอย่างสูง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้โอกาสผู้วิจัย ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ด้วยความอาทรตลอดมา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาช่วยแก้ไขข้อบกพร่อง และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ เกี่ยวกับการใช้สถิติในการวิจัย รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ดังรายนามในภาคผนวก ที่ได้เสียสละเวลาตรวจและแก้ไขเครื่องมือวิจัย พร้อมข้อเสนอแนะที่เหมาะสม ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ให้ผู้วิจัยสามารถนำมาใช้เป็นพื้นฐานการทำงานวิจัย เพื่อประโยชน์ในการปฏิบัติงานต่อไป และขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ที่อนุญาตให้ทดลองใช้เครื่องมือในการวิจัย ขอขอบพระคุณหัวหน้าพยาบาล และพี่ ๆ กลุ่มการพยาบาล ที่ให้การสนับสนุนด้านเวลาในการทำงานของผู้วิจัยขณะทำการศึกษา ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชญานิส ลือวานิช และน้อง ๆ ในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตทุกคน โดยเฉพาะ คุณจุฬาลักษณ์ ดันกุล ตลอดจนผู้ปกครองทารกทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายสุด ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา คุณสุขุม ปานมัน ที่ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจ เป็นที่ปรึกษา และสนับสนุนการศึกษาอย่างดียิ่งมาโดยตลอด ขอขอบคุณลูกทั้งสองคน รวมทั้งพยาบาลรุ่นพี่ รุ่นน้อง และเพื่อนร่วมรุ่นทั้งสาขาพยาบาลศาสตร์และสาขาบริหารการพยาบาลที่ให้กำลังใจ ให้ความร่วมมือ ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา ทำให้ผู้วิจัยมีความมุ่งมั่นจนสำเร็จการศึกษา

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	6
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
ทารกแรกเกิดระยะวิกฤต.....	10
ภาวะวิกฤตของครอบครัว.....	25
ความวิตกกังวลของผู้ปกครอง.....	34
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ปกครอง.....	43
บทบาทพยาบาลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต.....	45
โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลระยะวิกฤต.....	49
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	61
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	69

5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	73
	สรุปผลการวิจัย.....	77
	อภิปรายผลผลการวิจัย.....	75
	ข้อเสนอแนะ.....	80
	รายการอ้างอิง.....	81
	ภาคผนวก.....	94
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	95
	ภาคผนวก ข. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	
	ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	97
	ภาคผนวก ค สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	103
	ภาคผนวก ง ตารางวิเคราะห์ข้อมูล.....	105
	ภาคผนวก จ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	112
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	130



## สารบัญตาราง

ณ

หน้า

1	เปรียบเทียบจำนวนร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลระยะวิกฤต และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	56
2	การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ปกครอง ความรุนแรงของโรคของทารก และความวิตกกังวลของผู้ปกครอง.....	66
3	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตก่อนและหลังการทดลอง.....	70
4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	71
5	เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ความรุนแรงของโรคของทารกเป็นตัวความแปรปรวนร่วม.....	72
6	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ใช้โปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ.....	70

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

การมีทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่ครอบครัวไม่ได้คาดหมาย มาก่อน ทำให้เกิดความเครียดทั้งครอบครัว เป็นภาวะการณ์อันน่าสะเทือนใจ (Affleck et al. 1991 อ้างถึงใน Shaw., et al. 2006, Kowalski, et al., 2006) เนื่องจากเป็นสัญญาณที่แสดงว่าทารกแรกเกิดมีภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อสุขภาพ เสี่ยงต่อความพิการและความตาย ปัจจุบันสถิติทารกแรกเกิดก่อนกำหนดทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์ของทารกเกิดก่อนกำหนดโดยทั่วไปพบร้อยละ 6-12 ของการคลอดทั้งหมด (Blanco, 2002 อ้างในกุลลดา เปรมจิตต์, 2004) ปีค.ศ. 2003 อุบัติการณ์ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีทารกคลอดก่อนกำหนด เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.3 ของการคลอดทั้งหมด (Campbell MA, 2003) ปี 2004 มีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 12.5 (Martin M, et al, 2006 อ้างถึงใน Bakewell-Sachs, S., 2007) และมีจำนวนทารกที่คลอดก่อนกำหนด เสียชีวิต 285 รายต่อประชากรทารกแรกเกิด 1000 คน (Gabriel, 2006) จากการสำรวจของกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขในปี 2544-2546 พบว่าสถิติทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็นร้อยละ 8.53, 8.88 และ 8.99 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2546) ปัจจุบันประเทศไทยมีทารกเกิดใหม่ปีละ 800,000 คน เป็นทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานถึง 70,000 คน (แหล่งที่มา: <http://www.drkalaya.com/education.php?newsid=210>[Online]) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก นอกเหนือจากทารกที่มีอาการป่วยรุนแรง อื่น ๆ การที่มีทารกป่วยที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก นอกจากจะก่อให้เกิดภาวะเครียดสำหรับทารกแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อผู้ปกครองด้วยเช่นเดียวกัน (Miles&Carter,1983) ทำให้ครอบครัวโดยเฉพาะบิดามารดา เสียสภาพสมดุและตกอยู่ในภาวะวิกฤตได้ง่าย (Broome 1985, Hartshom, 1993) การที่ต้องเผชิญภาวะวิกฤตทำให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองเกิดความวิตกกังวล(Todres, 1993; Carter & Miles, 1989; Huduk, 1986) โดยเฉพาะภายใน 48-72 ชั่วโมงแรก (Miles, et al., 1984; Tracy, Fowler and Magarille, 1999)

ความวิตกกังวลของครอบครัวทารกระยะวิกฤตในระยะแรก เป็นความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์อย่างหนึ่ง (รัตนา อยู่เปลลา, 2543) โดยไม่ได้คาดคิดมาก่อน และจะมีอาการเพิ่มขึ้นเมื่อครอบครัว ไม่สามารถเข้าเยี่ยมทารกได้ทันทีและไม่ทราบว่าจะอาการของทารกเป็นอย่างไร ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่เกิดจากความไม่รู้ ร่วมกับสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล (Halm, 1990) การ

ที่พบทารกได้รับการใส่อุปกรณ์ช่วยชีวิตในระยะวิกฤตต่าง ๆ มากมาย เสี่ยงรบกวนจากเครื่องมือหรือการต้องการพึ่งพาเจ้าหน้าที่ ซึ่งเป็นคนแปลกหน้าช่วยดูแลทารก เหล่านี้ ล้วนเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลต่อผู้ปกครอง (Hicky, 1993)

จากการศึกษาของ Kleiber และคณะ (1994 อ้างถึงใน Hudak, Gullo และ Morton, 1998) พบว่าครอบครัวทารกจะรู้สึกโกรธที่ไม่สามารถช่วยเหลือนทารกได้ และอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่หลากหลาย โดยมักจะเกิดขึ้นในช่วงวันแรกถึงสองวันแรกที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต สาเหตุของความวิตกกังวล ได้แก่ การที่ผู้ปกครองไม่ทราบกฎระเบียบของหอผู้ป่วย ไม่ทราบการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การเข้าพบผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก (Gaw-Ens, 1994) การพยากรณ์โรคของทารกป่วย (Hickey, 1993) การจำกัดเวลาในการเยี่ยม (Hopkins, 1994) ตลอดจนการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเครื่องมือ เครื่องใช้ในการรักษาตลอดจนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ (Prevost, 1997) นอกจากนี้ผู้ปกครอง ต้องพบกับสภาพความเจ็บป่วยของทารก ในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างไปจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เต็มไปด้วยแสง เสียง จากเครื่องมือสำหรับช่วยชีวิตที่ทันสมัย และกลิ่นของสารเคมี (Miles and Holditch-Davis, 1997 อ้างถึงใน Franck, et al., 2005) ประกอบกับลักษณะพฤติกรรมของทารกที่ปรากฏและวิธีการรักษา ที่ทารกได้รับ ทำให้ผู้ปกครองรับรู้ว่าการมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง และอาจเสียชีวิตได้ รวมทั้งการที่ผู้ปกครองไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองในการดูแลทารกได้ด้วยตนเอง เป็นปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุให้ผู้ปกครอง รู้สึกเครียด ตกใจ และยุ่งยาก เป็นอย่างมาก (Bernaix , et al., 2006, พรศิริ ใจสม, 2536. อัญชติ ประเสริฐ, 2540) โดยเฉพาะในการเข้าเยี่ยมทารกเป็นครั้งแรก นอกจากนี้การจำกัดเวลาเยี่ยมและสภาพการทำงานอย่างเร่งรีบของแพทย์ พยาบาล การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ปกครองของทารกมีน้อย ความไม่แน่นอนในอาการของบุตร รวมทั้งความเอาใจใส่ของแพทย์และพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อระดับความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดา (Mile M.S., Carson.J., Brunssen S, 1997) บิดามารดาหรือผู้ปกครองที่มีความวิตกกังวลสูง ยังเป็นอุปสรรคต่อการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ บทบาทของบิดามารดา การช่วยเหลือบุตร และความสามารถในการเผชิญต่อวิกฤตการณ์ลดลง (Todres, 1993) นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มของการฟ้องร้องสูงถึง ร้อยละ 58.9 ในกรณีที่ผู้ป่วยมีผลการรักษาไม่ดีและเจ้าหน้าที่ขาดการอธิบายเหตุผลแก่ครอบครัว (ชาญชัย มาลีพันธ์ และ สรวริชิต ทองบัวบาน, 2545) โดยในรอบ 4-5 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนเรื่องร้องเรียนเพิ่มขึ้นจากปีละประมาณ 50 เรื่อง เป็น 300 เรื่อง (สำนักงานสาธารณสุข และประชาสัมพันธ์กระทรวงสาธารณสุข, 2549) จากสาเหตุที่สำคัญ คือปัญหาของการสื่อสารข้อมูล และการขาดความไว้วางใจซึ่งกันและกันระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วยและ/หรือญาติ (แหล่งข้อมูล <http://gotoknow.org/blog/sph/118745>)

การสนับสนุนทางการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่มีทารกเจ็บป่วย โดยเฉพาะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โดยเพิ่มการรับรู้ที่ถูกต้องในสภาพแวดล้อม ของการรักษาพยาบาล การสร้างสัมพันธภาพของความไว้วางใจ การส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้มีบทบาทในการดูแลทารกอันเป็นที่รัก ตลอดจนการแนะนำแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะใช้ในการเผชิญความเครียดได้อย่างเพียงพอ (Chavez and Feber, 1987; Halm, 1990; Leske, 1996, Aimin, 1999) จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ปกครองสามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริง มีเวลาในการเตรียมตัวที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ แก้ปัญหาที่จะเกิดขึ้นได้ล่วงหน้า และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ (Leske, 2002) โดยนักวิชาการได้เสนอแนะวิธีลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ ได้แก่ การให้ข้อมูล/ความรู้ (Chavez and Feber, 1987; Halm, 1990; Leske, 1996, Aimin, 1999, พิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์ และวิไล ตั้งสถิตพร, 2548) การปรับเวลาเยี่ยมให้มีการยืดหยุ่นมากขึ้น (Nichoson et al., 1993) และการจัดกลุ่มให้การช่วยเหลือ (Halm, 1990) เป็นต้น

การลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกป่วยระยะวิกฤติ ซึ่งเป็นช่วงผู้ปกครอง จะมีความรู้สึกช็อก ปฏิเสธความจริง มีความวิตกกังวลสูง (Azoulay et al., 2003 อ้างถึงใน Stayt, 2007; Hughes MA and McCollum J, 1994 cited in Arockiasamy et al., 2008) และอาจมีความรู้สึกที่รุนแรง (Aquilera and Messick, 1982) หรือปฏิเสธการรับรู้ นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม (Halm, 1990) จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับทารก เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของทารกมากที่สุด สามารถแสดงบทบาทในการช่วยเหลือผู้ปกครองในการลดความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วยของทารก (พิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์ และวิไล ตั้งสถิตพร, 2548) ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จึงต้องการศึกษาโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลในระยะวิกฤต เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาล ที่ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลในระยะวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พยาบาลเป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับทารกป่วยและครอบครัวมากที่สุด การให้การสนับสนุนเป็นบทบาทอิสระของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลของครอบครัวในระยะวิกฤต (Shields-Poë and Pinelli, 1997) และทำให้ครอบครัวเกิดความรู้สึกพึงพอใจในบริการพยาบาล เป้าหมายสำคัญในการดูแลทารกป่วยในหอผู้ป่วยหนัก คือ การทำให้ทารกฟื้นหาย และสามารถกลับบ้านได้อย่างปลอดภัย ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน จากการช่วยให้ผู้ปกครองมีความรู้และทักษะในการดูแลทารกที่ถูกต้อง ขณะอยู่โรงพยาบาล โดยเฉพาะใน 72 ชั่วโมงแรกที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งพบว่าครอบครัวมีความเครียดสูง (Tracy, Fowler and Magarelli, 1999) Affonso (1993) ศึกษาความเครียดของมารดาทารกแรกเกิดก่อนกำหนด พบว่ามารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จะมีความเครียดสูงสุดในช่วง 96 ชั่วโมงหลังคลอด Freucheis (1991), Dunbar และ Mclain (1993) พบว่าผู้ปกครองที่มีทารกอยู่ในระยะวิกฤต ต้องการรับรู้เพียงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่เพียงตรงเป็นอันดับแรก ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับโรค การพยากรณ์โรค และแผนการรักษาสภาพของทารกป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ward K (2001) พบว่า ผู้ปกครองต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาทารก และภาวะเจ็บ การตอบคำถามของเจ้าหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์ ความสนใจของเจ้าหน้าที่ในการรับฟังเกี่ยวกับความกลัวและความคาดหวังของผู้ปกครอง การได้รับความช่วยเหลือให้ผู้ปกครองได้เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ปกครองต่อทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาล และการได้รับคำแนะนำอื่น ๆ จากพยาบาลในการช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ปกครอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การลดความวิตกกังวล และเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ ทักษะการดูแลทารกแรกเกิดของผู้ปกครอง สามารถทำได้ โดยการบูรณาการแนวคิด ดังนี้ แนวคิดของ Malter (1986, อ้างถึงใน Yin King Lee, L. and Yee ling Lau, 2003) ได้ศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยการสอบถามจากนักศึกษาพยาบาลระดับปริญญา พบว่า ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวมีจำนวน 45 ความต้องการ และนำผลการศึกษามาทำเป็นเครื่องมือใช้ประเมินความต้องการของสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อมาได้มีการนำไปปรับปรุงพัฒนาเครื่องมือ และมีการจัดเรียงลำดับความต้องการที่มากที่สุด 10 อันดับแรก ได้แก่ รู้สึกว่ามีความหวัง (To feel that there is hope) รู้สึกว่าบุคลากรในโรงพยาบาลดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี (To feel that hospital personel care about the patient) ต้องการห้องพักอยู่ใกล้กับผู้ป่วย (To have a waiting room near the patient) ต้องการได้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วยก่อนจะจากผู้ป่วย(เมื่อหมดเวลาเยี่ยม) (To be called at leave about the patients' condition) ต้องการทราบความก้าวหน้าของโรค (To

know the progress) ต้องการได้รับคำถามและคำตอบด้วยความซื่อสัตย์ (To have question answered honestly) ต้องการรับทราบข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วย (To know specific facts about the patient prognosis) ต้องการได้คำอธิบายในภาษาที่เข้าใจได้ (To have an explanation given in understandable terms) ต้องการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยวันละครั้ง (To receive information about the patient once per day) และต้องการพบผู้ป่วยบ่อย ๆ (To see the patient frequently) โดย Leske (1991) ได้นำความต้องการทั้ง 45 ความต้องการ มาจัดแบ่งความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยออกเป็นกลุ่ม ๆ ได้ 5 กลุ่ม คือ ความต้องการการสนับสนุน (support) ความต้องการความสบาย (comfort) ความต้องการข้อมูล (information) ความต้องการอยู่ใกล้ชิด (closeness) และความต้องการการรับประกันว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด (assurance) และตั้งชื่อเครื่องมือนี้ว่า Critical Care Family Need Inventory (CCFNI) ซึ่งปัจจุบันได้มีการนำเครื่องมือนี้ มาใช้ในการประเมินความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลจึงมีหน้าที่ในการให้การสนับสนุนผู้ปกครองให้ได้รับการตอบสนองที่ต้องการ

Leske (1991, 2002) ได้ให้แนวคิดการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว เพื่อลดความวิตกกังวล ด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความไว้วางใจในตัวของพยาบาล ได้แก่ (1) สมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) (2) การสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด (Assurance) (3) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Participate) (4) การต้องการความสบาย (Comfort) และ (5) การสนับสนุน (Support) ให้ได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ และการให้แหล่งประโยชน์ เพื่อให้ครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย มีกำลังใจ และมั่นใจในการดูแลทารกป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยทั่วไปหอผู้ป่วยหนักใช้หลักการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิณา จีระแพทย์, 2545) เป็นมาตรฐานในการดูแลทารกแรกเกิด นอกจากนี้ Chavez and Faber (1987) ได้เสนอรูปแบบการปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤต ที่ประกอบด้วย การให้ข้อมูลด้านกระบวนการในเรื่องเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค ฯลฯ การให้ข้อมูลด้านบทบาทของผู้ปกครอง และการให้ข้อมูลด้านความรู้สึก ซึ่งเป็นการอธิบายถึงสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้ครอบครัว เกิดความรู้สึกกังวล หมดกำลังใจ ความรู้สึกผิด เป็นต้น พร้อมทั้งให้โอกาสซักถามเพื่อเป็นแนวทางในการแก้ปัญหาได้ Johnson G. (1990) พบว่าการให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองอย่างครบถ้วนในด้านการรักษา ทั้งให้ข้อมูลโดยการพูด อธิบาย และการให้เอกสาร ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยและสามารถควบคุมสิ่งต่าง ๆ ได้ ซึ่งจะได้ผลดียิ่งขึ้นหากการสนับสนุนการให้ข้อมูลนั้นสอดคล้องกับความต้องการได้รับ

ข้อมูลข่าวสารตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล และความพร้อมของผู้ปกครองขณะนั้น (วิสูตร พงษ์ศิริไพบูลย์, อ้างถึงในพรทิวา มีสุวรรณและชนิษฐา นาคะ, 2551)

ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดเรื่องการสนับสนุนให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาดูแลทารก โดยใช้แนวคิดให้การปฐมนิเทศของ Chavez and Faber (1987) เป็นแนวทางในการให้ข้อมูลของผู้ปกครอง ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก และการให้ข้อมูลด้านบทบาทของผู้ปกครอง โดยกำหนดให้มีการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตโดยใช้หลักความต้องการของสมาชิกในครอบครัว 5 ประการของ Leske (1991, 2002) ได้แก่ สมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย การสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การได้รับความสุขสบาย และการสนับสนุน ให้ได้ระบายความรู้สึก การให้แหล่งประโยชน์ เพื่อให้ครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย มีกำลังใจ และมั่นใจในการดูแลทารกป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยการสนับสนุนให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกตามหลักการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน 7 ข้อ ของเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์ (2545) ประกอบด้วย 1) การดูแลอุณหภูมิร่างกายทางทวารหนักให้อยู่ที่ 37 องศาเซลเซียส 2) การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและออกซิเจนในเลือดให้พอเหมาะ 3) การป้องกันการติดเชื้อ 4) การให้อาหารคือนมแม่ และ/หรือ สารน้ำทางหลอดเลือด 5) การรักษาเฉพาะโรค 6) การส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์เพื่อให้ทารกได้รับนมแม่และไม่ทิ้งการดูแล และ 7) การส่งเสริมด้านพัฒนาการ

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตลดลง
2. ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ประชากรคือ ผู้ปกครองของทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ใน 72 ชั่วโมงแรก ในโรงพยาบาล

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา คือ

ตัวแปรจัดกระทำ ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต

ตัวแปรตาม ได้แก่ ความวิตกกังวล

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต หมายถึง การให้คำแนะนำ ส่งเสริม และให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครองที่มีทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักในช่วง 72 ชั่วโมง เป็นรายบุคคล เปิดโอกาสซักถาม และมีการสาธิตย้อนกลับในกิจกรรมที่ผู้ปกครองร่วมปฏิบัติ โดยใช้แผนการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต ร่วมกับการใช้คู่มือปฏิบัติของผู้ปกครอง ขณะเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยและการใช้สไลด์มัลติมีเดียขึ้นประกอบคำแนะนำ สร้างขึ้นตามแนวคิด ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยของ Leske (1991) 5 ด้าน คือ สมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย (closeness) การสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด (assurance) ความต้องการทราบข้อมูล (information) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Participate) ความต้องการความสบาย (comfort) และความต้องการการสนับสนุน (support) ให้ได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ และการให้แหล่งประโยชน์ ร่วมกับหลักการปฐมนิเทศการเข้าเยี่ยม ตามแนวคิดของ Chavez and Faber (1987) ได้แก่ การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก และการให้ข้อมูลด้านบทบาทของผู้ปกครอง โดยกำหนดให้มีการสนับสนุนการให้ข้อมูลและแนวคิดการดูแลทารกแรกเกิดขึ้นพื้นฐานของ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์ (2545) โปรแกรมประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

### ขั้นที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพในระยะปฐมนิเทศ ได้แก่

1. การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ ได้แก่
  - ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ และการรักษาที่ได้รับไปแล้ว
  - ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมทั่วไปในหออภิบาลทารกแรกเกิด
  - ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของโรงพยาบาล
  - ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่
2. การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก ได้แก่
  - ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ปกครองอาจต้องเผชิญโดยไม่คาดคิด เช่น การเปลี่ยนแปลงอาการของทารกในทางลบ เนื่องจากในภาวะวิกฤต อาการของทารกไม่คงที่
3. การให้ข้อมูลทางด้านบทบาทของผู้ปกครอง
  - ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ของผู้ปกครอง
  - ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติพยาบาลระยะวิกฤตที่ทารกได้รับ รวมทั้งเหตุผลในการให้การปฏิบัติพยาบาลนั้น ๆ



## ขั้นที่ 2 การพยาบาลแบบสนับสนุน ได้แก่

1. การให้ครอบครัวใกล้ชิดชิดกับทารกป่วยและการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลทารกโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน
2. การให้คำปรึกษาและระบายความรู้สึก
3. การให้แหล่งประโยชน์

**ความวิตกกังวล** หมายถึงภาวะทางอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่เกิดขึ้นในผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก โดยมีความรู้สึกเหมือนอยู่ในสภาวะไม่มั่นคง ไม่แน่นอน รู้สึกหวาดหวั่น กระวนกระวายใจ หรือไม่สบายใจ เป็นทุกข์ในอาการเจ็บป่วยของทารก ซึ่งวัดด้วยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเฉยใจ (State Anxiety Inventory Form Y-1 หรือ STAI Form Y-1)

**การให้การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การให้การพยาบาลเกี่ยวกับทารกระยะวิกฤตแก่ผู้ปกครอง ที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักปฏิบัติอยู่เป็นประจำ ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการแสดงของทารกและการรักษาของแพทย์ การให้การพยาบาลตามอาการของทารก การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบของทางโรงพยาบาล การเปลี่ยนรองเท้า การล้างมือก่อนและหลังเข้าเยี่ยมทารก โดยไม่กำหนดจำนวนครั้ง ระยะเวลา และไม่ได้กำหนดรูปแบบการให้ข้อมูลที่แน่นอน

**ผู้ปกครอง** หมายถึง บุคคลที่มีความผูกพันทางสายเลือดที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักหรือเป็นผู้รับผิดชอบเลี้ยงดูทารกแรกเกิด ได้แก่ บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย

**ทารกแรกเกิด** หมายถึง ทารกที่มีภาวะวิกฤตตั้งแต่แรกเกิด ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด และมีระยะเวลาการอยู่ในหอผู้ป่วยหนักมากกว่า 72 ชั่วโมง

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต ไปใช้กับผู้ปกครองที่เข้าเยี่ยมทารกทุกรายในหอผู้ป่วยหนักอย่างแพร่หลาย ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับอาการของทารก การรักษาพยาบาล กฎระเบียบของการเข้าเยี่ยมทารก และสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ปกครองคลายความวิตกกังวลได้

2. ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ประกอบการให้สามารถใช้ศักยภาพและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการแก้ปัญหาด้วยตัวเองอย่างมั่นใจ
3. เสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างครอบครัวของทารก โดยเฉพาะสัมพันธภาพระหว่างพ่อ แม่ ลูก
4. เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ประกอบการและเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนัก ลดความขัดแย้ง
5. กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลทารก เห็นความสำคัญในการให้ปฐมนิเทศกับผู้ประกอบการอย่างเป็นระบบ
6. เป็นข้อมูลเพื่อการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อลดผลกระทบของการมีทารกแรกเกิดเจ็บป่วยระยะวิกฤตต่อผู้ประกอบการ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อ ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวน ตำรา บทความ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. ทารกแรกเกิดระยะวิกฤต
  - 1.1 ลักษณะทารกแรกเกิด
  - 1.2 ปัจจัยเสี่ยงต่อทารกแรกเกิด
  - 1.3 พยาธิสภาพของทารกแรกเกิด
  - 1.4 การพยาบาลทารกแรกเกิด
2. ภาวะวิกฤติของครอบครัว
3. ความวิตกกังวลของผู้ปกครอง
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ปกครอง
5. บทบาทพยาบาลทารกแรกเกิดระยะวิกฤตและครอบครัว
6. โปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต

#### 1. ทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

ระยะวิกฤต คำว่า วิกฤต มาจากภาษาอังกฤษ คือ Crisis และ Critical ซึ่งมีความหมายที่ใกล้เคียงกัน คำว่า Critical ใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการเพียบหนัก อาการรุนแรง หรือขั้นฉุกเฉิน อันตรายสำหรับคำว่า Crisis ใช้กับผู้ป่วยที่อยู่ในสภาวะคับขัน เป็นจุดวิกฤตของความเป็นความตายที่เท่าเทียมกัน Golan (1978) ได้กล่าวถึงว่า ภาวะวิกฤต เป็นช่วงที่กลไกการปรับตัวไม่สามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้เกิดความเสียสมดุล ต้องได้รับความช่วยเหลือโดยเร็วที่สุด

ทารกแรกเกิดระยะวิกฤต หมายถึง ทารกแรกเกิดที่ร่างกายมีภาวะเสี่ยง หรือภาวะคุกคามที่อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต (นฤมล กิจจานนท์, 2540) และความพิการโดยไม่คำนึงถึงอายุครรภ์หรือน้ำหนักแรกเกิด โอกาสเจ็บป่วยหรือตายมากกว่าปกติ เนื่องจากปัจจัยต่าง ๆ จากการตั้งครรภ์ การคลอด และการปรับตัวของทารกในสิ่งแวดล้อมภายนอกมดลูกหลังคลอด (รัชตะวรรณ โอฟ้าพิริยกุล, 2545) ทารกระยะวิกฤต ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหรือความผิดปกติที่รุนแรง ส่งผลให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายบกพร่อง ต้องการการดูแล รักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจาก

ทีมแพทย์และพยาบาลที่มีความรู้ ทักษะ และประสบการณ์สูงในหอผู้ป่วยหนักร่วมกับมีความจำเป็นต้องใช้ยาและเวชภัณฑ์ ตลอดจนเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ซับซ้อนและมีราคาแพง เพื่อให้มีชีวิตรอดอยู่ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (ดุสิต สถาวร, 2545) นอกจากนี้ยังมีลักษณะของทารกแรกเกิดที่มีภาวะความเสี่ยงสูง จำแนกตามน้ำหนักตัว อายุครรภ์ หรือปัญหาทางพยาธิสรีรภาพของทารก ได้แก่ หยุดหายใจ กลุ่มอาการหายใจลำบาก แรงดันเลือดในปอดสูง สุดล้ำลึกซีเทา ความพิการแต่กำเนิด บิลิรูบินในเลือดสูง เลือดชั้น โลหิตจาง น้ำตาลในเลือดต่ำ น้ำตาลในเลือดสูง การติดเชื้อ และช็อก (ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2547) ซึ่งในระยะวิกฤต พบว่ามากกว่า 1/5 ของทารกทั้งหมด ที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ (รัชตะวรรณ โอฟ้าพิริยกุล (2545)

1. ทารกที่ต้องใช้การช่วยหายใจ โดยใช้เครื่องช่วยหายใจหรือใช้ความดันบวกในทางเดินหายใจอย่างต่อเนื่อง และทารกใน 24 ชั่วโมงแรกหลังเลิกใช้เครื่องช่วยหายใจ
2. ทารกที่ได้รับสารอาหารชนิดครบถ้วนทางหลอดเลือดดำ (Total Parenteral Nutrition)
3. ทารกภาวะผิดปกติทางหัวใจ และหายใจที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ รวมถึงภาวะหยุดหายใจที่เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง
4. ทารกหลังการผ่าตัดที่สำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ใน 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด
5. ทารกอายุครรภ์ต่ำกว่า 30 สัปดาห์ ในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด
6. ทารกที่มีภาวะช็อก
7. ทารกที่รับย้ายจากโรงพยาบาลอื่น เพื่อการตรวจวินิจฉัย หรือรักษาเป็นพิเศษโดยเฉพาะ
8. ทารกที่ได้รับการตรวจรักษาที่สำคัญ ได้แก่ ใส่สายสวนหลอดเลือดแดง (arterial catheterization) หรือการเปลี่ยนถ่ายเลือด (exchange transfusion)

### ลักษณะทารกแรกเกิด

ทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก มีขนาดอายุครรภ์ต่างกัน ลักษณะของการปรับตัวต่อสภาพภายนอกครรภ์จึงแตกต่างกันตามอายุครรภ์ที่แตกต่างกัน และเกิดจากความผิดปกติหรือโรคแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และขณะคลอด ทำให้การเจ็บป่วยแตกต่างกันไปด้วย (วิลโล ราตรีสวัสดิ์, 2550) การจำแนกประเภทของทารกแรกเกิด ทำให้การวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาและการพยากรณ์โรคได้ดีขึ้น การจำแนกโดยแยกตามน้ำหนักตัวและอายุ ได้แก่ (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545; American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002, and World Health Organization, 2001 อ้างถึงใน Bakewell-Sachs S, 2007)

1. ทารกคลอดครบกำหนด (full term infant) คือทารกที่เกิดระหว่างอายุครรภ์ 38 0/7-42 6/7 สัปดาห์ และมีน้ำหนักไม่น้อยกว่า 2,500 กรัม มักได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ทารกคลอดก่อนกำหนด (preterm infant) เป็นทารกที่เกิดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ โดยคำนวณจากวันที่มีประจำเดือนครั้งสุดท้ายของมารดา (Ashwill และ Droske, 1997) โดยแบ่งออกเป็น 3 ประเภท (พรทิพย์ ศิริบุญรัตน์พัฒนา และ ศิริวรรณ ตันเลิศ, 2544) และมีความแตกต่างตามน้ำหนักตัวและอายุครรภ์ (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545) คือ

2.1 ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ใกล้เคียงกับทารกครบกำหนดปกติ (Borderline premature) มีอายุครรภ์ระหว่าง 37-38 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดใกล้เคียง 2500 กรัมหรือมากกว่า

2.2 ทารกคลอดก่อนกำหนดระดับกลาง (Moderate premature) มีอายุครรภ์ระหว่าง 31-36 สัปดาห์ น้ำหนักอยู่ในช่วง 1,500-2,000 กรัมอาจพบน้ำหนักสูงถึง 2,500 กรัมในอายุครรภ์ที่ 35-36 สัปดาห์

2.3 ทารกคลอดก่อนกำหนดขนาดเล็กที่สุด (Extremely premature) มีอายุครรภ์ระหว่าง 24-30 สัปดาห์ น้ำหนักอยู่ในช่วง 500-1,500 กรัม เป็นกลุ่มที่มีปัญหามากที่สุด อัตราตายสูง

ลักษณะของทารกคลอดก่อนกำหนด คือ ความยาวของลำตัวไม่เกิน 47 เซนติเมตร และมีน้ำหนักแรกเกิดไม่เกิน 2,500 กรัม ศีรษะมีขนาดใหญ่เมื่อเทียบกับลำตัว ขนาดรอบศีรษะต่ำกว่า Percentile ที่ 50 กระหม่อมใหญ่ รอยต่อกระดูกกะโหลกศีรษะและกระหม่อมกว้าง มีโอกาสเกยกันง่าย เปลือกตาบวมและนูนออกมา ตามักปิดตลอดเวลา ใบหูโค้งเล็กน้อย อ่อน นิม งอพับได้ และกลับคืนช้า หัวนมและฐานหัวนมแบนราบ มองไม่ค่อยเห็นหัวนม กระดูกทรวงอกนูน เวลาหายใจจะถูกตั้งรับเห็นเป็นรอยนูนตรงหน้าอกและแนวกระบังลม การหายใจไม่สม่ำเสมอ ท้องป่องเนื่องจากกล้ามเนื้อหน้าท้องไม่แข็งแรง แขน ขา ยาวแก้ง่าม เมื่อเทียบกับลำตัว มีกล้ามเนื้อน้อย แขนขาเหยียดออก ไชเคลือบตัวมีน้อย ผิวหนังค่อนข้างบาง แดง ใส มองเห็นหลอดเลือด ขนอ่อนตามร่างกายมีมาก โดยเฉพาะบริเวณหน้า ไหล่ หลัง ลายฝ่าเท้าไม่ชัดเจน อาจพบเพียงเส้นเดียว หรือมีเล็กน้อยที่ปลายเท้า การเคลื่อนไหวของร่างกายมีน้อย เวลาขยับตัวมีอาการคล้ายกระดูกส่วนใหญ่มักจะหลับ ร้องเสียงเบา อวัยวะเพศยังไม่เต็มที่ ในเพศชาย พบว่าลูกอัณฑะเคลื่อนลงมาอยู่ในถุงอัณฑะเป็นบางส่วน หรืออยู่ที่ขาหนีบ และถุงอัณฑะจะมีรอยย่นน้อย ในเพศหญิง จะเห็นแคมใหญ่ (labia majora) ปิดแคมเล็ก (labia minora) ไม่มีมด จึงเห็นแคมเล็กและคลิตอริส (Clitoris) ชัดเจน (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545; Lauwers, J. and Swisher, A., 2005)

ปัญหาที่มักพบบ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนด ได้แก่ (พรทิพย์ ศิริบุญรัตน์พัฒนา และ ศิริวรรณ ตันเลิศ, 2544; นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545; Wong, 2995 อ้างถึงใน จริญญา อินทะพันธุ์, 2544; Lauwers, J. and Swisher, A., 2005)

1) ปัญหาระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากปอดยังเจริญไม่เต็มที่ทั้งทางโครงสร้างและการผลิตสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ซึ่งอยู่ที่ผิวของถุงลม มีประโยชน์ในการช่วยลดแรงตึงผิวทำให้ถุงลมคงอยู่ได้ในขณะหายใจออก และช่วยป้องกันเยื่อปอดไม่ให้ถูกทำลาย ยังไม่พร้อมในการทำหน้าที่แลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้เกิดภาวะหายใจลำบากจากการขาดสารลดแรงตึงผิวเรียกว่าภาวะหายใจลำบาก หรือ RDS (Respiratory distress syndrome) ซึ่งเป็นโรคที่พบมากที่สุดในการคลอดก่อนกำหนด รองลงมาคือภาวะหยุดหายใจ โรคปอดเรื้อรัง และภาวะปอดมีลมรั่ว ทารกมีอาการตัวเขียวขณะหายใจในอากาศธรรมดา เนื่องจากมีเลือดในปอด ลัตวงจระจกขาไปซ้าย มีการไหลเวียนของเลือดส่วนปลายไม่ดี ทำให้ทารกมีสีผิวซีด คล้ำ แม้ว่าค่า Hematocrit ไม่ต่ำ และอาจมีแขน ขาบวม จากการซึมผ่านของน้ำออกนอกหลอดเลือดซึ่งจะพบภายหลังคลอดหลายชั่วโมง

2) การควบคุมอุณหภูมิร่างกายได้ไม่ดี ศูนย์ควบคุมความร้อนในสมองส่วน hypothalamus ยังเจริญไม่เต็มที่ ร่างกายมีการสูญเสียความร้อนมากกว่าการสร้างความร้อน เนื่องจากทารกมีพื้นที่ผิวมากกว่าน้ำหนักตัว ไขมันใต้ผิวหนังน้อย โดยเฉพาะไขมันสีน้ำตาล (Brown fat) เป็นไขมันที่พบเฉพาะในทารกแรกเกิด พบบริเวณกระดูกสะบัก รอบ ๆ คอเหนือกระดูกไหปลาร้า รักแร้ รอบหัวใจ รอบตัว

3) การติดเชื้อ ทารกคลอดก่อนกำหนดมีการเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น เพราะเม็ดเลือดขาวมีน้อย ทำหน้าที่ได้ไม่สมบูรณ์ โปรตีนที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันโรคที่มีคุณสมบัติต่อต้านเชื้อแบคทีเรีย ไวรัส ที่ได้รับจากมารดามีระดับต่ำกว่าในทารกคลอดครบกำหนด ได้แก่ Immunoglobulin G (Ig G), Immunoglobulin A (Ig A), และ Immunoglobulin M (Ig M) และทารกมีผิวหนังบาง ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

ในทารกคลอดก่อนกำหนดอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทุกระบบยังไม่สมบูรณ์และยังไม่พร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งแวดล้อมภายนอกครรภ์มารดา จนกว่าจะครบ 40 สัปดาห์ ทำให้ปัญหาทางด้านต่าง ๆ เช่นการหายใจ ไม่สม่ำเสมอ การควบคุมอุณหภูมิและการดูดซึมไม่ดี ติดเชื้อง่าย น้ำตาลในเลือดต่ำ จึงมีโอกาสเจ็บป่วยและมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย ส่วนใหญ่จึงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานได้ดีขึ้น (พรสวรรค์ สันพิทักษ์เขต, 2550)

3. ทารกคลอดเกินกำหนด (post term infant) เป็นทารกที่คลอดหลังอายุครรภ์ 42 6/7 สัปดาห์ (Ashwill & Droske, 1997 อ้างถึงใน นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545) ลักษณะของทารกคลอดเกินกำหนดจะมีผิวหนังแห้ง แดง (parchment paper) ผิวหนังห้อยย้อย ลำตัวยาว บาง ไม่มีไขคลุมตามลำตัว เหมือนทารกคลอดปกติ เนื่องจากทารกใช้เวลาอยู่ในมดลูกเป็นระยะเวลาานาน มีผมดก มี เล็บมือเล็บเท้ายาว อาจมีผิวสีเหลืองปนเขียวจากการขับถ่ายขี้เทา บริเวณผิวหนังและ

เล็บเป็นสีเหลืองปนเขียว และรอยย่นของฝ่ามือและฝ่าเท้ามองเห็นได้ชัดเจน (Lauwers, J., and Swisher, A., 2005) สำหรับภาวะเสี่ยง ทารกคลอดเกินกำหนดมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดขี้เทาในน้ำคร่ำ (meconium) ซึ่งขี้เทาเป็นอุจจาระของทารก เมื่อลำไส้ของทารกมีการเคลื่อนไหวขณะอยู่ในมดลูก ทารกจะสูดสำลักขี้เทาเข้าสู่ปอด (Meconium aspiration syndrome) มีผลทำให้เกิดโรคปอดบวม (pneumonia) หรือมีความผิดปกติอื่น ๆ ตั้งแต่ออยู่ในมดลูก สาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความผิดปกตินี้คือ การขาดออกซิเจนของทารกขณะอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการคลอด ขี้เทาจะไปอุดตามหลอดลมขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็กจนถึงถุงลมได้ ทำให้มีอาการหายใจเร็วกว่าปกติเล็กน้อย เป็นเวลา 2-3 วัน หลังคลอด จนถึงอาการรุนแรงขนาดการหายใจล้มเหลว อาการสำคัญ ได้แก่หายใจเร็วกว่า 60 ครั้งต่อนาที เขียวทั้งปลายมือ ปลายเท้า และรอบปาก หน้าอกโป่งผิดปกติ เวลาหายใจเข้าหน้าอกจะบวมแต่ไม่ชัดเจนเหมือน RDS การฟังปอดได้ยินเสียง rale เสียงลมเข้าออกที่คอดยลง เสียงหัวใจคอดยลง เนื่องจากมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) (สาธิต ไทตระกิตย์, 2533; Lauwers, J. and Swisher, A., 2005)

4. ทารกน้ำหนักน้อย (low birth weight) ซึ่งเป็นทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ลักษณะเหมือนทารกปกติ แต่มีน้ำหนักตัวน้อย มีผิวหนังลอก เขียวย่น บางครั้งมีสีเหลืองหรือเขียวติดตามเล็บ สายสะดือและผิวหนัง มักหน้าตื้นอยู่เสมอ ภาวะแทรกซ้อนจะพบภาวะขาดออกซิเจน การสูดสำลักน้ำคร่ำ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ภาวะเลือดซัน ภาวะเลือดออกในปอด และความพิการแต่กำเนิด (ประพุกท ศิริบุญย์, 2533)

ทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง มีอัตราตายมากกว่าทารกครบกำหนดที่ปกติ การรู้ปัจจัยเสี่ยงล่วงหน้า ทำให้มีการเฝ้าระวัง สามารถเตรียมพร้อมในการรักษาพยาบาลและป้องกันมิให้ทารกเกิดอาการรุนแรงหรือเกิดโรคแทรกอื่น ๆ การได้รับการวินิจฉัยที่รวดเร็ว ถูกต้อง ช่วยลดอุบัติการณ์ของการเจ็บป่วย ความพิการและอัตราตายของทารกได้ การเฝ้าระวังและติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด อาจใช้เวลา 4-6 ชั่วโมง 2-3 วัน หลายสัปดาห์ หรือนานกว่านั้น ขึ้นกับหลายปัจจัยที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับทารก

### ปัจจัยเสี่ยงต่อทารกแรกเกิด

#### 1. ปัจจัยทางมารดา ได้แก่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล และ เศรษฐฐานะ ได้แก่ อายุมารดา <16 ปี หรือ >40 ปี ดิทยา แอลกอฮอล์ บุหรี่ ยาากจน ไม่ได้แต่งงาน มีความเครียดทั้งทางกายและใจ

1.2 ประวัติสุขภาพในอดีต ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง แผลที่เรียกในปัสสาวะ โดยไม่มีอาการ การใช้ยาระยะยาวและ โรค SLE

1.3 ประวัติการตั้งครรภ์ ได้แก่ การเสียชีวิตของทารกในครรภ์ก่อน การตายในวัยทารก แรกเกิด การคลอดก่อนกำหนด ความพิการแต่กำเนิด ปากมดลูกแข็ง (incompetent cervix) หมู่เลือดไม่เข้ากัน ภาวะเหลืองในวัยทารกแรกเกิด ทารกแรกเกิดที่มีภาวะเกร็ดเลือดต่ำ เลือดออกทางช่องคลอด เช่น รกเกาะต่ำ (placenta prevere) รกลอกตัวก่อนกำหนด (abruptio placenta) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น กลุ่มติดเชื้อ group B Streptococcus, Chlamydia ชิฟิลิส ด้บอักเสบบี ภาวะครรภ์เป็นพิษ (Preeclampsia) มีน้ำเดินก่อนคลอดมากกว่า 24 ชั่วโมง (premature rupture of membrane: PROM) ครรภ์แฝด ตั้งครรภ์ภายใน 6 เดือนหลังคลอดครรภ์ที่แล้ว มีน้ำคร่ำในมดลูกมาก (Polyhydramnios) มีการเจ็บป่วยปัจจุบันทั้งด้านอายุรกรรมและ ศัลยกรรม และฝากครรภ์น้อยครั้ง

2. ปัจจัยด้านการคลอด ได้แก่ คลอดก่อนกำหนด (Premature) อายุครรภ์ ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ คลอดเกินกำหนด (Post term) อายุครรภ์ มากกว่า 42 สัปดาห์ คลอดท่าก้น (Breech extraction) คลอดโดยผ่าตัดทางหน้าท้อง (Caesarean section) คลอดโดยใช้แรงดูด (Vacuum Extraction) คลอดโดยใช้คีม (Forceps Extraction) ภาวะสูดสำลักขี้เทา (Meconium Aspiration Syndrome) สายสะดือพันคอ คะแนนแอฟการ์ ที่ 1 นาทิต่ำกว่า 4

3. ปัจจัยของทารกแรกเกิด ได้แก่ น้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,000 หรือมากกว่า 4,000 กรัม ทารกเกิดก่อนอายุครรภ์ 37 หรือ หลังอายุครรภ์มากกว่า 42 สัปดาห์ มีน้ำหนักผิดปกติ เมื่อเทียบกับอายุครรภ์ ภาวะขาดออกซิเจน หายใจเร็วหรือเขียว มีความพิการแต่กำเนิดรุนแรง คะแนนแอฟการ์ (Apgar score) ที่ 5 นาทิต่ำกว่า 4 ภาวะซีด ภาวะเม็ดเลือดแดงเกิน จำเลือด ภาวะชัก ใช้เครื่องช่วยหายใจ มากกว่า 72 ชั่วโมง ภาวะความดันเลือดในปอดสูง (PPHN) ภาวะเลือดออกในสมอง โรคปอดเรื้อรัง ภาวะติดเชื้อในครรภ์ (congenital infection) ภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ความผิดปกติระบบประสาทแต่กำเนิด เส้นประสาทบาดเจ็บจากการคลอด การสูญเสียการได้ยิน ภาวะจอภาพตาผิดปกติ ภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด หรือมีอาการตัวเหลืองที่ต้องทำการเปลี่ยนถ่ายเลือด

อัตราตายของทารกสูงมากขึ้นในทารกที่มีน้ำหนัก มากกว่า 4,000 กรัม และมีอายุครรภ์ มากกว่า 42 สัปดาห์ ร้อยละ 40 ของการตายของทารกปรกติกำเนิด มีอายุครรภ์เกิน 37 สัปดาห์ และ น้ำหนัก 2,500 กรัม



## พยาธิสภาพทารกแรกเกิด (สุนทร ฮ่อเผ่าพันธุ์, 2533; พรพิมล ไทยธรรมยานนท์, 2544)

ภาวะวิกฤตของทารกส่วนใหญ่เกิดขึ้นในระหว่างการคลอดและแรกคลอดใหม่ ๆ จะมีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นในร่างกายของทารกเพื่อปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมนอกครรภ์มารดา (neonatal transition period) ทารกจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและถูกต้อง เพื่อลดอัตราการตายและการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่าปัญหาที่พบบ่อยมากในทารกแรกเกิดได้แก่ ระบบหายใจและการหมุนเวียนโลหิต (cardiorespiratory system) เกิดการเปลี่ยนแปลงทันทีอย่างมากที่สุดกว่าระบบอื่น ๆ โดยมีการเปลี่ยนแปลงหลายระบบดังนี้

### 1. ระบบหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular system)

การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือดเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วหลังคลอด โดยเลือดสูบฉีดจากหัวใจผ่าน pulmonary artery เพิ่มขึ้น pulmonary vascular resistant ลดลง และทำให้ ductus arteriosus ปิด เป็นผลทำให้เลือดไหลกลับเข้าหัวใจเพิ่มขึ้น และความดันใน atrium ซ้ายซ้ายเพิ่มขึ้นไปดันให้ foramen ovale ปิด ระบบไหลเวียนของเลือดจึงเปลี่ยนจาก fetal circulation เป็น neonatal circulation อย่างสมบูรณ์ ความดันโลหิตของทารกจะสูงขึ้นกว่าระหว่างอยู่ในครรภ์ พร้อมกับมีการหดตัวของหลอดเลือดในสายสะดือ การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้เป็นผลจากการตอบสนองต่อการมีปริมาณออกซิเจนในปอดเพิ่มขึ้นภายหลังการหายใจของทารกเอาออกซิเจนเข้าสู่ปอด ในทารกที่อยู่ในระยะวิกฤต (fetal distress) ก่อนคลอด การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่นนี้อาจไม่เกิดขึ้น ทำให้ทารกยังคงมีระบบการไหลเวียนของเลือดเป็นแบบทารกในครรภ์ (persistent fetal circulation: PFC) มีเลือดดำจำนวนมากผ่านจากหัวใจซีกขวาสู่ซีกซ้าย (right to left shunt) ส่งผลให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxemia) ทำให้เลือดเป็นกรด (acidosis) ทั้งสองอย่างนี้ทำให้เส้นเลือดในปอดหดตัว เลือดไหลลัดวงจรจากขวาไปซ้ายเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือหรือแก้ไขให้กลับสู่ neonatal circulation ทารกจะเสียชีวิต นอกจากนี้ในทารกคลอดก่อนกำหนดมักมีปัญหาของการที่ ductus arteriosus ไม่ปิดหลังคลอด (patent ductus arteriosus: PDA) หรือต้องใช้ระยะเวลาหลายวัน ทำให้เลือดแดงจาก aorta ไหลเข้าสู่ pulmonary artery กลับเข้าสู่ปอดใหม่ เกิดการไหลเวียนของเลือดจากซ้ายไปขวา (left to right shunt) หัวใจห้องซ้ายจึงต้องทำงานหนักขึ้น ทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ (ชัยสิทธิ์ แสงทวีศิลป์, 2540)

ในทารกครบหรือเกินกำหนดที่มีปัญหาขาดออกซิเจนก่อนคลอด มีอัตราการตายสูง เรียกว่า persistent pulmonary hypertension of the Newborn: PPHN กว่าร้อยละ 50 โดยเฉพาะรายที่เกิดตามหลังลำค้ำซี่เทาจำนวนมากเข้าปอด

## 2. ระบบการหายใจ (Respiratory system)

ปอดทารกแรกเกิดจะทำงานสมบูรณ์ได้ต้องมีสารลดแรงตึงผิว (surfactant) ซึ่งอยู่ที่ผิวของถุงลม ปอด (alveoli) มีประโยชน์ในการช่วยลดแรงตึงผิว ทำให้ถุงลมคงอยู่ได้ในขณะหายใจออก และช่วยป้องกันเยื่อปอดไม่ให้ถูกทำลาย ร่างกายสร้างสารนี้ในเซลล์บุผิว alveoli II ตั้งแต่อายุครรภ์ประมาณ 20-22 สัปดาห์ และสามารถขับออกจากเซลล์เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 28 สัปดาห์ จะออกมาในลักษณะ เป็นฟิล์มเคลือบบนผนัง alveoli มี disaturated phospholipids ชนิด Dipalmitoyl phosphatidyl choline (DPPC) และ phosphatidyl glycerol (PG) เป็นส่วนประกอบที่สำคัญของสารลดแรงตึงผิว โดยปกติทารกสามารถสร้างและขับสารลดแรงตึงผิวเข้าสู่ alveoli ได้อย่างสมบูรณ์เมื่ออายุครรภ์ประมาณ 35 สัปดาห์ แต่อาจเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเร่งและการชะลอการสร้างสารลดแรงตึงผิว ตัวอย่างปัจจัยที่เร่งสร้างสารลดแรงตึงผิว ได้แก่ มารดามีน้ำเดินก่อนคลอดเป็นระยะเวลานาน มารดาติดยาเสพติด มารดาที่ได้รับยา betamethasone, dexamethasone หรือภาวะการชะลอการสร้างสารลดแรงตึงผิว ได้แก่ มารดาเป็นโรคเบาหวาน มีการตกเลือดก่อนคลอด เป็นต้น

ในกรณีที่มีความผิดปกติเกิดขึ้น ทำให้มีการใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงทางระบบหายใจเพื่อปรับให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้น จึงเกิดอาการหายใจลำบากในทารกแรกเกิด (idiopathic respiratory distress syndrome: IRDS) โดยจะแสดงอาการหายใจลำบากทันที หรือภายใน 2-3 ชั่วโมง หรือ 6 ชั่วโมง หลังคลอด การดำเนินของโรคจะรุนแรงที่สุดเมื่อทารกมีอายุระหว่าง 48-72 ชั่วโมง เริ่มด้วย การหายใจเร็ว (tachypnea) หอบ อัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที หรืออาจถึง 100 ครั้งต่อนาที เพื่อแลกเปลี่ยนให้ได้ออกซิเจนเข้าไปได้เพิ่มขึ้น หลังจากนั้นร่างกายจะพยายามใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ จะเห็นมีอาการของปีกจมูกของทารกบาน (nasal flaring) มีหน้าอกบวม บริเวณ ทรวงอก ได้แก่ intercostal, subcostal, sternal หรือ suprasternal muscle ในทารกที่มีอาการไม่รุนแรงฟังปอดจะได้ยินเสียง fine crepitation และในรายที่มีอาการรุนแรงมาก เสียงหายใจจะเบาลง เนื่องจากถุงลมแฟบ (atelectasis) เกิดภาวะ hypoxemia และ respiratory acidosis ในกรณีที่มีอาการมากขึ้นอีก จะมีหายใจออกมีเสียงดังเรียกว่า grunting ซึ่งเกิดจากช่องสายเสียง (glottis) ปิดทางเดินหายใจอันเป็นความพยายามของร่างกายอย่างหนึ่งที่จะทำให้ระยะของการหายใจออกนานขึ้น และอากาศมีเวลาอยู่ในปอดนานขึ้น เพื่อช่วยให้ออกซิเจนมีโอกาสผ่านไปยังกระแสเลือดมากขึ้น หากมีการทดแทนออกซิเจนในเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ ทารกจะมีอาการเขียว (cyanosis) และหากศูนย์การหายใจไม่สามารถที่จะทนทานต่อ tissue hypoxia ได้ จะเกิดการหยุดหายใจทำให้ทารกเสียชีวิตได้ ซึ่งระยะเวลาของอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น จะมาก น้อย เร็ว หรือช้า นั้นแปรผันตามความรุนแรงของโรค อาการ 2-3 อย่างแรกของการหายใจลำบากมักจะเกิดเกือบพร้อม ๆ กัน สำหรับอาการเขียว

(cyanosis) จะเกิดทีหลัง แต่เป็นสิ่งที่เห็นได้ชัดและเรียกร้องความสนใจจากผู้รักษาพยาบาลได้ง่ายที่สุด และทำให้ได้รับการรักษาหรือได้รับออกซิเจน ลักษณะของการหายใจในทารกคลอดก่อนกำหนดหรือทารกที่มีปัญหามักมีอยู่ 3 แบบด้วยกันคือ regular, irregular และ periodic breathing ยิ่งคลอดก่อนกำหนดหรือยังมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยลงมากเท่าไรก็ยิ่งพบ periodic breathing มากขึ้น ซึ่งจะพบอยู่ประมาณระยะหนึ่งแล้วจึงค่อย ลดน้อยลงตามลำดับเมื่อทารกเจริญเติบโต สมบูรณ์มากขึ้น

สาเหตุของการหายใจลำบาก ได้แก่

2.1 Perinatal asphyxia สาเหตุส่วนใหญ่ของ asphyxia เกิดในระยะเวลาที่ทารกยังอยู่ในครรภ์ (intrauterine) ซึ่งอาจตรวจพบได้ก่อนคลอด เช่นในกรณีที่มีรกเกาะต่ำ (placenta previa) ในมารดาที่มีภาวะครรภ์เป็นพิษ เป็นต้น ในกรณีของ intrauterine asphyxia อาจพบ meconium stained ได้และหากมีอาการมาก ๆ อาจเกิด meconium aspiration syndrome ซึ่งความรุนแรงอาจเป็นไปได้ตั้งแต่ mild จนถึง severe respiratory distress ในทารกน้ำหนักตัวน้อย อาจพบภาวะนี้ได้โดยที่ คะแนนเอพการ์ไม่ต่ำ สำหรับในทารกที่มีน้ำหนักน้อย (small for gestational age) และคลอดเกินกำหนด (postmature) จะพบ asphyxia ได้ง่าย

2.2 Respiratory Distress Syndrome (RDS) หรือ Hyaline Membrane Disease (HMD) เป็นปัญหาความไม่สมบูรณ์ของปอดของทารกที่คลอดก่อนกำหนด พบว่าการสร้างสาร surfactant ประกอบด้วย lecithin และ sphingomyelin (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์, 2533) ซึ่งเป็นสารสำคัญที่ทำให้มีการขยายตัวของถุงลมในปอด (alveoli expansion) นั้นยังไม่เพียงพอทำให้มีอาการของการหายใจลำบากเกิดขึ้น ในรายที่ขาด surfactant มาก ๆ อาการหายใจลำบากอาจรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ โรคนี้จะมีค่อย ๆ มีอาการมากขึ้นเป็นลำดับ ส่วนใหญ่จะรุนแรงมากที่สุดในวันที่ 2-3 หากการรักษาประคับประคองเป็นไปได้ดีและทำให้ alveolar cell type II สร้าง surfactant ขึ้นได้ใหม่ อาการก็จะค่อย ๆ ทุเลาลง

2.3 Transient tachypnea of the newborn (TTN) เป็น mild respiratory distress ที่เข้าใจว่าเกิดเนื่องจากการที่น้ำในช่องปอดยังคงเหลือค้างอยู่ในปอดมากเกินไป (wet lung syndrome) ทารกมักต้องการออกซิเจนเพียง 1-3 วันเท่านั้น และต้องการเพียงเล็กน้อย (25-40%) ปัจจัยการคลอดที่ส่งเสริมให้เกิดภาวะนี้ได้แก่ การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง (cesarean section) หรือ การคลอดโดยทันทีทันใด (precipitous delivery) ซึ่งเชื่อว่าการที่ทรวงอกของทารกไม่ได้ถูกรีดในช่วงคลอดนานเพียงพอ ทำให้กลไกการดูดซึมน้ำในปอดเข้าสู่ระบบการไหลเวียนของน้ำเหลือง (lymphatic circulation) ช้า

### 3. การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย (Thermoregulation)

โดยทั่วไปอุณหภูมิของทารกจะสูงกว่าของมารดา 1 องศาเซลเซียส เมื่อแรกเกิด

หลังจากนั้นอุณหภูมิร่างกายทารกจะตกลงอย่างรวดเร็ว ทำให้อุณหภูมิต่ำกว่าปกติได้หากขาดการดูแลที่ถูกต้อง ปกติถ้าร่างกายกระทบความเย็น อุณหภูมิของทารกหนัก 1000 กรัม จะลดลงในอัตรา 1 องศาเซลเซียส ทุก 5 นาที ทารกที่ตัวเปียกหลังคลอดจะสูญเสียความร้อนทางการพา (convection) การแผ่รังสี (radiation) และการระเหย (evaporation) ซึ่งความร้อนที่เสียไปนี้มีจำนวนมากเกินกว่าร่างกายจะสร้างได้ทัน เนื่องจากการสร้างความร้อนทำได้น้อย ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้อิทธิพลของ Thyroid hormone และ Nore-epinephrine เท่านั้น ไม่สามารถสร้างความร้อนโดยการสั่นของกล้ามเนื้อ (non-shivering) ยิ่งทารกมีน้ำหนักตัวน้อยจะยิ่งเสียความร้อนมาก เพราะสัดส่วนระหว่างน้ำหนักตัวกับพื้นผิวน้อย อุณหภูมิร่างกายของทารกเปลี่ยนไปตามสิ่งแวดล้อม (อุณหภูมิที่พอเหมาะสำหรับคลอดและห้องผ่าตัด คือ 25-26 องศาเซลเซียส) การลดลงของอุณหภูมิมักเป็นอันตราย ทำให้ทารกเกิดภาวะการหายใจลำบากขึ้น เนื่องจากภาวะตัวเย็น หรือ cold stress จะมี acidosis และ hypoxia เกิดขึ้น อันเป็นปัจจัยที่ทำให้การสร้างสารลดแรงตึงผิวลดลง อาจารจะพบว่ามีใบหน้าแดง หรือซีด หรือเขียวคล้ำ ผิวหนังเย็น เพราะ Hemoglobin ไม่ปล่อยออกซิเจนให้เนื้อเยื่อตามปกติ อาจพบตัวเหลือง ไขมันใต้ผิวหนังแข็งตัว แขน ขา อาจบวม อาเจียน ท้องอืด ซึม ดูดนมช้าหรือดูดนมลดลง ชักจากน้ำตาลในเลือดต่ำ หรือเลือดออกในสมอง หายใจเร็ว หายใจลำบากอาจมีเลือดออกในปอด ร่างกายมีภาวะเป็นกรดในเลือด ตัวเหลือง เกร็ดเลือดต่ำ ภาวะลิ่มเลือดกระจายไปในหลอดเลือด จนกระทั่งถ่ายปัสสาวะน้อย และไตวายในที่สุด

#### 4. การปรับตัวด้านเมตาบอลิซึม (Metabolic adaptation)

ทารกในครรภ์ใช้พลังงานที่เกิดจากการ oxidation ของคาร์โบไฮเดรตเท่านั้น น้ำตาลที่ได้รับจากมารดาผ่านทารกและถูกเก็บสะสมไว้ในร่างกายในรูปของ glycogen ซึ่งส่วนใหญ่เก็บไว้ในตับ โดยสะสมได้มากที่สุดในช่วงไตรมาสสุดท้าย ระดับน้ำตาลในเลือดทารกสูงประมาณ ร้อยละ 70-80 ของระดับน้ำตาลในเลือดมารดา หลังคลอดต้องเอา glycogen ที่เก็บไว้มาใช้เป็นพลังงานในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ การหายใจ และการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย ประมาณร้อยละ 10 ของ glycogen ที่เก็บไว้ถูกใช้ไปภายใน 2-3 ชั่วโมงหลังคลอด ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ซึ่งไม่มีอาการแสดงเฉพาะ แต่อาจมีอาการหยุดหายใจ เขียว หายใจเร็วหรือไม่สม่ำเสมอ หัวใจเต้นช้า มือเท้าสั่น เหงื่อแตก ตัวเย็น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ร้องเสียงแหลม ไม่ดูดนม ชัก หรือไม่รู้สึกตัว การรักษาระดับน้ำตาลในเลือดให้ปกติจึงเป็นสิ่งจำเป็น ปกติไม่ควรต่ำกว่า 40 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จึงควรมีการตรวจคัดกรองระดับน้ำตาลในเลือดด้วยวิธี Dextrostix เป็นระยะในช่วงอายุ 24 ชั่วโมงแรก

ทารกแรกเกิดที่คลอดครบกำหนดและน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ ถือเป็นทารกที่มีอัตราการเจ็บป่วยและตายน้อยที่สุด ทารกที่มีน้ำหนักและอายุครรภ์ที่นอกเหนือเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ถือว่ามี

ความเสี่ยง ซึ่งความเสี่ยงจะมีมากหรือน้อย ขึ้นกับประเภทของขนาดและอายุครรภ์ทารกนั้น ๆ การดูแลทารกแรกเกิดก็มีความแตกต่างกันไปด้วยเช่น ทารกคลอดก่อนกำหนด มีอาการหายใจลำบาก ควรนึกถึง RDS, Infection-pneumonia สำหรับทารกคลอดเกินกำหนดที่มี Meconium stained ควรคิดถึง Meconium aspiration เป็นต้น การจำแนกประเภทของทารก ทำให้การวินิจฉัยโรค การดูแลรักษา และการพยากรณ์โรคได้ดีขึ้น (วิลเลียม ราตรีสวัสดิ์, 2550) ทารกแรกเกิดเมื่อเจ็บป่วยภาวะวิกฤตและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก นอกจากจะมีผลโดยตรงต่อทารกในแต่ละแบบแผนสุขภาพแล้ว ยังมีผลกระทบต่อบิดา มารดาและสมาชิกในครอบครัวอีกด้วย การใช้หลักการดูแลทารกแรกเกิดอย่างครบถ้วนและเคร่งครัด ที่มุ่งป้องกันความเจ็บป่วย จึงเป็นสิ่งจำเป็น ทำให้ระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาลของทารกลดลง ลดค่าใช้จ่ายของการรักษาจากการเกิดโรคแทรกซ้อนที่อาจทำให้ทารกเกิดความพิการหรือสูญเสียชีวิตจากความบกพร่องของการดูแล

### การพยาบาลทารกแรกเกิด

(เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิภา จีระแพทย์, 2545 นฤมล ชีระรังสิกุล, 2545)

การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความเสี่ยงสูง ซึ่งเป็นภาวะวิกฤตของทารก เช่น เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจน เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการสูญเสียความร้อน การที่ทารกได้รับการช่วยเหลืออย่างรวดเร็วและถูกต้อง จะช่วยป้องกันอันตรายและลดอัตราการตายของทารกได้ พยาบาลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับระบบต่าง ๆ ภายในร่างกายของทารก เพื่อช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นตามมา ส่งเสริมให้ทารกมีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการเป็นไปตามปกติ ร่วมกับการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปกครองและทารก โดยมีหลักการพยาบาลดังนี้

1. การดูแลอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ที่ 37 องศาเซลเซียส เพื่อให้ทารกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการใช้ออกซิเจนและพลังงานน้อยที่สุด เมื่อทารกคลอดยังมีไขหุ้ม ไม่ควรเช็ดออก เนื่องจากไขหุ้มเป็นฉนวนป้องกันความร้อนช่วยรักษาความอบอุ่นแก่ทารกเป็นอย่างดี ซึ่งไขหุ้มจะหมดไปเองใน 3-4 วันหลังคลอด ไม่ควรอาบน้ำให้ทารกโดยเฉพาะทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม ควรใช้วิธีเช็ดตัวโดยใช้ผ้าอุ่นแล้วซับให้แห้งด้วยผ้าอุ่น เนื่องจากทารกที่มีอุณหภูมิร่างกายต่ำหลังอาบน้ำต้องใช้เวลา 1 ชั่วโมง จึงสามารถปรับอุณหภูมิร่างกายให้ใกล้เคียงกับอุณหภูมิก่อนอาบน้ำได้

ทารกควรอยู่ในตู้อบที่เหมาะสมกับ neutral thermal environment temperature ของทารกแต่ละราย โดยตั้งตู้อบทารกให้ห่างจากกระจกหน้าต่าง และผนังห้องประมาณ 2 ฟุต ใช้ผ้าคลุมตู้อบและระวางมิให้โดนลมเย็นจากเครื่องปรับอากาศหรือพัดลมโดนตู้อบ ถ้ามีตู้อบที่สามารถวัดและปรับอุณหภูมิผิวหนังที่หน้าท้อง (servocontrol) ให้ปรับอุณหภูมิผิวหนังไว้ที่ 36.5 องศาเซลเซียส (36.5-36.8 องศาเซลเซียส) หากไม่มีตู้อบดังกล่าว ให้ปรับอุณหภูมิตู้อบไว้ที่ neutral

thermal environment temperature และป้องกันการสูญเสียความร้อนจากพื้นผิวของร่างกาย หากไม่มีตู้อบ อาจให้ทารกอยู่ในตู้เครื่องให้ความอบอุ่นโดยการแผ่รังสี หรือใช้ผ้าขนหนูหนาๆ และแห้งห่อตัวทารก เปิดเผยเฉพาะส่วนที่จำเป็นและสวมหมวกที่มีความหนา 2 ชั้น ซึ่งเป็นการป้องกัน อุณหภูมิร่างกายต่ำได้ดี ร่วมกับการปรับอุณหภูมิห้องให้อยู่ในระดับ 25-28 องศาเซลเซียส

การจัดทำนอนทารกที่ทำให้อุณหภูมิของร่างกายเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด ในทารกคลอดก่อนกำหนดทารกมักนอนในท่านอนหงาย เขยียดตรง เนื่องจากกล้ามเนื้อมีกำลังน้อย ไม่ค่อยเคลื่อนไหว ทำให้มีการสูญเสียความร้อนได้ง่าย ควรจัดท่านอนให้อยู่ในท่า Nest ซึ่งเป็นการจัดผ้าเป็นวงกลมล้อมรอบตัวทารก ทำให้ทารกสามารถควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2545 นฤมล ธีระรังสิกุล, 2545 พิกุล ขำศรีบุศและคณะ, 2540)

2. การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและให้ออกซิเจน เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนเพียงพอ ซึ่งมีผลให้เนื้อเยื่อทำงานปกติ ป้องกันปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อย คือ ภาวะหายใจลำบากและหยุดหายใจ ควรดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ ทารกเสี่ยงต่อการอุดตันของทางเดินหายใจ จึงควรได้รับการตรวจสอบดูภายในปากบ่อย ๆ หากมีเสมหะมากควรใช้สายยางดูดในจมูกและปาก โดยใช้ความดันระหว่าง 80-100 มิลลิเมตรปรอท และใช้เวลาในการดูดแต่ละครั้งไม่เกิน 5-10 วินาที และไม่ควรใช้ลูกยางแดง ในทารกที่มีภาวะหายใจลำบาก ควรจัดท่านอนให้ศีรษะสูง เพื่อช่วยใหักระบังลมหดตัวได้เต็มที่ เพิ่มปริมาตรในช่องอกและปอดขยายตัวได้เต็มที่ อาจจัดให้ทารกนอนหงายราบ ใช้ผ้าหนุนบริเวณคอและไหล่ให้ศีรษะห่างไปข้างหลังเล็กน้อยเพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจเปิดตลอดเวลา ในภาวะที่ทารกไม่มีภาวะหายใจลำบากให้นอนราบตะแคงหน้าไปด้านหนึ่งเพื่อให้เสมหะไหลออกสู่ภายนอก

ดูแลให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ซึ่งอาจให้ได้ทางกล่องพลาสติก (Oxygen hood) ความดันบวกอย่างต่อเนื่อง (Continuous positive airway pressure: CPAP) หรือเครื่องช่วยหายใจ (Ventilator) ทารกที่มีภาวะหายใจลำบาก ส่วนใหญ่ต้องการเพียงออกซิเจนทางกล่องพลาสติกครอบศีรษะอีกประมาณ 10-30 % จำเป็นต้องช่วยหายใจด้วยความดันบวกอย่างต่อเนื่องหรือใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลต้องระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและพบได้บ่อยในทารกคลอดก่อนกำหนดคือ retinopathy of prematurity: ROP ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลมาจากการให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูงเป็นเวลานาน ทำให้เกิด fibrous tissue ที่ด้านหลังของตา รบกวนการไหลเวียนของโลหิต ทำให้ขาดเลือดไปเลี้ยงที่จอตา จึงควรมีการตรวจสอบความเข้มข้นของออกซิเจนโดยใช้เครื่อง Oxygen analyzer และติดตามวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดเป็นระยะ ๆ ด้วยเครื่อง Pulse Oximeter ควบคุมความเข้มข้นของออกซิเจนไม่ให้เกิน 40 % ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดแดงอยู่ระหว่าง 88-95 % ผลของ arterial blood gas คือ ค่า pH

7.35-7.45, PaO<sub>2</sub> 50-80 มิลลิเมตรปรอท, PaCO<sub>2</sub> 35-45 มิลลิเมตรปรอท (Ashwill และ Droske, 1997 อ้างถึงใน นฤมล วีระรังสิกุล, 2545)

3. การให้สารน้ำและสารอาหาร ทารกคลอดก่อนกำหนดต้องการพลังงานและสารอาหาร สูงกว่าทารกคลอดครบกำหนด จึงควรพยายามให้ได้นมมารดาเร็วที่สุด โดยเริ่มให้ทีละน้อย เมื่อทารกและมารดาพร้อมและไม่มีข้อห้าม ทารกที่มีน้ำหนักเกิน 1,500 กรัมหรืออายุครรภ์เกิน 32 สัปดาห์ และหายใจปกติ สามารถเริ่มป้อนนมภายใน 4 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อป้องกันน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจให้ดูดนนมมารดา ป้อนด้วยถ้วย หรือทางสายยางให้อาหาร

ในทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม และหายใจปกติ จะงดนมใน 12-24 ชั่วโมงแรก หลังคลอด แต่ให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดทันทีหลังคลอด หลังจากนั้นหากทารกไม่มีอาการ ผิดปกติ เช่นภาวะขาดออกซิเจน หรือหยุดหายใจ จึงพิจารณาให้นมทางสายยางให้อาหาร โดยใส่สายยางให้อาหารทางปาก เนื่องจาก ร้อยละ 70-80 ของทารกหายใจทางจมูกได้อย่างเดียว การใส่สายยางให้อาหารคาไว้ในจมูกจะอุดกั้นทางเดินหายใจบริเวณนี้ได้ถึงร้อยละ 50 และเป็นการเพิ่มแรงต้านทานที่ทางเดินหายใจส่วนบนทำให้เกิดแผลถลอกในจมูกแล้วเกิดการอักเสบของหูชั้นกลางได้ การใส่สายยางให้อาหารทางปากอาจคาไว้และเปลี่ยนทุก 2-3 วัน กรณีที่คาสายไว้ตลอดเวลา ควรตรวจสอบตำแหน่งของปลายสายให้อาหารให้อยู่ในกระเพาะอาหารไม่ใช่ในลำไส้เล็กส่วนต้น ทารกที่ให้นมทางสายยางให้อาหาร อาจมีอาการท้องอืด หรืออาเจียน ควรให้นมอย่างต่อเนื่อง ด้วยการใช้เครื่อง syringe pump เพื่อให้นมเข้ากระเพาะอาหารอย่างช้า ๆ และสม่ำเสมอ โดยเริ่มต้นจาก 0.5-1 มิลลิลิตร/ชั่วโมง ค่อย ๆ เพิ่มปริมาณครั้งละ 0.5-1 มิลลิลิตร ทุก 8-12 ชั่วโมง จนถึงปริมาณและแคลอรีที่ทารกต้องการ

ทารกควรได้รับการหัดให้ดูดนนมจากเต้านมแม่เร็วที่สุด เพราะการดูดมีผลเพิ่มน้ำย่อยในกระเพาะอาหารและทำให้ลำไส้บีบตัวดีขึ้น นานนมแม่ของทารกคลอดก่อนกำหนดมี โปรตีน โขเดียม คลอไรด์ แมกนีเซียม ทองแดง สังกะสี และสารให้ภูมิคุ้มกันโรคสูงกว่านมแม่ของทารกคลอดครบกำหนด มี taurine และ nucleotides ซึ่งไม่พบในนมผสม แต่นมแม่มีแคลเซียมและฟอสฟอรัสต่ำกว่านมผสม

4. การป้องกันการติดเชื้อ ทารกคลอดก่อนกำหนดมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าทารกคลอดครบกำหนด 3-10 เท่า และมีโอกาสติดเชื้อในกระแสเลือดระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการทำหัตถการ เช่น การใส่สายยางทางสะดือ การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่หลอดลมคอ การให้อาหารทางหลอดเลือดดำ ซึ่งอาจทำให้เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายทารกได้ง่ายพยาบาลจะต้องเฝ้าระวังและป้องกันมิให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อนจากการทำงานของเจ้าหน้าที่ ดังนี้

4.1 จัดให้ช่วงห่างระหว่างเตียงอย่างน้อยที่สุดควรเป็น 5 ฟุต คิดเป็นเนื้อที่ 50

ตารางฟุต ถ้าเป็นตู้สำหรับเด็กจะใช้เนื้อที่ประมาณ 30 ตารางฟุต แต่ละห้องควรมีผู้ป่วย 4-6 เตียง มีห้องแยกโรคทารกติดเชื้อ ในแต่ละห้องควรมีอ่างล้างมือ

4.2 เครื่องมือเครื่องใช้กับผู้ป่วย เช่น stethoscope ปรอทวัดไข้ แยกใช้กับทารกแต่ละราย หรือจะต้องเช็ดทำความสะอาดก่อนใช้กับเด็กคนต่อไป และมีไว้ประจำแต่ละห้อง

4.3 เน้นเรื่องการล้างมืออย่างถูกวิธี ถอดแหวน นาฬิกา สร้อยข้อมือ และล้างมือด้วย antiseptics เช่น Betadine, Hibiscrub

4.4 ผู้ที่เป็นหวัด ท้องเดิน มีติดเชื้อที่ผิวหนัง ไม่ควรเข้าไปในหอผู้ป่วยหนัก

4.5 บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยทำ nose, throat และ rectal swab culture เพื่อป้องกันผู้ที่เป็นพาหะของโรคมาติดทารก เช่น เชื้อ salmonella เป็นต้น

4.6 ป้องกันการฉีกขาดของผิวหนังทารกจากการทำหัตถการ เช่น การให้สารน้ำ การเจาะเลือด การปิดพลาสติกบนผิวหนังทารก เป็นต้น

5. การเฝ้าติดตามและการดูแลรักษาเฉพาะโรคทางด้านการรักษาของแพทย์ในกรณีที่ทารกมีภาวะตัวเหลือง ประเมินสีผิว หรือเจาะเลือดหาค่าบิลิรูบิน ให้การส่องไฟรักษา หรือเปลี่ยนถ่ายเลือด

6. การส่งเสริมสายสัมพันธ์บิดามารดาและทารก สายสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารกมีความสำคัญมาก เพราะมีผลต่อการอยู่รอดและการพัฒนาของทารก พยาบาลต้องส่งเสริมให้บิดามารดาสร้างสายสัมพันธ์กับลูกตั้งแต่วินาทีแรกที่อยู่ในโรงพยาบาล ทารกต้องถูกแยกจากมารดาทันทีหลังคลอดเพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยที่ทารกยังไม่มีความสามารถพิเศษและ/หรือไม่มีโอกาสได้สร้างสายสัมพันธ์กับมารดาในห้องคลอด ในระยะเวลาที่เป็น sensitive period ด้วยการสัมผัสทางผิวหนัง (skin-to-skin contact) และการสัมผัสทางตา (eye-to-eye contact) การที่ทารกต้องอยู่โรงพยาบาลนานและบิดามารดากลับบ้านก่อน ทารกจึงเสี่ยงต่อการถูกทอดทิ้ง บุคลากรทางการแพทย์ต้องช่วยเหลือประคับประคองให้บิดามารดาสร้างสายสัมพันธ์กับทารก ส่งเสริมให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมทารกและอยู่ด้วยกันมากที่สุดขณะอยู่ในโรงพยาบาล (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์, 2545) ให้บิดามารดาได้สัมผัสหรืออุ้มทารกได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารก (Siegel, Gardner and Merenstein, 2006; วราภรณ์ แสงทวีสิน, 2550) เช่น ป้อนนม เปลี่ยนผ้าอ้อม การวัดปรอททางรักแร้ การเช็ดตัว เป็นต้น

7. การดูแลด้านพัฒนาการ การกระตุ้นประสาทสัมผัสเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต และพัฒนาการเป็นรากฐานที่ดี ทำให้ทารกมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย ถ้าทารกได้รับการกระตุ้นที่ดี จะส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคมและจิตใจ โดยต้องมีการเริ่มกระตุ้นตั้งแต่วินาทีแรก โดยเฉพาะการกระตุ้นประสาทสัมผัสซึ่งจะเป็นรากฐานของการพัฒนาสมอง พยาบาลจึงควรมีการส่งเสริมให้มีการกระตุ้นประสาทสัมผัส ดังนี้



7.1 การกระตุ้นประสาทสัมผัสทางตา (visual stimulation) ทารกสามารถรับรู้แสงสว่างและแสงที่จ้ามืดตั้งแต่อยู่ในครรภ์ รับรู้วงจรแสงได้ตั้งแต่อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ทารกคลอดครบกำหนดสามารถมองเห็นวัตถุที่อยู่ห่างจากใบหน้าในระยะ 8-12 นิ้ว การกระตุ้นทารกคลอดก่อนกำหนด ควรใช้ใบหน้าคน เป็นการกระตุ้นพัฒนาการที่ดี และควรให้บิดามารดาจ้องมองหน้าทารกนาน 15 วินาที ซึ่งจะพบว่าทารกขยับมือ ขยับเท้า สีขาวสลับดำเป็นสีที่ทารกมองเห็นได้ชัด หรือทำรูปคนสีขาว ดำ แขนงไว้ห่างจากทารก 8-10 นิ้ว (16-22 เซนติเมตร) ให้ทารกมองดูวัตถุแขนงวันละ 2 ครั้ง เข้า-เย็น ครั้งละ 1-2 นาที นอกจากนี้การเปิดไฟสว่างตลอดเวลา จะรบกวนการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต พฤติกรรม และอัตราการเต้นของหัวใจตลอดจนการหายใจของทารก จึงควรปรับแสงให้สอดคล้องกับเวลากลางวันกลางคืน โดยการใช้ผ้าคลุมตู้อบแสงสว่างในห้องที่เหมาะสมคือ 100 แสงเทียน

7.2 การกระตุ้นการได้ยิน (auditory stimulation) ทารกสามารถได้ยินเสียงตั้งแต่อายุครรภ์ 24-26 สัปดาห์ การส่งเสริมให้บิดามารดาได้คุยกับทารกเป็นการกระตุ้นที่ดีที่สุด เนื่องจากทารกคุ้นเคยกับเสียงมารดาตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เสียงผู้หญิงจะทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกช้าลง แต่เพิ่มพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว เสียงนุ่ม ๆ ช่วยเพิ่มความตื่นตัวและการเปิดตาของทารก เสียงดนตรีช่วยเพิ่มน้ำนมทารกและลดกิจกรรมการเคลื่อนไหว อาจเปิดเพลงเสียงบิดามารดา หรือเพลงคลาสสิกให้ทารกฟัง ทารกแรกเกิดควรอยู่ในสิ่งแวดล้อมระดับเสียงเฉลี่ย 40 เดซิเบลในห้องผู้ป่วยหนักมีระดับเสียงดังรวมกัน 100 เดซิเบลจากเสียงตู้อบ เสียงร้องเตือนของเครื่องมือเสียงเปิดปิดตู้อบ เสียงเจ้าหน้าที่ เสียงโทรศัพท์ เป็นต้น พยาบาลจึงควรจัดชั่วโมงเงียบให้แก่ทารก โดยการพูดคุยเสียงเบา ๆ จัดโทรศัพท์ให้อยู่ห่างจากทารก ตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้โดยวัดระดับเสียงก่อนนำไปใช้กับทารก จับวางเครื่องมืออย่างระมัดระวังไม่ให้เกิดเสียงดัง

7.3 การกระตุ้นการสัมผัส (tactile stimulation) และการนวดตัวทารก (massage therapy) ควรกระตุ้นด้วยการสัมผัสที่นุ่มนวลตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าอัตรา 12 ครั้งต่อนาที จะทำให้ทารกมีน้ำหนักเพิ่มมากขึ้น และเป็นการส่งเสริมพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว นอกจากนี้การสัมผัสทารกยังช่วยลดความเจ็บปวด การใช้ผ้าสำลีนุ่ม ๆ ห่อทารกจะช่วยพัฒนาประสาทส่วนปลาย การนวดทารกเป็นการกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมนการเจริญเติบโต การกระตุ้นประสาทสัมผัสจะต้องระมัดระวัง ไม่ควรสัมผัสหรือจับทารกบ่อยเกินไป เพราะจะทำให้เกิดผลเสียมากกว่า

ก่อนกระตุ้นสัมผัสทารก พยาบาลควรประเมินสภาพทารก และความพร้อมของทารกตลอดจนระยะเวลาการกระตุ้น ทารกอาจได้รับความทุกข์ทรมาน ถ้ากระตุ้นทารกมากเกินไป

8. การช่วยเหลือครอบครัว พยาบาลต้องทำความเข้าใจปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ปกครอง ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทำให้ผู้ปกครองหรือบิดามารดามีความรู้สึกวิตกกังวล อาจไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้ จึงมีผลทำให้ไม่สามารถปรับตัว และแสดงบทบาทการ

เป็นบิดามารดาได้ การช่วยเหลือให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารก จะช่วยทำให้สามารถปรับตัวและแสดงบทบาทของการเป็นผู้ปกครองได้ พยาบาลจึงควรประเมินความพร้อมของผู้ปกครองทั้งร่างกายและจิตใจก่อนการเข้าเยี่ยมทารก อธิบายให้ทราบถึงสภาพอาการของทารก จัดทำคู่มือการดูแลทารกให้ผู้ปกครองได้ศึกษาก่อนการเยี่ยมทารก จัดห้องสำหรับผู้ปกครองเพื่อการพบปะให้ข้อมูลคำปรึกษาเฉพาะราย พยาบาลควรอยู่ใกล้ชิดเพื่อช่วยเหลือและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในการเข้าเยี่ยมของผู้ปกครองครั้งแรก เปิดโอกาสให้ผู้ปกครองเข้าเยี่ยมทารกเป็นประจำ และยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้ปกครองล้างมือก่อนสัมผัสทารกทุกครั้ง ประเมินพฤติกรรมของผู้ปกครองที่มีต่อทารก ส่งเสริมเทคนิคและวิธีการให้นมแม่ การอุ้ม การเช็ดตัว การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงหรืออาการผิดปกติของทารก เช่น การหายใจ อาการเขียว อาการสำลัก เป็นต้น

## 2. ภาวะวิกฤตของครอบครัว

การที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เป็นภาวะที่มีความกระทบกระเทือนต่อบุคคลในครอบครัว (Hickey, 1996) เป็นภาวะวิกฤตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่คาดฝัน ขาดการเตรียมตัว (Leske, 1986) การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การถูกจำกัดให้ออกคอย สิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่และไม่คุ้นเคย อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ และเทคโนโลยีต่าง ๆ กฎระเบียบต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยหนัก ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ซึ่งสิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดเป็นอย่างมาก ในครอบครัวของทารกป่วย (Leske, 1992; Hickey, 1996) Aquilera and Messick (1982) พบว่าการตอบสนองของผู้ปกครอง มี สอง ระยะ ระยะแรก เป็นระยะที่ผู้ปกครองรู้สึกช็อก ขาทั้งตัวปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะเวลาในช่วงนี้อาจนานเป็นนาที เป็นชั่วโมง หรือหลายชั่วโมง ในระยะที่สอง ผู้ปกครองจะมีความรู้สึกที่รุนแรง โกรธ รู้สึกสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้ง เศร้าซึม สับสน ท้อแท้ อาจมีการแสดงความเศร้าโศกอย่างรุนแรง เป็นระยะที่ผู้ปกครองมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวันในการปรับตัว ทั้งนี้การปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว ผู้ป่วยหนักมี 3 ด้าน คือ 1) ทำหน้าที่ทางสังคม ครอบครัวสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1996) มีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น (รุ่งรัตน์ วณิชชาติ, 2540; Bailey, 1989; Eberly et. al., 1985) มีปัญหาด้านการเงิน เนื่องจากต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง ซึ่งตรงกับ Covinsky, Desbiens and Lynn (1994) กล่าวว่า ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อผู้ป่วยและครอบครัวคือ ชีวิตความเป็นอยู่และการเงิน 2) ขวัญและกำลังใจ การเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัว อาจจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดอาการสับสน กระวนกระวาย

กระสับกระส่าย กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ตกใจ ไม่พึงพอใจ และหมดกำลังใจ (Halm, 1990; Meisel, 1991) ความผาสุกในชีวิตลดลง และมีภาวะซึมเศร้าได้ (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamerson et. al. (1996) พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในระยะแรกจะอยู่ในภาวะคว้างคว้าง (hovering) สับสน เครียด ไม่แน่ใจ และวิตกกังวลในขณะที่รอเยี่ยม ไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน และจะสอบถามข้อมูลได้จากใคร อย่างไร 3) ด้านสุขภาพทางกาย การที่สมาชิกในครอบครัวต้องคอยดูแลให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจผู้ป่วยในโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอนหลับ และการรับประทานอาหาร (Halm, 1990; Meisel, 1991) ครอบครัวอาจจะมีอารมณ์เครียด Horn and Tesh (2000) ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยมีความเครียด อ่อนเพลีย การนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการปวดท้องและไม่สบายท้อง ทำให้ร่างกายของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทรุดโทรม และเกิดความเจ็บป่วย (Gilliss et al., 1988; Meisel, 1991)

จากผลกระทบดังกล่าวถ้าสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หรือปรับตัวในทางที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการมาเยี่ยมผู้ป่วยในระยะวิกฤต (Prevost, 1997) การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมทำให้การเผชิญปัญหาในภาวะวิกฤตของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ (Prevost, 1997) Bedsworth and Molen (1982) พบว่า ถ้าญาติวิตกกังวลมากจะใช้วิธีการหาแหล่งประโยชน์ที่จะใช้ต่อต้านกับความเครียดนั้น ญาติมีความรู้สึกกลัว มักจะใช้วิธีการหลีกเลี่ยงหนีจากสถานการณ์นั้น หรือหากมีความรู้สึกโกรธ ก็จะมีพฤติกรรมต่อต้าน ก้าวร้าว ซึ่งอาจกระทำต่อตนเอง เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยได้ Tracy, Fowler and Magarelli (1999) พบว่า สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจะมีความเครียดและความวิตกกังวลสูงในระยะ 72 ชั่วโมงแรกที่ผู้ป่วยภาวะวิกฤตเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งความเครียดและความวิตกกังวล จะทำให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหรือเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ (รัตนา อยู่เปลว, 2543)

แนวคิดด้านจิตวิทยาเกี่ยวกับทฤษฎีภาวะวิกฤต (Crisis Theory) ซึ่งได้กำหนดพื้นฐานของข้อสมมติฐาน คือ (Golan, 1978; Slaikeu, 1990 เป็นภาวะที่บุคคลมีสภาพที่ไม่สมดุลทางอารมณ์ และสังคม ในสถานการณ์ฉุกเฉินหรือในภาวะที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ได้แก่

1. ภาวะความทุกข์ ความเศร้าเกิดขึ้นได้ทุกคน
2. เมื่อเกิดภาวะไม่สมดุลขึ้น บัณฑิตบุคคลจะพยายามฝ่าฟันเพื่อให้เกิดความสมดุลทางอารมณ์
3. การพยายามต่อสู้ให้เกิดความสมดุลในเวลาจำกัดอาจส่งผลให้เกิดความอ่อนแอ

ทางจิตใจและท้อแท้ในการต่อสู้ปัญหานั้น ๆ

4. บุคคลควรได้รับความช่วยเหลือหรือบำบัดทางด้านจิตใจ ในช่วงเวลาที่เกิดภาวะความอ่อนแอของจิตใจสูง
5. การสนองตอบทางด้านอารมณ์ของแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับปฏิกิริยาที่มีต่อแต่ละขั้นตอนหรือแต่ละลำดับของภาวะวิกฤตที่บุคคลนั้นต้องเผชิญ
6. ภาวะวิกฤตอาจมีส่วนส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสในการพัฒนาตนเอง โดยเฉพาะด้านอารมณ์ ในขณะที่เดียวกันก็อาจส่งผลกระทบต่อบุคคลในทางตรงกันข้ามได้

มีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลได้แก่ รัตนา อยู่เปลว (2543) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนด้านให้ข้อมูลและอารมณ์เพื่อลดความวิตกกังวลในครอบครัวของผู้ป่วยที่บาดเจ็บศีรษะ ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 20 ราย ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ (emotional) ด้านข้อมูล (informational) ของ House (1981) ใช้แบบวัดความวิตกกังวล State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ Spielberger และคนอื่น ๆ (1983) ที่ได้รับการแปลภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เขียมสุภาสิต และดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา พบว่า ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ ลดต่ำลง กว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

ปาริชาติ ศิลประเสริฐ (2542) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิด โรงพยาบาลรามาริบัติและสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 60 คน โดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1985) และทฤษฎีความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของ Jalowiec (1988) และแบบประเมินความวิตกกังวลแฝงและความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคนอื่น ๆ (1977) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพียรจันทวัฒนา พบว่าทำให้อบิดามารดาที่มีความวิตกกังวลลดลง

อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง (2547) แสดงผลลัพธ์ของการปรับตัวจะแสดงออกเป็น 3 ด้าน คือ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และสุขภาพทางกาย โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเผชิญความเครียดและการปรับตัวของ Lazarus and Folkman (1984) ที่ประกอบด้วยแนวคิดหลัก ได้แก่ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด (event of stressor) การประเมิน (appraisal) การเผชิญความเครียด (coping) และการปรับตัว (adaptation) แนวคิดการให้ข้อมูล (Preparatory information ของ Leventhal and Johnson (1983) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ มีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเหตุการณ์วิกฤต และแหล่งประโยชน์ของครอบครัว ตาม

แนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (1992, 2002) แนวคิดของ Hickey (1996) การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การได้รับความมั่นใจ การได้รับความสุขสบาย การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก การให้แหล่งประโยชน์ผู้ป่วยภาวะวิกฤต

โสภา พิศจาร, รัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ และไข่มุกวิเชียรเจริญ (2549) ศึกษาความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ามารับการสวนหัวใจ จำนวน 54 ราย จากสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยการให้ข้อมูลแบบเป็นรูปธรรม ปรนัย ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ ตามแนวทฤษฎีการควบคุมตนเองของจอห์นสัน (1999) พบว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม ปรนัย ผ่านสื่อคอมพิวเตอร์สามารถลดความวิตกกังวลของมารดาก่อนที่บุตรจะเข้ามารับการสวนหัวใจได้

### แนวคิดเกี่ยวกับภาวะวิกฤตของครอบครัว

ภาวะวิกฤตของครอบครัวเป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรง (สมพันธ์ หิญชีระนันท์, 2541) ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ส่งผลกระทบต่อบุคคลที่เผชิญกับภาวะวิกฤตนั้นและครอบครัว (Roberts, 1986; Baker and Nieswiadomy, 1988) ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

### ความหมายของภาวะวิกฤต

ภาวะวิกฤต (Crisis) คือภาวะที่เกิดความรู้สึกที่รุนแรง มีความสับสนทางด้านอารมณ์ ความเครียด ความวิตกกังวล รู้สึกสิ้นหวัง และโกรธ Aquilera and Messick (1982) กล่าวว่า ภาวะวิกฤตเปรียบเสมือน “ภาวะอันตราย” หรือ “โอกาส” ที่มีการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญในชีวิต โดยจะสังเกตได้จากคำว่าวิกฤตในภาษาจีน ใช้อักษรตัวเดียวกันกับตัวอักษรที่แปลว่าอันตรายหรือโอกาส Caplan (1964 cited in Hickey, 1996) ให้ความหมายของภาวะวิกฤตคือ การที่บุคคลเผชิญกับอุปสรรคที่คุกคามต่อเป้าหมายชีวิต โดยไม่คาดคิด และไม่สามารถเอาชนะอุปสรรคนั้นได้ โดยการใช้กลไกการเผชิญปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา ทั้งยังเป็นผลของความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของสภาพแวดล้อม 3 อย่าง คือ เหตุการณ์อันตรายซึ่งคุกคามบุคคลหรือครอบครัว เหตุการณ์อันตรายที่บุคคลหรือครอบครัวรับรู้ว่าคล้ายกับเหตุการณ์ในอดีตที่ทำให้เกิดการขัดแย้ง และกลไกการเผชิญปัญหาปกติของบุคคลหรือครอบครัวที่ไม่ประสบผลสำเร็จในการจัดการกับภาวะคุกคามนี้ ซึ่งคล้ายคลึงกับภาวะวิกฤตในแนวคิดของ นิภาพร ภารัตน์วงศ์ (2547) กล่าวว่า ภาวะวิกฤต คือสถานการณ์ที่ก่อความยุ่งยากจากสาเหตุที่เกิดขึ้นทันทีทันใดหรือจากการสะสมต่อเนื่องยาวนานจนเป็นอันตรายคุกคามต่อการเปลี่ยนแปลงและทำลายภาวะสมดุลทั้งทางร่างกาย และจิตใจของ

บุคคล หรือแม้กระทั่งกลุ่มคนในสังคม ทำให้บุคคลต้องสูญเสียศักยภาพในการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรม บทบาท หน้าที่ และวิจรรณญาณอันพึงมีในบุคคลหรือกลุ่มคนในสังคมนั้น ๆ

### ชนิดของภาวะวิกฤต

ภาวะวิกฤตได้ แบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือภาวะวิกฤตจากการเปลี่ยนแปลงตาม พัฒนาการ และภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ (Hickey, 1996)

ภาวะวิกฤตจากการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการ (Maturational crisis) ภาวะวิกฤตอาจ เกิดขึ้นในระยะต่าง ๆ ของพัฒนาการชีวิตของบุคคลและครอบครัว เนื่องจากบุคคลและครอบครัว มีการเปลี่ยนแปลงไปตามวุฒิภาวะ ตามระยะของการเจริญเติบโต และพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม แต่ไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม จึงทำให้เกิดภาวะวิกฤตขึ้นได้

ภาวะวิกฤตจากสถานการณ์ (Situational crisis) เป็นภาวะวิกฤตที่เกิดจากเหตุการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดไว้ล่วงหน้า โดยมีสาเหตุจาก

1. การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุ เช่น การได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคมะเร็ง การได้รับอุบัติเหตุขณะทำงานหรืออุบัติเหตุรถยนต์ การเจ็บป่วยขั้นรุนแรง หรือเจ็บป่วยขั้นวิกฤต (Critical illness) เป็นต้น
2. เกิดจากสิ่งแวดล้อม เช่น เกิดอุบัติเหตุ อุทกภัย ภัยพิบัติ อัคคีภัย เป็นต้น
3. เกิดจากภาวะจิตใจและสังคม เช่น การตายของคู่สมรส การหย่าร้าง การเป็นบุคคลล้มละลาย เป็นต้น

### การตอบสนองของผู้ปกครองต่อภาวะวิกฤต

การตอบสนองต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวเป็น 4 ระยะ คือ (Aquilera and Messick, 1982)

1. ระยะช็อก หรือระยะที่มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อครอบครัว ผลกระทบจากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลที่รับรู้ เกิดความรู้สึกช็อกไม่เชื่อ ซ้ำไปทั้งตัว ปฏิเสธว่าไม่เป็นความจริง ระยะนี้อาจนานเป็นนาที เป็นชั่วโมง หรือหลายชั่วโมง
2. ระยะถอยหนีหรือระยะสับสน ระยะนี้บุคคลจะมีความรู้สึกที่รุนแรง ร่วมกับมีความรู้สึกโกรธและสิ้นหวัง เกิดความรู้สึกขัดแย้ง เศร้าซึม สับสน ท้อแท้ หรืออาจมีการแสดงความรู้สึกอย่างรุนแรง เป็นระยะที่บุคคลและครอบครัวมีความวิตกกังวลสูงมาก ระยะนี้อาจใช้เวลาหลายวัน

3. ระยะยอมรับหรือระยะฟื้นตัว เป็นระยะที่บุคคลและครอบครัวเริ่มยอมรับและพยายามหาทางแก้ไขปัญหาให้ลุล่วงไปด้วยดี ความคิดสงบลง ไม่สับสน และสามารถแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นสัปดาห์

4. ระยะปรับตัวหรือเริ่มเข้าสู่สภาพเดิม ช่วงนี้บุคคลและครอบครัวปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ สามารถควบคุมสถานการณ์และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ระยะนี้อาจใช้เวลาเป็นเดือน

Epperson (1977 อ้างใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะวิกฤตของครอบครัว พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยจะต้องผ่านระยะ 6 ระยะ ก่อนที่จะสามารถกลับคืนอยู่ในสภาวะปกติได้ คือ

ระยะที่ 1 ระยะที่มีความวิตกกังวลสูง (high anxiety) เป็นลักษณะของความวิตกกังวลทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นโดยเฉียบพลัน เช่น อาการกระสับกระส่าย เป็นลม การตั้งของกล้ามเนื้อ และระยะการย่อยอาหารผิดปกติ โดยอาจใช้เวลาเพียงไม่กี่นาทีจนถึงหลาย ๆ ชั่วโมง

ระยะที่ 2 ระยะปฏิเสธ (Denial) เป็นพฤติกรรมจัดการ (coping) ต่อข่าวร้ายที่ได้รับ ระยะนี้กินเวลาจนถึงเวลาที่ครอบครัวได้เห็นผู้ป่วย

ระยะที่ 3 ระยะโกรธ (Anger)

ระยะที่ 4 ระยะเสียใจและสงสาร (Guilt and Sorrow) ครอบครัวจะรู้สึกเสียใจที่ไม่ได้ทำอะไรบางอย่างเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตนี้

ระยะที่ 5 ระยะเศร้าโศก (Grief) เมื่อครอบครัวรู้สึกว่าจะต้องสูญเสียสมาชิกเนื่องจากการเจ็บป่วยภาวะวิกฤต

ระยะที่ 6 ระยะกลับคืนสู่สภาพปกติ (Reconciliation) หลังจากครอบครัวได้ผ่านระยะแรก ๆ มาแล้ว และพร้อมที่จะจัดการและปรับตัวต่อภาวะวิกฤตนั้น

### ผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัว

การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤตนั้นเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีเตรียมตัวล่วงหน้า เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ซึ่งไม่เพียงแต่จะเป็นภาวะวิกฤตของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อภาวะวิกฤตของครอบครัวด้วย (Baker, Nieswiadomy, 1988) เนื่องจากความผูกพันที่มีต่อกัน เมื่อคนหนึ่งเจ็บป่วยมีปัญหาสุขภาพจะนำไปสู่การเกิดโรคแก่สมาชิกครอบครัวคนอื่นด้วย (Friedman, 1986) โดยผลกระทบดังกล่าว ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนหน้าที่และบทบาทของสมาชิกในครอบครัว (Craven and Sharp, 1972) การทำหน้าที่พื้นฐาน การสนับสนุนในความต้องการมีชีวิตอยู่ของสมาชิกครอบครัว

ครอบครัวจะมีปฏิกริยาหยุดนิ่งเมื่ออาการช็อก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือไม่เชื่อ ครอบครัวมักจะรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการพยากรณ์โรคของผู้ป่วยตามมาด้วย รู้สึกผิดและโกรธเคืองต่อผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อโครงสร้างและหน้าที่ของครอบครัว (Hickey, 1996) เกิดความรู้สึกสับสน วุ่นวาย วิตกกังวล ซึ่งในภาวะนี้ครอบครัวผู้ป่วยจะไม่สามารถเป็นแหล่งประโยชน์ในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ (Gaglione, 1984) ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระมากขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ซึ่งอาจมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ และกระทบต่อความมั่นคงของชาติได้ จากการทบทวนวรรณกรรม สามารถสรุปผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย จากการที่ผู้ป่วยต้องคอยดูแล ขณะที่ทารกเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีอาการเป็นลม คลื่นไส้ ท้องเสีย มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการนอนหลับ การรับประทานอาหาร (Halm et. al., 1993) ครอบครัวอาจจะมีอาการเหนื่อยล้า ซึ่ง Horn and Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย การนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการปวดท้องและไม่สบายท้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ ทำให้ร่างกายของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตทรุดโทรม และเกิดความเจ็บป่วยทางร่างกายตามมา (Gilliss et. al., 1988; Meisel, 1991)

2. ผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุคคลในครอบครัว อาจจะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดอาการกระวนกระวาย การสับสน สับสน กลัวผู้ป่วยจะเสียชีวิต ตกใจ ไม่พึงพอใจ และหมดกำลังใจ (Gilliss et al., 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991) ความผาสุกในชีวิตลดลง และเกิดความเครียดสูงหรือมีภาวะซึมเศร้าได้ (วัฒนา น้ำเพชร, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jamerson et al. (1996) ที่ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤตพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยในระยะแรกจะอยู่ในภาวะแว้งคว้าง (hovering) ซึ่งจะมีความรู้สึกคือ สับสน เครียด และไม่แน่ใจ และวิตกกังวลในขณะที่ยังไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน และจะสอบถามข้อมูลได้จากใคร อย่างไร

3. ผลกระทบด้านสังคม สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต ด้านบทบาทหน้าที่ภายในครอบครัวและสังคมเปลี่ยนแปลงไป (Craven and Sharp, 1972; Griogo, 1993) ครอบครัวสูญเสียความเป็นส่วนตัว (Hickey, 1996) มีบทบาทหน้าที่ของตนที่เพิ่มขึ้นมากเกินไป (รุ่งรัตน์ วณิชชาติ, 2540; Bailey, 1989; Eberly et al., 1985) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมและชุมชนก็จะลดน้อยลงด้วย เนื่องจากไม่มีเวลาเพียงพอ (Gilliss et. al., 1988; Halm, 1990; Meisel, 1991) จากการศึกษาของ Horn and Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วย



ในภาวะวิกฤตมากกว่าครึ่งหนึ่ง (56 %) มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันในสังคม โดยมีการใช้เวลาในการพูดคุยกับเพื่อน การสวมมนต์อ้อนวอนพระเจ้า การเยี่ยมผู้ป่วยและการขับรถเพื่อเดินทางมากขึ้น และใช้เวลาในการอยู่กับบ้านหรือลูก การไปวัด และกิจกรรมกลางแจ้ง เช่น การออกกำลังกายลดลง และจากการศึกษาของ Titler, Cohen, and Craft (1991) ที่ศึกษาการรับรู้ถึงผลกระทบของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะวิกฤตของครอบครัวผู้ป่วย พบว่าครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่าการเปลี่ยนแปลงของสัมพันธภาพและกิจวัตรประจำวันภายในครอบครัว และค้ำชั่งใจจากการเปลี่ยนแปลงบทบาทในครอบครัว

4. ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างสูง และมีการสูญเสียรายได้จากการที่ต้องหยุดทำงานมาดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดมีปัญหาด้านการเงิน ซึ่งตรงกับ Covinsky, Desbiens and Lynn (1994) กล่าวว่า ผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อผู้ป่วยและครอบครัวคือชีวิตความเป็นอยู่และการเงิน ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความเครียดของสมาชิกในครอบครัว (Bernstein, 1990) และจากการศึกษาของ รุ่งรัตน์ วนิชชาติ (2540) ที่ศึกษาครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมและศัลยกรรม พบว่า ครอบครัวผู้ป่วยส่วนใหญ่ประเมินตัดสินว่าปัญหาด้านการเงินเป็นสถานการณ์ที่เป็นความเครียด และก่อให้เกิดความวิตกกังวล และการศึกษาของ Eberly et. al. (1985) ที่ศึกษามารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในหน่วยบำบัดพิเศษพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยส่วนมากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับรายได้

จากการศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยนั้น จะเห็นได้ว่าครอบครัวผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งถ้าครอบครัวเกิดความวิตกกังวลในระดับสูงจะทำให้ไม่สามารถปรับตัวกับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นได้ หรือปรับตัวในทางที่ไม่เหมาะสม ก็จะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถรับรู้ เฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ ส่งผลให้ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ และไม่สามารถเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยได้ และอาจมีภาวะการเจ็บป่วยทางกายตามมา นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยคือ การฟื้นฟูของผู้ป่วยช้าลงหรือไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น พยาบาลควรจะเข้าใจและให้ความช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อช่วยเหลือสมาชิกในครอบครัวให้มีการปรับตัวในทางที่เหมาะสม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เมื่อมีเหตุการณ์วิกฤตเกิดขึ้นในครอบครัว

Bleulin, Rook, and Sills (1982) ได้ให้แนวทางการพยาบาลในภาวะวิกฤตได้ ดังนี้

1. การให้ความช่วยเหลือทันที โดยการแนะนำครอบครัวผู้ป่วยให้รู้จักกับสภาพของหอผู้ป่วยหนักที่ครอบคลุมหัวข้อต่าง ๆ คือ

1.1 ให้คำอธิบายโดยการสรุปสั้น ๆ และเข้าใจได้ง่ายในเรื่องที่เกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย การรักษาที่ให้ทันทีที่ผู้ป่วยมาถึง และอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการรักษาพยาบาล

1.2 บอกชื่อแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ที่ร่วมกันให้การรักษาดูแลผู้ป่วย

1.3 ปฐมนิเทศแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับระบบงานของหอผู้ป่วยหนักควรอธิบายเกี่ยวกับเวลาเยี่ยม ให้หมายเลขโทรศัพท์เพื่อติดต่อ สถานที่ห้องพักของครอบครัวผู้ป่วยควรยืดหยุ่นเวลาเยี่ยมให้แก่ครอบครัวผู้ป่วยในระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ซับซ้อน/วิกฤต และแจ้งข่าวการเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยทุกครั้ง

2. การรับรู้เหตุการณ์วิกฤต ซึ่งในบางครั้งอาจมีความบิดเบือนได้จากการที่ครอบครัวผู้ป่วยมีอาการนั้น อาจทำให้ความเข้าใจในเหตุการณ์วิกฤตนั้นคลาดเคลื่อนไป ควรประเมินการรับรู้เหตุการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจากการสอบถามวิธีการพยาบาลที่สามารถช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยคือ การให้ข้อมูลที่ตรงและสม่ำเสมอมีความอดทนในการอธิบายซ้ำ ๆ เกี่ยวกับสภาวะร่างกาย อาการ และความก้าวหน้าของผู้ป่วย

3. การระบายอารมณ์ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตและการให้ความหวัง

3.1 การระบายอารมณ์ตอบสนองต่อภาวะวิกฤตกระบวนการคร่ำครวญ (Grieving process) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยระบายความรู้สึกได้ดีในสถานการณ์ที่วิกฤตและสูญเสีย พยาบาลควรช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถระบายความรู้สึก โดยการพูดคุยร่วมกันกับครอบครัวผู้ป่วยในห้องที่เป็นสัดส่วน การฟังด้วยความสนใจและให้ความสำคัญ เป็นการยอมรับความรู้สึกของครอบครัวผู้ป่วยได้ดี ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นคงทางจิตใจทำให้การตอบสนองของอารมณ์ต่อภาวะวิกฤตดำเนินไปได้ด้วยดี

3.2 การให้ความหวัง ความหวังเป็นสิ่งที่ดีที่สุดในสถานการณ์ที่ยุ่งยากที่สุด ในการเผชิญภาวะวิกฤต โดยการคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย และการเป็นสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยด้วยวิธีการสัมผัส และพูดคุยกับผู้ป่วยทุกครั้งที่ให้การพยาบาล และให้การส่งเสริมครอบครัวผู้ป่วยได้มีการติดต่อสื่อสารทั้งทางวัฒนธรรม และอวัจนภาษา เช่น การเขียนหนังสือโต้ตอบกัน การพยักหน้า/ส่ายหน้า การสัมผัสบีบมือให้กำลังใจ พยาบาลควรจัดให้ครอบครัวผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นการเปลี่ยนความรู้สึกจากการที่ให้การช่วยเหลืออะไรไม่ได้แล้วมาเป็นความหวังว่าจะสามารถให้การช่วยเหลือได้

4. การสำรวจหาสิ่งที่ให้ความช่วยเหลือและกลวิธีแก้ไข

4.1 การสำรวจหาสิ่งที่ให้ความช่วยเหลือ พยาบาลต้องช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยในการจัดหาสิ่งที่จะมาสนับสนุนที่เหมาะสม และมีกลวิธีแก้ไขปัญหาค้นหาได้เพียงพอ โดยช่วยค้นหาแหล่งกำลังที่สามารถช่วยครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต พยาบาลอาจจัดให้มีการประชุมร่วมกันกับครอบครัว และจัดให้ครอบครัวได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับครอบครัวอื่นที่มีประสบการณ์วิกฤตคล้ายคลึงกัน

4.2 การสำรวจกลวิธีแก้ไขที่มีประสิทธิภาพ พยาบาลควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ใช้ทักษะที่เคยได้ผลมาแล้วมาใช้ใหม่ให้มีประสิทธิภาพ และควรหาวิธีที่เป็นทางเลือกใหม่

ตลอดจนช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีทักษะในการแก้ปัญหาใหม่ที่จะนำไปในการวางแผนเพื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตในอนาคต

### 3. ความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

#### ความหมาย

ความวิตกกังวล (Anxiety) เป็นภาวะทางอารมณ์ซึ่งพบได้ทุกช่วงวัยของชีวิตเกิดขึ้นเป็นประจำในชีวิตประจำวัน (Blair & Ramones, 1996; Salzman & Labowitz, 1991) มักจะแสดงถึงความไม่พอใจ ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นความกลัว ความอึดอัด เป็นความรู้สึกว่าอันตรายใกล้จะมาถึง โดยที่อาจจะรู้หรือไม่รู้จักรัสิ่งที่คุณคานั้น ก่อให้เกิดภาวะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Lader and Marks, 1971; Stavrakaki, 1989) ความรุนแรงของความวิตกกังวลจะแตกต่างกันไปตามการรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของบุคคล

กวี สุวรรณกิจ (2543) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่าเป็นอารมณ์หรือความรู้สึกกลัวลึก ๆ ว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี หรือมีอันตรายเกิดขึ้น

ณัฐธนนท์ ใจตรง (2540) ให้ความหมายของความวิตกกังวลว่า เป็นภาวะการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่สามารถบ่งชี้ได้แน่ชัดว่า อะไรคือสิ่งเร้า ที่ทำให้มีความรู้สึกไม่มีความสุข อึดอัด กระวนกระวาย และรู้สึกเหล่านี้อาจเพิ่มขึ้นหากไม่ได้รับการแก้ไข

เกษม ต้นติผลลาชีวะ (2546) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่เกิดจากความขัดแย้งในจิตใจ ซึ่งอาจอยู่ใต้จิตสำนึกโดยที่ตนเองไม่ทราบว่กังวลเรื่องอะไร

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2546) ให้ความหมายของคำว่า วิตกกังวลว่าเป็นเหตุการณ์หรือสภาพใดที่ก่อให้เกิดความลำบากใจในการตัดสินใจ ความกังวลกับความสัมพันธ์กับคนบางคน ความวิตกกังวลในความไม่แน่นอนของสถานการณ์ หรือความรู้สึกกลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้น

เฉลิมศรี จันทรทอง (2549) ได้ให้ความคิดเห็นว่า ความวิตกกังวล หมายถึง สภาวะของความไม่สบายใจ มีความตึงเครียด รู้สึกหวาดหวั่น ซึ่งเกิดจากการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นความวิตกกังวลคล้ายกับความกลัว ตรงที่เป็นสภาพที่ทำให้บุคคลรู้สึกไม่สบายใจ เกิดความตึงเครียดและแตกต่างกันที่ ความกลัวมีเป้าหมายว่ากลัวสิ่งใดหรือสภาพการณ์ใดที่กำลังเผชิญอยู่ แต่ความวิตกกังวลเป็นภาวะอารมณ์ที่บุคคลคิดถึงเรื่องที่ยังไม่เกิดขึ้น

Freud กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เมื่อจิตใจถูกแรงกระตุ้นที่รุนแรงเกินกว่าที่จิตใจจะสามารถจัดการหรือควบคุมได้ แรงกระตุ้นนี้อาจมาจากสาเหตุภายนอก หรือภายในตัวก็ได้ แต่ส่วนมากมักมาจากสาเหตุภายในตัวคือ แรงผลักดันของจิตใจ (Drive หรือ Id)

Graham & Conley (1971) มีความเห็นว่าความวิตกกังวลเป็นความเครียดที่เกิดขึ้นเนื่องจากความกลัว ความหวาดหวั่น หรือความไม่สบายใจ ที่เกิดจากความรู้สึกนึกคิด หรือทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองในอนาคตว่าจะมีอันตราย โดยไม่สามารถกำหนดสาเหตุได้อย่างชัดเจน

Carter (1976) ได้ให้ความหมายของความวิตกกังวล คืออารมณ์ที่ตอบสนองต่อสิ่งคุกคาม ทำให้เกิดความไม่สบายใจจากการคาดการณ์ล่วงหน้าเกี่ยวกับอันตรายที่เกิดขึ้น

Rycroff (1978) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า เป็นความรู้สึกเตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นและการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ไม่คุ้นเคย ซึ่งภาวะนี้อาจจะหมดไปเมื่อมีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นแล้วหรือบุคคลรับรู้อย่างชัดเจนแล้ว

Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า เกิดจากบุคคลรับรู้สิ่งเร้าต่อสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง แล้วคิดว่าเป็นความคุกคามต่อตนเองหรือความวิตกกังวลเป็นกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์แวดล้อมกับปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ โดยที่บุคคลประเมินด้วยสติปัญญาว่าสถานการณ์นั้น ๆ เป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดความสูญเสียหรือทำลายต่อความปลอดภัยของชีวิต

Grainger (1990) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีประโยชน์ ช่วยให้บุคคลมีการตื่นตัวในการปฏิบัติงาน และช่วยป้องกันอันตราย หากบุคคลมีความวิตกกังวลมากเกินไป จะทำให้การรับรู้ ความจำ และการปรับตัวเสียไป จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางกาย

Peplau (1992) อธิบายถึงความวิตกกังวลว่า เป็นแหล่งพลังงานที่ไม่สามารถแยกออกจากบุคคลได้ เกิดขึ้นเมื่อมีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความรู้สึกว่าถูกคุกคามต่อร่างกายและจิตใจ รู้สึกไม่ปลอดภัย ซึ่งสามารถแสดงออกถึงความวิตกกังวลใน 2 ลักษณะ ได้แก่ ความวิตกกังวลที่เป็นนามธรรม (Subjective anxiety) ซึ่งบุคคลไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่สามารถรับรู้ และบอกเล่าได้โดยบุคคลที่กำลังประสบอยู่ และความวิตกกังวลที่เป็นรูปธรรม (Objective anxiety) ที่สามารถรับรู้ได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกให้รับทราบว่ามีความวิตกกังวล

Spielberger และคณะ (1970, 1972 Spielbergbier และ Gueervero, 1982; Spielberger และ Krasner, 1988; Spielberger และ Sydemann, 1994) แบ่งลักษณะความวิตกกังวลโดยทั่วไปออกเป็น 2 แบบ คือ

1. ความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety or A State or Situational Anxiety or Acute Anxiety) เป็นลักษณะของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์เฉพาะที่เป็นครั้งคราว ในปัจจุบันและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามต่อบุคคล แสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถสังเกตเห็นได้ ในช่วงระยะเวลาที่อยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ และผู้ที่มีปัญหาจะสามารถรายงานได้ บุคคลมีความรู้สึกตึงเครียด ไม่สุขสบาย หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดขึ้นจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคล

2. ความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait Anxiety or A trait or Chronic Anxiety) เป็นความวิตกกังวล ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล มีลักษณะค่อนข้างคงที่จนเป็นนิสัย มีอิทธิพลต่อการรับรู้และการประเมินสิ่งเร้า จะไม่ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือเป็นตัวประกอบของความวิตกกังวลแบบขณะเผชิญ เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือเป็นอันตรายมากระตุ้นบุคคลที่มีความวิตกกังวลแบบแฝงสูง จะรับรู้สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจหรือเกิดอันตรายได้ง่ายกว่าและเร็วกว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ เป็นลักษณะโน้มเอียงที่จะมีความวิตกกังวล (Anxiety-Prone) คือในบุคคลที่มีความวิตกกังวลประจำตัวสูง มีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสถานการณ์ที่ถูกรับรู้ว่าเป็นสิ่งคุกคาม โดยการแสดงออกถึงความวิตกกังวลแบบสภาวะการณ์อย่างรุนแรง (Anstasi, 1982) โดยเฉพาะสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือสถานการณ์ที่คุกคามต่อความมีคุณค่าในตนเองของบุคคล (Spielberger, 1982)

Lader และ Marks (1971) ได้อธิบายถึงสาเหตุและองค์ประกอบของความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบแฝง โดยอาศัยรูปแบบของความวิตกกังวลในภาวะปกติ (A Model of normal anxiety) ซึ่งสังเคราะห์โดย Spielberger คือ ทางด้านกรรมพันธุ์ ประสบการณ์ในอดีต และสถานการณ์ในปัจจุบันซึ่งหมายถึง ความคิด ความต้องการ ความรู้สึกในขณะนั้น ทั้ง 3 อย่างนี้จะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ก่อให้เกิดความโน้มเอียงที่จะมีความวิตกกังวลแบบแฝงตลอดไป ร่วมกับมีการแสดงออก 3 อย่างเกิดขึ้น คือ การกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้หลายอย่าง เช่น หัวใจเต้นเร็ว เกิดความรู้สึกวิตกกังวลขณะเผชิญ และ การมีการใช้กลไกทางจิต (Coping Mechanism) เพื่อลดความวิตกกังวล และ กำจัดสาเหตุของความวิตกกังวลให้ออกไป

สรุปความวิตกกังวลหมายถึงกระบวนการทางความคิดที่เชื่อมโยงระหว่างสถานการณ์แวดล้อมกับปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พึงพอใจ มีความรู้สึกตึงเครียด กระวนกระวาย หวาดหวั่น ที่เก็บซ่อนอยู่ภายใต้จิตสำนึก หรือแสดงออกให้เห็นอย่างชัดเจน ขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์ ประสบการณ์ในอดีต และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นของแต่ละบุคคล

## เครื่องมือประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ

แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ (1970) มีชื่อเรียกว่า State-Trait Anxiety Inventory (STAI) เป็นการประเมินความวิตกกังวลในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ที่เกิดขึ้นชั่วคราว มี 20 คำถาม ผู้ที่มีคะแนนรวมสูงแสดงถึงมีความวิตกกังวลสูงกว่าผู้ที่มีคะแนนรวมต่ำ Spielberger และคณะ (1970) ได้หาความเที่ยงตรงโดยการนำไปทดสอบกับนักศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี จำนวน 197 คน ทั้งที่อยู่ในสภาวะที่เครียดและไม่เครียด ในสภาวะเครียด (Stressful condition) ได้แก่ ทันทีหลังการดูภาพยนตร์ที่เครียด (Stressful movie: Movie condition) และใน 10 นาทีหลังการสอบ (Exam condition) และในสภาวะไม่เครียด (Non stressful condition) ได้แก่ ขณะทำแบบทดสอบ X-1 (Normal condition) และหลังการฝึกการผ่อนคลาย นาน 10 นาที (Relax condition) นำผลการทดสอบไปหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ( $\alpha$ ) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) ได้ผลดังตาราง

Condition	Males (N=109)			Females (N=88)		
	Mean	S.D.	Alpha	Mean	S.D.	Alpha
MOVIE	50.03	12.48	0.94	60.94	11.99	0.93
EXAM	43.01	11.23	0.92	43.69	11.59	0.93
NORMAL	36.99	9.57	0.89	37.24	10.27	0.91
RELAX	32.70	9.02	0.89	29.60	6.91	0.83

(Spielberger et al., 1970: 11)

การแปลผลระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้มีผู้นำมาแบ่งเป็น 4 ระดับ ตามความหมายของความวิตกกังวลที่ให้อำนาจในการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับผลการศึกษาของ Spielberger และคณะ (1970) ดังนี้

- ความวิตกกังวลเล็กน้อย (Mild anxiety) มีคะแนนระหว่าง 20-40 คะแนนเนื่องจากผลการศึกษาของ Spielberger และคณะ (1970) พบว่า ในสภาวะปกติคนทั่วไปจะมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่าง 36.99-40.02 คะแนน
- ความวิตกกังวลปานกลาง (Moderate anxiety) มีคะแนนระหว่าง 41-60 คะแนนเนื่องจากผลการศึกษาของ Spielberger และคณะ (1970) โดยพบว่าในช่วงของการทำข้อสอบของนักศึกษา คนทั่วไปจะมีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลขณะเผชิญระหว่าง 43.0-60.51 คะแนน

- ความวิตกกังวลสูง (Severe anxiety) และความรู้สึกกังวลสูงมาก (Panic) มีคะแนนระหว่าง 61-70 และ 71-80 คะแนน ตามลำดับ เนื่องจากโอกาสที่คนทั่วไปจะมีความวิตกกังวลในระดับสูงหรือสูงมาก เกิดขึ้นได้น้อยและยังไม่มีการศึกษาที่สนับสนุนให้เห็นถึงความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวล 2 ระดับนี้ จึงรวมคะแนนความวิตกกังวลที่เหลือเป็น 2 ส่วนเข้าด้วยกันแล้ว ให้ชื่อว่า ความวิตกกังวลในระดับสูง คือมีคะแนนระหว่าง 61-80 คะแนน

### ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวล

ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลมีแตกต่างกัน ได้แก่

1. เพศ เป็นส่วนหนึ่งของพัฒนาการของบุคลิกภาพด้านร่างกาย ที่มีผลต่อความวิตกกังวล โดยเพศหญิงและเพศชาย ร่างกายจะมีการหลั่งฮอร์โมนแต่ละชนิดที่แตกต่างกัน (Lazarus และ Folkman, 1984) พบว่า เพศชายมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่าเพศหญิง เนื่องจากการหลั่งฮอร์โมนจากต่อมหมวกไตต่างกัน เพศหญิงจะมีอารมณ์ฉุนเฉียว เศร้า หงุดหงิด หรือมีความวิตกกังวลได้ง่าย เมื่อระดับฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ต่ำลงมาก แต่ในเพศชายจะมีฮอร์โมนแอนโดรเจน (Androgen) ซึ่งมีผลทำให้เพศชายมีลักษณะแข็งแรงมีพฤติกรรมก้าวร้าว และมีการแสดงออกมากกว่าเพศหญิง (Grabow และ Buse, 1990) นอกจากนี้จากพฤติกรรมการเลี้ยงดูและความคาดหวังทางสังคมที่คาดหวังว่า เพศชายต้องมีลักษณะเข้มแข็ง อดทน และเป็นผู้นำ จึงทำให้เพศชายมีความวิตกกังวลน้อยกว่าเพศหญิง

2. อายุ ใช้ประเมินความสมบูรณ์ของจิตใจ และอารมณ์ที่มีผลต่อความวิตกกังวล บุคคลที่มีอายุมากกว่า จะมีความวิตกกังวลต่ำกว่าผู้ที่มีอายุน้อย อาจเนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์มากกว่า ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่า (Grabow และ Buse, 1990) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา นาคะ (2534) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี มีความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 61-80 ปี

3. ระดับการศึกษา เป็นส่วนหนึ่งของแหล่งประโยชน์ในการเพิ่มพูนและการแก้ปัญหาของบุคคล (Lazarus และ Folkman, 1984) บุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีความวิตกกังวลต่ำกว่า บุคคลที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการใช้สติปัญญา และมีการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Leske, 1993) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา นาคะ (2534) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า จะมีระดับความวิตกกังวลแฝงมากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา

4. ฐานะทางเศรษฐกิจ จากการศึกษาที่รายได้เป็นแหล่งสนับสนุนที่เป็นประโยชน์ในการเผชิญกับความเจ็บป่วย บุคคลที่มีรายได้สูงมีโอกาสเลือกรับการรักษาได้มากกว่าบุคคลที่มีรายได้ต่ำจึงทำให้มีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่า (Lazarus และ Folkman, 1984)

5. การวินิจฉัยโรค เป็นส่วนหนึ่งของเหตุการณ์ที่บุคคลต้องเผชิญ ชนิด ความรุนแรงและระยะของโรค จะเป็นสิ่งกำหนดว่าโรคคุกคามต่อความมั่นคงของบุคคลมากน้อยเพียงใด (Lazarus และ Folkman, 1984) การวินิจฉัยโรคที่เกี่ยวกับอวัยวะที่สำคัญจะส่งผลให้มีความวิตกกังวลสูง

6. ประสบการณ์การเจ็บป่วยในอดีต เป็นส่วนหนึ่งของการควบคุมด้านสติปัญญา บุคคลที่มีประสบการณ์ในอดีต ทำให้มีการรับรู้และคาดการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต ได้ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากขึ้น ทำให้ความวิตกกังวลต่อสิ่งที่ต้องเผชิญน้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน

7. การได้รับข้อมูล บุคคลที่ได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมเพียงพอ จะเกิดการเรียนรู้และสามารถคาดการณ์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีความวิตกกังวลน้อยกว่าบุคคลที่ไม่ได้รับข้อมูล (Leventhal และ Johnson, 1983)

### ระดับของความวิตกกังวล

ระดับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคลมีความรุนแรงที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับสิ่งกระตุ้น เหตุการณ์ และบุคลิกลักษณะของบุคคลนั้น ๆ ความวิตกกังวลสามารถแบ่งได้ 4 ระดับ ได้แก่ (อรพวรรณ ลือบุญทวีชัย, 2545; Mitchell, 1977)

1. ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (mild anxiety) เป็นความวิตกกังวลในระดับอ่อน ๆ ความวิตกกังวลชนิดนี้ จะเพิ่มขีดความสามารถในการรับรู้ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีความตื่นตัว (alert) ทั้งนี้เพราะประสาทรับรู้ทั้ง 5 มีการตื่นตัว พร้อมทั้งจะรับสิ่งที่มาคุกคามหรือมากระตุ้น ก่อให้เกิดการเผชิญความเครียดในทางสร้างสรรค์ โดยสามารถสังเกตพฤติกรรม ได้แก่ ท่าทางกระฉับกระเฉง ว่องไว สามารถสังเกตและรับรู้ดีขึ้น สามารถจดจำได้แม่นยำ เช่น ในเวลาใกล้สอบ คนจะตื่นตัวในการดูหนังสือ มีสมาธิ มีการแก้ไขปัญหาคิดดี อารมณ์ดีหงุดหงิดง่าย ช่างซักถาม เนื่องจากมีความอยากรู้อยากเห็น และได้รับความสนใจจากผู้อื่น

2. ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (moderate anxiety) เป็นภาวะวิตกกังวลระดับกลาง ๆ ยังคงมีการตื่นตัว แต่ระดับการรับรู้ลดลง การรับรู้จะถูกจำกัดให้แคบลงให้อยู่ในขอบเขตสิ่งกระตุ้นที่ตนกำลังสนใจ บุคคลจะให้ความสำคัญต่อเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น พฤติกรรมแสดงออกโดยท่าทางกระฉับกระเฉงมากขึ้น ว่องไวมากขึ้นจนดูเกือบจะลุกลี้ลุกลอน แต่ระดับ ความรู้สึกอดทนลดน้อยลง โกรธง่าย ร้องไห้ง่าย

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (severe anxiety) การรับรู้ของบุคคลจะแคบลงมาก จุดสำคัญจะถูกมองข้ามไปรับรู้ในส่วนปลีกย่อย ใจหมกมุ่นเฉพาะความรู้สึกเป็นทุกข์ของตนเอง ไม่สามารถเชื่อมโยงการรับรู้เรื่องราวต่าง ๆ ได้ ปัญหาและความสามารถในการจัดการเรื่องต่าง ๆ



ลดลง เกิดความตึงเครียด มีสมาธิลดลง ไม่สามารถทำตามคำแนะนำของผู้อื่นได้ พฤติกรรมแสดงออกโดย ทำให้บุคคลไม่อยู่นิ่ง กระสับกระส่ายอย่างเห็นได้ชัด ลูกลี้ลูกลมมากขึ้น อาจจะมีพูดมากและเร็วขึ้น เสียงอาจจะสั้นรัว หรือตรงกันข้าม อาจจะไม่พูดเลย บุคคลที่อยู่ในภาวะนี้ อาจจะไม่ได้ยินสิ่งที่เราบอก

4. ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic) เป็นภาวะที่เรียกได้ว่ามีความสับสน และตื่นกลัวสุดขีด ทำให้บุคคลมีพลังงานเกิดขึ้นมากที่สุดจนควบคุมตัวเองไม่ได้ สามารถทำสิ่งที่ในภาวะปกติทำไม่ได้ อาจจะมีพฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือในทางตรงกันข้าม อาจจะมีอาการซึม เศษเมเย ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ การรับรู้จะแคบลงมาก จึงไม่ควรจะบอกกล่าวหรือแนะนำสิ่งใด เนื่องจากไม่เกิดประโยชน์ พฤติกรรมที่แสดงออก ได้แก่ ความรู้สึกมึนงง สับสน กลัว อาจบอกไม่ได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง หรือรู้สึกว่ามีสิ่งเกิดขึ้นกับตนไม่เป็นความจริง เข้าใจยาก อ่อนเฉื่อยง่าย อาจเดินเร็ว วิ่งหนี หรืออาจต่อสู้อย่างรุนแรง

จะเห็นว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับต่ำ ให้ประโยชน์ต่อการรับรู้และการปรับตัวได้ดี แต่เมื่อระดับความวิตกกังวลสูงขึ้น จะทำให้การรับรู้ลดลงเรื่อย ๆ ดังนั้นในการให้ข้อมูลหรือคำแนะนำต่าง ๆ จึงต้องคำนึงถึงระดับของความวิตกกังวลของผู้รับข้อมูลนั้น ๆ ก่อนที่จะให้ข้อมูลหรือคำแนะนำอื่น ๆ ต่อไป หากความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง การให้ข้อมูลต่าง ๆ จะเป็นการสูญเปล่า จึงต้องทำให้ระดับของความวิตกกังวลลดลงอยู่ในระดับต่ำก่อนจึงจะทำให้สามารถรับรู้ข้อมูลได้อย่างเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้

### ผลของความวิตกกังวล

ในขณะที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น บุคคลจะสนองตอบต่อความวิตกกังวล จะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ดังต่อไปนี้ (Caudell, 1996; Kneisl, 1996; Green, 1997)

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีรวิทยา เป็นผลมาจากระบบประสาทอัตโนมัติ ประกอบด้วยระบบประสาท Sympathetic และ Parasympathetic ที่ทำงานตรงกันข้ามกันเพื่อรักษาความสมดุลของการทำงานของอวัยวะในร่างกาย เมื่อมีความวิตกกังวลระดับน้อยและปานกลางระบบ Sympathetic จะมีบทบาทมากกว่า จะเพิ่มการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย หัวใจจะเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น หายใจเร็วขึ้น เหงื่อออก ท้องผูก เป็นต้น แต่ถ้าถึงขั้นรุนแรง และรุนแรงที่สุด ระบบ Parasympathetic จะมีบทบาทมากกว่า จะทำให้ระบบต่าง ๆ หยุดทำงานได้เช่นกัน การหายใจจะลึก และเร็วขึ้น ปัสสาวะบ่อย ปากแห้ง ผิวหนังซีดเย็น กล้ามเนื้อเกร็งโดยเฉพาะที่คอ

2. การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมี ในภาวะวิตกกังวล Pituitary Gland ส่วนหน้าจะหลั่งฮอร์โมน ACTH (Adrenocorticotrophic Hormone) ไปกระตุ้นส่วนเปลือก Adrenal Cortex ทำให้หลั่ง Cortical Hormone ทำให้การทำงานที่ผิดปกติ เช่น เกิดการคั่งของ โซเดียม เพิ่มการทำลายของ Glycogen ในตับทำให้กล้ามเนื้อตึงตัวและปวดกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ Pituitary Gland ส่วนหลัง ซึ่งหลั่งฮอร์โมน ADH (Antidiuretic Hormone) ทำหน้าที่ควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะให้เป็นปกติ ถ้าระดับความรุนแรงมากขึ้น จะทำให้ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ส่วน Hypothalamus จะส่งกระแสผ่านไปตามระบบประสาทอัตโนมัติไปยังต่อมหมวกไตชั้นใน (Adrenal Medulla) ให้หลั่งฮอร์โมน Cathecolamine ซึ่งประกอบด้วย Epinephrine และ Norepinephrine เข้าสู่กระแสเลือดส่วนต่างๆของร่างกายทำให้หัวใจเต้นเร็วและแรง ความดันโลหิตสูงขึ้น เส้นเลือดส่วนปลายมีการหดตัว ทำให้มือและเท้าซีดและเย็น นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังไปก่อกำเนิดของภูมิคุ้มกันของเซลล์ และก่อกำเนิดของต่อ Antibody ของร่างกาย
3. การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ จะทำให้ตกใจง่าย กระสับกระส่าย หงุดหงิด และโมโหง่าย
4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านความคิด ความทรงจำ และการเรียนรู้ ทำให้ความคิดสับสน ฟุ้งซ่าน การตัดสินใจไม่ดี การรับรู้ผิดพลาด ไม่มีสมาธิ ลืมง่าย และความสนใจสิ่งแวดล้อมลดลง

#### การวัดระดับความวิตกกังวล (Lader and Marks, 1971)

เครื่องมือที่ใช้วัดระดับความวิตกกังวลส่วนใหญ่เป็นการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-Report Questionnaire) โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 วิธี ดังนี้

1. การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological Measure of Anxiety) โดยดูจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จากสาเหตุความวิตกกังวล ซึ่งแสดงออกทางระบบประสาทอัตโนมัติ ได้แก่ การขยายรูม่านตา การมีเหงื่อออก การวัดความเปลี่ยนแปลงทางหัวใจและหลอดเลือด เช่น วัดอัตราการเต้นของหัวใจโดยใช้เครื่องบันทึกคลื่นหัวใจ (Electrocardiogram) วัดชีพจรโดยใช้เครื่องนับชีพจร (Mechanical pulse Detective) วัดความดันโลหิตโดยใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิต (Sphygmomanometer) วัดการทำงานของกล้ามเนื้อ (Electromyography) และวัดคลื่นสมอง (Electroencephalogram) การวัดโดยวิธีนี้ค่อนข้างยุ่งยาก เนื่องจากระดับความวิตกกังวลของบุคคล ไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออก และการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของแต่ละบุคคลก็มีแบบแผนที่แตกต่างกัน (Stuart and Sundeen, 1987)
2. การสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral Measure of Anxiety ) เป็นการประเมินความวิตกกังวลของบุคคล โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมของ Graham และ Conley (1971) ซึ่งประเมินเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม และความกลัว ที่แสดงออก

ในด้านการเคลื่อนไหว คำพูด การติดต่อสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูด การรับรู้ เช่นการกัดเล็บ/ริมฝีปาก การยื่นกอดอก กระสับกระส่าย ขาดสมาธิ นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อากาการกระวนกระวายใจ หงุดหงิด ลูกลี้ลูกลอน ร้องไห้ ถอนหายใจ ผื่นร้อย เป็นต้น การแสดงออกทางการติดต่อสื่อสาร การพูดไม่ชัด ไม่พูด การพูดมากขึ้น การพูดตะกุกตะกัก การพูดเสียงดัง การแสดงออกทางสีหน้า ความตึงเครียด การร้องไห้

3. การวัดโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง เป็นแบบสอบถามความรู้สึกรบกวนใจ เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวล ได้แก่ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Thenm Taylor Manifest Anxiety Scale (Taylor MAS), The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) แต่ที่นิยมใช้กันมากคือ The State-Trait Anxiety Inventory ของ Spielberger (1972)

### **ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก**

เมื่อมีทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จะแสดงความรู้สึกออกมาหลาย ๆ อย่าง เพื่อตอบสนองต่อภาวะเจ็บป่วย เช่นเดียวกับผู้ปกครอง จะมีความรู้สึกโกรธ เศร้า กังวลใจ กลัว วิตกกังวล ผู้ปกครองจะแก้ปัญหาด้วยความรู้สึกเหล่านี้หลาย ๆ วิธี มีทั้งร้องไห้ การดำเนินซึ่งกันและกัน เสาะแสวงหาความมั่นใจ แสดงความโกรธและปฏิเสธ ครั้งแรกที่เข้าเยี่ยมทารก ผู้ปกครองจะเกิดความรู้สึกกลัว และสับสนจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักจากสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ เช่น การใส่สายยางเข้าไปในตัวทารกเครื่องมือวิธีการต่าง ๆ ที่นำมาใช้กับตัวทารก เครื่องช่วยหายใจ เสียงสัญญาณต่าง ๆ รู้สึกแปลกใจเมื่อเห็นทารกได้รับการรักษาที่ไม่เคยเห็นมาก่อน มีการใช้เครื่องมือแปลก ๆ ไม่รู้ว่าควรจะทำอะไรกับตัวทารกได้หรือไม่ (Epperson, 1977; Philichi, 1988; Adams, 1988) จากสภาพการเจ็บป่วยของทารก ตลอดจนการตรวจรักษา การทำหัตถการเพื่อช่วยชีวิต ตลอดจนการวัดสัญญาณชีพบ่อย ๆ ล้วนเป็นสิ่งนี้อาจก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความตกใจ หรือความกลัว เช่น กลัวเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กลัวตาย กลัวความพิการ ความรู้สึกที่ไม่ปลอดภัยถูกคุกคาม ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้คาดการณ์ล่วงหน้า ขาดประสบการณ์ ต่อการเจ็บป่วยของทารก เป็นเหตุการณ์ที่ผู้ปกครองไม่สามารถหลีกเลี่ยงและควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ตลอดจนการไม่คุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่ที่มสุภาพ ที่มีความเร่งรีบในช่วงเวลาที่มีความวิกฤตของชีวิต ซึ่งมักให้ความสำคัญทางด้านการช่วยชีวิตเป็นอันดับแรกจนบางครั้งขาดความสนใจทางด้านจิตใจของผู้ปกครอง เพราะฉะนั้นจะเห็นว่าอาการทารกและสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครอง ดังนั้นผู้ปกครองจึงมีความต้องการที่จะพบแพทย์ทุกวัน เกี่ยวกับการรักษาและการ

พยากรณ์โรคของทารก ต้องการให้พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการดูแลทารก ลักษณะหอผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้กับทารกป่วยและสิ่งที่คุณปกครองสามารถปฏิบัติได้ขณะเข้าเยี่ยมทารก

(Verhaeghe S, et al, 2005) การให้ข้อมูลโดยใช้ประสบการณ์ในอดีต การเรียนรู้ ความรู้ความเข้าใจ ขนบธรรมเนียมประเพณี และสิ่งแวดล้อม มาเป็นแนวทางในการนำพฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย จะทำให้สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ Chavez (1987) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของญาติผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับและไม่ได้รับความรู้ก่อนการเข้าเยี่ยม (Education Orientation) พบว่าแนวโน้มที่ระดับความเครียดจะลดลงหลังการให้ความรู้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมา จะเห็นว่าญาติผู้ป่วยจะเกิดความรู้สึกวิตกกังวลเมื่อรับรู้ว่าการป่วยมีอาการหนักจนต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และพยาบาลมีหน้าที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วย การพยาบาลแบบองค์รวมจะไม่เกิดขึ้นถ้าไม่ได้รวมครอบครัวทารกป่วยเข้าไปด้วย การขาดปฏิสัมพันธ์หรือขาดการติดต่อสื่อสารกับครอบครัวผู้ป่วยทำให้การพยาบาลไม่บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้ปกครองทารกป่วยมีส่วนสำคัญต่อกระบวนการฟื้นฟูสภาพของภาวะสุขภาพของทารกตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักนั้น แต่ก่อนที่ครอบครัวจะสามารถช่วยเหลือทารกป่วยได้ ครอบครัวจะต้องเข้าใจ และได้รับการช่วยเหลือในการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตก่อน และพยาบาลเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ปกครองปรับตัวให้เข้ากับสภาพผู้ป่วยและหอผู้ป่วยหนัก โดยการลดความวิตกกังวลที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ปกครอง และสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลทารกตามหลักการพยาบาลขั้นพื้นฐานที่เหมาะสมกับสภาวะของทารกนั้น ๆ การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาถึงการสนับสนุนให้ผู้ปกครองให้มีทักษะ ความมั่นใจ รู้สึกว่าตนเองสามารถช่วยดูแลทารกได้ ช่วยให้ผู้ปกครองลดความวิตกกังวล สามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมเมื่อพบสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น ในหอผู้ป่วยหนัก

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

4.1 อายุ เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลปัจจัยหนึ่ง เนื่องจากเมื่อมีอายุมากขึ้นบุคคลจะมีประสบการณ์ในการเผชิญกับวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิตและมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาในภาวะเหล่านั้น ทำให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มีวุฒิภาวะสูงขึ้น มีความสามารถในการคิด วิเคราะห์ไตร่ตรองและตัดสินใจเลือกกลวิธีในการเผชิญปัญหามากขึ้น (พรศิริ ใจสม, 2536) ขนิษฐานาคะ (2534) ได้ทำการศึกษาเรื่องความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี

มีความวิตกกังวลขณะเผชิญ และความวิตกกังวลแฉกมากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 61-80 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

**4.2 ระดับความรุนแรงโรค** การเจ็บป่วยระยะวิกฤติ เป็นภาวะคุกคามถึงชีวิต โดยมีความล้มเหลวของการทำงานของอวัยวะตั้งแต่สองชนิดขึ้นไปเกิดความไม่สมดุลอย่างรุนแรง อยู่ในภาวะที่ไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อหน้าที่ทางกาย จิต และสังคม (จันทร์เพ็ญ สันตวาจา, 2548) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งประเมินได้จากอาการ ภาวะแทรกซ้อน พยากรณ์โรค และการรักษา มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล บุคคลที่รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากจะยิ่งรายงานความวิตกกังวลในระดับสูง (พรทิภา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ, 2551) ทำให้มีความยุ่งยากและซับซ้อนในการรักษาพยาบาล ทารกจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด สม่ำเสมอตลอดเวลา ในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อลดอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อน และอัตราการตายก่อนกำหนด โดยได้รับการดูแลรักษาจากทีมสุขภาพประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์ที่มีศักยภาพ มีความชำนาญ และมีทักษะสูง สามารถให้การดูแลรักษา โดยอาศัยเทคโนโลยีระดับสูง ได้แก่การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์และหัตถการมากมายได้เป็นอย่างดี (สุกรี สุวรรณจุฑะ และสุภารัตน์ ไวยชีตา, 2544)

American Academy of Pediatric (2004) มีเกณฑ์ในการแบ่งระดับความต้องการการดูแลรักษาของทารกแรกเกิดที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ดังนี้

- 1. **ระดับ 2 (Level II Special Neonatal Care)** เป็นระดับที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยซับซ้อนปานกลาง จากภาวะเกิดก่อนกำหนดและ/หรือภาวะโรค จำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินการรักษาที่ต่อเนื่อง แต่ไม่ต้องการการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ หรือต้องการเพียงช่วงสั้น ๆ (น้อยกว่า 24 ชั่วโมง) ต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ พยาบาล ที่มีความรู้ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ มีการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ อื่น ๆ

- 2. **ระดับ 3 (Level III Subspecialty Neonatal Care)** เป็นระดับที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยซับซ้อนและรุนแรง ต้องการการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง และต้องการการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ และต้องการดูแลรักษาจากแพทย์ พยาบาล ที่มีความรู้ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญสูง มีการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ อื่น ๆ

การที่ทารกต้องรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักผู้ป่วยหนัก เป็นสาเหตุของการรับรู้ผู้ป่วยอยู่ในสถานการณ์ที่ใกล้ตาย ทำให้มีผลกระทบอย่างมากต่อครอบครัว โดยเฉพาะบิดามารดาได้รับทราบเกี่ยวกับอาการของบุตร ที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากการรักษาด้วยอุปกรณ์

การแพทย์ต่างๆ และไม่สามารถช่วยเหลือบุตรได้ นอกจากมองบุตรของตนเองได้รับทุกข์ทรมาน สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลกระทบให้บิดามารดาเผชิญกับความเครียดอย่างมาก (พิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์ และวิไล ตั้งสถิตพร, 2548) ซึ่ง พรศิริ ใจสม (2536) ได้ศึกษาความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม พบว่า เหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุให้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดมากที่สุด คือ ด้านพฤติกรรมของบุตร เช่นเดียวกับ วชิราภรณ์ สุมนวงศ์ (2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวลหรือหวาดระแวงเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้อง พัชรี ตั้งตุลยางกูร (2538) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีความรุนแรงของโรคมักจะมีความวิตกกังวลและซึมเศร้าสูง

ดวงใจ สิงหวิเศษ (2535) ศึกษาผลของการผ่อนคลายกล้ามเนื้อต่อระดับความวิตกกังวลในมารดาทารกป่วยแรกเกิด จำนวน 40 คน พบว่าความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรป่วยเกิดจากความเจ็บป่วยของบุตร การสูญเสียบทบาทการเป็นมารดา การดูแลรักษาที่บุตรได้รับ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและปัญหาด้านเศรษฐกิจการเงิน

สุนทรีย์ ภิญญมิตร (2539) ศึกษาผลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดามารดาจำนวน 100 คน ใช้เครื่องมือ PSS: NICU ของ Miles พบว่า ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดสูงสุด ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของมารดา รองลงมาได้แก่ สภาพแวดล้อมในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ลักษณะและพฤติกรรมของทารกที่ปรากฏ และพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่

อัญชลี ผลประเสริฐ (2539) ศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีสำเร็จตามเป้าหมายต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก โดยใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดา 40 คนและ มารดา 46 คน ใช้แบบประเมินการรับรู้ปัจจัยความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก (PSS: PICU) ของ Cartee และ Miles, 1982) ในการประเมินปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด ผลการศึกษาพบว่าการตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นปัจจัยความเครียดสูงสุด รองลงมาคือลักษณะที่ปรากฏของทารก บทบาทของบิดามารดาที่เปลี่ยนไป และด้านท่าทีและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่

## 5. บทบาทพยาบาลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต

การที่มีทารกป่วยในระยะวิกฤตในครอบครัวทำให้ผู้ปกครองอาจจะต้องทำหน้าที่เป็นตัวแทนของทารกที่จะพูดหรือปกป้องสิทธิของผู้ป่วยทารก เป็นบทบาทใหม่ที่ผู้ปกครองต้องปฏิบัติ

อาจถูกคุกคาม หรือทำให้เกิดการกระทบกระเทือนความสงบ แหล่งสนับสนุน และความสามารถ ในการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลทารกที่อยู่ในระยะวิกฤตและครอบครัว (เอมพร รตินธร, 2547) ปัจจุบันการพยาบาลผู้ป่วยยึดหลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) คือ หลักการดูแลผู้ป่วยให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย เพื่อให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (ชุติมา อรุณทยานันท์, 2547) ดังนั้น ภาวะวิกฤต ของชีวิตของทารก พยาบาลควรจะขยายแนวคิดจากความสนใจเฉพาะชีวิตของทารกป่วย ไปยัง สมาชิกในครอบครัวของทารกด้วย เพื่อที่จะช่วยให้สมาชิกในครอบครัวของทารกได้สามารถเผชิญ ต่อภาวะเครียดของตนที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ ยังผลให้เกิดภาวะสมดุลของครอบครัวด้วย (Craven, 1972 cited in Roberts, 1986) ดังนี้

**5.1 บทบาทด้านการให้ความรู้** ความไม่รู้ เป็นสาเหตุของความวิตกกังวลของผู้ปกครอง การให้ความรู้และหรือการให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลให้กับผู้ปกครองที่มีทารกอยู่ในสภาวะ เจ็บป่วยจะช่วยให้ผู้ปกครองคลายความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วยของทารกได้ (วรลักษณ์ วงศ์ อิศเรศ. 2546) การให้ความรู้จึงเป็นบทบาทที่สำคัญ โดยที่พยาบาลต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ปกครอง ได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของทารกแรกเกิดระยะวิกฤต อุปกรณ์เครื่องมือ เครื่องใช้ และเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ใช้กับทารก กฎระเบียบต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยหนัก การเตรียมตัวใน การเข้าเยี่ยมทารก ตลอดจนแหล่งสนับสนุนที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ปกครอง เพื่อช่วยให้ ผู้ปกครองผ่อนคลาย โดยเฉพาะมารดาที่มีทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จะมีความวิตกกังวลสูงกว่ามารดาทั่วไปที่มีทารกแรกเกิดปกติ (Bidder, Crown and Gray, 1974)

**5.2 บทบาทเป็นผู้ประสานงาน** การดูแลทารก อาศัยหลักการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยทีมสุขภาพ พยาบาลเป็นสมาชิกผู้หนึ่งในทีมสุขภาพ มิใช่เป็นผู้ที่มีหน้าที่หลักในการดูแล จึง ต้องร่วมมือกับสมาชิกในทีมสุขภาพอื่น ๆ พยาบาลเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทั้ง ในหน่วยงานและระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้ทักษะที่จำเป็นต่าง ๆ ได้แก่ ทักษะในการ สื่อสาร ทักษะการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ทักษะในการเจรจาและความเชี่ยวชาญเฉพาะ สาขา การร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อใช้ความรู้ และความเชี่ยวชาญของแต่ละฝ่าย ในการเสริมประโยชน์ซึ่งกันและกัน เป็นผลประโยชน์ของทารกและผู้ปกครองพึงได้รับ

**5.3 บทบาทด้านการเป็นที่ปรึกษา** การเป็นที่ปรึกษา เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ ผู้ปกครองได้สำรวจปัญหาความวิตกกังวล ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านพฤติกรรม ทำให้ รู้จักลำดับความสำคัญของปัญหาก่อน หลัง ให้ผู้ปกครองได้ระบายความรู้สึกและความคับข้องใจ อย่างเสรี(ประไพรัตน์ ประตา, 2548) ทั้งเป็นการแสดงบทบาทของการเป็นแหล่งประโยชน์ในด้าน ความรู้ ความสามารถ และความชำนาญทางคลินิกในสาขาที่ตนเองเชี่ยวชาญ แก่บุคลากรทีม สุขภาพทั้งในและนอกหน่วยงาน รวมถึงผู้รับบริการ เพื่อร่วมมือในการแก้ปัญหาให้บรรลุเป้าหมาย

ในการบริการสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นแหล่งสนับสนุน เป็นที่ปรึกษาและเป็นแหล่งประโยชน์แก่ผู้ปกครองที่มีปัญหาความวิตกกังวล เกี่ยวกับภาวะการเจ็บป่วยของทารก เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองหาแนวทางในการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม (เหมือนฝัน มณีฉาย, 2542) รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาให้แก่พยาบาลประจำการในการประเมิน วางแผนการปฏิบัติการพยาบาล และประเมินภาวะความวิตกกังวลของผู้ปกครอง เพื่อลดความขัดแย้งระหว่างการปฏิบัติงาน โดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

**5.4 บทบาทผู้ให้การดูแล** การพยาบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤต มีหลักการสำคัญของการพยาบาลคือ ให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ทั้งของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย (เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, 2534) พยาบาลเป็นผู้ดูแลทารกโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับหลักการดูแลทารกแรกเกิดที่มุ่งป้องกันการเจ็บป่วย ให้ผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลทารกและการรักษาเฉพาะที่ถูกต้อง ตั้งแต่แรกรับทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ดังนี้ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์, 2545)

1) การดูแลอุณหภูมิร่างกายทางทวารหนักให้อยู่ที่ 37 องศาเซลเซียส เพื่อให้ทารกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการใช้ออกซิเจนและพลังงานน้อยที่สุด ทารกอยู่ในตู้อบหรือใต้เครื่องให้ความอบอุ่นโดยการแผ่รังสี ป้องกันการสูญเสียความร้อนจากพื้นผิวของร่างกาย โดยป้องกันมิให้มีลมพัดผ่านตัวทารก การใช้ผ้าขนหนูหนา ๆ และแห้งห่อตัวทารกเป็นการป้องกันภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำได้ดี ร่วมกับการปรับอุณหภูมิห้องไม่ให้เย็นจนเกินไป ประมาณ 26 – 28 องศาเซลเซียส และต้องมีการติดตามอุณหภูมิร่างกายของทารกอย่างใกล้ชิด

2) การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและออกซิเจนในเลือดให้พอเหมาะ เพื่อให้เนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ป้องกันภาวะหายใจลำบากและหยุดหายใจ การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งอยู่เสมอ การจัดท่านอนที่เหมาะสม เช่นการจัดให้นอนราบใช้ผ้าหนุนบริเวณคอและไหล่ให้ศีรษะหายใจไปข้างหลังเล็กน้อย เพื่อช่วยให้ทางเดินหายใจเปิดตลอดเวลา และดูแลให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างต่อเนื่อง

3) การป้องกันการติดเชื้อ ผู้ปกครองควรได้รับการล้างมือก่อนเข้าเยี่ยมทารกทุกครั้ง อุปกรณ์เครื่องใช้ของทารกแยกใช้เฉพาะทารกแต่ละคน ไม่ปะปนกัน หากต้องใช้กับทารกอื่นจะต้องเช็ดทำความสะอาดเครื่องใช้นั้น ๆ ทุกครั้ง ในกรณีที่ผู้ดูแลทารกป่วย ไม่ควรเข้าเยี่ยมทารก

4) การให้อาหารคือนมแม่ และ หรือ สารน้ำทางหลอดเลือด ทารกจะได้รับนมมารดาเร็วที่สุด มารดาจะได้รับความรู้ทางการเตรียมนมสำหรับทารกเมื่อทารกพร้อม ในทารกที่ไม่สามารถรับนม จะได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดทดแทนตามแผนการรักษาของแพทย์

5) การรักษาเฉพาะโรค เป็นการเฝ้าติดตามและการดูแลรักษาเฉพาะโรคซึ่งผู้ปกครองจะได้รับข้อมูลการรักษาทารกจากแพทย์ผู้ดูแล



6) การส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์บิดามารดาและทารก สายสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวมีความสำคัญมาก เนื่องจากมีผลต่อการอยู่รอดและการพัฒนาของทารก เพื่อให้ทารกได้รับนมแม่และไม่ทิ้งการดูแล ผู้ปกครองทารกควรได้รับการส่งเสริมจากบุคลากรทางการแพทย์ในการสร้างสายสัมพันธ์ตั้งแต่วันแรกที่ทารกเกิด ให้ผู้ปกครองได้อยู่ด้วยกันมากที่สุด ได้สัมผัสทารกทางตา (eye-to-eye contact) และสัมผัสทางผิวหนัง (skin-to-skin contact) (Siegel, Gardner and Merenstein, 2006; วราภรณ์ แสงทวีสิน, 2550)

7) การส่งเสริมด้านพัฒนาการ การดูแลด้านพัฒนาการ กระตุ้นประสาทสัมผัสของทารกเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ควรมีการวางแผนกระตุ้นประสาทสัมผัสของทารก โดยการสัมผัส การนวด จ้องมอง สบตา การพูดคุยกับทารกด้วยระดับเสียงต่างๆกัน การให้ทารกฟังเพลง หรือเสียงที่เป็นจังหวะ นอกจากนี้การส่งเสริมพัฒนาการยังครอบคลุมถึงการลดสิ่งกระตุ้นจากสภาวะแวดล้อมในหน่วยอภิบาลทารก ซึ่งได้แก่ แสง เสียง กำหนดให้มีช่วงเวลาที่ยืดสงบ ลดกิจกรรมต่างๆที่ทำให้เกิดเสียงและแสง

### การดูแลครอบครัวทารกที่เจ็บป่วยระยะวิกฤติ

สมาคมพยาบาลวิกฤตแห่งสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่เกี่ยวกับการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยวิกฤติไว้ว่า พยาบาลต้องประสานงานกับผู้อื่นเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ต้องเข้าใจถึงภาวะความเครียดที่เกิดขึ้นและให้ความช่วยเหลือ ต้องร่วมรับรู้ในสิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วย และควรยอมรับในค่านิยมของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์

Johnson (1986) ได้ชี้แนะการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยไว้ ดังนี้

1. การพยาบาลต้องเข้าใจถึงความเศร้าหมองของครอบครัวผู้ป่วย และต้องแสดงให้ครอบครัวผู้ป่วยเห็นว่าเข้าใจถึงความเศร้าของเขา และต้องการให้เขาระบายออกมา
2. อธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจถึงเครื่องมือในการรักษาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยใช้ เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวลของครอบครัว และกล้าที่จะให้ความร่วมมือในการดูแลด้านร่างกายแก่ผู้ป่วย โดยหลักการและเหตุผลง่าย ๆ ใช้ภาษาที่ง่ายแก่การเข้าใจ และควรพิจารณาถึงระดับการศึกษา ความเข้าใจ และสภาพทางจิตใจ อารมณ์ขณะรับฟังคำอธิบายร่วมด้วย
3. ใช้ภาษาและคำพูดที่ครอบครัวผู้ป่วยมีความคุ้นเคยอยู่แล้ว และพยายามควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมีความกระจ่างในความหมายของคำบางคำอย่างง่าย ๆ

4. พยายามให้เป้าหมายของครอบครัวผู้ป่วยแคบลง โดยควรช่วยให้ครอบครัวผู้ป่วยมุ่งความสนใจไปยังสิ่งที่เกิดขึ้นเฉพาะหน้าก่อน ไม่ขยายวงกว้างออกไป เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้ามากเกินไป

5. หลีกเลี่ยงภาวะวิกฤตที่แพทย์และพยาบาลเป็นผู้ทำให้เกิด ซึ่งอาจเกิดจากคำพูด การกระทำ หรือท่าทางของเจ้าหน้าที่

6. ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ป่วยในเรื่องบทบาทที่เปลี่ยนไปของเขาในโรงพยาบาล

7. ให้ความช่วยเหลือด้านการตัดสินใจ โดยควรมีส่วนช่วยในการพิจารณาตัดสินใจแก้ปัญหา หรือชี้แนวทางและให้วิธีแก้ปัญหาที่นั้น ๆ ง่ายลงสำหรับครอบครัวผู้ป่วย

8. ชี้แนะครอบครัวผู้ป่วยในการหาแหล่งช่วยเหลืออื่น ๆ

9. ชี้แจงให้ทราบถึงบทบาทในครอบครัวที่ต้องการมีการเปลี่ยนแปลงไป

10. ให้กำลังใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย

**5.5 บทบาทด้านการวิจัย** มีการนำผลงานการวิจัยเกี่ยวกับทารกแรกเกิดมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ทารกได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแล รักษาพยาบาล ที่บกพร่อง ซึ่งการนำผลการวิจัยไปใช้เป็นการนำความรู้ที่ผ่านการตรวจสอบตามกระบวนการของระเบียบการวิจัยแล้วมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน (Polit and hunger, 1995) เพื่อเป็นพื้นฐานในการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล ช่วยปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาล ให้มีประสิทธิภาพ และช่วยให้พยาบาลเกิดการเรียนรู้จากการทำงานได้อย่างกว้างขวางลึกซึ้ง ทำให้มีประสบการณ์และความชำนาญเชิงวิชาชีพต่อไปในอนาคต (ทัศนา บุญทอง และ วรณวิไล จันทราภา, 2530)

**5.6 บทบาทด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายวิชาชีพ** พยาบาลให้การพยาบาล โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม และเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ทารกและครอบครัวต้องได้รับความสนใจและเอาใจใส่ มีการประเมินปัญหาและความต้องการของทารกและผู้ปกครอง โดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย (พรผู้ปกครองจะได้รับข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการให้การพยาบาล ทารกภาวะวิกฤต เพื่อให้ทารกได้รับการจัดการตามอาการอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และเท่าเทียมกัน ตามมาตรฐานหรือจรรยาบรรณของวิชาชีพวิชาชีพ

### โปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต

การที่มีทารกแรกเกิดอยู่ในภาวะวิกฤตที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก สมาชิกในครอบครัวจะต้องเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น จำเป็นจะต้องพยายามปฏิบัติหรือปรับตัวให้

เกิดความสมดุลภายในครอบครัว ซึ่งถ้าสมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ก็สามารถช่วยให้ครอบครัวผ่านพ้นระยะวิกฤตได้ จากการทบทวนแนวคิดความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักของ Leske (2002) ร่วมกับแนวคิดการปฏิรูประบบของ Chavez and Faber (1987) และหลักการดูแลทารกชั้นพื้นฐานของ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์ (2545) ผู้วิจัยได้ออกแบบโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤต ดังนี้

1. การสอนและการปฏิรูประบบก่อนการเยี่ยม (Education Orientation) เป็นกิจกรรมการพยาบาลให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยด้านการรับรู้ของครอบครัวก่อนที่จะเยี่ยมผู้ป่วย ตามแนวคิดความต้องการของ Leske (2002) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิรูประบบสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้าเยี่ยมของ Chavez and Faber (1987) ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ (Procedure information) ในเรื่องเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษา สภาพแวดล้อมทั่วไป อุปกรณ์และเครื่องมือเครื่องใช้ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน กิจกรรมการพยาบาล กฎระเบียบและข้อควรปฏิบัติต่าง ๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤต

1.2 การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก (Sensation information) ได้แก่ การบอกและอธิบายถึงเหตุการณ์หรือสิ่งเร้าที่จะทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตกใจ สับสน กลัว กังวล เป็นห่วง ความรู้สึกผิด หมดหนทาง ไร้คุณค่า

1.3 การให้ข้อมูลด้านบทบาทของผู้ปกครอง ผู้ปกครองจะต้องมีบทบาทที่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากการต้องเฝ้าดูแลทารก

2. การพยาบาลแบบสนับสนุน (Support Intervention) เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำแก่สมาชิกในครอบครัวด้านการรับรู้ของครอบครัวเกี่ยวกับเหตุการณ์วิกฤต และด้านแหล่งประโยชน์ของครอบครัว ตามแนวคิดความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตของ Leske (2002) ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การได้อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) โดยการยืดหยุ่นเวลาเยี่ยม (Flexible Visiting) จัดให้ครอบครัวอยู่กับผู้ป่วยได้ตามต้องการ อนุญาตให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยสามารถเข้าไปดู เยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อย ๆ และได้เข้าเยี่ยมเป็นกรณีพิเศษเมื่อมีเหตุจำเป็น โดยไม่รบกวนการทำงานของแพทย์และพยาบาล เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีเวลาอยู่กับผู้ป่วยได้นานขึ้น

2.2 การให้ข้อมูลและการมีส่วนร่วมในการดูแลทารก การได้รับความมั่นใจ (Assurance) คือ การได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุดจากแพทย์และพยาบาล

คือ การแนะนำแพทย์/พยาบาลที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยรู้จัก ให้คำยืนยันแก่สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

2.3 การได้รับความสุขสบาย (Comfort) คือ กิจกรรมพยาบาลที่จัดให้กับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวกสบาย โดยการจัดให้มีสถานที่หรือเตียงที่หน้าห้องผู้ป่วยหนัก จัดให้มีความสะดวก ไม่แออัด แนะนำการสอบถามข้อมูลและอาการของผู้ป่วยทางโทรศัพท์ โดยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อกับหอผู้ป่วยหนัก การแนะนำสถานที่จัดจำหน่ายอาหารในโรงพยาบาล สหกรณ์ร้านค้า ห้องน้ำที่อยู่ใกล้หอผู้ป่วย สถานที่พักสำหรับสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด เพื่อความสะดวกของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย

2.4 การได้รับกำลังใจและระบายความรู้สึก (Support) คือ กิจกรรมการพยาบาลที่เปิดโอกาสและกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยมีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพื่อลดความวิตกกังวลหรือไม่สบายใจ ให้อยู่ในระดับที่สามารถจะใช้การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการจัดเวลาในการพูดคุยกับครอบครัวผู้ป่วยในสถานที่ที่เป็นสัดส่วน เปิดโอกาสให้ครอบครัวผู้ป่วยซักถามปัญหาและข้อสงสัย ระบายความรู้สึกต่าง ๆ ออกมา สนับสนุนให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจ ให้ความเข้าใจและปลอบใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย สอบถามถึงกลไกในการแก้ปัญหาของครอบครัวผู้ป่วยและช่วยครอบครัวผู้ป่วยในการค้นหาทางแก้ปัญหา

2.5 การให้แหล่งประโยชน์ (Providing resources) คือ กิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับสมาชิกในครอบครัว โดยการให้คำแนะนำ ข้อชี้แนะ การรวบรวมและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวผู้ป่วยมี หรือสามารถหาได้จากหน่วยงานในโรงพยาบาลหรือองค์กรอื่น ๆ ในชุมชน รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้ทำกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ เพื่อช่วยสนับสนุนด้านจิตใจแก่ครอบครัวผู้ป่วย

จากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแสดงให้เห็นว่า การมีทารกแรกเกิดเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักของโรงพยาบาล เป็นสิ่งที่ครอบครัวไม่ได้คาดหมาย มาก่อน เป็นภาวะการณ์อันน่าสะเทือนใจ ทำผู้ปกครองของทารกเกิดความวิตกกังวล มีความรู้สึกโกรธง่าย สมารถสิ้น มีการรบกวนต่อการนอนหลับ และความอยากอาหาร (Steele, 1987) ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดได้สูงสุดในระยะ 48-72 ชั่วโมงแรก (Gennaro, 1986) โดยสามารถประเมินได้จากความรู้สึกเหมือนอยู่ในสถานะไม่มั่นคง ไม่แน่นอน รู้สึกหวาดหวั่น กระวนกระวายใจ หรือไม่สบายใจ เป็นทุกข์ในอาการเจ็บป่วยของทารก (Spielberger, 1970 อ้างถึงใน อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การลดความวิตกกังวลและเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ทักษะการดูแลทารกแรกเกิดของผู้ปกครอง สามารถทำได้โดยการบูรณาการรูปแบบการปฐมนิเทศ

สมาชิกในครอบครัวที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤต ของ Chavez and Faber (1987) ที่ประกอบด้วย การให้ข้อมูลด้านกระบวนการในเรื่องเกี่ยวกับสภาพผู้ป่วย การวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค ฯลฯ การให้ข้อมูลด้านบทบาทญาติ และการให้ข้อมูลด้านความรู้สึก ซึ่งเป็น การอธิบายถึงสิ่งกระตุ้นที่อาจทำให้ครอบครัว เกิดความรู้สึกกังวล หมดกำลังใจ ความรู้สึกผิด ร่วมกับแนวคิดการตอบสนอง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวล ของ Leske (2002) ประกอบด้วย (1) การสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความไว้วางใจในตัวของพยาบาล (2) สมาชิกครอบครัวได้มีโอกาสใกล้ชิดกับผู้ป่วย (Proximity) (3) การสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างดีที่สุด (Assurance) (4) การให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (Participate) และ (5) การสนับสนุน (Support) ให้ได้ระบายความรู้สึกต่าง ๆ และการให้แหล่งประโยชน์ และแนวคิดการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐานของเกรียงศักดิ์ จีระแพทย์และวิภา จีระแพทย์ (2545) เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่เป็นองค์รวมในการดูแลทั้งทารกและผู้ปกครอง ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย มีกำลังใจ และลดความวิตกกังวล ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดข้างต้นเป็นกรอบในการวิจัยครั้งนี้

### กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต		
แผนการดำเนินการ	สไลด์มัลติมีเดีย เรื่อง “แนะนำห้องหนู”	คู่มือปฏิบัติของผู้ปกครองขณะเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนัก
<p><b>ขั้นตอนที่ 1</b> การสร้างสัมพันธภาพในระยะปฐมนิเทศ ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ</li> <li>2) การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก</li> <li>3) การให้ข้อมูลด้านบทบาทของผู้ปกครอง</li> </ol> <p><b>ขั้นตอนที่ 2</b> การพยาบาลแบบสนับสนุนในช่วง 72 ชม ได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การให้ครอบครัวใกล้ชิดกับทารกป่วย</li> <li>2) การให้ข้อมูลและให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลทารก</li> <li>3) การให้คำปรึกษาาระบายความรู้สึก</li> <li>4) การให้แหล่งประโยชน์</li> </ol>	<p>แนะนำสภาพแวดล้อมและกฎระเบียบของหอผู้ป่วยหนัก</p>	<p>หลักการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) การดูแลอุณหภูมิกายให้อยู่ที่ 37 องศาเซลเซียส</li> <li>2) การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและออกซิเจนในเลือดให้พอเหมาะ</li> <li>3) การป้องกันการติดเชื้อ</li> <li>4) การให้อาหาร</li> <li>5) การรักษาเฉพาะโรค</li> <li>6) การส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์</li> <li>7) การส่งเสริมด้านพัฒนาการ</li> </ol>
Leske, 2002 และ Chavez and Faber, 1987		เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์, 2545)

#### ความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

(Spielberger, 1970)

- ความวิตกกังวลขณะเผชิญ

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักโดยมีรูปแบบการวิจัย ดังนี้

	กลุ่มควบคุม	$O_1$	$O_2$
	กลุ่มทดลอง	$O_3$	$X$ $O_4$
$O_1$	หมายถึง	ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดระยะวิกฤต กลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	
$O_2$	หมายถึง	ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดระยะวิกฤต กลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	
$O_3$	หมายถึง	ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดระยะวิกฤต กลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต	
$O_4$	หมายถึง	ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดระยะวิกฤต กลุ่มทดลองหลังได้รับการให้ข้อมูลการพยาบาลระยะวิกฤต	
X	หมายถึง	โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต	

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองของทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของทารกแรกเกิดระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ในช่วงระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกนับ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 40 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ปกครองทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
2. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน หรือการใช้สายตา
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทย
4. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

## การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) (Burns and Grove,2000) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ปกครองทารกแรกเกิดระยะวิกฤตที่เข้ามารับการรักษาในผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Polit และ Hungler (2004) ที่ว่า การวิจัยแบบทดลองควรมีขนาดตัวอย่างน้อยที่สุด 20 ต่อกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม ๆ ละ 20 คน

เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย จากนั้นจึงศึกษากับกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของผลการทดลอง จากโอกาสปนเปื้อนของโปรแกรมการทดลองจากการที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเรียนรู้และนำวิธีการพยาบาลจากโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลทารกระยะวิกฤตไปปฏิบัติ

เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนของปัจจัยอายุผู้ปกครองและความรุนแรงของโรคของทารกต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดที่อยู่ในภาวะวิกฤต เดิมผู้วิจัยวางแผนที่จะจับคู่ปัจจัยแทรกซ้อนทั้งสอง แต่ไม่สามารถจับคู่ให้ผู้ปกครองสองกลุ่มมีคุณสมบัติของปัจจัยแทรกซ้อนดังกล่าวเหมือนกันได้ เนื่องจากจำนวนของผู้ป่วยทารกแรกเกิดรายใหม่มีจำนวนน้อย จึงทำให้ต้องปรับแผน โดยใช้วิธีทางสถิติในการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยแทรกซ้อนต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองแทน

โดยในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างของทารกแรกเกิด (ตารางที่ 1) ในกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต จำนวน 20 คน ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของอาการป่วยของทารกอยู่ในระดับ 2 ร้อยละ 90 น้ำหนักของทารกแรกเกิดเฉลี่ย 2113 กรัม (720–3640 กรัม) มีอายุครรภ์เฉลี่ย 33.35 สัปดาห์ (26–39 สัปดาห์) สำหรับทารกในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่ มีระดับความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับ 3 ร้อยละ 65 น้ำหนักของทารกแรกเกิดเฉลี่ย 2001 กรัม (800–3400 กรัม) อายุครรภ์เฉลี่ย 34.45 สัปดาห์ (23–43 สัปดาห์)



ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิดใน  
 หอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนทางการพยาบาลระยะวิกฤต และกลุ่มที่  
 ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง ( $n_1=20$ )		กลุ่มควบคุม ( $n_2=20$ )	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับความรุนแรงของโรค</b>				
ระดับ 2	18	90	7	65
ระดับ 3	2	10	13	35

#### น้ำหนักของทารก

Mean  $\pm$  SD ของกลุ่มทดลอง = 2113  $\pm$  30(a) , Min = 720 , Max = 3640

Mean  $\pm$  SD ของกลุ่มควบคุม = 2001  $\pm$  6.295 , Min = 800 , Max = 3400

#### อายุครรภ์

23	1	5	0	0
26	0	0	1	5
28	1	5	0	0
29	1	5	1	5
30	1	5	3	15
31	0	0	1	5
32	0	0	3	15
33	3	15	2	10
34	2	10	1	5
35	2	10	3	15
37	2	10	1	5

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง ( $n_1=20$ )		กลุ่มควบคุม ( $n_2=20$ )	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
38	1	5	3	15
39	3	15	1	5
40	1	5	0	0
43	1	5	0	0
Mean $\pm$ SD ของกลุ่มทดลอง = $33.35 \pm 3.528$ , Min = 26 , Max = 39				
Mean $\pm$ SD ของกลุ่มควบคุม = $34.45 \pm 4.817$ , Min = 23 , Max = 43				

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียด ดังนี้

**ชุดที่ 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่**

1. โปรแกรมการให้การสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดความการตอบสนองของความต้องการของครอบครัวเพื่อลดความวิตกกังวลของ Leske (2002) รูปแบบการปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตของ Chaves and Faber (1987) และแนวคิดหลักการพยาบาลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐานของ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวิภา จีระแพทย์ (2545) ประกอบด้วย 3 ส่วน มีขั้นตอนการพัฒนา ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แผนการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ปกครองที่มีทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก (ภาคผนวก ง)

- ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการตอบสนองของความต้องการของ Leske (2002) และรูปแบบการปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตของ Chaves and Faber (1987) แล้วกำหนดเนื้อหาแนวทางการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ปกครองที่มีทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

- สร้างโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ปกครองที่มีทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ตามกรอบแนวคิดการตอบสนองความต้องการของ Leske (2002) รูปแบบการปฐมนิเทศสมาชิกในครอบครัวที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตของ Chaves and Faber (1987) และแนวคิดหลักการพยาบาลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐานของ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์ (2545)

โปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ปกครองที่มีทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย การให้ข้อมูลด้านกระบวนการ การให้ข้อมูลด้านความรู้สึก การให้ข้อมูลทางด้านบทบาทของผู้ปกครอง รวมทั้งการสนับสนุนให้ครอบครัวได้อยู่ใกล้ชิดกับทารก การให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลทารก การให้คำปรึกษาระบายความรู้สึก และการให้แหล่งประโยชน์ต่อผู้ปกครอง ดังนี้คือ

ขั้นที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพ ในช่วงระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปกครองและพยาบาล ให้ผู้ปกครองได้รับทราบสภาพแวดล้อมทางกายภาพทั่วไปของหอผู้ป่วยหนัก สภาพของทารกแรกเกิด การใช้เครื่องมือทางการแพทย์กับทารก กฎระเบียบในการเข้าเยี่ยมทารก เพื่อให้ผู้ปกครองมีการปรับตัวต่อภาวะวิกฤตของทารก สามารถวางแผนการดูแลทารกและกำหนดบทบาทของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

ขั้นที่ 2 การพยาบาลแบบสนับสนุน ในช่วงระยะเวลา >24-72 ชั่วโมง ที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีทักษะ ความมั่นใจ และมีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ได้แก่ การให้ครอบครัวได้ใกล้ชิดกับทารกป่วยและให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลทารกโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน การให้คำปรึกษา ระบายความรู้สึก และการให้ความรู้เรื่องแหล่งประโยชน์สำหรับผู้ปกครองต่อการที่มีทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก

**ส่วนที่ 2** คู่มือปฏิบัติของผู้ปกครองขณะเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามขั้นตอนดังนี้

- ศึกษาและรวบรวมเนื้อหาจากตำรา และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- สร้างคู่มือปฏิบัติของผู้ปกครองขณะเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนักตามแนวคิดหลักการพยาบาลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐานของ เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์ (2545) ประกอบด้วยหลักการดูแลทารกแรกเกิด 7 ประการ ได้แก่ 1) การดูแลอุณหภูมิกายให้อยู่ที่ 37.0 องศาเซลเซียส 2) การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและออกซิเจนในเลือดปกติ 3) การป้องกันการติดเชื้อ 4) การให้อาหาร ได้แก่ นมแม่ หรือสวมน้ำในกรณีที่รับนมไม่ได้ 5) การรักษาเฉพาะโรคเมื่อมีการเจ็บป่วย 6) การส่งเสริมการสร้างสายสัมพันธ์ (maternal-infant bonding) และ 7) การ

ดูแลด้านพัฒนาการ (developmental care) โดยมีขั้นตอนในการเข้าเยี่ยมทารก ดังนี้

1) ข้อปฏิบัติก่อนการเข้าเยี่ยมทารกได้แก่การป้องกันการติดเชื้อโดยการถอดวางรองเท้าให้ถูกที่ การล้างมือให้สะอาดโดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ (Hibiscrub) ฟอกมือทั้งสองข้างตามขั้นตอนการล้างมืออย่างถูกวิธี เป็นเวลา 15 – 30 วินาที

2) ข้อปฏิบัติขณะเข้าเยี่ยมทารก ได้แก่

- การดูแลร่างกายทารกให้อบอุ่นอยู่เสมอ ป้องกันมิให้ลมพัดผ่านตัวทารก สอดมือเข้าทางช่องหน้าตาของตู้บทารกและไม่เปิดฝาดูบทารกนานเกินไป เปลี่ยนผ้าอ้อมทันทีที่เปียก และการประเมินอุณหภูมิกายทารกแรกเกิดด้วยการวัดปรอททางรักแร้ โดยการสอดปลายปรอททางรักแร้ของทารกทางด้านหน้า จับเวลานานประมาณ 5-8 นาที แล้วอ่านค่าอุณหภูมิกายที่ได้ ซึ่งค่าปกติระหว่าง 36.8-37.2 องศาเซลเซียส ค่าอุณหภูมิกายที่ต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียส ต้องดูแลให้ความอบอุ่นแก่ทารกโดยการห่อตัวด้วยผ้าแห้งและอุ่น หากพบว่าค่าอุณหภูมิกายทารกมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ให้คลายผ้าออก และ/หรือ เช็ดตัวเพื่อลดไข้

- การดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง ประกอบด้วยการจัดท่านอน 3 ท่า ตามความเหมาะสมของสภาพอาการของทารก ได้แก่ท่านอนหงาย ท่านอนตะแคง และท่านอนคว่ำ รู้จักการสังเกตสิ่งอุดตันในรูจมูกของทารก รู้จักการสังเกตสีผิว และการเคลื่อนไหวของทารก

- การให้อาหารคือ นมแม่ประกอบด้วยวิธีการให้นมแม่ซึ่งมี 3 วิธี ได้แก่ การดูดนมจากเต้า การป้อนนมด้วยถ้วย และการให้นมทางสายให้อาหาร การเตรียมน้ำนมแม่สำหรับทารกในหอผู้ป่วยหนัก โดยเตรียมเต้านมแม่ วิธีกระตุ้นน้ำนม ขั้นตอนในการบีบน้ำนม วิธีเก็บน้ำนมแม่ และการนำส่งนมแม่โดยผู้ปกครองอื่น ๆ

- การรักษาโรค ผู้ปกครองสามารถรับทราบแผนการรักษาจากแพทย์
- การส่งเสริมสายสัมพันธ์ ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลทารกด้วยการแสดงความรัก โดยการอุ้ม กอดรัด หรือการสัมผัสที่นุ่มนวล ตามความเหมาะสมกับสภาพอาการของทารก

- การดูแลพัฒนาการ ให้ผู้ปกครองได้อยู่ใกล้ชิดกับทารกในขณะที่เข้าเยี่ยมทารกให้มากที่สุดด้วยการสัมผัสที่นุ่มนวลตามความเหมาะสมกับสภาพของทารก ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการดูแลทารกในการจัดสิ่งแวดล้อมเกี่ยวกับแสง เสียงและการกระตุ้นความเคลื่อนไหว

3) ข้อปฏิบัติหลังการเยี่ยมทารก โดยแจ้งให้เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนักรับทราบเพื่อนัดหมายการเยี่ยมครั้งต่อไป ตลอดจนการล้างมือของผู้ปกครองก่อนกลับทุกครั้ง

**ส่วนที่ 3** สไลด์มัลติมีเดีย ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ข้อมูลด้านกระบวนการของหน่วยงาน แก่ผู้ปกครอง โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

- ศึกษาเนื้อหา รูปแบบการนำเสนอ จากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดทำ

รายการเนื้อหา ในชื่อเรื่อง “แนะนำ ห้องหนู” เป็นการแนะนำเกี่ยวกับสถานที่ กฎระเบียบ ตลอดจนอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ทางการแพทย์ที่ใช้กับทารก

- ประสานงานกับฝ่ายเวชนิทัศน์ของโรงพยาบาล ในการถ่ายภาพวิดีโอตามเนื้อหาที่ผู้วิจัยกำหนด โดยได้รับความร่วมมือในการแสดงเป็นผู้ปกครองจากมารดาของทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก แพทย์ และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนัก

## ชุดที่ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้างเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่มีทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย ลำดับที่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับทารก ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ที่บุตรหรือญาติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน ตรวจสอบให้ตรงกับที่นำเสนอในตารางที่ 3 บทที่ 4

2. แบบบันทึกข้อมูลทารกแรกเกิด ประกอบด้วย ข้อมูลของทารกแรกเกิด เกี่ยวกับ วันเดือน ปีเกิด วันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เวลา อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด การวินิจฉัยโรค และระดับความรุนแรงของโรค

3. แบบประเมินความรู้สึกวิตกกังวล เป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ปกครองขณะเผชิญกับการมีทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก แปลเป็นภาษาไทยจากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ (1970) โดย นิตยา ศษภักดี, สายฤดี วรกิจโกคาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) โดยผู้วิจัยปรับคำชี้แจงและสถานการณ์ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดระยะวิกฤตที่มีทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบประเมินค่า ระดับความรู้สึก (Rating Scale) ที่เกิดขึ้นขณะทำแบบสอบถามจำนวน 20 ข้อ มี 2 ส่วน คือส่วนซ้ายมือ เป็นข้อรายการของความรู้สึก ส่วนขวามือเป็นระดับความรู้สึกที่เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ดังนี้

ไม่รู้สึกเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของผู้ตอบขณะทดสอบ
รู้สึกบ้าง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของผู้ตอบขณะทดสอบเล็กน้อย
รู้สึกปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของผู้ตอบขณะทดสอบปานกลาง
รู้สึกมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของผู้ตอบขณะทดสอบมาก

แบบทดสอบนี้ประกอบด้วยข้อความที่มีลักษณะในด้านบวก 10 ข้อ เช่น ฉันรู้สึกเสียใจ ฉันรู้สึกเครียด เป็นต้น (ข้อที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 16 และ 17) กำหนดคะแนนเรียงลำดับ จากไม่รู้สึกเลย จนถึงรู้สึกมาก เป็น 1 2 3 4 และข้อความที่มีลักษณะในด้านลบ 10 ข้อ เช่น ฉันรู้สึกสงบ ฉันรู้สึกสบายใจ เป็นต้น (ข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 18, 19 และ 20) กำหนดคะแนน เรียงลำดับ จากไม่รู้สึกเลย จนถึงรู้สึกมาก คะแนนสูงสุด เป็น 4 3 2 1 คะแนน รวมได้ 80 คะแนน คะแนนต่ำสุด 20 คะแนน การให้คะแนน ข้อที่มีความหมายทางลบจะกลับให้คะแนนในทางตรงกันข้าม แล้วนำคะแนนของทุกข้อรวมกัน ซึ่งมีคะแนนรวมกันระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนรวมสูง แสดงว่า มีความวิตกกังวลมากกว่าคะแนนรวมต่ำ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

#### 1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

การหาความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตที่ประกอบด้วย แผนการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ปกครองที่มีทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก คู่มือปฏิบัติของผู้ปกครองขณะเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนัก และสไลด์มัลติมีเดีย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษา และรวบรวมเนื้อหา จากตำราและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่านตรวจสอบความถูกต้อง ความรัดกุมในการใช้ภาษา และความครอบคลุมกับสถานการณ์การมีทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก นำข้อเสนอนี้ของผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในการใช้โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตโดยศึกษา แผนการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตของผู้ปกครองที่มีทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก คู่มือปฏิบัติของผู้ปกครองขณะเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนัก และสไลด์มัลติมีเดีย ทดลองฝึกปฏิบัติกับเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนักจนเกิดความชำนาญและมีความมั่นใจในการใช้โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต แล้วจึงนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน จนเกิดความมั่นใจ

ผู้วิจัยนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ (1970) ฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดย นิตยา คชภักดี, สายฤดี วรจิโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) และปรับปรุงแล้ว เสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหา การใช้ภาษา และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

จากนั้นนำไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ตรวจสอบความถูกต้อง และความเหมาะสมของ ภาษา

## 2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความวิตกกังวลที่ผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา และได้ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ปกครองที่มีทารกเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ที่มีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ได้ เท่ากับ .84

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล ดังต่อไปนี้

### 1. ระยะเตรียมการ

1.1 สร้างและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ขออนุญาตจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ปกครอง และโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก

1.3 นำหนังสือขอความร่วมมือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและเครื่องมือในการวิจัย ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาล

1.4 หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ธุรการ เพื่อรับทราบผลการอนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาล

1.5 หลังจากที่ผ่านมาการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอพบกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล เพื่อชี้แจง วัตถุประสงค์ พร้อมกับรายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนและคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย

### 2. ระยะรวบรวมข้อมูล

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัยกับเจ้าหน้าที่ในหออภิบาลทารกแรกเกิดทุกคนเพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

2.2 ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักรายใหม่จากทะเบียนผู้ป่วย แพ้มัประวัติ ทุกวัน สำหรับนอกเวลาราชการ เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยหนักเป็นผู้แจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบเมื่อผู้ป่วยใหม่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้วิจัยศึกษาเกี่ยวกับประวัติของผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ แล้วเข้าเยี่ยมทากระยะวิกฤต และนัดพบผู้ปกครองภายในระยะเวลา 24-72 ชั่วโมง เพื่อขอความร่วมมือการเข้าร่วมวิจัยและการนัดพบครั้งต่อไป

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้ปกครองในกลุ่มควบคุม 20 รายก่อน เพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของการทดลอง จากโอกาสที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบปะพูดคุยกัน

### 3. กลุ่มควบคุม

3.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย กิจกรรมที่ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการปฏิบัติ

3.2 ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจจากผู้ปกครองทารกแรกเกิดระยะวิกฤตในการเข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัย ผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความวิตกกังวลให้ผู้ปกครองตอบ (Pre-test) โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด และเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถาม เมื่อไม่เข้าใจ

3.3 ในกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนัก

3.4 เมื่อครบ 3 วัน ผู้วิจัยส่งแบบประเมินความวิตกกังวลต่อผู้ปกครอง กลุ่มควบคุม (Post-test) และรวบรวมแบบประเมิน พร้อมตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถามทั้งหมด

### 4. กลุ่มทดลอง

4.1 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับผู้ปกครองภายใน 24 ชั่วโมงแรกรับ โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาของการวิจัย กิจกรรมที่ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนทางการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดที่อยู่ในหอผู้ป่วยหนัก

4.2 ผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจจากผู้ปกครองทารกแรกเกิดระยะวิกฤตในการเข้าร่วมวิจัยกับผู้วิจัย ให้ผู้ปกครองลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างในการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามความวิตกกังวล (Pre-test) โดยผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด และเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองซักถาม เมื่อไม่เข้าใจ



4.3 ให้ผู้ปกครองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต และคู่มือการเข้าเยี่ยมทารกแรกเกิดสำหรับผู้ปกครอง (ภาคผนวก ง)

4.4 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามแผนการทดลอง ใน 2 ขั้นตอน ดังนี้

**ขั้นที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ ( 24 ชั่วโมงแรก ที่ทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ และให้ข้อมูลด้านกระบวนการ ด้านความรู้สึก และด้านบทบาทของผู้ปกครอง เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของทารกขณะได้รับการดูแลรักษา อาการและแผนการดูแลเบื้องต้นของทารก ระเบียบโรงพยาบาล โดยให้ดูจากสไลด์มัลติมีเดีย และจากข้างเตียง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองได้ซักถามข้อสงสัยตามต้องการ ใช้เวลา 30 นาที

**ขั้นที่ 2** การพยาบาลแบบสนับสนุน (>24-72 ชั่วโมง ที่ทารกแรกเกิดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก) ผู้วิจัยดำเนินการทดลองวันละครั้ง ๆ ละ 30-45 นาที จนครบ 72 ชั่วโมงประกอบด้วยกิจกรรมหลัก 2 ส่วน ได้แก่

- การส่งเสริมให้ครอบครัวใกล้ชิดกับทารกป่วย และการให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลทารกโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักการดูแลทารกแรกเกิดพื้นฐานตามสภาวะสุขภาพของทารก ประกอบด้วย การสังเกตและร่วมให้การดูแลทารกขณะเยี่ยมในเรื่อง การดูแลอุณหภูมิร่างกายทารกให้ปกติ การบีบนม การเก็บนม และให้นมแม่แก่ทารก การป้องกันการติดเชื้อขณะสัมผัสและให้การดูแลด้านการหายใจของทารก เช่น การส่งเสริมการพักผ่อน การจัดทำนอนที่เหมาะสม การส่งเสริมปฏิสัมพันธ์และประสาทสัมผัส เช่น การลูบสัมผัส การพูดปลอบโยน การร้องเพลงกล่อม

- การให้ผู้ปกครองได้ซักถาม ให้คำปรึกษา แนะนำแหล่งประโยชน์ ส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้ใกล้ชิดกับทารก

4.5 ผู้วิจัยขอความร่วมมือผู้ปกครองตอบแบบประเมินความวิตกกังวล (post-test) หลังสิ้นสุดการทดลอง (post-test) พร้อมกล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำถามทั้งหมดในแบบสอบถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ เพื่อนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. กำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05

3. คำนวณข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

- วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ลำดับที่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับทารก ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ที่บุตรหรือญาติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน และ ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิด ได้แก่ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด และระดับความรุนแรงของอาการป่วยของทารก ตรวจสอบให้ตรงกับที่นำเสนอในตาราง 2 และ 3 บทที่ 4 ด้วยสถิติค่าความถี่ และร้อยละ

- เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครอง ก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต โดยใช้สถิติ การทดสอบที (dependent t-test)

- เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลการพยาบาลในระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) เพื่อควบคุมอิทธิพลของอายุของผู้ปกครองและระดับความรุนแรงของโรคของทารก ต่อคะแนนความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

เกณฑ์ระดับความรุนแรงของโรคของทารกแรกเกิด ใช้การแบ่งระดับความต้องการการดูแลรักษาของทารกแรกเกิดที่อยู่ในภาวะวิกฤต ของ American Academy of Pediatric (2004) ดังนี้

1. **ระดับ 2 (Level II Special Neonatal Care)** เป็นระดับที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะการเจ็บป่วยซับซ้อนปานกลาง จากภาวะเกิดก่อนกำหนดและ/หรือภาวะโรค จำเป็นต้องมีการติดตามและประเมินการรักษาที่ต่อเนื่อง แต่ไม่ต้องการการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ หรือต้องการเพียงช่วงสั้น ๆ (น้อยกว่า 24 ชั่วโมง) ต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์พยาบาล ที่มีความรู้ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญ มีการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ อื่น ๆ

2. **ระดับ 3 (Level III Subspecialty Neonatal Care)** เป็นระดับที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะเจ็บป่วยซับซ้อนและรุนแรง ต้องการการติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง ต้องการการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ และต้องการดูแลรักษาจากแพทย์ พยาบาล ที่มีความรู้ ประสบการณ์และความเชี่ยวชาญสูง มีการปฏิบัติงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ อื่น ๆ

การใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) จำเป็นต้องมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ ANCOVA โดยการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ปกครองกับความวิตกกังวลของผู้ปกครอง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคของทารกกับความวิตกกังวลของผู้ปกครอง (ตารางที่ 1) ผู้วิจัยจึงตัดตัวแปรอายุของผู้ปกครองออกไป เนื่องจากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม

(Analysis of Covariance: ANCOVA) ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงใช้ตัวแปรความรุนแรงของโรคของทารกเป็นตัวแปรร่วม และทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมได้ผลการวิเคราะห์ (ตารางที่ 5)

**ตารางที่ 2** การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ปกครอง ความรุนแรงของโรคของทารก และความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

Correlations				
		DIFF	VIOLENCE	AGE
DIFF	Pearson Correlation	1	.401 *	-.039
	Sig. (2-tailed)	.	.010	.811
	N	40	40	40
SEVERITY	Pearson Correlation	.401 *	1	-.170
	Sig. (2-tailed)	.010	.	.295
	N	40	40	40
AGE	Pearson Correlation	-.039	-.170	1
	Sig. (2-tailed)	.811	.295	.
	N	40	40	40

\*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

\* DIFF = ความแตกต่างของความวิตกกังวลของผู้ปกครองก่อน หลังการทดลองศึกษา, SEVERITY= ความรุนแรงของโรคของทารก, AGE = อายุของผู้ปกครอง

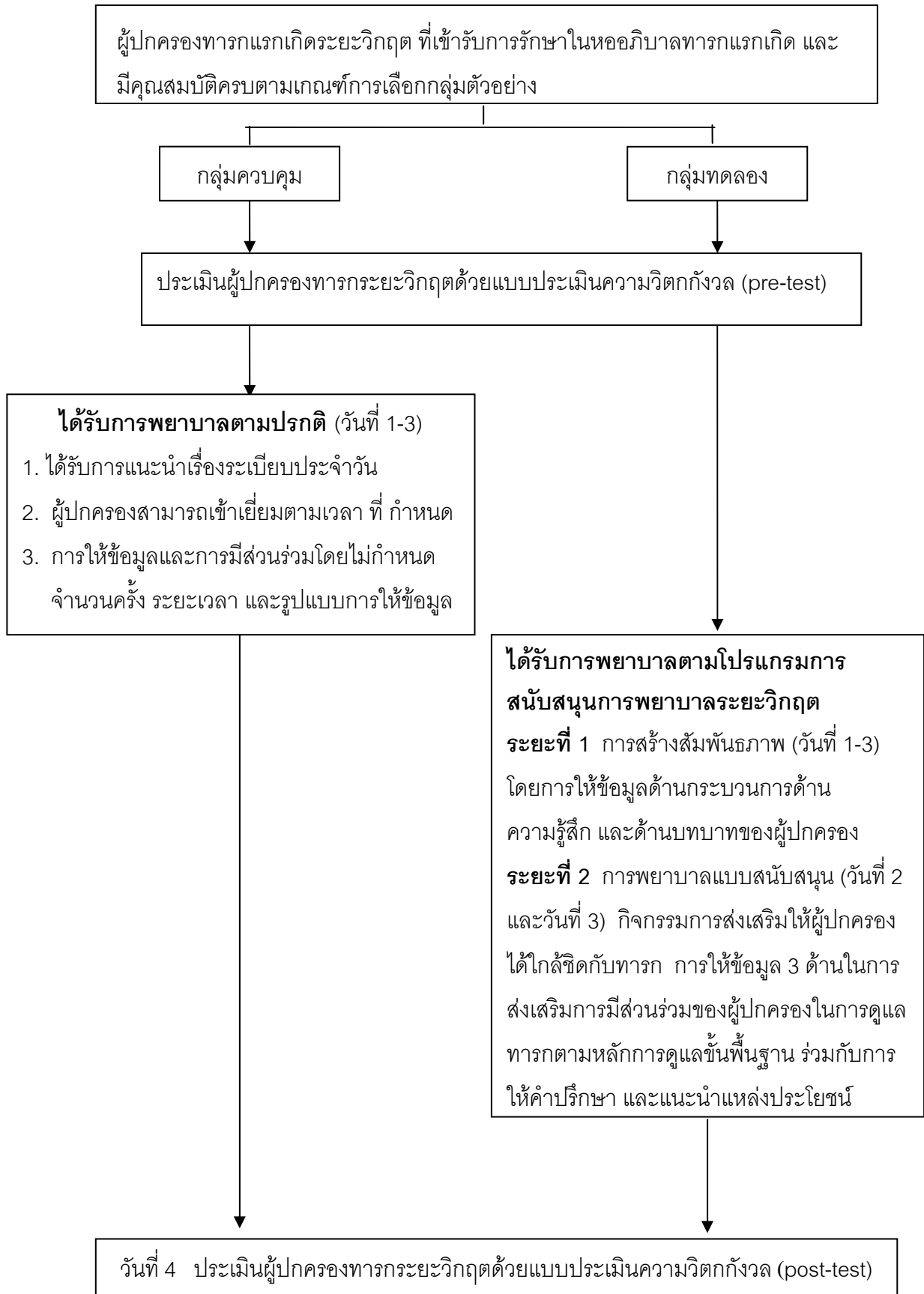
### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการแนะนำตัวเองต่อกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ปกครองที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลและระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยที่จะไม่มีการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่ทารกได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่าง ๆ จะนำเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อ และนามสกุลที่แท้จริง เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อชี้แจงรายละเอียดต่าง ๆ แล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสาร

ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย จะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบ  
ยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย กลุ่มวิทยาศาสตร์ สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และได้รับ  
การอนุมัติให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการก่อนจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล และเสนอผลของ  
การวิจัยเป็นภาพรวม

## ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-post test control group design) เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ

1. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลในระยะวิกฤต

2. เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัยได้นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 2 ผลเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ระหว่างกลุ่มที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

**ส่วนที่ 1** ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต และ กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตก่อนและหลังการทดลอง (n = 20)

กลุ่มทดลอง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
ความวิตกกังวล	53.9000	10.79912	43.4500	13.19280	19	3.462	.003

จากตารางที่ 3 แสดงว่าความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต มีคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลลดลงจากก่อนการทดลอง ( $\bar{X} = 43.45$  และ  $\bar{X} = 53.9$  ตามลำดับ) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับด้วย Dependent t-test พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต ก่อนและหลังการทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวล ของผู้ปกครองทารกแรกเกิดใน  
 หอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 20)

กลุ่มควบคุม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
ความวิตกกังวล	52.3000	12.42281	52.3500	13.74304	19	-.017	.987

จากตารางที่ 4 แสดงว่าความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก มีคะแนนเฉลี่ยหลังได้รับการพยาบาลตามปกติใกล้เคียงกับก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{X} = 52.35$  และ  $\bar{X} = 52.30$  ตามลำดับ) และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกันด้วย Dependent t-test พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $p < .05$



**ส่วนที่ 2** ผลการเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนและหลังการทดลองโดยควบคุมอิทธิพลของอายุของผู้ปกครองและความรุนแรงของโรคของทารก

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ความรุนแรงของโรคของทารกเป็นตัวแปรปรวนร่วม

ความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ความรุนแรงของโรคของทารก	416.594	1	416.594	2.452	.126
ความวิตกกังวลของผู้ปกครอง	241.764	1	241.764	1.379	.248
ความคลาดเคลื่อน	6487.969	37	175.351		
อิทธิพลร่วม	8020.400	39			

จากตารางที่ 5 พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักของกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตไม่แตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของผลต่างที่ปรับแล้วของความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักที่ได้รับการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต ( $\bar{Y}_{adj1}$ ) = 8.187 และคะแนนเฉลี่ยของผลต่างที่ปรับแล้วของความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $\bar{Y}_{adj2}$ ) = 2.213

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของ โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลในระยะวิกฤต
2. เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานของการวิจัย

1. ความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต
2. ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ปกครองของทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล  
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองของทารกแรกเกิดระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในช่วงระยะเวลา 72 ชั่วโมงแรกรับ ในหอผู้ป่วยหนัก ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 40 ราย โดยมีคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ปกครองทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
2. ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน หรือการใช้สายตา
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทย

#### 4. ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

##### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) (Burns and Grove, 2000) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ปกครองทารกแรกเกิดระยะวิกฤตที่เข้ามารับการรักษาในผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ Polit และ Hungler (2004) ที่ว่า การวิจัยแบบทดลองควรมีขนาดตัวอย่างน้อยที่สุด 20 ต่อกลุ่ม ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม ๆ ละ 20 คน

เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มควบคุมจนครบ 20 ราย จากนั้นจึงศึกษากับกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของผลการทดลอง จากโอกาสปนเปื้อนของโปรแกรมการทดลองจากการที่พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเรียนรู้และนำวิธีการพยาบาลจากโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลทารกระยะวิกฤตไปปฏิบัติ

ควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนของปัจจัยอายุผู้ปกครองและความรุนแรงของโรคของทารกต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดที่อยู่ในภาวะวิกฤต โดยใช้วิธีทางสถิติในการควบคุมอิทธิพลของปัจจัยแทรกซ้อนต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

**กลุ่มทดลอง** คือ ผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต

**กลุ่มควบคุม** คือ ผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

##### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่โปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต คู่มือปฏิบัติของผู้ปกครองขณะเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนัก และสไลด์มัลติมีเดีย ในหัวข้อแนะนำห้องหนู

2. **เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล** ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสัมภาษณ์อย่างมีโครงสร้าง

เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่มีทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ประกอบด้วย ลำดับที่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับทารก ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ที่บุตรหรือญาติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน

2.2 แบบบันทึกข้อมูลทารกแรกเกิด ประกอบด้วย ข้อมูลของทารกแรกเกิด เกี่ยวกับ วันเดือน ปีเกิด วันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เวลา อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด การวินิจฉัยโรค และระดับความรุนแรงของโรคของทารก

2.3 แบบประเมินความรู้สึกวิตกกังวล เป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลของผู้ปกครองขณะเผชิญกับการมีทารกแรกเกิดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก แปลเป็นภาษาไทย จากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของ Spielberger และคณะ(1970) โดย นิตยา ศุภภักดิ์, สายฤดี วรกิจโกศาทร และมาลี นิสสัยสุข (2526) โดยผู้วิจัยปรับคำชี้แจงและสถานการณ์ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดระยะวิกฤตที่มีทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบประเมินค่า ระดับความรู้สึก (Rating Scale) ที่เกิดขึ้นขณะทำแบบสอบถามแบบสัมภาษณ์ จำนวน 20 ข้อ ระดับความรู้สึกเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และหาค่าความเที่ยงตรงตามแนว แบบ Cronbach's Alpha coefficient มีค่าเท่ากับ 0.84 คะแนนรวมกันระหว่าง 20-80 คะแนน คะแนนรวมสูง แสดงว่า มีความวิตกกังวลมากกว่าคะแนนรวมต่ำ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเริ่มทำการทดลอง (Pre test) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงแรกที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก
2. ดำเนินการให้โปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตในกลุ่มทดลอง 3 ครั้งๆ ละ 30-45 นาที/24 ชั่วโมง
3. เมื่อครบ 72 ชั่วโมง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (Post test) หลังสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้แบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก แก่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

## การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเป็นลำดับขั้น ดังนี้

1. ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของคำถามทั้งหมดในแบบสอบถามแต่ละฉบับ พร้อมทั้งกำกับรหัสของข้อมูลแต่ละข้อ เพื่อนำไปประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. กำหนดระดับนัยสำคัญสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ระดับ .05

3. คำนวณข้อมูลทางสถิติ ดังนี้

- วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ลำดับที่ อายุ เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับทารก ระดับการศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ที่บุตรหรือญาติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน และข้อมูลส่วนบุคคลของทารกแรกเกิด ได้แก่ อายุครรภ์ น้ำหนักแรกเกิด และระดับความรุนแรงของโรคของทารก ตรวจสอบให้ตรงกับที่นำเสนอในตาราง 3 และ 4 (บทที่ 4) ด้วยสถิติค่าความถี่ และร้อยละ

- เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครอง ก่อนกับหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต โดยใช้สถิติ การทดสอบที (dependent t-test)

- เปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลในระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance) เพื่อควบคุมอิทธิพลของอายุของผู้ปกครองและระดับความรุนแรงของโรคของทารก ต่อคะแนนความวิตกกังวลของผู้ปกครอง

4. การใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance :

ANCOVA) จำเป็นต้องมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ ANCOVA โดยการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างอายุของผู้ปกครองกับความวิตกกังวลของผู้ปกครอง พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่พบความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคของทารกกับความวิตกกังวลของผู้ปกครอง (ตารางที่ 1) ผู้วิจัยจึงตัดตัวแปรอายุของผู้ปกครองออกไป เนื่องจากไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) ดังนั้นการศึกษาในครั้งนี้จึงใช้ตัวแปรความรุนแรงของโรคเจ็บป่วยในทารกเป็นตัวแปรร่วม และทำการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมได้ผลการวิเคราะห์

## สรุปผลการวิจัย

1. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต ทั้งก่อนและหลังการทดลอง มีความแตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

## การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูล และสรุปผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

**สมมติฐานที่ 1** ความวิตกกังวลของกลุ่มผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต ลดลง

**ผลการศึกษา** พบว่า ในผู้ปกครองหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตมีความวิตกกังวล น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสนับสนุนทางการพยาบาลระยะวิกฤตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

ในการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ค่าต่ำสุดของพิสัยของความวิตกกังวลหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 2) แสดงว่า โปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต ช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองได้ เนื่องจาก ในระยะวิกฤตของทารกที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยที่ผู้ปกครองไม่ได้คาดคิดมาก่อนทำให้ผู้ปกครอง มีความวิตกกังวลด้วยสาเหตุหลายอย่าง เช่น ไม่อาจเข้าเยี่ยมทารกได้ทันที ไม่ทราบอาการของทารกที่แน่นอนไม่เคยชินกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักที่ประกอบไปด้วย แสง เสียง ที่เกิดจากการใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือทารก ไม่รู้ว่าช่วยเหลือทารกได้อย่างไร และต้องติดต่อกับเจ้าหน้าที่ได้อย่างไร (Hicky, 1993; Jamerson et al., 1996) ผู้ปกครองเกิดความรู้สึกเหน็ดเหนื่อย (Horn and Tesh, 2000) ซึ่งจริง ๆ แล้วผู้ปกครองต้องการความมั่นใจในเรื่องการดูแลทารกจากบุคลากรทาง

การแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญ มีจริยธรรมและมีมาตรฐานทางคลินิก (General Medical Council, 2000 อ้างถึงใน Butler L.C., 2003) ในขณะที่ผู้ปกครองต้องการการสนับสนุนจากบุคคลอื่นเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับสภาพและการพยากรณ์โรคของทารก (Prevost, 1998; ) การให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติ คือเป็นการปฐมนิเทศผู้ปกครองอย่างเป็นระบบ (Chaves & Faber, ( 1987) มีขั้นตอน สอนขอตอบความต้องการของผู้ปกครองโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ปกครอง (Leske, 1991, 2002) และได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้การพยาบาลทารกขั้นพื้นฐาน (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์และ วิภา จีระแพทย์, 2545) ซึ่ง ผู้ปกครองได้เรียนรู้ มีส่วนร่วมในการให้การพยาบาล รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ (Jamerson et al., 1996) พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับผู้ปกครองด้วยท่าทีอ่อนโยน นุ่มนวล ให้ผู้ปกครองดูสไลด์มัลติมีเดียผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ (โสภา พิศจาร และคณะ, 2549) เกี่ยวกับลักษณะของหอผู้ป่วย อุปกรณ์ที่ใช้กับทารก ข้อควรปฏิบัติในการเข้าเยี่ยมทารก ได้รับรู้อาการป่วยของทารกจากพยาบาลด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง ได้รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องโรค และแผนการรักษาภาวะการเจ็บป่วยของทารกตามความเป็นจริงที่ข้างเตียงของทารก (Dunbar และ Mclain, 1993) ได้เรียนรู้บทบาทของผู้ปกครองในการช่วยเหลือทารกด้วยตนเองจากคู่มือปฏิบัติของผู้ปกครองขณะเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนัก (Todres, 1993; Burnaix, et al., 2006; พรศิริ ใจสม) ซึ่งผู้ปกครองสามารถเปิดอ่านซ้ำได้ตามต้องการ ได้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกแรกเกิดและได้รับสิทธิในการเข้าเยี่ยมทารกตามความต้องการ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดีโดยการใช้โปรแกรมเป็นสื่อทำให้ ผู้ปกครองรู้สึกไว้วางใจในพยาบาล กล่าวระบายความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาในครอบครัว และด้านการเงิน (Covinsky, Desbiens and Lynn, 1994) ผู้ปกครองได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ ทำให้ผู้ปกครองคลายความวิตกกังวลได้ (Bleulin et al., 1982; Tracy et al., 1999 ) เช่นเดียวกับการได้รับโปรแกรมสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของ ปารีชาติ ศิลประเสริฐ (2542) ที่ให้การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลโดยใช้ทฤษฎีการดูแลตนเอง รัตนา ออยู่เปลา (2543) สนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง (2547) ให้ข้อมูลด้านการให้ผู้ปกครองได้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย การได้รับความสุขสบาย การได้รับกำลังใจ การใช้โปรแกรมนี้จึงถือว่าการครอบคลุมความต้องการของผู้ปกครอง (Leske, 2002)

จะเห็นว่าการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตนั้นพยาบาลจะต้องดูแลทั้งทารกและผู้ปกครอง การให้ข้อมูล/ความรู้ ทั้งด้านสภาพแวดล้อมและการพยาบาลที่ทารกได้รับ เป็นสิ่งสำคัญในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อให้ความวิตกกังวลของผู้ปกครองลดลง ทำให้สามารถเรียนรู้สิ่งต่างๆ

เกิดการเรื้อรังรับบทบาทของผู้ปกครองในการช่วยเหลือทารกและมีความสามารถเผชิญต่อวิกฤตการณ์ได้ดีขึ้น (Todres, 1990)

**สมมติฐานที่ 2** ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**ผลการศึกษา** พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p > .05$ )

เนื่องจากการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ทำให้ผู้ปกครองมีความคาดหวังว่าหลังคลอดจะได้พบกับทารกที่เป็นปกติ เมื่อเผชิญกับภาวะวิกฤตของทารกและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ปกครองต้องแยกจากทารกและต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนกับอาการที่เปลี่ยนแปลงและการมีชีวิตอยู่ (Linhares MBM และคณะ, 2000; Pinelli J, 2000 อ้างถึงใน Padovani FHP และคณะ, 2004) ทำให้ผู้ปกครองเกิดความวิตกกังวล จากภาพพจน์ของทารกที่สร้างขึ้นในใจของผู้ปกครองในทางที่ตรงกันข้ามจากสภาพความเจ็บป่วยจริงๆ ของทารกแรกเกิดว่าทารกมีสภาพที่อ่อนแอเปราะบาง (Kennell J.H., Klaus M.H. อ้างถึงใน Padovani FHP และคณะ, 2004) ผู้ปกครองรู้สึกมีความวิตกกังวลสูญเสียการควบคุม บทบาทเปลี่ยนไป และถูกแยกจากทารก กลัวความพิการหรือการสูญเสียชีวิตของทารก กลัวว่าต้องอยู่ในโรงพยาบาลนาน (Rowe et al., 2005; Lundqvist และ JaKobsson, 2003 อ้างถึงใน Sloan K. et al., 2008) รู้สึกว่าหมดหวังและขาดความรู้ในการปฏิบัติตัวต่อทารกในหอผู้ป่วยหนัก (Cussun R.M., 2003) พบว่าในการศึกษาคั้งนี้ระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางแต่ก็ค่อนข้างสูง (ตารางที่ 4,5,6) อาจจะมีมากพอที่จะเป็นสิ่งที่คุกคามต่อผู้ปกครอง ทำให้ผู้ปกครองขาดสมาธิ การรับรู้ถูกจำกัดให้แคบลงให้อยู่ในขอบเขตสิ่งกระตุ้นที่ตนเองกำลังสนใจ (Spielberger, 1970) จึงทำให้มีผลต่อความสามารถในการรับรู้ข้อมูลที่ได้รับในโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต โดยผู้วิจัยพบว่าขณะปฐมนิเทศที่ข้างเตียงของทารก บางครั้งขณะทำการทดลอง ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมองดูสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งเป็นบรรยากาศที่แตกต่างไปจากหน่วยงานอื่น จากแสง และเสียงของเครื่องมือที่ใช้กับทารก ที่หลากหลาย จึงทำให้มีผลกระทบต่อความสนใจต่อโปรแกรม และแม้ว่าการใช้โปรแกรมจะสามารถลดความวิตกกังวลได้แต่ก็ไม่มากพอที่จะทำให้มีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ



ความวิตกกังวลในระดับที่พอเหมาะเป็นตัวก่อให้เกิดพลังและแรงดลใจ ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้น หรือทำให้คนเราประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ได้สำเร็จ (Robinson, 1977) มีประโยชน์ต่อการรับรู้และการปรับตัว แต่ความวิตกกังวลในระดับสูงขึ้นจะทำให้การรับรู้ลดลงเรื่อย ๆ ไม่เกิดการเรียนรู้และการแก้ปัญหา (Campbell, 1985) จากการศึกษาของ Phillips และคณะ (อ้างถึงใน Nyamathi และ Kashiwabara, 1988) พบว่าความวิตกกังวลทำให้ความทรงจำระยะสั้นลดลง การตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมและการใช้สติปัญญาในการแก้ไขปัญหาลดลง ดังนั้น การที่พยาบาลจะให้การสนับสนุน ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยคง อาจจะต้องคำนึงถึงระดับของความวิตกกังวลของผู้ปกครองในขณะนั้นด้วย การที่พยาบาลมีความเข้าใจและทราบถึงระดับความวิตกกังวลของผู้ปกครอง ตลอดจนผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดจากความวิตกกังวล จะทำให้พยาบาลได้มองเห็นความสำคัญในการให้การดูแล พยาบาลผู้ป่วยและผู้ปกครองและช่วยในการพิจารณาเลือกการช่วยเหลือที่เหมาะสม โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตจึงเป็นทางเลือกทางหนึ่งของพยาบาลในการช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองต่อไป

### ข้อเสนอแนะทางการพยาบาล

1. พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักควรมีให้การสนับสนุนทางด้านการพยาบาลระยะวิกฤตกับผู้ป่วยโดยการปฐมนิเทศอย่างมีระบบ มีขั้นตอน เพื่อเน้นการปฏิบัติพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นการให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกับทารก
2. สร้างทักษะแก่พยาบาลในการนำโปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตในหอผู้ป่วยเพื่อก่อให้เกิดความตระหนักในการให้การสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต โดยจัดอบรมในด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐานและฝึกปฏิบัติให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน
3. ควรมีการประเมินความวิตกกังวลของผู้ปกครองทุกครั้งที่ทารกเข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โดยโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต เหมาะสำหรับใช้กับผู้ปกครองที่มีระดับความวิตกกังวลระดับปานกลางในช่วงสูง (Maximum level of moderate anxiety)

### ข้อแนะนำในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงในระดับสูง เพื่อนำมาใช้ในการออกแบบโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตเพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กวี สุวรรณกิจ. 2543. โรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: เมดิคัล มีเดีย.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. 2546. อยู่อย่างมีสุข. กรุงเทพฯ: บั๊คแบงก์.
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ และวีณา จีระแพทย์. 2545. หลักการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐาน.  
นนทบุรี: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก (อ.ผ.ศ.).
- กรมสุขภาพจิต. 2546. คู่มือคลายความวิตกกังวลด้วยตนเอง. กระทรวงสาธารณสุข
- กุลลดา เปรมจิตต์. 2547. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารก  
ร่วมกับการดูแลแบบแกการดูแลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรของมารดาและการเพิ่มน้ำหนักตัว  
ของทารกคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิษฐา นาคะ. 2534. ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คณินิต บุรีเทศน์. 2540. ผลของการใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะ  
วิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย: ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลศูนย์  
ชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล  
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คมเนตร โกถานนท์. 2547. การให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวทฤษฎีการให้คำปรึกษา  
แบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางต่อความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยในเด็กผู้ป่วยหนักทารก  
แรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขา  
จิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- จรรยา อินทะพันธุ์. 2544. การถูกจับต้องของทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ บัณฑิต  
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฑารัตน์ มีสุขโข. 2540. ความต้องการข้อมูลและการช่วยเหลือสนับสนุนของมารดาทารกคลอด  
ก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เฉลิมศรี จันทร์ทอง. 2549. ผลการให้คำปรึกษาตามทฤษฎีทางเลือกต่อความวิตกกังวลของ  
พนักงานโรงแรมที่อยู่ระหว่างทดลองงาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขา  
จิตวิทยาการให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- ชัยสิทธิ์ แสงทวีศิลป์. 2540. Common acyanotic congenital heart disease in neonates. ใน วิไล รัตริสวัสดิ์ และสุนทร ฮ้อเผ่าพันธุ์ (บรรณาธิการ), ปัญหาทารกแรกเกิด, พิมพ์ครั้งที่ 5. 324-330. กรุงเทพฯ: ดีไซร์
- ชาญชัย มาลีพันธ์ และสรวิจิต ทองบัวบาน. 2545. ผลกระทบการประกอบวิชาชีพเวชกรรม “การฟุ้งร้องทางการแพทย์”. [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.kkh.go.th/msokkh/chan/link.html> [11 สิงหาคม 2550]
- ณัฐรนนท์ ใจตรง. 2540. ผลของการให้คำปรึกษาต่อความหวัง ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า และการดูแลตนเองในผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ โรงพยาบาลมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ดุสิต สถาวร. 2545. Management of ICU. ใน สุวัฒน์ เบญจพลพิพัต และ คณะ (บรรณาธิการ), เวชบำบัดวิกฤตในเด็ก, ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2, 20. กรุงเทพฯ: ป๊ายอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- นฤมล ธีระรังสิกุล. 2545. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ปรับปรุง). กรุงเทพฯ: พี เพรส.
- นิตยา คชภักดี สายฤดี วรกิจโกศาทร และ มาลี นิสสัยสุข. 2526. แบบประเมินความวิตกกังวล (อัตลำนานา).
- ประไพรัตน์ ประตา. 2548. ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามทฤษฎีเผชิญความจริง เพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดาที่บุตรได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรง หอผู้ป่วย ศัลยกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ประพุก ศิริบุญย์. 2533. ทารกที่เจริญเติบโตช้าในครรภ์. ใน ประพุก ศิริบุญย์ และอรุณพล บุญประกอบ (บรรณาธิการ), ทารกแรกเกิด, 87-89. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. 2542. การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิกุลรัตน์ วงศ์พานิชย์ และวิไล ตั้งสถิตพร. 2548. การพัฒนาคุณภาพงานโดยการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กภาวะวิกฤตในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก. สงขลานครินทร์เวชสาร 23 ฉบับพิเศษ (2): 239-244.

- พิมพ์ใจ นานรัมย์. 2545. ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงบทบาทของชายที่สมรสแล้วในฐานะเป็นบิดา และสามี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์. 2533. Idiopathic Respiratory Distress Syndromes. ใน ประพุทธ ศิริบุญ และอรุณ บุญประกอบ (บรรณาธิการ), ทารกแรกเกิด, 96. กรุงเทพฯ: เรือนแก้ว การพิมพ์.
- พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์. 2544. การดูแลทารกแรกเกิด, 32-44. กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ
- พรทิพย์ ศิริบุญทรัพย์พัฒนา และ ศิริวรรณ ตันเลิศ. 2544. การพยาบาลเด็กเล่ม 1. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- พรทิวา มีสุวรรณ และชนิษฐา นาคะ. 2551. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความต้องการ ข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหู คอ จมูก ในโรงพยาบาล สงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 26(2): 185-193.
- พรศิริ ใจสม. 2536. ความเครียดและกลวิธีเผชิญความเครียดของบิดา มารดาของบุตรที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรสวรรค์ สันพิทักษ์เขต. 2550. ผลของการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการต่อระยะหลับ – ตื่น และ การตอบสนองทางสรีรวิทยาของทารกคลอดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการสุขภาพเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. 2547. หลักการพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง. ใน พิกุล ขำศรีบุศ (บรรณาธิการ), การพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีภาวะความเสี่ยงสูง: หลักการและแนว ปฏิบัติ.
- รัชตะวรรณ โฉฟ้าพิริยกุล. 2544. การพยาบาลทารกแรกเกิดระยะวิกฤต. กรุงเทพฯ: เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น.
- รัตน อัญเปลา. 2543. ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อการวิตกกังวลของสมาชิก ในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุ่งรัตน์ วณิชภาชาติ. 2540. ความเครียด แหล่งประโยชน์ และข้อจำกัดของการใช้แหล่งประโยชน์ ในการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ที่รับไว้รักษาในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วัฒนา น้ำเพชร. 2538. คุณลักษณะของพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจในภาวะวิกฤต. วารสารการพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอกแห่งประเทศไทย 8(2)
- วิมลรัตน์ ภาวรุฒิมิพานิช. 2535. การสำรวจความต้องการของญาติผู้ป่วยในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 10(4): เลขหน้า.
- วิลัย ราตรีสวัสดิ์. 2550. High Risk neonates and Classification of Neonate. ใน วราภรณ์ แสงทวีสิน วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล และ สุนทร อ้อเผ่าพันธ์ุ (บรรณาธิการ), ปัญหาทารกแรกเกิด, 33-41. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- วิสูตร พงศศิริไพบูลย์. 2549. สิทธิผู้ป่วย. [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.elib-online.com> [11 สิงหาคม 2550]
- วรลักษณ์ วงศ์ศิเรศ. 2546. ผลการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดามารดา ที่มีบุตรมีภาวะพร่องออกซิเจนในระยะแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. ม. กรุงเทพฯ. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สมพันธ์ หิณูชีระนันท์. 2541. บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤต. วารสารพยาบาล 47: 25-34.
- สาธิต ไทตระกิตย์. 2533. กลุ่มอาการจากการสูดสำลัก. ใน ประพุฑ ศิริบุญ และ อรุพล บุญประกอบ (บรรณาธิการ), ทารกแรกเกิด, 104-107. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุทธิณี วัฒนกุล. 2547. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. มหาวิทยาลัย. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนทรีย์ ภิญญอมิตร. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด การสนับสนุนจากคู่สมรส การปรับตัวด้านจิตใจของมารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนทร อ้อเผ่าพันธ์ุ. 2533. Respiratory Distress in The newborn. ใน วิลัย ราตรีสวัสดิ์ และ สุนทร อ้อเผ่าพันธ์ุ (บรรณาธิการ), ปัญหาทารกแรกเกิด, 71-15. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- โสภา พิศจาร วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ และ ไชยมุก วิเชียรเจริญ. 2549. ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ประนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการรักษาหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- สำนักงานสาธารณสุขและประชาสัมพันธ์กระทรวงสาธารณสุข. 2549. [Online]. แหล่งที่มา:  
[http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin\\_hotnew/show\\_hotnew.php?idHotnew=258](http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?idHotnew=258) [11 สิงหาคม 2550]
- เหมือนฝัน มณีฉาย. 2542. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพกับการเผชิญปัญหาของครอบครัวครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วิทยาลัยนพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัญชลี ประเสริฐ. 2540. ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีสำเร็จตามเป้าหมายต่อความวิตกกังวลของมารดาในหน่วยบำบัดพิเศษเด็ก. วิทยาลัยนพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง. 2548. ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย. วิทยาลัยนพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต. สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2544. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ชั้นตำการพิมพ์.
- อรพรรณ ลีอนุวัชชัย. 2545. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: ด้านสุขภาพการพิมพ์.

### ภาษาอังกฤษ

- Affleck, G., Tennen, H., Rowe, J. 1991. Infants in Crisis: How Parents Cope With Newborn Intensive Care and its Aftermath. New York: Springer Verlag.
- Affonso DD, Bosque E, Wahlberg V, Brady, JP. 1993. Reconciliation and healing for mothers through skin to skin contact provided in an American tertiary level intensive care nursery. Neonatal network 2: 25-37.
- Aimin, G. 1999. Effect of informational support on anxiety among family members of critical ill patients. Master's Thesis Department of nursing science in medical and surgical nursing Graduate School Chiang Mai University.
- American Academy of pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. 2002. Guidelines for perinatal care . 5<sup>th</sup> ed.

- Aquilera, D. C., and Messick, J. M. 1982. Crisis intervention. 4<sup>th</sup>ed. St. Louis: Mosby.
- Arockiasamy V, Holsti L and Albersheim S. 2008. Fathers' Experiences in the Neonatal Intensive Care Unit: A Search for Control. Pediatrics 121: 215-222.
- Ashwill, J. w. and Droske, S. C. 1997. Nursing care of children: Principle and practice. Philadelphia: W. B. Saunders.
- Bailey, R. 1989. Stress and coping in nursing. London: Chapman and Hall.
- Baker, C., and Nieswiadomy, R. M. 1988. Nursing interventions for children with a parent in the intensive care unit. Heart & Lung 17(4): 441-446.
- Bakewell-Sachs, S. 2007. Near term / Late Preterm Infant. Newborn & Infant Nursing Reviews 7(2): 67-71.
- Bedsworth, J. A., and Molen, M. T. 1982. Psychological stress in spouses of patients with myocardial infarction. Heart & Lung 11(5): 450-456.
- Belsky J. 1988. Infant day care and socioemotional development the United States. Journal of Child Psychol Psychiatry 29(4): 397-406.
- Bernaix, L. W., Schmidt, C. A., Jamerson, P. A., et al. 2006. The NICU Experience of Lactation and Its Relationship to Family Management Style. MCN 31(2): 95-100.
- Bernstein, L. P. 1990. Family-center care of the critical ill neurological patient. Advances in neurological Care 2: 41-49.
- Blair, D. T., and Ramones, V. A. 1996. The understand of anxiety: Overcoming the confusion and stigma. Journal of Psychosocial Nursing 34(6): 1-9.
- Bleulin, J. L., Rook, J., and Sills, G. 1982. Family in crisis: The impact of trauma. Clinical Care Quarterly 5(12): 38-45.
- Bridder, R. T., Crowe, E. A., and Gray, Q. P. 1974. Mother's attitudes to preterm infants. Aechives of Disease in Childhood 49: 766-770.
- Broome, M. 1985. Working with the family of a critical ill Child. Heart & lung 14: 368-372.
- Butler, L. C., and Galvin, K. 2003. Parents' perception of staff competency in neonatal intensive care unit. Journal of Clinical Nursing 12: 752-761.
- Campbell MA. 2003. Development of a Clinical Pathway for Near – Term and Convalescing Premature Infant in a Level II Nursery. Advances in Neonatal Care 6(3): 150-164.

- Carter MC, Miles MS. 1989. The Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. Maternal Child Nursing Journal 18(3): 187-98.
- Cescutti-Butler, L., and Galvin, K. 2003. Parents perceptions of staff competency in a neonatal intensive care unit. Journal of Critical Nursing 12: 752-761.
- Chavez, C. W., and Faber, L . 1987. Effect of education-orientation program on family members who visit their significant other in intensive care unit. Heart & Lung 16(1): 92-99.
- Committee on Fetus and Newborn. 2004. Levels of Neonatal Care. Pediatrics 114: 1341-1347.
- Covinsky, K. E., Desbiens, N. and Lynn, J. 1994. The impact of serious illness on patients' families. JAMA 272(23): 1839-1844.
- Craven, R. F., and Sharp, B. H. 1972. The effects of illness on family functions. Nursing Forum 11(2): 186-193.
- Cullen L, Titker M. and Drahozal R. 2003. Family and pet Visitation in the Critical Care Unit. Critical Care Nurse 23(5): 62-67.
- Dunbar, S. B., and Mclain, R. M. 1993. Family care. In M.R. Kinny, D.r. and S.B. Dunbar (Eds.), AACN's clinical reference for critical care nursing. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Eberly, T. W. et al. 1985. Parental stress after the unexpected admission of a child to the intensive care unit. Critical Care Quarterly 8(1): 57-65.
- Epperson, M. M. 1977. Family in sudden crisis: Process and intervention in a critical care center. Social Work and Health Care 2: 265-273.
- Escobar G, Clark R, Greene J. 2006. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. Semin perinatol 30: 28-33.
- Franck L.S., Cox S., Allen A., and Winter I. 2005. Measuring neonatal intensive care unit related parental stress. Journal of Advanced Nursing 49(6): 608-615.
- Freicheis TA. 1991. Need of family members of patients in the intensive care unit over time. Critical Care Nurse Quatary 14(3): 16-29.
- Friedman, M. M. 1986. Family nursing: Theory and assessment. 2<sup>nd</sup> ed. Connecticut: Apleton-Century-Crofts.



- Gabriel J. Escobar. 2006. Short – Term Outcomes of Born at 35 and 36 Weeks Gestation: We Need to Ask More Questions. Seminars in Perinatology 30(1): 28-33.
- Gaw-Ens, B. 1994. Informational support for families of immediately after GABG surgery. Critical Care Nurse 14(2): 41-50.
- General Medical Council. 2000. Revalidating Doctor. Ensuring Standards. Scuring the Future. Summary, London: GMC.
- Gennaro,S. 1986. Anxiety and problem solving ability in mother of preterms infant. JOGNN 15(2): 160-164.
- Gilliss, C. L., Higriley, B. L., Robert, B. M., and Martinson, I. M. 1988. Toward a science of family nursing. California: Addison - Wesley.
- Golan, Naomi. 1978. Treatment in Crisis Situation. New York: Thee Free Press.
- Grabow, J., and Buse, R. 1990. Preoperative anxiety: Anxiety about the operation, anxiety about anesthesia, anxiety about paon. Psychotherapy Psychosomatic Medicine of Psychology 40(7): 255-263.
- Graham, L. E., and Conley, E. M. 1971. Evaluation of anxiety and fear in adult surgical patients. Nursing Research 20(2): 113-122.
- Grainger. 1990. Anxiety interrupters. American Journal of Nursing 90(2): 14-15.
- Griogo, L. C. 1993. Physiologic and psychologic factors related to depression in patients after myocardial infarction: A pilot study. Heart & Lung 22(5): 392-400.
- Halm, M. A. 1990. Effect of support groups on anxiety of family members during critical illness. Heart&Lung 19(1): 62-71.
- Hartshorn, J., et al. 1993. Introduction to Critical Care Nursing. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Hicky, M. 1996. Psychosocial needs of families. In J. M. Chochesy, C. Breu, S. Cardin, E. B. Rudy, and A. A. Whittaker (eds.), Critical Care Nursing. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.Hopkin.
- Hopkins, A. G. 1994. The trauma nurse's role with families in crisis. Critical Care Nurse 14(4): 35-43.

- Horn, E. V., and Tesh, A. 2000. The effect of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. Dimensions of Critical Care nursing 19(4): 40-50.
- Huduk, C.M. 1986. Critical Care Nursing: A Holistic Approach. 4<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Hudak, C. M., Gallo, B. M., and Morton, P. G. 1998. Critical care nursing: A holistic approach. Philadelphia: Lippincott.
- Hughes MA and McCollum J. 1994. Neonatal intensive care: mothers' and fathers' perceptions of what is stressful . J Early Intervention 18(3): 258-268.
- Jamerson, P. A., et al. 1996. The experiences of families with the relative in the intensive care unit. Heart & Lung 25(6): 467-474.
- Johnson, K. A., et al. 1986. 10 ways to help the family of critical ill patient. Nursing 16(1): 50-53.
- Johnson G. 1990. Pre-op visit: why they don't happen. Nursing 4: 24-27.
- Kneisl, C.R. 1996. Stress, anxiety, and coping. In H. S. Wilson, and C. R. Kneisl (eds), Psychiatric nursing. 5<sup>th</sup> ed. California: Benjamin/Cummings.
- Kowalski W J, Leef K H, Spear M L, and Paul D A. 2006. Communicating with parents of premature infant: who is the informant?. Journal of Perinatology 26: 44-48.
- Lader, M., et al. 1971. Clinical anxiety. New York: Grune and Stratton.
- Lauwers, J., and Swisher, A. 2005. Counseling the Nursing Mother: A Lactation Consultant's Guide, 465-475. 4<sup>th</sup> ed. Sudbury Massachusetts: Jones and Bartlett.
- Lazarus, R. S. and Folkman, S. 1984. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer.
- Leske, J. S. 1986. Need of Relatives of Critically Ill Patient: A Follow up. Heart & Lung 15.
- Leske, J. S. 1991. Overview of family needs after critical illness: from assessment to intervention. AACN Clin Issue Crit Care Nurs 2(2): 220-229.
- Leske, J. S. 1993. Anxiety of elective surgical patients' family members: Relationship between anxiety levels, family characteristics. AORN journal 57(5): 1091-1103.

- Leske, J. S. 1996. Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety. AORN journal 64(4): 424-436.
- Leske, J. S. 2002. Intervention to decrease family anxiety protocols for practice. Critical Care nurse 22(6): 61-65.
- Levitt, E. E. 1967. The psychology of anxiety. New York: Bobbs Nerill.
- Leventhal, H., and Johnson, J. E. 1983. Laboratory and field experimentation: Development of a theory of self-regulation. In P. J., Wooldridge, M. H. Schmitt, J. K. Skipper, and R. C. Leonard (eds.). Behavioral science and nursing theory, 189-262. St. Louis: Mosby,
- Malcolm, L., and Isasc, M. 1971. Clinical Anxiety. New York: Grune and Stratton.
- Meisel, M. 1991. Psychosocial implications in care of the critically ill patient and family. In J. T. Dolan (ed.), Critical Care Nursing: Clinical management through the nursing process, 14-30. Philadelphia: F. A. Davis.
- Melnik B.M., Feinstein N. F., Gillis L. A., et al. 2006. Reducing Premature Infants' Length of Stay and Improving Parents' Mental Health Outcomes With the Creating Opportunities for parent Empowerment (COPE) Neonatal Intensive Care Unit Program: A Randomized, Controlled Trial. Pediatrics 118(5): 1414-1427.
- Miles, M., and Carter, M. 1983. Assessing parental stress in the intensive care unit . Journal of Maternal Child Nursing 8: 354-359.
- Miles MS, Spicher C, Hassanein R S. 1984. Maternal and parental stress reactions when a child is hospitalized in a pediatric intensive care unit. Pediatric Nursing 7: 333-343.
- Miles, M. S., Carter, M. C., Riddle, J., Hennessy, J., and Eberly, T.W. 1989. The pediatric intensive care unit environment as a source of stress for parents. Maternal- Child Nursing Journal 18(3): 199-206.
- Miles MS., and Holditch-Davis D. 2000. Mothers' involvement in caring for their premature infants: an historical overview. Neonatal Network 19(3): 13-21.
- Miles M S, Carson J, and Brunssen S. 1999. The nurse parent support tool. J pediatri Nurs 14: 44-50.

- Mitchell, R. 1977. The effect of visitors to the coronary care unit on patients who have suffered an acute myocardial infarction. Unpublished master's thesis: St. Louis University,
- Nicholson, A. C., et al. 1993. Effect of child visitation in adult critical care units: A pilot study. Heart & Lung 22(1): 36-45.
- Orem, D. E. 1985. Nursing: concepts of practice. 3<sup>rd</sup> ed. New York: McGraw-Hill.
- Padovani FHP et al. 2004. Anxiety and depression symptoms assessment in pre-term neonates' mothers during and after hospitalization in neonatal intensive care unit. Rev Bras Psiquiatr 26(4): 251-254.
- Philichi, L. M. 1989. Family adaptation during a pediatric intensive care hospitalization. Journal of Pediatric nursing 4(4): 268-276.
- Polit, D. F., and Beck, T. 2004. Nursing Research : Principle and methods. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: A Wolters kluwer.
- Prevost, S. S. 1997. Individual and family response to the critical care experience. In J. C. Hartshornn, and M. L. Sole (eds.), Introduction to Critical Care. 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Raju T, Higgins R, Stark A, et al. 2006. Optimizing care and outcome for late preterm (near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the NICHD. Protein Eng Des Sel 118: 1207-1214.
- Shaw RJ, Deblois T, Ikuta L, et al. 2006. Acute Stress Disorder Among Parents of Infants in the Neonatal Intensive Care Nursery. Psychosomatics 47(3): 206-212.
- Shields-Poë PD and Pinelli J. 1997. Variables associated with parental stress in neonatal intensive care units. Neonatal network 16(1): 29-37.
- Sloan K., Rowe J., and Jones L. 2008. Stress and coping in father following the birth of a preterm infant. Journal of Neonatal Nursing. doi : 10.1016/j.jnn.2007.12.009.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L., and Lushene, R.E. 1970. Manual for the Stat-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto. California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C. D. 1972. Anxiety as an emotional state. In C. D. Spielberger (ed.), Anxiety: Current trends in theory and research, 2-33. New York: Academic press.

- Spielberger, et al. 1977. Self Evaluation Questionnaire. CA: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, CD., and Gueervero, R. D. 1982. Cross-culture anxiety. New York: Hemisphere/McGraw-Hill.
- Spielberger CD. 1983. State-Trait anxiety Inventory (STAI). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Stayt, L.G. 2007. Nurses' experiences of caring for families with relatives in intensive care units. Journal of Advanced Nursing. 57(6): 623-630.
- Steele, K. H. 1987. Caring for parents of critical ill neonate during hospitalization: Strategies for health care professionals. MCN 16(1): 13-27.
- Stuart, G.W. and Sundeen. 1987. Principles and practice of psychiatric Nursing. 2<sup>nd</sup> ed. St. Louis: The C.V. Mosby.
- Bakewell-Sachs, S. 2007. Near term / Late Preterm Infant. Newborn & Infant Nursing Reviews 7(2): 67-71.
- Todres, L. D. 1993. Communication between physician, patient and family in the Pediatric Intensive Care Unit. Critical Care Medicine 21.
- Tracy J., Fowler S, and Magarelli K. 1999. Hope and anxiety of individual family member of critically ill adults. Applied Nursing Research 12(3): 121-127.
- Virginia L. Thompson, Judith E. Hupcey, and Mary Beth Clark. 2003. The Development of Trust in Parents of Hospitalized Children. JSPN 8(4): 137-147.
- Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnste M, and Grypdonck M . 2005. The need and experiences of family members of adult patient in an intensive care unit: a review of the literature . J Clin Nurs 14(4): 501-9.
- Ward K. 2001. Perceived needs of parents of critically ill infants in a neonatal intensive care unit (NICU). Pediatr Nurs 27(3): 281-286.
- World Health Organization. 2001. Definitions and indicators in family planning, maternal and child health and reproductive health used in the WHO regional planning office for Europe. 11,13.
- Yin King Lee, L., Yee Ling Lau. 2003. Immediate needs of adult family member of adult intensive care patients in Hong Kong. Journal of Clinical Nursing 49(6): 608-615.

Young Seidman R, Watson MA, Corff KE, Odle P, Haase J, and Bowerman JL. 1997.  
Parent stress and coping in the NICU and PICU. J Pediatr Nurs. 12(3): 169-177.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



## รายนามทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก

1. รองศาสตราจารย์ วิไล เลิศธรรมเทวี หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
2. นางสาวพิกุล ขำศรีบุศ หัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
3. นางสาวปาริชาติ ดำรงค์รักษ์ พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วย NICU คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
4. นายแพทย์นพพล ธาดากุล กุมารแพทย์ สาขาประสาทวิทยาเด็ก กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
5. นางสาวนิรวรรณ กิตติธรรกุล พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ภาคผนวก ข

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

**ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Informed Consent Form )

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของ  
ผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก

ชื่อผู้วิจัย นางภรณ์ ปานมัน นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การ  
พยาบาลเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้าพเจ้า (นาย, นาง, นางสาว) ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี อยู่  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ซอย.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
เกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย ได้รับทราบจากผู้วิจัยให้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ได้ทราบถึงวัตถุประสงค์  
และแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำ  
ความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้าสามารถปฏิเสธการ  
เข้าร่วมศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลต่อการบริการหรือการรักษาที่  
ได้รับตามปกติแต่อย่างใด ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่ผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการ  
ศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยรับรองว่า จะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยนำเสนอข้อมูลสรุป  
ผลการวิจัยในภาพรวม

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้น และมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบ  
ยินยอมนี้

.....  
สถานที่/วันที่ (.....)

บิดา มารดา หรือผู้ปกครองของผู้ป่วย

.....  
สถานที่/วันที่ (นางภรณ์ ปานมัน)

ผู้วิจัย

.....  
สถานที่/วันที่ (.....)



พยาน

## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 89825

ที่ ..... วันที่ เมษายน พ.ศ. 2551

เรื่อง ขอสเสนอโครงการวิจัยเพื่อรับการพิจารณาจริยธรรม

เรียน ประธานกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย  
กลุ่มวิทยาศาสตร์ สุขภาพ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. ใบคำขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
2. โครงร่างการวิจัย จำนวน 16 ชุด

ด้วย ข้าพเจ้า นางภรณ์ ปานมัน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอ  
โครงการวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของ  
ผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก” และประสงค์จะเสนอขอรับการพิจารณาจริยธรรมฯ ทั้งนี้  
โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการพิจารณาการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ ครั้งที่ 4 / 2550 ประจำปีการศึกษา  
2550 ประกาศ ณ วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2551 และการคัดกรองงานวิจัยเพื่อเข้ารับการศึกษา  
จริยธรรม โดยกลไกที่เกี่ยวข้องระดับคณะ/สถาบัน/หน่วยงาน แล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการให้ด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

.....  
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

วันที่ ...../...../.....

.....  
(นางภรณ์ ปานมัน)

ผู้วิจัยหลัก

วันที่ ...../...../.....

รับรองคำขอรับการพิจารณาจริยธรรม

.....  
(รศ.ร.ต.อ.หญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

วันที่...../...../.....

**ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Participant information sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก
2. ชื่อผู้วิจัย นางภรณี ปานมัน นิสิตปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน หออภิบาลทารกแรกเกิด 353 โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ถนนเยาวราช  
อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-7636-1241 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08-1569-5653  
E-mail: paranee\_v@hotmail.com
4. ข้อมูลประกอบการให้คำยินยอมของผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย
  - 4.1 โครงการนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก
  - 4.2 วัตถุประสงค์การวิจัย
    - 4.2.1 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลในระยะวิกฤต
    - 4.2.2 เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลระยะวิกฤตกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
  - 4.3 ผู้วิจัยใช้กระบวนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามหลักของการวิจัย ท่านได้รับเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เป็นหนึ่งในจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง 40 คน
  - 4.4 ผู้วิจัยคาดว่าจะการวิจัยนี้จะไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงใด ๆ ต่อท่าน
5. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเป็นลำดับขั้นตอนดังนี้
  - 5.1 ขอนหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 5.2 ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์รายละเอียดของงานวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 5.3 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามลักษณะประชากรโดยขออนุญาตดูแลระเบียบและจดข้อมูลในแฟ้มประวัติทารกแรกเกิดระยะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาล

วชิระภูเก็ต แล้วเข้าพบผู้ปกครองทารกแรกเกิด เพื่อแนะนำตัว บอควัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษา ขอความร่วมมือในการเป็นกลุ่มตัวอย่าง แจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยตามรายละเอียดในใบพิตักษัตติ เมื่อผู้ปกครองทารกแรกเกิดลงนามยินดีเข้าร่วมวิจัยในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 20 ราย จับคู่ (Matching) กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ในด้านระดับความรุนแรงโรคของทารกแรกเกิดตามเกณฑ์และอายุของผู้ปกครอง โดยที่ผู้วิจัยพิจารณาคคุณสมบัติผู้ปกครองทารกแรกเกิดที่มีคุณสมบัติตรงกับผู้ปกครองกลุ่มที่หนึ่ง รายใดก็จะจัดให้เข้าคู่กัน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน แล้วจึงศึกษาในกลุ่มที่สอง 20 ราย เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนของผลการทดลองจากโอกาสที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบปะพูดคุยกันและนำไปรุกรณาการสนับสนุนการพยาบาลทารกระยะวิกฤตไปปฏิบัติ

5.4 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ปกครองที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ขณะรอเข้าเยี่ยมบุตรหรือผู้อยู่ในความปกครอง ใช้เวลาประมาณ 15-45 นาที โดยการให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง ครั้งแรกภายใน 24 ชั่วโมงแรกที่ทารกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และครั้งที่สอง หลังเข้ารับการรักษาแล้ว 72 ชั่วโมง ซึ่งประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดระยะวิกฤตขณะเผชิญ ให้ผู้ปกครองตอบคำถามจนครบทุกข้อ โดยกลุ่มที่ 2 จะได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลระยะวิกฤต ซึ่งประกอบด้วย 1) การดูแลโลดัลดีตีวขึ้น ในหัวข้อเรื่อง “แนะนำ ห้องหนู” 2) การได้รับคู่มือการปฏิบัติของผู้ปกครองขณะเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนัก 3) ผู้ปกครองได้รับการฝึกดูแลทารกแรกเกิดขณะเข้าเยี่ยมตามหลักพื้นฐานการดูแลทารกแรกเกิด จากผู้วิจัยจำนวน 1 ครั้งต่อวัน เป็นเวลา 2 วัน

6. ในการตอบแบบสอบถามซ้ำพเจ้าจะสามารถหยุดการให้ข้อมูลได้ตามความต้องการ

7. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อผู้วิจัย คือ นางภรณ์ ปานมัน โทรศัพท์ที่ทำงาน 0-7636-1241 โทรศัพท์มือถือ 08-1569-5653

8. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ซ้ำพเจ้าทราบอย่างรวดเร็ว

9. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ซ้ำพเจ้าในการเข้าร่วมงานวิจัย

10. ข้อมูลส่วนบุคคลของซ้ำพเจ้าจะไม่ระบุชื่อหรือนามสกุลในแบบสัมภาษณ์หรือหรือแบบสอบถาม เพื่อป้องกันการระบุถึงบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์ และข้อมูลเก็บไว้กับผู้วิจัยเพียงผู้เดียว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของซ้ำพเจ้าจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ

ขอขอบคุณ ในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



### บันทึกข้อความ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
งานบริการการศึกษา
เลขที่หนังสือรับ... 10 ๖๕
ว.ด.ป. 10 ก.ย. 51
เวลา ๙.๐๐ น.

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-8147

ที่ จว ๖๓๙/51

วันที่ 10 กันยายน 2551

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบรับรองผลการพิจารณา
  2. ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
  3. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ตามที่ นางภรณ์ ปานมัน นิสิตระดับมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้เสนอแก้ไขโครงการวิจัยที่ 060/51 เรื่อง ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางการพยาบาลระยะวิกฤตต่อความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก (THE EFFECT OF THE NURSING SUPPORT IN A CRITICAL PERIOD PROGRAM ON ANXIETY OF THE GUARDIANS OF NEONATE ADMITTED TO THE INTENSIVE CARE UNIT) เพื่อให้กรรมการผู้ทบทวนหลักพิจารณาจริยธรรมการวิจัยความละเอียดถี่ถ้วนแล้วนั้น

การนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลัก ได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้รับรองวันที่ 25 สิงหาคม 2551

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

เขียน คณบดี ผ่านรองคณบดีฝ่าย (๑๖/๙๐) ๐.๐๓๓ กษพ๑๐/๖๕

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
กรรมการและเลขานุการ  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เพื่อทราบ และเห็นควรแจ้งอาจารย์.....  
 เพื่อทราบ และเห็นควรส่งมาให้อาจารย์.....  
 เพื่อทราบ และเห็นควรขออนุญาตอาจารย์.....  
ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์.....

๑๖/๙๐  
10 ก.ย. 51

๑๖/๙๐  
10 ก.ย. 51

๑๖/๙๐  
10 ก.ย. 51

10 ก.ย. 2551

ภาคผนวก ค  
สถิติที่ใช้ในงานวิจัย



## สถิติที่ใช้ในงานวิจัย

1. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือวิจัย คำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบประเมินความวิตกกังวลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนัก ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547: 236)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left( 1 - \frac{\sum S_i^2}{S^2} \right)$$

- $\alpha$  คือค่าความสอดคล้องภายใน  
 $n$  คือจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม  
 $\sum S_i^2$  คือผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ  
 $S^2$  คือความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. สูตรคำนวณค่าเฉลี่ย

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

- $\bar{X}$  คือค่าเฉลี่ย  
 $\sum X$  คือผลรวมของคะแนนทั้งหมด  
 $N$  คือจำนวนข้อมูล

3. สูตรคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$$SD = \sqrt{\frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n-1}}$$

- SD คือค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน  
 $X$  คือค่าแต่ละจำนวน  
 $\bar{X}$  คือค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดนั้น  
 $n$  คือจำนวนข้อมูลของชุดนั้น

ภาคผนวก ง  
ตารางวิเคราะห์ข้อมูล

Univariate Analysis of CoVariance - mean differents bet 2 กลุ่ม 19.9.51

### Between-Subjects Factors

	Value Label	N
GROUP 1	control	20
2	practice	20

### Descriptive Statistics

Dependent Variable: DIFF

GROUP	Mean	Std. Deviation	N
control	-.0500	13.48479	20
practice	10.4500	13.50039	20
Total	5.2000	14.34055	40

### Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: DIFF

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1532.887 <sup>a</sup>	3	510.962	2.835	.052
Intercept	72.320	1	72.320	.401	.530
VIOLENCE	416.594	1	416.594	2.312	.137
AGE	.456	1	.456	.003	.960
GROUP	235.218	1	235.218	1.305	.261
Error	6487.513	36	180.209		
Total	9102.000	40			
Corrected Total	8020.400	39			

a. R Squared = .191 (Adjusted R Squared = .124)

### Estimated Marginal Means

#### Grand Mean

Dependent Variable: DIFF

Mean	Std. Error	95% Confidence Interval	
		Lower Bound	Upper Bound
5.200 <sup>a</sup>	2.123	.895	9.505

a. Covariates appearing in the model are evaluated at the following values: VIOLENCE = 1.63, AGE = 30.00.

Means

T-Test

**One-Sample Statistics**

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
tot_post	20	43.4500	13.19280	2.95000
tot_pre	20	53.9000	10.79912	2.41476

**One-Sample Test**

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
tot_post	14.729	19	.000	43.45000	37.2756	49.6244
tot_pre	22.321	19	.000	53.90000	48.8459	58.9541

T-Test

**Paired Samples Statistics**

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 tot_pre	53.9000	20	10.79912	2.41476
tot_post	43.4500	20	13.19280	2.95000

**Paired Samples Correlations**

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 tot_pre & tot_post	20	.380	.098

**Paired Samples Test**

	Paired Differences						t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference					
				Lower	Upper				
Pair 1 tot_pre - tot_post	10.45000	13.50039	3.01878	4.13162	16.76838	3.462	19	.003	

**Case Processing Summary**

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Age * Violence * tot_pre	20	100.0%	0	.0%	20	100.0%

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ปกครองทารกแรกเกิดใน  
 หอผู้ป่วยหนักกลุ่มที่ใช้โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต และกลุ่มที่ได้รับการ  
 การพยาบาลตามปกติ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง ( $n_1=20$ )		กลุ่มควบคุม ( $n_2=20$ )	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
17	2	10	0	0
18	1	5	0	0
20	1	5	0	0
21	0	0	2	10
22	1	5	2	10
23	1	5	0	0
24	1	5	1	5
25	0	0	1	5
27	1	5	2	10
28	1	5	2	10
30	0	0	1	5
31	3	15	0	0
32	2	10	0	0
33	0	0	1	5
34	0	0	3	15
35	0	0	1	5
37	1	5	1	5
38	0	0	1	5
39	0	0	1	5
40	2	10	1	5
42	2	10	0	0
43	1	5	0	0
44	1	5	0	0

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n <sub>1</sub> =20)		กลุ่มควบคุม (n <sub>2</sub> =20)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
Mean ± SD ของกลุ่มทดลอง = 30.05 ± 9.052 , Min = 17 , Max = 44				
Mean ± SD ของกลุ่มควบคุม = 29 ± 6.295 , Min = 21 , Max = 40				
<b>เพศ</b>				
ชาย	13	65	14	70
หญิง	7	35	6	30
<b>ศาสนา</b>				
พุทธ	18	90	14	70
อิสลาม	2	10	6	30
<b>ความสัมพันธ์กับทารก</b>				
บิดามารดา	19	95	19	95
อื่นๆ	1	5	1	5
<b>การศึกษา</b>				
ประถมศึกษา	2	10	5	25
มัธยมศึกษา	14	70	10	50
ปริญญาตรี	3	15	4	20
ปวช, ปวส	1	5	1	5
<b>ประสบการณ์ที่บุตรหรือญาติเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก</b>				
เคย	6	30	4	20
ไม่เคย	14	70	16	80

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง ( $n_1=20$ )		กลุ่มควบคุม ( $n_2=20$ )	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้				
เพียงพอ	12	60	15	75
ไม่เพียงพอและไม่มีหนี้สิน	6	30	4	20
ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน	2	10	1	5



ภาคผนวก จ  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่
  - 1.1 โปรแกรมการสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต
  - 1.2 สไลด์มัลติมีเดียชี้แนะนำหอผู้ป่วยหนัก
  - 1.3 คู่มือปฏิบัติสำหรับผู้ปกครองขณะเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนัก
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
  - 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
  - 2.2 แบบประเมินความวิตกกังวล

ตัวอย่าง

โปรแกรมสนับสนุนการพยาบาลระยะวิกฤต

โดย

นางภรณี ปานมัน

นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



<p>เพื่อให้ ผู้ปกครอง สามารถวางแผนการดูแล ทารกป่วย และกำหนด บทบาทของ สมาชิกใน ครอบครัวได้ อย่าง เหมาะสม</p>	<p><b>2. การให้ข้อมูลด้านบทบาท ของผู้ปกครอง</b></p> <p>การที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ผู้ปกครองสามารถมาเยี่ยมทารกอย่างสม่ำเสมอได้ทุกวัน ชักถามข้อสงสัยตามความต้องการ ท่านจะได้รับการแนะนำและฝึกปฏิบัติจากผู้วิจัยและพยาบาลผู้ดูแลลูก/หลานของท่าน เช่น การล้างมือ การวัดไข้ การเช็ดตัว การให้นม การสังเกต และช่วยดูแลสิ่งแวดล้อมลูก/หลานของท่านขณะเข้าเยี่ยม ให้ท่านมีความมั่นใจในการดูแลลูก/หลานต่อไป แม้ว่ากิจวัตรประจำวันของท่านอาจเปลี่ยนแปลงไปบ้างเนื่องจากภาวะที่ท่านต้องดูแลลูก/หลานในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับความอบอุ่นและกลับบ้านอย่างปลอดภัย การที่ผู้ปกครองร่วมกับพยาบาลให้การดูแลลูก/หลานอย่างสม่ำเสมอมีส่วนช่วยให้ลูก/หลานของท่านกลับบ้านได้เร็วขึ้น หากท่านมีความจำเป็นไม่สามารถมาเยี่ยมด้วยตนเองได้ ท่านอาจแจ้งให้พยาบาลรับทราบ เพื่อขอทราบอาการของลูก/หลานทางโทรศัพท์</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
---	---	--	--

<p><b>ขั้นที่ 2 การพยาบาลแบบสนับสนุน ในช่วงเวลา 48 - 72 ชั่วโมง ที่ทารกเข้ารับการรักษ ในหอผู้ป่วยหนัก</b></p>			
<p>เพื่อให้ ผู้ปกครองมี ทักษะและ ความมั่นใจ ในการดูแล ทารก</p>	<p><b>2.1 การให้ครอบครัวใกล้ชิดกับทารกป่วยและให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลทารกโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับหลักพื้นฐานในการดูแลทารกแรกเกิด</b></p> <p>ใน 3 วันแรกนี้ ท่านสามารถเข้าเยี่ยมลูก/หลานของท่านได้ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง โดยผู้วิจัยจะแจ้งให้กับเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานรับทราบและอนุญาตให้ท่านเข้าเยี่ยมลูก/หลานได้ตามต้องการ คุณแม่ที่พักในห้องพักของหออภิบาลทารกแรกเกิดมีโอกาที่จะได้อยู่กับลูกมากที่สุดสามารถดูแลลูกได้ตลอดเวลา ขณะเยี่ยมท่านสามารถสัมผัส ลูบไล้ ตัวลูก/หลาน เบา ๆ หรือพูดคุย ซึ่งจะช่วยให้ลูก/หลานรู้สึกผ่อนคลาย และมีความสุข</p> <p>นอกจากนี้ขณะที่ท่านเข้าเยี่ยมลูก/หลานก็จะได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยเกี่ยวกับหลักในการดูแลทารกแรกเกิดขั้นพื้นฐานอย่างง่าย ๆ สามารถปฏิบัติต่อไปได้เองโดยไม่เกิดอันตราย ได้แก่.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		



ตัวอย่าง

สไลด์มัลติวิชั่น “แนะนำห้องหนู”

โดย

นางภรณี ปานมัน

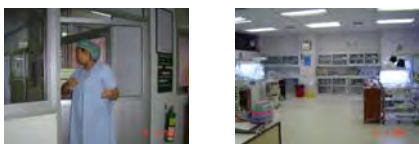
นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย








### สไลด์มัลติวิชั่น

ข้อความ	ภาพ
<p>หัวข้อ “ แนะนำ ห้องหนู ” โดย นางภรณ์ ปานมัน            นิสิตปริญญาโทพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาล            ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>ภาพหัวข้อ พร้อมดนตรี</p> 
<p>หออภิบาลทารกแรกเกิด เป็นหอผู้ป่วย ที่ให้การดูแล            ทารกที่มีภาวะวิกฤต ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด            และใช้เครื่องมือพิเศษหลากหลายในการติดตาม            อาการของทารกอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่แรกเกิด</p>	<p>ภาพหน้าหออภิบาลทารกแรกเกิด</p> 
<p>หออภิบาลทารกแรกเกิดแห่งนี้มีประตูทางเข้า 2 ชั้น            เมื่อท่านเดินผ่านประตูชั้นนอกเข้ามาแล้ว จะมีเส้นสี            เขียวที่พื้นตรงทางเดิน เพื่อแบ่งเขตรองเท้าภายนอก            และรองเท้าภายใน ให้ท่านถอดรองเท้าที่สวมมาจาก            บ้านวางไว้บริเวณที่เขียนบนพื้นว่า เขตรองเท้า            ภายนอก อย่างเป็นระเบียบ แล้วก้าวข้ามเส้นสีเขียว            เข้าไปใส่รองเท้าแตะพองน้ำที่เตรียมไว้ตรงหน้าประตู            ชั้นที่สอง ที่พื้นเขียนว่าเขตรองเท้าภายใน</p>	<p>ภาพทางเดิน</p> 
<p>เมื่อเปลี่ยนรองเท้าเรียบร้อยแล้ว ให้ท่านเลี้ยวไปทาง            ซ้ายมือ จะมีป้ายบอกตำแหน่งสำหรับล้างมือก่อนเข้า            เยี่ยมทุกครั้ง โดยที่ท่านจะต้องล้างมือด้วยน้ำยาสำหรับ            ล้างมือที่วางไว้ตรงฝาผนัง ตามขั้นตอนการล้างมือที่            ติดไว้ตรงบริเวณที่ล้างมือ หากไม่เข้าใจท่านสามารถ            สอบถามจากเจ้าหน้าที่ได้ทุกคน ใช้ข้อศอกสำหรับปิด            เปิดก๊อกน้ำ เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าเช็ดมือที่เตรียมไว้ให้            แล้วทิ้ง ผ้าเช็ดมือลงในตะกร้าที่เตรียมไว้ใต้อ่างล้าง            มือ ใช้ผ้าเช็ดมือ 1 ผืน ต่อ 1 คน</p>	

<p>หลังจากล้างมือแล้วจึงเปิดประตูเข้าไปยังหอผู้ป่วย ด้านในโดยใช้ไหล่ดันบานประตู เพื่อป้องกันไม่ให้มือที่ ทำความสะอาดแล้วต้องปนเปื้อนอีก</p>	
<p>ทางด้านการดูแลรักษา มีทีมแพทย์และพยาบาลคอย ดูแลลูก/หลานของท่านตลอด 24 ชั่วโมง โดยทีม พยาบาลผลัดเปลี่ยนหมุนเวียน เวิร์ดละ 3-5 คน พยาบาลวิชาชีพ สวมชุดสีเขียวอ่อน และพยาบาล เทคนิค สวมชุดสีฟ้า มีพนักงานทำความสะอาด 1-2 คน สวมเสื้อสีแดง กางเกงสีดำ ทุกคนมีป้ายชื่อ บริเวณหน้าอก</p>	
<p>สำหรับแพทย์ จะรับผิดชอบดูแลรักษาผลัดเปลี่ยนกัน ไปทุก 15 วัน โดยที่พยาบาลผู้ดูแลลูก/หลานของท่าน จะเป็นผู้แจ้งชื่อแพทย์ให้ท่านทราบ เมื่อมีการ ผลัดเปลี่ยนแพทย์ผู้ดูแล</p>	
<p>อุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ ที่ใช้ในการรักษาและ ติดตามอาการของ ลูก/หลาน ของท่าน มีความ แตกต่างกันตามความจำเป็น หลายชนิดจะมีเสียงร้อง เตือนเพื่อให้พยาบาลได้รับทราบถึงการเปลี่ยนแปลง อาการลูก/หลานของท่านและช่วยเหลือได้ทันเวลา อุปกรณ์ เครื่องมือ ที่ใช้กับลูก/หลานของท่าน ที่พบได้ บ่อย ได้แก่ เครื่องช่วยหายใจ ตั้งอยู่ตรงหัวเตียง มี ลักษณะรูปร่างของเครื่องที่แตกต่างกัน ใช้กับลูก/ หลานของท่านที่ไม่สามารถหายใจได้เอง โดยมีสายต่อ กับท่อช่วยหายใจทางปาก เครื่องนี้จะมีเสียงดังเป็น จังหวะ ตามการหายใจของลูก/หลานของท่าน หรือ การทำงานของเครื่อง</p>	<p>ภาพเครื่องช่วยหายใจ</p> 

<p>เครื่องติดตามสัญญาณชีพ มีลักษณะเป็นตัวเครื่องสี่เหลี่ยม วางอยู่บนรถเข็นด้านปลายเตียงลูก/หลานของท่าน มีสายต่อจากตัวเครื่อง และปลายสายอีกด้านหนึ่ง พันไว้กับนิ้วมือ/เท้าของลูก/หลานของท่าน หน้าจอแสดงอัตราการเต้นของหัวใจ ค่าของออกซิเจนในเลือด และค่าของชีพจร</p>	<p>ภาพเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ชีพจร และความดันโลหิตอัตโนมัติ</p> 
<p>เครื่องควบคุมการให้สารน้ำ ติดอยู่กับเสาที่ข้างเตียงลูก/หลานของท่านใช้สำหรับให้ยาสารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือด ที่ต้องมีการควบคุมปริมาตรที่ถูกต้องที่สุด หรือใช้สำหรับให้นม ผ่านทางสายให้อาหาร</p>	
<p>เครื่องดูดเสมหะ มีลักษณะเป็นขวด ต่อกับแรงดันอยู่บริเวณผนังด้านศีรษะของลูก/หลานของท่าน ใช้ดูดเสมหะ ช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง ทำให้ลูก/หลานของท่าน ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ</p>	<p>ภาพเครื่องดูดเสมหะ</p> 
<p>เครื่องช่วยหายใจชนิดใช้มือบีบ มีลักษณะเป็นลูกกลม ใช้สำหรับบีบเพื่อช่วยการหายใจ และเพิ่มออกซิเจนให้แก่ลูก/หลานของท่าน</p>	<p>ภาพเครื่องช่วยหายใจชนิดใช้มือบีบ</p> 
<p>สายให้อาหารทางปาก/จมูก เป็นท่อยางใส ที่ใส่เข้าทางปาก/จมูก ของลูก/หลานของท่าน เพื่อให้อาหารในกรณีที่ไม่สามารถดูดนมได้เอง หรือช่วยระบายลมในกระเพาะอาหารในกรณีที่มีปัญหาท้องอืด</p>	<p>ภาพสายสวนทางหลอดอาหารภาพการให้นมทางสายยาง</p> 

<p>ตู้อบทารก ใช้สำหรับควบคุมอุณหภูมิของร่างกายลูก/ หลานของท่าน ให้อบอุ่นอยู่เสมอ มีหน้าต่างกลม ๆ 6 ช่องสำหรับให้สอดมือเข้าไปสัมผัสลูก/หลานของท่าน ได้ มีผ้าคลุมอยู่บนตู้เพื่อทำให้อุณหภูมิในตู้คงที่และ ช่วยลดแสง/เสียง จากเครื่องมีรอบข้าง ทำให้ลูก/ หลานของท่าน นอนหลับได้ดี</p>	<p>ภาพตู้อบทารก</p> 
<p>เครื่องให้ความอบอุ่นโดยการแผ่รังสี ใช้สำหรับให้ความอบอุ่นแก่ลูก/หลานของท่านเช่นเดียวกับตู้อบเด็ก</p>	<p>ภาพเครื่องให้ความอบอุ่นโดยการแผ่รังสี</p> 
<p>เครื่องส่องไฟสำหรับทารกตัวเหลือง ลูก/หลานของท่าน ที่ได้รับการรักษาด้วยการส่องไฟจะต้องถอดเสื้อผ้าออกหมด เพื่อให้ร่างกายสัมผัสแสงได้ทั่วตัว และถูกปิดตาทั้ง 2 ข้างเพื่อป้องกันแสงไฟเข้าตา</p>	<p>ภาพเครื่องส่องไฟสำหรับทารกตัวเหลือง และ ภาพเด็กขณะใช้เครื่องส่องไฟสำหรับทารกตัวเหลือง</p> 
<p>การเข้าเยี่ยม กำหนดเวลาเยี่ยมในเวลา 17.00-20.00 น. เฉพาะบิดามารดา/ผู้ปกครองที่รับผิดชอบหลักในการดูแลลูก/หลานของท่าน และท่านสามารถพบแพทย์ได้ทุกวันขณะ แพทย์เข้าตรวจเยี่ยมทารก นั่งรอในบริเวณที่จัดไว้</p>	<p>ภาพบริเวณรอเยี่ยมทารก</p> 
<p>โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เป็นโรงพยาบาลที่ส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่ลูก และสายใยรักของครอบครัว นมแม่เป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับลูก/หลานของท่าน หออภิบาลทารกแรกเกิดมีบริการห้องพักสำหรับมารดา เพื่อพักผ่อน รอให้นมลูก ตลอด 24 ชั่วโมง อีกด้วย</p>	<p>ภาพห้องพักมารดา</p> 

ลูก/หลานของท่านจะได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เป็นอย่างดีด้วยความเอื้ออาทร เสมือนเป็นลูกหลานของเราเอง ท่านสามารถติดต่อสอบถาม กับเจ้าหน้าที่หออภิบาลทารกแรกเกิด ทางโทรศัพท์หมายเลข 0-7636-124.....สวัสดีค่ะ

โทรศัพท์ติดต่อ

0-7636-1241



### ตัวอย่าง

คู่มือปฏิบัติของผู้ปกครองขณะเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนัก



จัดทำโดย  
นางกรณี ปานมัน  
นิสิตปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จิระแพทย์ อาจารย์ที่ปรึกษา



ด้วยความรักและห่วงใย  
หออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลวิเศษภูเก็ต  
โทรศัพท์ 0-7636-1241

### แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** กรุณาตอบแบบสอบถามโดยทำเครื่องหมาย ( ✓ ) หน้าข้อความหรือเติมคำในช่องว่างตามที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

หมายเลขผู้ตอบแบบสอบถาม.....

1. ปัจจุบันอายุ.....ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. ศาสนา
 

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> อิสลาม
<input type="checkbox"/> คริสต์	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ .....
4. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> คู่
<input type="checkbox"/> ม่าย / หย่า	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
5. ความสัมพันธ์กับทารก
 

<input type="checkbox"/> บิดา / มารดา	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ .....
---------------------------------------	--
6. ระดับการศึกษาสูงสุด
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ .....
7. อาชีพ
 

<input type="checkbox"/> แม่บ้าน/พ่อบ้าน	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> ธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ .....
8. ท่านเคยมีประสบการณ์ที่บุตรหรือญาติของท่านเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักหรือไม่
 

<input type="checkbox"/> ไม่เคย	<input type="checkbox"/> เคย
---------------------------------	------------------------------
9. ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน
 

<input type="checkbox"/> เพียงพอ	<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ แต่ไม่มีหนี้สิน
<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ และมีหนี้สิน	

**สำหรับผู้วิจัย****ข้อมูลทารก (จากแฟ้มประวัติ)**

วันที่เกิด.....

วันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก.....เวลา.....น.

อายุครรภ์.....สัปดาห์

น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม

การวินิจฉัยโรค.....

ระดับความรุนแรง  ระดับ 2.....(รุนแรงปานกลาง) ระดับ 3.....(รุนแรงมาก)

(The American Academy of Pediatric)



## แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

### คำชี้แจง

แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความรู้สึกวิตกกังวลของท่านต่อการมีลูก/หลาน ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โปรดอ่านคำถามแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของลูก/หลาน ในขณะนี้ มากที่สุด 'ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด' ไม่ต้องใช้เวลากับข้อความใดข้อความหนึ่งนานเกินไป แต่ขอให้เลือกคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกของท่านที่เกิดจากความเจ็บป่วยของลูก/หลาน มากที่สุด

หลักเกณฑ์ในการเลือกตอบดังนี้

ไม่รู้สึกเลย	หมายความว่า	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านในขณะนี้
รู้สึกบ้าง	หมายความว่า	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของท่านในขณะนี้
รู้สึกปานกลาง	หมายความว่า	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกจริงของท่านในขณะนี้ปานกลาง
รู้สึกมากที่สุด	หมายความว่า	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านในขณะนี้มาก

ตัวอย่าง ถ้าท่านอ่านข้อความ “ ฉันรู้สึกสงบ ” แล้วท่านพบว่าไม่ตรงกับความรู้สึกจริงของท่านขณะนี้ ให้ท่านทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง “ ไม่รู้สึกเลย ”

ความรู้สึกของท่านที่เกิดจากความเจ็บป่วยของลูก/ หลานของท่านซึ่งอยู่ในหอผู้ป่วยหนักในขณะนี้	ไม่รู้สึก เลย	รู้สึก บ้าง	รู้สึก ปานกลาง	รู้สึก มากที่สุด
1. ฉันรู้สึกสงบ .....	✓			

หมายความว่า คุณรู้สึกไม่สบายใจเลย

ความรู้สึกของท่านที่เกิดจากความเจ็บป่วยของคุณ/ หลานของท่านซึ่งอยู่ในหอผู้ป่วยหนักในขณะนี้	ไม่รู้สึก เลย	รู้สึก บ้าง	รู้สึก ปานกลาง	รู้สึก มาก
1. ฉันรู้สึกสงบ .....				
2. ฉันรู้สึกมั่นคง .....				
3. ฉันรู้สึกดีใจ .....				
4. ฉันรู้สึกเสียใจ .....				
5. ฉันรู้สึกสบาย ๆ .....				
6. ฉันรู้สึกผิดหวัง .....				
7. ฉันกำลังกังวลกับเคราะห์ร้ายที่คิดว่าอาจจะเกิดขึ้น				
8. ฉันรู้สึกได้พักผ่อน .....				
9. ฉันรู้สึกร้อนใจ .....				
10. ฉันรู้สึกสุขสบาย .....				
11. ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง .....				
12. ฉันรู้สึกตื่นตัวง่าย .....				
13. ฉันรู้สึกตกใจง่าย .....				
14. ฉันรู้สึกไม่กล้าตัดสินใจ .....				
15. ฉันรู้สึกผ่อนคลาย .....				
16. ฉันรู้สึกอึดใจ .....				
17. ฉันรู้สึกกังวล .....				
18. ฉันรู้สึกสับสน .....				
19. ฉันรู้สึกไม่หวั่นไหว .....				
20. ฉันรู้สึกพอใจ .....				

### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางภรณ์ ปานมัน เกิดเมื่อวันที่ 17 ตุลาคม พ.ศ.2500 อยู่บ้านเลขที่ 4 ถนนนริศร  
อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000 สำเร็จการศึกษาระดับ ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์และ  
ผดุงครรภ์ชั้นสูงเทียบเท่าปริญญาตรี จากวิทยาลัยพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา (ปัจจุบัน  
คือ วิทยาลัยบรมราชชนนีสงขลา) เมื่อปีพ.ศ. 2522 เข้าศึกษาต่อระดับปริญญาโทบริหาร  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2548  
ปัจจุบัน ดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับ 7 ปฏิบัติงานที่ หออภิบาลทารกแรกเกิด  
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 83000