

ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด
กลุ่มอาการหายใจลำบาก



นางสาวปณัฐชิกา เหล็กแท้

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2551

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF PROVIDING CONCRETE – OBJECTIVE INFORMATION ON ANXIETY OF MOTHERS
OF PRETERM INFANTS WITH RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME



Miss Panattika Lektæ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2008

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของ
มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก

โดย

นางสาวปณัฐติกา เหล็กแท้

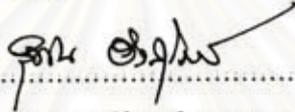
สาขาวิชา

การพยาบาลเด็ก

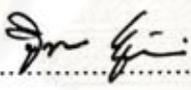
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

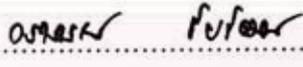
รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

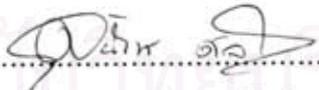
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสม)

สถาบันพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปณัฐทิกา เหล็กแท้: ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก. (THE EFFECT OF PROVIDING CONCRETE - OBJECTIVE INFORMATION ON ANXIETY OF MOTHERS OF PRETERM INFANTS WITH RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 124 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังคลอดบุตรก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน จับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยระดับการศึกษาและการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตร กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ก่อนการเยี่ยมบุตรครั้งแรก เกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะต้องพบเมื่อมาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วย บำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของมารดา ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมารดามาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วย ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่างๆ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวัดความวิตกกังวลของมารดาก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับภาษาไทย ซึ่งมีค่าความเที่ยง = .91 วิเคราะห์ข้อมูลโดย ANCOVA และมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

มารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา.....การพยาบาลเด็ก.....ลายมือชื่อนิสิต.....ปณัฐทิกา เหล็กแท้.....
ปีการศึกษา.....2551.....ลายมือชื่อ อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....วราภรณ์ ชัยวัฒน์.....

4977582636: MAJOR PEDIATRIC NURSING

KEYWORDS: CONCRETE – OBJECTIVE INFORMATION / ANXIETY / MOTHERS / PRETERM / RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME

PANATIKA LEKTAE: THE EFFECT OF PROVIDING CONCRETE – OBJECTIVE INFORMATION ON ANXIETY OF MOTHERS OF PRETERM INFANTS WITH RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME. ADVISOR: ASSOC PROF. WARAPORN CHAIYAWAT, D.N.S., 124 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of providing concrete – objective information on anxiety of mothers of preterm infants with respiratory distress syndrome. Subjects were composed of forty mothers of preterm infants with RDS. Subjects were equally assigned to the experimental and control group, with matched pair by educational level and perception of infants' illness seriousness. Before the first maternal visit the experimental group received concrete – objective information on events they would encounter during their visit. The information included physical sensation, temporal features, environmental features and causes of sensation. The control group received routine information. The anxiety of mothers were measured twice, before and after receiving the information, by the state subscale of the state-trait anxiety measure. Its reliability coefficient, cronbach alpha, was .91. Data were analyzed by Analysis of Covariance (ANCOVA) with the pre-test score as a covariate.

It was found that the mean anxiety score of mothers after receiving the concrete – objective information was significantly lower than that of the mothers receiving routine information, at the level of .05.

Field of study :Pediatric Nursing..... Student's signature : *Panattika Lektæ*
 Academic year :2008..... Advisor's signature : *Waraporn Chaiyawat*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความกรุณาและเอาใจใส่อย่างดีเยี่ยมจาก รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้และ คำปรึกษา ในการพัฒนากระบวนการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความรัก ความห่วงใย เอาใจใส่ และเป็น กำลังใจอย่างดีเยี่ยมตลอดมา ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ ศลโกสุม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ ความรู้ ข้อคิดเห็น และคำแนะนำที่มีประโยชน์อย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่า และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงแก้ไข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้กรุณาถ่ายทอดวิชาความรู้และข้อแนะนำ รวมถึงถ่ายทอดประสบการณ์อันมีค่าอย่างยิ่งแก่ศิษย์

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หัวหน้าและรองหัวหน้าห้อง ผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พยาบาลประจำห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พยาบาล ประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 และพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด โรงพยาบาล สุราษฎร์ธานี ที่ให้ความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบคุณ มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ความร่วมมือในการ วิจัยเป็นอย่างดี

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ที่ให้ความรักและกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา รวมทั้งอบรมปลูกฝังให้ผู้วิจัยรักในการศึกษา ตลอดจนอบรมสั่งสอนให้มีความมุ่งมั่น อดทน และ รับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ตนเองปฏิบัติ และขอขอบคุณ เรือเอกหญิงสุพัตรา นุตรักษ์ ที่มีส่วนช่วยเหลือ ในการทำวิจัย ให้ความห่วงใย และเป็นกำลังใจมาโดยตลอดจนจบการศึกษา ความดีและ ประโยชน์จากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ขอมอบแต่ผู้มีพระคุณทุกท่าน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
ทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก.....	12
การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก.....	19
ความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก... 25	
ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory).....	34
การให้ข้อมูลแบบบูรณาการ – ประณัย มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มอาการหายใจลำบาก.....	39
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	44
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	49
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	50
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54

บทที่	หน้า
ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	64
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	69
สรุปผลการวิจัย.....	69
อภิปรายผล.....	72
ข้อเสนอแนะ.....	79
รายการอ้างอิง.....	81
ภาคผนวก.....	91
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิ.....	92
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล.....	94
ภาคผนวก ค หนังสืออนุมัติจริยธรรมในมนุษย์และสัตว์ทดลอง และเอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	101
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	106
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	119
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	124

สารบัญตาราง

ณ

ตาราง	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการรักษาที่ทารกได้รับ.....	51
2 ระดับการศึกษา และการรักษาที่ทารกได้รับ (การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	53
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการได้รับ ข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	67
4 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มอาการหายใจลำบากหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) โดยมีคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มอาการหายใจลำบากก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม.....	68
5 ตารางการทดสอบคะแนนความวิตกกังวลของมารดาในการแจกแจงแบบปกติ.....	120
6 ตารางทดสอบความเท่ากันของ Slope เส้นตรง.....	122
7 ตารางการวิเคราะห์ด้วย ANCOVA.....	123

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

ณ

ภาพประกอบ

หน้า

1	รูปแบบผังแสดงทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation theory) ของ Johnson (1999).....	36
2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	48
3	ขั้นตอนการดำเนินงานทดลอง.....	65



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยของทารกแรกเกิดปัจจุบันมีอัตราสูงถึง 230,000 คน/ปี ในจำนวนนี้เป็นทารกคลอดก่อนกำหนดและมีปัญหาระบบทางเดินหายใจที่เรียกว่า กลุ่มอาการหายใจลำบาก (Respiratory Distress Syndrome; RDS) มากที่สุด (วารสารณั แสงทวีสิน และคณะ, 2550) ทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอาการหายใจลำบากและมีอัตราการรอดชีวิต ส่วนใหญ่มีอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 30-35 สัปดาห์ (วันดี วราวิทย์, 2540) ทารกคลอดก่อนกำหนดเหล่านี้ต้องเข้ารับการดูแลรักษาพิเศษจากแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ ในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด (Intensive Care Unit; NICU) โดยมารดาฯยังไม่มีโอกาสได้เห็นทารก เนื่องจากทารกมีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต เป็นภาวะวิกฤตทางสุขภาพ (สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2548) ในขณะที่มารดาฯก็ต้องพักรักษาตัวจากการคลอดบุตรในแผนกสูติกรรมหลังคลอด มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โดยเฉพาะมารดาที่ไม่เคยมีบุตรเจ็บป่วยและเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดมาก่อน จะมีความวิตกกังวลและความกลัวมากที่สุด (Blackburn and Lowen, 1986)

การเจ็บป่วยของทารกที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลกระทบต่อมารดาโดยตรง ทำให้มารดาฯมีระดับความวิตกกังวลสูง (Gennaro, 1986) โดยเฉพาะอย่างยิ่งขณะเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดครั้งแรก (Blackburn, 1982) จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก่มารดา ได้แก่ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านสภาพที่ปรากฏของบุตร ปัจจัยด้านพฤติกรรมของบุตร ปัจจัยด้านกิจกรรมการพยาบาล ปัจจัยด้านการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ปัจจัยด้านพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ ปัจจัยด้านการแสดงบทบาทการเป็นมารดา และปัจจัยด้านกฎระเบียบของโรงพยาบาล (Jacopson, 1981; Miles et al., 1992; Ko, 1998) มารดาที่ไม่เคยมีบุตรเป็นทารกคลอดก่อนกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด จะไม่รู้ว่าทารกมีอาการอย่างไร ต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบไหน และตนเองสามารถทำอะไรได้บ้าง ทำให้มารดาต้องคาดเดาจากประสบการณ์เดิมซึ่งไม่มีโดยตรง มารดาฯจะได้รับเพียงคำบอกเล่าจากบุคคลรอบข้าง จากญาติหรือพยาบาลที่แผนกสูติกรรมหลังคลอด ซึ่งผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนก็ไม่ใช่ว่าผู้ให้ข้อมูลเคยกับทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากและหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ข้อมูลที่ได้อาจมีความคลาดเคลื่อนหรือมีความรู้สึกส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลใส่ลงไป ข้อมูลด้วย มารดาจึงไม่สามารถคาดการณ์สถานการณ์

เมื่อไปเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยได้ถูกต้อง (Carter et al, 2005; วิมลวัลย์ วโรฬาร อ่างใน จิตลัดดา ตีโรจนวงศ์, 2547)

มารดาที่มาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยครั้งแรก ได้พบเห็นสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยไม่ตรงกับสิ่งที่ตนเองคาดการณ์ไว้ พบกับสภาพแวดล้อมใหม่ๆ ที่ไม่คุ้นเคยในหอผู้ป่วย อุปกรณ์เครื่องมือที่มีความทันสมัยมากมายที่อยู่รอบตัวทารกจนแทบมองไม่เห็นบุตร (Saunders et al., 2003) เช่น สายให้ออกซิเจน สายให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ สายยางให้อาหาร (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรมาธิราช, 2543) หรือเครื่องช่วยหายใจ เครื่องบันทึกอัตราการเต้นของชีพจร เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องควบคุมสารน้ำ ที่มีแสงแสดงค่าตัวเลข ซึ่งแสดงว่าเครื่องมือทำงาน และเสียงสัญญาณของเครื่องมือต่างๆ เมื่อเกิดความผิดปกติ เพื่อเป็นการติดตามอาการและช่วยเหลือทารก (Boyd, 2004; สุภารัตน์ ไวยชีตา และคณะ, 2549) สภาพและพฤติกรรมของทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากที่ปรากฏต่อสายตาของมารดา เช่น ทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์อยู่ระหว่าง 30-35 สัปดาห์ มีขนาดร่างกายเล็กบอบบาง ลักษณะการหายใจลำบากที่มีอาการเหนื่อยหอบ หรือกิจกรรมการพยาบาลที่ทารกได้รับ เช่น การเคาะปอด การดูดเสมหะ การเจาะเลือด (Jacopson, 1981) เจ้าหน้าที่ที่แต่งกายผิดแผกไปจากเจ้าหน้าที่แผนกอื่นๆ (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรมาธิราช, 2543) การได้ยินการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ด้วยภาษาที่ไม่คุ้นเคยไม่เข้าใจ รวมทั้งการที่มารดาไม่สามารถแสดงบทบาทของตนเองในการดูแลบุตรได้อย่างเต็มที่ ไม่สามารถอุ้ม โอบกอด เพื่อแสดงความรักความห่วงใย เมื่อบุตรร้องไห้หรือเจ็บปวด (Miles and Carter, 1983) ร่วมกับการทำงานของแพทย์พยาบาลที่มุ่งเน้นความสนใจเฉพาะตัวทารกเท่านั้น โดยบางครั้งละเลยความรู้สึกของมารดาที่เฝ้ามองอยู่ ณ เวลานั้น ยิ่งส่งผลให้มารดามีความวิตกกังวลมากขึ้น (สุภารัตน์ ไวยชีตา และคณะ, 2549)

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นขณะมารดาเข้าเยี่ยมบุตรเหล่านี้ จะเป็นตัวกระตุ้นให้มารดาเกิดความวิตกกังวลสูง จากการประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ โดยที่มารดาไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์เช่นนี้มาก่อน ไม่สามารถดึงประสบการณ์เดิมมาประเมินสถานการณ์ได้ หรือมารดาดึงประสบการณ์การรับรู้ที่ได้รับก่อนเข้าเยี่ยมบุตรจากญาติซึ่งใส่ความรู้สึกและอารมณ์ของตนเองลงไป ในข้อมูล มารดาจึงประเมินว่าเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญเป็นสิ่งที่คุกคามตนเอง มีความตึงเครียด จึงเกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ มีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น (Spielberger, 1972) ในช่วงเวลาที่มารดาประเมินสถานการณ์ไม่ได้ ไม่เหมาะสม หรือไม่ถูกต้อง สิ่งเหล่านี้ล้วนเพิ่มความวิตกกังวลของมารดาให้มากยิ่งขึ้น

ความวิตกกังวลสูงของมารดาส่งผลอย่างมากต่อสุขภาพของทารก เพราะมารดาไม่สามารถดูแลตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างครบถ้วน เนื่องจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมีผลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และส่งผลต่อพฤติกรรมของมารดา โดยความวิตกกังวลทำให้มี

การเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมีและสรีระวิทยา เป็นผลให้มีการหลั่งฮอร์โมน Epinephrin Norepinephrin และ Adrenocortical มากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนนั้นทำให้ระบบต่างๆในร่างกายทำงานมากขึ้น (สุวทนา อารีพรรค, 2524; สุวณีย์ ตันติพัฒนานันท์, 2527) อ่างถึงใน ปารีชาติ ศิลปะระเสริฐ, 2542) ส่งผลให้มารดาไม่มีสมาธิที่จะเรียนรู้ในการประเมินความต้องการและแปลความหมายของการสื่อสารของทารก มารดาไม่กล้าจับต้องบุตร ไม่พูดคุยกับบุตร ความวิตกกังวลของมารดาจึงเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลบุตรโดยตรง ทำให้มารดาทารกมีปฏิสัมพันธ์กับบุตรน้อย ในทารกแรกเกิดการสร้างสัมพันธภาพและการส่งเสริมพัฒนาการมีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นรากฐานที่ดีที่ทำให้ทารกมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย ทารกต้องได้รับการกระตุ้นด้านการสัมผัสและการได้ยินที่ดีจึงจะส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคมและจิตใจ ที่สำคัญคือต้องเริ่มกระตุ้นตั้งแต่แรกคลอด โดยเฉพาะการกระตุ้นประสาทสัมผัส ซึ่งเป็นรากฐานของการพัฒนาสมอง เสริมสร้างสติปัญญาและคุณธรรม สิ่งต่างๆเหล่านี้ ทารกสามารถสะสมตั้งแต่แรกคลอด ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกรอคอย ผูกพัน หรือในทางตรงกันข้ามถ้าทารกไม่ได้รับการส่งเสริมกระตุ้นประสาทสัมผัส เมื่อเด็กโตขึ้นจะก่อให้เกิดความรู้สึกรอคอย ผูกพัน ทอดทิ้ง ว่าเหว เป็นศัตรูกับทุกคน หรือทำร้ายผู้อื่นเพื่อความอยู่รอด การที่เด็กได้รับการสัมผัสและเสียงจะทำให้เซลล์ประสาทเสริมสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ลดความเครียด ทำให้เกิดความมั่นคงอบอุ่น ไว้วางใจ อันจะส่งผลถึงพัฒนาการด้านการสร้างอารมณ์ที่เหมาะสม และสร้างภูมิคุ้มกันได้ดี (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2542) การสร้างสัมพันธภาพและการส่งเสริมพัฒนาการโดยมารดาจะทำให้ยากหากมารดาที่มีความวิตกกังวลสูง (Shields-Pole, 1997)

จากการศึกษาความวิตกกังวลของมารดาทารกในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดที่ผ่านมา พบว่า ความวิตกกังวลทำให้มารดาที่มีความรู้สึกโกรธง่าย สมาธิสั้น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสารและการเรียนรู้ต่างๆ นอกจากนี้ยังมีผลต่อการนอนหลับและความอยากอาหาร (Steele, 1987; จำลอง และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) ทำให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของมารดาลดลง (Shellaberger, 1993) มารดาที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีการปรับตัวในการดูแลบุตรได้ไม่ดี (ศรีสกา แห่งทองคำ, 2533) ความกลัวและความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย มีผลต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในด้านปฏิสัมพันธ์กับทารก มารดาที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีสัมพันธภาพกับทารกน้อย การที่มารดาและทารกมีสัมพันธภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาเกี่ยวกับทารก เช่น มีภาวะการเจ็บป่วยเติบโตไม่สมวัย การกระทำทารุณกรรมเด็ก การทอดทิ้งเด็ก และยังส่งผลรวมไปถึงพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกในอนาคต (ปารีชาติ ศิลปะระเสริฐ, 2542)

การช่วยลดความวิตกกังวลแก่มารดาที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง มารดาที่ได้รับการช่วยเหลือเตรียมความพร้อมด้านข้อมูลข่าวสารจากพยาบาลจะมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ที่

ไม่พึงประสงค์ลดลง (Gavey, 2007) ซึ่งในปัจจุบันมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดทุกราย จะได้รับข้อมูลก่อนเข้าเยี่ยมบุตรเพื่อให้มารดาทราบอาการบุตรล่วงหน้าจากพยาบาลแผนกสูติกรรมหลังคลอด ส่วนใหญ่จะอธิบายเกี่ยวกับอาการสำคัญของบุตร เช่น ทารกตัวเล็กหายใจเองไม่ดี การรักษาสำคัญที่บุตรกำลังได้รับ เช่น ทารกใส่เครื่องช่วยหายใจ และสิทธิการรักษา นอกจากนี้มารดาจะได้รับข้อมูลจากสามีซึ่งมักนำความรู้สึกของตนเองใส่ลงไป ในข้อมูลด้วย การได้รับข้อมูลในลักษณะดังกล่าวไม่สามารถช่วยให้มารดาได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วน นอกจากนี้ข้อมูลที่มารดาได้รับจะเน้นแค่การรักษาสำคัญ หรือสภาพอาการที่เด่นชัดของทารก ซึ่งอาจส่งผลให้มารดาเกิดความกังวลมากขึ้นได้ (Eberly et al., 1985; Miles et al., 1992; Heuer, 1993) ในส่วนของพยาบาลในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดปัจจุบัน ไม่มีการให้ข้อมูลแก่มารดาก่อนการเข้าเยี่ยมทารกเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านอารมณ์และจิตใจ กิจกรรมการพยาบาลจึงเริ่มต้นขึ้นเมื่อมารดามาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยแล้ว แม้จะมีคู่มือให้มารดาอ่านระหว่างรอก่อนการเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยในบางโรงพยาบาล แต่จะพบว่าคู่มือมีภาพและคำบรรยายยังไม่เป็นรูปธรรม – ปรนัย ซึ่งเป็นลักษณะข้อมูลที่จะช่วยให้มารดาเกิดความชัดเจนของเหตุการณ์ขณะเข้าเยี่ยมบุตร และขณะเยี่ยมบุตรนั้นมารดาจะให้ความสนใจกับบุตร และตื่นตระหนกกับสิ่งแปลกใหม่ต่างๆ ที่ไม่คุ้นเคยมากกว่า ร่วมกับพฤติกรรมเกรงใจไม่กล้าซักถาม ทำให้มารดาประเมินสถานการณ์ไม่ถูกต้อง ไม่เข้าใจและจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้ (สุภารัตน์ ไวยชีตา และคณะ, 2549)

แม้การให้ข้อมูลจะเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถช่วยลดความวิตกกังวลได้ แต่ข้อมูลแต่ละประเภทก็ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้แตกต่างกัน และนอกจากนี้ยังมีงานวิจัยอีกส่วนหนึ่งที่ผลการวิจัยสรุปว่า หลังจากการให้ข้อมูลแล้วความวิตกกังวลไม่ลดลง หรือมีความวิตกกังวลสูงขึ้น หรือไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (พิกุล ดันดิธรรม, 2533; Aimin, 1999) จะเห็นได้ว่า การให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลจะเกิดประสิทธิภาพที่ดี จะต้องคำนึงถึงลักษณะของข้อมูลและเนื้อหาของข้อมูลด้วย (Leventhal and Jhonson, 1983; Thelma, 1960 อ้างถึงใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ข้อมูลที่ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้ดี และมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลหลังการให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียว คือ ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม – ปรนัย ซึ่งประกอบไปด้วย 1) ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่จะพบเห็น 2) ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัส 3) สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสนั้น 4) ลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Johnson, 1999) เช่น การศึกษาของ ประไพพร รัตนศิริ (2547) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแก่มารดาแบบรูปธรรม-ปรนัย แก่มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ จำนวน 60 คน โดยให้ดูวิดีโอเทป 1 ครั้ง หลังจากได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ และต้องนอนพัก

รักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลเปิดโอกาสให้มารดาซักถามและตอบคำถามหลังดูวีดีโอเสร็จสิ้น พบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลแรกเริ่มมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม โสภา พิศจาร (2550) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ในมารดา 54 คน ที่มีบุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจ โดยให้มารดาอ่านข้อมูลเกี่ยวกับการสวนหัวใจจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอน 1 ครั้ง ก่อนการผ่าตัด ผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์สามารถลดความวิตกกังวลของมารดาก่อนที่บุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจได้

การให้ข้อมูลในลักษณะที่เป็นรูปธรรม – ปรนัย (Concrete – Objective information) คือ การเลือกใช้คำพูดที่เป็นรูปธรรม ให้ข้อมูลตามความเป็นจริงโดยไม่มีการประเมินหรือใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไปด้วย โดย Johnson (1999) อธิบายว่า การให้ข้อมูลในลักษณะรูปธรรม – ปรนัย เป็นการช่วยให้บุคคลควบคุมการตอบสนองของตนเองไปในแนวทางที่เหมาะสม ตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม หรือสถานการณ์ที่ตึงเครียด บุคคลจะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัวใน 2 แนวทาง คือ เกิดการควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ และการควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ ที่เกิดควบคุมในรูปแบบคู่ขนานและเป็นอิสระต่อกัน บุคคลสามารถที่จะเลือกใช้แนวทางในการเผชิญกับสถานการณ์ในแนวทางใดแนวทางหนึ่ง มากกว่าอีกแนวทางหนึ่งได้ บุคคลจะเลือกควบคุมตนเองแบบใดขึ้นอยู่กับข้อมูลที่ได้รับ กล่าวคือ การควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ จะทำให้บุคคลสามารถเผชิญปัญหาและมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ส่วนการควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ จะส่งผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล การให้ข้อมูลในลักษณะรูปธรรม – ปรนัย สามารถเพิ่มการควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่ เนื่องจากเมื่อบุคคลสนใจข้อมูลในลักษณะรูปธรรม – ปรนัย ที่มีความตรงไปตรงมา ชัดเจน โดยไม่มีอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลเข้ามาเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ ทำให้บุคคลสร้างประสบการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญชัดเจนใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด

การที่บุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเผชิญล่วงหน้า ในลักษณะที่เป็นรูปธรรม – ปรนัย บุคคลจะให้ความสำคัญและแปลความหมายของเหตุการณ์นั้นในลักษณะที่เป็นรูปธรรม – ปรนัยมากขึ้น บุคคลจะเกิดกระบวนการคิดในลักษณะแก้ไขปัญหา แสวงหาวิธีการเผชิญปัญหา ส่งผลให้บุคคลมีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ขณะเดียวกันเมื่อบุคคลมีการควบคุมการตอบสนองทางด้านหน้าที่เพิ่มขึ้น การควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ก็จะลดลง เนื่องจากบุคคลให้ความสนใจข้อมูลที่มีลักษณะเป็นอัตนัย หรือข้อมูลที่มีอารมณ์ความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์น้อยลง การตอบสนองทางด้านอารมณ์เป็นความวิตกกังวลจึงลดลง ดังนั้นหลังการได้รับข้อมูลในลักษณะรูปธรรม - ปรนัย เมื่อบุคคลเผชิญเหตุการณ์ที่มีความสอดคล้องกับสิ่งที่คาดคิดตามข้อมูลที่ได้รับ บุคคลก็จะเกิดความมั่นใจในการที่จะเผชิญกับสถานการณ์ สามารถปฏิบัติตนตามที่

วางแผนไว้ล่วงหน้าได้ บุคคลจึงเกิดการประเมินสถานการณ์ใหม่อีกครั้ง เป็นสถานการณ์ที่คุกคามตนเองน้อยลง ความวิตกกังวลจึงลดลง (Johnson, 1999)

ปัจจุบันพยาบาลยังไม่ได้เน้นการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย ซึ่งเป็นลักษณะข้อมูลที่จะช่วยให้มารดาเกิดความชัดเจนของเหตุการณ์ สร้างการรับรู้และกระบวนการคิดเข้าใจของมารดา ลดความวิตกกังวล นำไปสู่การปรับตัวที่ดี มีความพร้อมในการแสดงบทบาทมารดาได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ทารกได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในอนาคต ดังนั้นการให้ข้อมูลก่อนการเข้าเยี่ยมบุตรแก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด ด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบาก ผ่านสื่อเน้นการใช้คำบรรยายข้อมูลในลักษณะแบบรูปธรรม – ปรนัย โดยพยาบาลในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด จึงมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย มีประสิทธิภาพลดความวิตกกังวลได้ดี แม้จะให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียว ทำให้ลดระยะเวลาในการให้ข้อมูล และผู้ที่มีความเหมาะสมในการให้ข้อมูล คือ พยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ทารกรักษาตัวอยู่ ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดูแลทารกแรกเกิดวิกฤตเป็นอย่างดี และยังปฏิบัติงานในหน่วยงานหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดโดยตรง ทำให้มารดาได้รับข้อมูลที่มีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลมากยิ่งขึ้น และเป็นการพัฒนาการพยาบาลในบทบาทของพยาบาลหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดในเชิงรุก เพื่อให้เกิดการพยาบาลที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยและกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การที่พยาบาลในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ไปเยี่ยมมารดาที่แผนกสูติกรรมหลังคลอด ก่อนที่มารดาจะไปเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดและให้ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม – ปรนัย เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ลักษณะอาการและพฤติกรรมของทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากที่เจ็บป่วย ลักษณะพฤติกรรมสื่อสารของเจ้าหน้าที่ และบทบาทใหม่ของมารดา รวมถึงลักษณะสถานการณ์ที่มารดาจะต้องพบเห็นและปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วย มีความเป็นไปได้ที่จะสามารถลดการ

ตอบสนองทางด้านอารมณ์ คือความตลกกังวลของมารดาลงได้ ตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) (Johnson, 1999)

Johnson (1999) อธิบายไว้ว่า ทฤษฎีการควบคุมตนเอง เป็นทฤษฎีที่อธิบายการตอบสนองของมนุษย์ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม หรือก่อให้เกิดความตึงเครียด ต่อร่างกายและจิตใจ กระบวนการควบคุมการตอบสนองของตนเองนี้ ประกอบด้วย 2 แนวทาง ที่เกิดขึ้นควบคู่กันในรูปแบบขนานและเป็นอิสระต่อกัน โดยซึ่งแนวทางแรกเป็นการควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Regulation of Emotional Response) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้หรือสนใจกับลักษณะแบบอัตนัย (Subjective features) ของเหตุการณ์ ซึ่งก็คือ ข้อมูลที่มีความรู้สึกหรืออารมณ์ส่วนตัวของบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น อากาศภายในหอผู้ป่วยหนาว หรือพยาบาลในหอผู้ป่วยหน้าตาดี เป็นต้น ข้อมูลที่เป็นอัตนัยมักโน้มน้าวให้บุคคลแปลความหมายของเหตุการณ์ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์และเกิดความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ เช่น มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ส่วนอีกแนวทางหนึ่ง คือ การควบคุมการตอบสนองทางหน้าที่ (Regulation of Functional Response) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้สนใจกับลักษณะแบบรูปธรรม – ปรนัย (Concrete – Objective features) ของสถานการณ์หรือประสบการณ์ ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่บุคคลต้องเผชิญ มีลักษณะตรงตามความเป็นจริง ชัดเจน ไม่มีการสอดแทรกอารมณ์หรือความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น อากาศภายในหอผู้ป่วยเย็นกว่าอากาศภายนอก หรือพยาบาลในหอผู้ป่วยส่วนใหญ่หน้าตาเฉยๆไม่ยิ้ม เป็นต้น เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลที่เป็นรูปธรรม – ปรนัยก่อนการเผชิญสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้นๆ จะทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญตามความเป็นจริง โดยไม่มีอิทธิพลของอารมณ์ของผู้อื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง บุคคลจะแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบของความรู้ที่ตนมี ทำให้เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริง และแสดงออกทางพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ซึ่งก็คือมีการตอบสนองทางด้านหน้าที่นั่นเอง บุคคลสามารถที่จะเลือกใช้แนวทางในการเผชิญกับสถานการณ์แนวทางใดแนวทางหนึ่งมากกว่าอีกแนวทางหนึ่งได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะข้อมูลหรือแง่มุมของประสบการณ์ที่บุคคลรับทราบ และเลือกที่จะให้ความสนใจ กระบวนการควบคุมการตอบสนองจะเกิดความสมดุลระหว่างสองแนวทาง ในลักษณะแปรผกผันกัน กล่าวคือ ถ้าบุคคลให้ความสนใจลักษณะใดลักษณะหนึ่งมากจะทำให้สนใจอีกลักษณะหนึ่งน้อยลง ถ้าบุคคลสนใจลักษณะแบบรูปธรรม – ปรนัยของเหตุการณ์มาก ก็จะทำให้สนใจลักษณะแบบอัตนัยของเหตุการณ์น้อยลง ส่งผลให้การตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดน้อยลงด้วย

Johnson (1996) ศึกษาทัศนคติในการมองโลกและผลการเตรียมการให้ข้อมูลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 62 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย จะใช้เวลาพักฟื้นและรบกวนการใช้เวลาวางนอนน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมองผลข้างเคียงของการ

เข้ารับรังสีรักษาในทางที่ดี และงานวิจัยของ Kim, Garvin and Moser (1999) ศึกษาถึงภาวะเครียดในระหว่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม – ประนัย ก่อนผ่าตัดมีความวิตกกังวลมีอารมณ์ต่อต้านในช่วงระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความยากลำบากในการสื่อสารน้อยกว่า และใช้ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจสั้นกว่า ผู้ป่วยกลุ่มควบคุม งานวิจัยดังกล่าวเป็นงานที่ศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่แล้วพบว่า ได้ผลดี นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ปกครองที่มีบุตรเจ็บป่วย หรือเข้ารับการรักษาพิเศษและเสี่ยงอันตรายอยู่ในชั้นวิกฤต ก็ได้รับผลดีเช่นกัน ประพิจิพร รัตนศิริ (2547) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแก่รูปแบบรูปธรรม-ประนัย แก่มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ พบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลแรกเริ่มมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ โสภพิศจาร (2550) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ประนัย ในมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจ ผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ประนัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์สามารถลดความวิตกกังวลของมารดาก่อนที่บุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจได้

มารดาได้รับข้อมูลก่อนการเข้าเยี่ยมบุตรล่วงหน้าเกี่ยวกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ครอบครัวปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของมารดาขณะเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ในลักษณะแบบรูปธรรม – ประนัย ซึ่งต้องครอบคลุม 1) **ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่มารดาจะต้องเผชิญจากการรับรู้ทางประสาทสัมผัส (Physical sensation)** ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัสของมารดาเมื่อเข้าไปเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด เช่น สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยทั้งในเรื่องอากาศภายในหอผู้ป่วยเย็นกว่าอากาศภายนอก เมื่อยืนมือเข้าไปในตู้อบจะรู้สึกถึงความอุ่นภายในตู้อบ สภาพที่ปรากฏและพฤติกรรมของบุตร ตั้งแต่สภาพแวดล้อมรอบๆตัวบุตร ลักษณะของทารกคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า อาทิ เด็กจะตัวเล็กและผอม มือเท้าเล็ก กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การดูดนม การฉีดยา การเจาะเลือด และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสื่อสารและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ เช่น การที่มารดาได้ยินศัพท์ทางการแพทย์ หรือพยาบาลพูดเร็ว เป็นต้น 2) **ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น (Temporal features)** เมื่อมารดามาเยี่ยมทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ตั้งแต่มาถึงหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดจนเสร็จสิ้นการเยี่ยมครั้งแรก การแสดงบทบาทการเป็นมารดาตามเหตุการณ์ที่มารดาจะประสบเมื่อมาเยี่ยมบุตร ได้แก่ การสัมผัสพูดคุยกับบุตร ขั้นตอนการทำความสะอาดร่างกายบุตรเมื่อเปียกชื้น กฎระเบียบข้อปฏิบัติของโรงพยาบาล ขั้นตอนการปฏิบัติตัวของมารดาเมื่อเข้าเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดตามลำดับ เช่น ก่อนเข้าหอผู้ป่วย คุณแม่กรุณาปฏิบัติดังนี้ ถอดรองเท้าวางไว้บนชั้นวางรองเท้าหน้าหอผู้ป่วย เปิดประตูเข้ามาในหอผู้ป่วย โดยเลื่อนบานประตูไปทางขวามือ คุณแม่จะ

เห็นเลือดคั่งในแขนงที่ราว หน้าประตูกระจกอีกบานหนึ่ง สวมเสื้อคลุมสีฟ้าที่แขวนอยู่หน้าประตู กระจก ทับเสื้อผ้าที่ใส่อยู่ ก่อนเปิดประตูเข้ามาในหอผู้ป่วย เป็นต้น 3) **ข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด รวมไปถึงลักษณะบุคลากรในหอผู้ป่วยนั้น (Environmental features)** ที่มารดาจะต้องพบเจอเมื่อมาเยี่ยมทารก เช่น สิ่งของ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ประเภทและหน้าที่ของบุคลากรทั้งหมดในหอผู้ป่วย 4) **ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์นั้น (Causes of sensation)** โดยอธิบายเหตุผลของสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ผิดแผกไปจากหอผู้ป่วยอื่นๆ สภาพที่ปรากฏและพฤติกรรมของบุตรที่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด เหตุผลของกิจกรรมการพยาบาลและการรักษาที่มารดาพบเห็น การสื่อสารและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่มารดาได้ยิน กฎระเบียบข้อปฏิบัติของโรงพยาบาลที่แตกต่างไปจากหอผู้ป่วยอื่นๆ ซึ่งจะทำให้มารดาเข้าใจสิ่งที่ตนพบเห็นสอดคล้องกับความเป็นจริง

เมื่อมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากเฉื่อยสภาวะการณั้จริงขณะเข้าเยี่ยมบุตร มารดาก็จะมองหาลักษณะที่เป็นรูปธรรม - ประนัยในสถานการณ์ที่เผชิญนั้นตามข้อมูลที่ได้รับมา มารดาจะรู้ว่าเจอกับเหตุการณ์อะไรบ้าง เมื่อพบกับเหตุการณ์นี้ต่อไปจะต้องเจอกับอะไรหรือจะอะไรเกิดขึ้นในลำดับต่อไป และรู้ว่าจะต้องปฏิบัติตนอย่างไรเมื่อเผชิญกับสถานการณ์นั้น ทำให้มารดาเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น สามารถจัดการกับสถานการณ์ที่กำลังเผชิญได้ดีและเหมาะสม แทนที่จะให้ความสนใจกับลักษณะที่เป็นอัตนัยของเหตุการณ์หรือประสบการณ์ที่พบ ดังนั้นเมื่อบุคคลสนใจลักษณะใดลักษณะหนึ่งของเหตุการณ์มากกว่าจะทำให้สนใจอีกลักษณะหนึ่งน้อยลง เพราะฉะนั้นเมื่อมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก สนใจกับลักษณะที่เป็นรูปธรรม - ประนัยของสถานการณ์มากกว่า ก็จะส่งผลให้มารดา มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ ซึ่งก็คือความวิตกกังวลลดลง

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ตั้งสมมติฐานในการวิจัยครั้งนี้ คือ

ความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก กลุ่มที่ได้รับ การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ประนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ประนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบาก ในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ มารดาหลังคลอดบุตรก่อนกำหนดอายุครรภ์ 30 - 35 สัปดาห์ ที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ และต้องแยกจากมารดาทันทีหลังคลอด เพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด

ตัวแปรต้น คือ การให้ข้อมูลแก่มารดา

1. การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย
2. การให้ข้อมูลตามปกติ

ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลของมารดา

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติต่อมารดา ก่อนเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โดยอธิบายให้มารดาทราบเกี่ยวกับ

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่มารดาจะต้องรับรู้ทางประสาทสัมผัส ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัสของมารดา เมื่อเข้าไปเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ได้แก่ สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย เรื่องอากาศภายในหอผู้ป่วยเย็นกว่าอากาศภายนอก ลักษณะเสียงสัญญาณของอุปกรณ์การแพทย์ที่มารดาได้ยิน ลักษณะสภาพอาการและพฤติกรรมของทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากที่เจ็บป่วยที่มารดามองเห็นตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้า กิจกรรมการพยาบาลที่มารดาพบเห็นขณะอยู่ในหอผู้ป่วย คือ การดูดนม การชีดนม การเจาะเลือด และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การสื่อสารและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ เช่น การที่มารดาได้ยินศัพท์ทางการแพทย์ หรือพยาบาลพูดเร็ว เป็นต้น

1.2 ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมารดามาเยี่ยมทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ตั้งแต่มาถึงหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดจนเสร็จสิ้นการเยี่ยมครั้งแรก ได้แก่ กฎระเบียบและลำดับข้อปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วย เช่น ขั้นตอนการทำความสะอาดร่างกายบุตรเมื่อเปียกชื้น ขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อ เป็นต้น

1.3 ข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั่วไปในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด เช่น ลักษณะสถานที่ตั้ง สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่มีอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ รวมไปถึงลักษณะบุคลากรและการทำงานของบุคลากรแต่ละประเภทในหอผู้ป่วย ที่มารดาจะต้องพบเจอเมื่อมาเยี่ยมทารก

1.4 ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสที่มารดารู้สึก เกี่ยวกับสาเหตุของสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ผิดแผกไปจากหอผู้ป่วยอื่นๆ สภาพที่ปรากฏและพฤติกรรมของบุตรที่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด เหตุผลของกิจกรรมการพยาบาลและการรักษาที่มารดาพบเห็น การสื่อสารและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่มารดาได้ยิน กฎระเบียบข้อปฏิบัติของโรงพยาบาลที่แตกต่างไปจากหอผู้ป่วยอื่นๆ

2. **ความวิตกกังวล** หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายใจ ตึงเครียด รู้สึกหวาดหวั่น และกระวนกระวายใจของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด เมื่อนึกถึงสถานการณ์ที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบาก โดยประเมินความวิตกกังวลด้วยแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ชื่อ State – Trait Anxiety Inventory Form Y – 1 ของ Spielberger (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพ็ญ จันทวัฒนา

3. **การให้ข้อมูลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลปฏิบัติต่อมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ก่อนมารดาเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดครั้งแรก โดยพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลที่ทารกต้องอยู่ในหอผู้ป่วยบำบัดทารกแรกเกิด คือ เด็กตัวเล็กไม่แข็งแรง เด็กใส่เครื่องช่วยหายใจ และอธิบายเรื่องสิทธิการรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ในการให้การพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแก่มารดาของทารกที่มีอาการเจ็บป่วยในกลุ่มอื่นๆ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบาก ในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรก ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก
2. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก
3. ความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก
4. ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory)
5. การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก

ทารกแรกเกิดคลอดก่อนกำหนด (Preterm infant) หมายถึง ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์มารดาน้อยกว่า 37 สัปดาห์เต็มหรือ 259 วัน โดยคำนวณจากวันที่ประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Ashwill and Droske, 1997) โดยไม่คำนึงถึงน้ำหนักตัว ส่วนใหญ่จะมีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมซึ่งสามารถประเมินอายุภายในครรภ์ โดยการตรวจลักษณะร่างกายภายนอก ร่วมกับการตรวจทางระบบประสาท ด้วยวิธีของบาลลาร์ด (Ballard's) (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2542) ซึ่งจะกล่าวถึงทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ดังนี้

1.1 ลักษณะของทารกคลอดก่อนกำหนด (Characteristics of preterm infants) โดยทั่วไปมีลักษณะดังนี้ (กัลยา นาคเพ็ชร, 2535; Wilson, 1994; นฤมล ธีระรังสิกุล, 2542)

1.1.1 สัดส่วน รูปร่างเล็ก เส้นรอบศีรษะน้อยกว่า 33 เซนติเมตร รอบนอกน้อยกว่า 29 เซนติเมตร ความยาวของลำตัวน้อยกว่า 47 เซนติเมตร น้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม

1.1.2 ศีรษะ มีขนาดใหญ่ไม่ได้สัดส่วนกับร่างกาย กะโหลกศีรษะนูน เมื่อเทียบกับทารกคลอดครบกำหนด กะหม่อมใหญ่ รอยต่อกระดูกกะโหลกศีรษะและกะหม่อมกว้าง

1.1.3 ผม มีเส้นเล็กอ่อนจับกันเป็นปุยแยกออกจากกันยาก

- 1.1.4 ตา ปิดเกือบตลอดเวลา เปลือกตาบวมและนูนออกมา
- 1.1.5 หู ลักษณะใบหูอ่อนนุ่ม แบนราบ สามารถพับได้
- 1.1.6 ผิวหนัง จะบางมีสีแดงมองเห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังชัดเจน มีไขเคลือบตามตัวน้อยและมีไขมันใต้ผิวหนังน้อย มีขนอ่อนตามตัวมากโดยเฉพาะบริเวณหน้าผากไหล่และต้นแขน
- 1.1.7 ทรวงอก กระดูกทรวงอกนูน เวลาหายใจเข้าจะเห็นเป็นรอยบุ๋มตรงหน้าอก และตามแนวกระดูกซี่โครง หัวนมและบริเวณรอบหัวนมเล็กกราบ
- 1.1.8 ท้อง ท้องป่อง
- 1.1.9 แขน ขา ยาวเมื่อเทียบกับลำตัว มีกล้ามเนื้อน้อย แขนขาทอดเหยียดตรงไม่ค่อยงอมองดูอ่อนแรง เล็บมือ เล็บเท้านุ่ม งอกยังไม่ถึงปลายนิ้ว ลายฝ่าเท้ามีน้อย พบเพียง 1-2 เส้น บริเวณปลายเท้า
- 1.1.10 อวัยวะเพศ ยังเจริญไม่สมบูรณ์ทั้งเพศชายและเพศหญิง ในทารกชายพบว่าถุงอัณฑะมีรอยย่นเล็กน้อย ลูกอัณฑะมีขนาดเล็ก อาจอยู่ในช่องท้อง หรือขาหนีบหรือในถุงอัณฑะตอนบน สำหรับเพศหญิงพบว่าแคมใหญ่ปิดแคมเล็กไม่มิดทำให้เห็นแคมเล็กและคลิทอริสชัดเจน
- 1.1.11 ลักษณะท่าทาง มักนอนอยู่ในท่าเดียว แขนขาเหยียดออก มองดูอ่อนแรง ร้องเสียงค่อยเนื่องจากกล้ามเนื้อมีกำลังน้อย
- 1.1.12 รีเฟล็กซ์เกี่ยวกับการดูดกลืน การจาม และการไอ

1.2 ประเภทของทารกคลอดก่อนกำหนด

ทารกคลอดก่อนกำหนด แบ่งตามอายุครรภ์และความรุนแรงของปัญหาออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ (กัลยา นาคเพ็ชร, 2535; นฤมล ธีระรังสีกุล, 2542)

1.2.1. กลุ่มที่คลอดก่อนกำหนดมากที่สุด (extremely preterm) ได้แก่ ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ระหว่าง 24-30 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดอยู่ระหว่าง 500-1,500 กรัม พบประมาณร้อยละ 0.8 ของทารกแรกเกิดมีชีวิต เป็นกลุ่มที่มีความไม่สมบูรณ์ในหน้าที่ของร่างกายและระบบประสาทมากที่สุด มีอัตราตายสูง ถ้ารอดชีวิตมักจะมีพยาธิสภาพของสมองและระบบประสาทหลงเหลืออยู่ ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ การควบคุมอุณหภูมิของร่างกายไม่ดีและสูญเสียความร้อนได้ง่าย ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress syndrome) หรือหยุดการหายใจ (apnea) การดูดกลืนและระบบย่อยอาหารไม่สมบูรณ์ การติดเชื้อ ภาวะบิลิรูบินคั่งในกระแสเลือด (hyperbilirubinemia) และมีภาวะเนื้อตายของระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากการขาดเลือดมาเลี้ยง (necrotizing enterocolitis : NEC)

1.2.2. กลุ่มที่คลอดก่อนกำหนดปานกลาง (moderately preterm) ได้แก่ ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ ระหว่าง 31-36 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิดอยู่ระหว่าง 1,500- 2,500 กรัม พบประมาณร้อยละ 6-7 ของทารกแรกเกิดที่มีชีวิต ทารกกกลุ่มนี้มีความไม่สมบูรณ์ในสรีรวิทยา แต่สามารถใช้เครื่องมือและวิทยาการที่ทันสมัยให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะช่วง 1-2 เดือนแรกเกิด จะทำให้อัตราตายลดน้อยลง ปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ ภาวะขาดออกซิเจนแรกเกิดทันที (birth asphyxia) ภาวะหายใจลำบาก ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ (hypothermia) สูญเสียความร้อนได้ง่าย อุณหภูมิไม่คงที่ ซีด (anemia) และภาวะบิลิรูบินคั่งในกระแสเลือด ดูนมไม่ดีในระยะ 2-3 วันแรกเกิด การย่อยและการดูดซึมอาหารยังไม่สมบูรณ์และมีการติดเชื้อได้ง่าย

1.2.3. กลุ่มที่คลอดก่อนกำหนดเล็กน้อย (slightly or borderline preterm) ได้แก่ ทารกที่คลอดเมื่ออายุครรภ์ ระหว่าง 36-37 สัปดาห์ น้ำหนักตัวแรกเกิด 2,500 กรัม ขึ้นไป พบร้อยละ 16 ของทารกแรกเกิดที่มีชีวิต ทารกกกลุ่มนี้มีลักษณะใกล้เคียงกับทารกคลอดก่อนกำหนด จึงได้รับการดูแลเช่นเดียวกับทารกคลอดครบกำหนด ปัญหาที่อาจพบได้แก่ ภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติ ร่างการสูญเสียความร้อนได้ง่าย ดูนมได้ไม่ดีใน 2-3 วันแรกเกิด หรือบางรายดูดีดีแต่เหนื่อยง่าย มีอาการตัวเหลืองทางสรีรวิทยา (physiologic jaundice) จะปรากฏในวันที่ 3-5 หลังคลอด เช่นเดียวกับทารกคลอดครบกำหนด ถ้าคลอดโดยวิธีผ่าตัดออกทางหน้าท้อง จะมีปัญหากลุ่มอาการหายใจลำบากประมาณร้อยละ 8 ถ้าคลอดปกติจะพบปัญหานี้เพียงร้อยละ 1

1.3 กลุ่มอาการหายใจลำบาก

ปัญหาการหายใจผิดปกติในทารกแรกเกิดเป็นเรื่องที่มีความสำคัญมาก ต้องการดูแลแก้ไขอย่างถูกต้องเหมาะสม การหายใจผิดปกติในทารกแรกเกิดเป็นปัญหาที่พบบ่อย (ประสิน จันทรวีทัน, 2545) และมักแสดงอาการออกมาในลักษณะการหายใจลำบากทันทีหลังคลอด (สุนทร อ้อเผ่าพันธ์ อ่างถึงใน ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช และคณะ, 2549; มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมวิราช, 2543) ภาวะหายใจลำบาก (respiratory distress) อาจเกิดขึ้นได้จากสาเหตุหลายประการ สาเหตุที่สำคัญประการหนึ่ง คือ respiratory distress syndrome (RDS) หรือ hyaline membrane disease (HMD) ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการตายของทารก เดิม RDS คือ กลุ่มอาการหายใจลำบากที่รุนแรง ส่วนใหญ่พบในทารกคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักตัวน้อย แต่ยังพบได้ในทารกน้ำหนักตัวมาก (สุนทร อ้อเผ่าพันธ์ อ่างถึงใน ธราธิป โคละทัต และสุนทร อ้อเผ่าพันธ์, 2542)

1.3.1 สาเหตุของอาการหายใจลำบาก

สาเหตุที่พบในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอดมีมากมาย ได้แก่ ทารกมีความผิดปกติที่ปอดตั้งแต่แรกเกิด ภาวะหายใจเร็วชั่วคราวในทารกแรกเกิด (Transient Tachypnea of

The Newborn) กลุ่มอาการสูดสำลักขี้เทา (Meconium aspiration syndrome) โรคความดันเลือดในปอดสูง (Persistent Pulmonary Hypertension of the Neonate) กลุ่มอาการลมรั่ว (pulmonary air leak) และโรคปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิด (Bronchopulmonary Dysplasia) ส่วนใหญ่มักเกิดจากโรคหรือความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิตเกิดการเปลี่ยนแปลงทันทีมากที่สุดกว่าระบบอื่น ๆ ดังนั้น ในกรณีที่ความผิดปกติใด ๆ อันจะทำให้การแลกเปลี่ยนออกซิเจนเพิ่มขึ้น เช่น ภาวะเลือดเป็นกรด (Acidosis) มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) อุณหภูมิร่างกายต่ำหรือสูง (Hypothermia หรือ Hyperthermia) จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบทางหายใจเพื่อปรับให้ได้รับออกซิเจนเข้าไปเลี้ยงเนื้อเยื่อเพิ่มขึ้นจึงเกิดอาการหายใจลำบาก (Respiratory Distress) และสาเหตุจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (ไวรัส ไรต์ไวรัส และสุนทร ย้อเฝ้าพันธุ์, 2540: 125-126; ธรทิป โคลทัต อ่างถึง มนตรี ตูจันดา และคณะ, 2542)

ในทารกคลอดก่อนกำหนดภาวะหายใจลำบากมีสาเหตุสำคัญคือ การขาดสารลดแรงตึงผิว (surfactant) สร้างจาก alveolar cell type II ซึ่งบุอยู่ที่ผนังถุงลมเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 22 – 24 สัปดาห์ และสร้างมากขึ้นหลังอายุครรภ์ 32 – 34 สัปดาห์ ส่วนใหญ่จะสร้างมากพอเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 35 สัปดาห์ เมื่อถูกสร้างขึ้นมาแล้วจะสะสมอยู่ที่ lamella bodies และปล่อยออกมาที่บริเวณพื้นผิวของถุงลม ฉาบเป็นแผ่นฟิล์มบางๆระหว่างเยื่อถุงลมและอากาศที่หายใจเข้าไป สารลดแรงตึงผิวจะช่วยป้องกันไม่ให้ถุงลมแฟบขณะหายใจออก นอกจากหน้าที่ลดแรงตึงผิวแล้วยังทำหน้าที่ปกป้องผิวของปอดไม่ให้ถูกทำลาย ช่วยในการ clearance ของ lung fluid และช่วยกำจัดเชื้อโรคและสิ่งแปลกปลอมอีกด้วย (สาธิต โหตรระกิตย อ่างถึงใน วันดี วราวิทย์, 2540)

1.3.2 อาการแสดง

อาการแสดงที่สำคัญของภาวะหายใจลำบาก จะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วอาจมีอาการทันที หรือภายใน 6 ชั่วโมงหลังคลอด ทารกมีอัตราการหายใจมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที ทรวงอกบริเวณ xiphoid, intercostal และ subcostal บวมมากขณะหายใจเข้า หรือมีการกลั่นหายใจ (Grunting) อาจมีอาการเขียว (cyanosis) ขณะหายใจในอากาศธรรมดา และฟังเสียงลมเข้าปอดได้เบาลง อาการต่างๆเหล่านี้จะรุนแรงมากขึ้นในระยะ 24 ชั่วโมงแรก และถ้าไม่มีปัญหาแทรกซ้อน อาการต่างจะเริ่มดีขึ้นหลังจาก 48 – 72 ชั่วโมง โดยทั่วไปทารกครบกำหนดมักมีอัตราการหายใจ 40-60 ครั้งต่อนาที

อาการหายใจลำบากมักพบเป็น 5 ลักษณะ (ธรทิป โคลทัต อ่างถึง มนตรี ตูจันดา และคณะ, 2542 : 315-316) ได้แก่

1. หยุดหายใจ หรือหายใจเข้า มักเกิดจากความผิดปกติในระบบประสาทส่วนกลาง พบได้หลายสาเหตุที่สำคัญคือ การขาดออกซิเจน (Perinatal Asphyxia) การติดเชื้อ

(Sepsis) เยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) ระบบประสาททำงานไม่สมบูรณ์ (Central Nervous System Immaturity) หรือเป็นผลจากยาดมสลบ หรือยาระงับความเจ็บปวดที่มารดาได้รับในระหว่างคลอด (Maternal narcotic effect)

2. หายใจเร็ว (Trachypnea) หรือหายใจลำบาก (Dyspnea) ส่วนมากเกิดจากโรคหรือความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจหรือระบบไหลเวียนโลหิต มักมีอาการและอาการแสดงดังนี้ หายใจเร็วกว่า 60 ครั้ง และหายใจลำบาก แสดงโดย การดิ่งรั้งของชายโครง (Subcostal margin) ช่องระหว่างกระดูกซี่โครง (Intercostal space) หรือแอ่งเหนือกระดูกอก (Suprasternal notch)

3. หายใจปีกจมูกบาน (Nasal flaring) ทารกวัยแรกเกิดมักหายใจผ่านรูจมูกเป็นส่วนใหญ่ การหายใจทางปากพบได้ร้อยละ 30 และส่วนมากพบขณะหลับ เนื่องจากความต้านทานของทางเดินหายใจบริเวณจมูกและช่องปากสูงถึงร้อยละ 50 ของความต้านทานของปอดทั้งหมด (Total Lung Resistance) เมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นโดยเฉพาะในส่วนของทางเดินหายใจ ทารกจะพยายามลดความต้านทานของทางเดินหายใจลง โดยทำให้โพรงจมูกกว้างขึ้น ดังนั้นเมื่อมีโรคของปอดรุนแรง หรือมีโรคซึ่งทำให้ความต้านทานของทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น ทารกจะมีอาการจมูกบานขณะหายใจ

4. หายใจเข้ามีเสียงดัง (Stridor) มักพบร่วมกับอาการหายใจลำบากซึ่งเกิดจากทางเดินหายใจส่วนบนอุดตัน

5. กลั้นหายใจ (Grunting) เกิดจากการที่ทารกพยายามปิด Vocal cord และ Epiglottis ในระยะหายใจออก เพื่อให้ก๊าซเหลือค้างอยู่ในปอดมากขึ้นปริมาตรปอดจึงเพิ่มมากขึ้น

อาการเขียว ในทารกปกติอาจพบอาการเขียวที่ปลายมือปลายเท้า (Peripheral หรือ Acrocyanosis) ได้ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด หลังจากระยะดังกล่าวไม่ควรตรวจพบภาวะนี้ อาการเขียวบริเวณริมฝีปากอาจพบได้ในโรคปอดที่รุนแรง แต่พบได้ในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว

1.3.3 การวินิจฉัย

ทารกที่คลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักตัวน้อย หรือการคลอดที่ไม่ใช่จาก vaginal spontaneous deliveries จะพบภาวะหายใจลำบากได้บ่อยขึ้น การวินิจฉัย RDS มักจะไม่ค่อยเป็นปัญหาในทารกที่มี severe respiratory distress ในทารกน้ำหนัก <1,500 กรัม (very low birth weight infant) มีอุบัติการณ์ของ RDS สูงประมาณหนึ่งในสาม ในทารกน้ำหนัก <1,000 กรัม (extremely low birth weight infant) อุตบัติการณ์สูงถึง 80% นอกจากน้ำหนักและอายุครรภ์ของทารกแล้ว ยังอาศัยอาการของ progressive respiratory distress ร่วมกับภาพถ่ายรังสีทรวงอก

อกที่พบฝ้าขาวแบบ ground glass haziness หรือ reticulogranular pattern สำหรับในกลุ่มทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีน้ำหนักตัวไม่น้อยมากนั้น อาจทำให้มีปัญหาในการวินิจฉัยและบอกความรุนแรงของโรค ภาพถ่ายรังสีทรวงอกอาจช่วยได้ไม่มากนัก ประวัติการตั้งครรภ์ การคลอดที่เป็นปัญหา เช่น การตกเลือด ช็อค อาจช่วยในการแยกโรคว่า ขาดสารลดแรงตึงผิวอย่างเดียวหรือมี asphyxia ร่วมด้วย

การประเมิน surfactant activity โดยตรงว่ามี lung maturity มากน้อยเพียงใดทำได้โดยการวัด lecithin – sphingomyelin ratio ใน amniotic fluid, lung profile ต่างๆรวมทั้งการประเมินอย่างคร่าวๆและรวดเร็ว โดย foam test หรือ shake test, microbubble stability test จาก amniotic fluid, hypopharyngeal aspirate, tracheal aspirate หรือ gastric aspirate จะช่วยยืนยันการวินิจฉัยเบื้องต้นได้ดี นอกจากนี้การติดตามวิเคราะห์ pH และ arterial blood gases เป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยประเมินความรุนแรงระยะเวลาของโรค และผลของการดูแลรักษา มักจะทำจาก indwelling umbilical arterial catheter การตรวจติดตามอย่างต่อเนื่องของค่า oxygen และ carbon dioxide การประเมินสิ่งต่างๆเหล่านี้สามารถวินิจฉัยและรักษา RDS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุนทร ช้อเผ่าพันธ์ อ่างถึงใน วราภรณ์ แสงทวีสิน และคณะ, 2550)

1.3.4 การรักษา

การรักษาที่ดีควรเริ่มที่ห้องคลอด เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุดเพื่อให้มีการขยายปอดได้เพียงพอ ในทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกที่มารดาเป็นเบาหวาน ทารกที่ผ่าตัดออกทางหน้าท้อง มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจน จึงต้องดูแลให้ทารกได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ หลังจากนั้นฝ้าสังเกตอาการหายใจลำบาก และช่วยเหลือรักษาต่อไป จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรักษาภาวะหายใจลำบากปัจจุบันมี 5 ประการ ดังนี้ (สุนทร ช้อเผ่าพันธ์ อ่างถึงใน วราภรณ์ แสงทวีสิน และคณะ, 2550)

1) การดูแลรักษาสาเหตุเฉพาะ ถ้ามีสาเหตุเฉพาะใดๆ เช่น tracheo – esophageal fistula, pneumothorax จำเป็นต้องให้การรักษาโดยเฉพาะนั้นๆ เช่น การเจาะปอดระบายลมออก

2) การดูแลรักษาแบบประคับประคอง ส่วนใหญ่การรักษาคือ supportive treatment เป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด แม้จะมีสาเหตุโดยเฉพาะอย่างหนึ่งอย่างใด หรือสาเหตุหลายๆอย่างรวมกัน โดยทั่วไปหลักของการรักษาแบบประคับประคองมี 3 ประการ ได้แก่

2.1 การลดความต้องการของออกซิเจนของทารกให้เหลือน้อยที่สุด จะช่วยลดอาการของภาวะหายใจลำบาก ทำได้โดย ลดการจับต้องและ manipulate ทารกโดยไม่จำเป็น เพราะจะทำให้อัตราเมตาบอลิซึมเพิ่มขึ้น เป็นผลให้ร่างกายใช้ออกซิเจนเพิ่มสูงขึ้นโดยไม่จำเป็น เช่น การอาบน้ำ เช็ดตัว การโยกย้าย อาจทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้

ต้องควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้อยู่ในบริเวณที่อบอุ่นเสมอ เพราะความต้องการออกซิเจนของทารกเหล่านี้มักสูงกว่าปกติ ร่างกายต้องมีการใช้ออกซิเจนมากขึ้นถ้าอุณหภูมิเพิ่มขึ้น 1 องศาเซลเซียส ถ้าอุณหภูมิร่างกายต่ำจะทำให้ความรุนแรงของโรคและอัตราตายของทารกเหล่านี้สูงขึ้น เนื่องจากการไหลเวียนของโลหิตไปที่หัวใจน้อยทำให้สูบฉีดไปเลี้ยงร่างกายน้อย และการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนกับเม็ดเลือดแดงน้อย ทำให้ทารกที่มีภาวะหายใจลำบากต้องการอุณหภูมิสูงกว่าทารกปกติ ดังนั้นควรดูแลทารกให้อยู่ในตู้อบทุกราย (ธราธิป โคละทัต อ่างถึงใน มนตรี ตู้อบ และคณะ, 2542 ; นฤมล ธีระรังสิกุล, 2542 ; รุจา ภูไพบูลย์, 2542)

2.2 การควบคุมสมดุลของสารน้ำ-อิเล็กโทรลัยต์และการให้สารอาหาร ในระยะแรกทารกที่มีอาการหายใจลำบากส่วนใหญ่ไม่สามารถดูดนมได้ จำเป็นต้องได้รับสารน้ำและ อิเล็กโทรลัยต์ทางหลอดเลือดดำในระยะ 48-72 ชั่วโมงหลังคลอด โดยให้ในรูปแบบของสารน้ำซึ่งประกอบไปด้วย เดรกโตรอส และ/หรือโซเดียม แต่ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นควรให้สารอาหารครบถ้วนทางหลอดเลือดดำ ความต้องการสารน้ำและอิเล็กโทรลัยต์ในแต่ละวันอาจน้อยหรือมากกว่าที่กำหนดไว้ขึ้นอยู่กับสภาพของทารก ทารกที่ได้รับการรักษาโดยวิธีฉายแสง (Phototherapy) ควรได้รับสารน้ำเพิ่มจากปกติ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการควรเริ่มให้อาหารทางปาก ซึ่งสามารถทำได้แม้ว่าจะอยู่ในเครื่องช่วยหายใจ ถ้าให้อาหารเหมาะสมจะทำให้ทารกฟื้นจากโรคและสามารถถอดเครื่องช่วยหายใจได้เร็วขึ้น ในรายที่ไม่สามารถให้อาหารทางปากควรเริ่มให้อาหารทางหลอดเลือดดำเมื่อพ้น 72 ชั่วโมงไปแล้ว ยกเว้นรายที่มีข้อห้าม เช่น มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) มีระดับน้ำตาลต่ำที่ยังควบคุมไม่ได้ ทารกยังอยู่ในภาวะไตวายเฉียบพลันและยังมีความผิดปกติของอิเล็กโทรลัยต์หรือมีการติดเชื้อที่ยังควบคุมไม่ได้ ควรเริ่มให้โปรตีน คาร์โบไฮเดรตและสารไขมันในปริมาณน้อย ๆ และให้เพิ่มปริมาณสารอาหารทุกวัน หรือทุก 2 วันจนได้อาหารเต็มที่

2.3 การให้ออกซิเจน ทำได้หลายวิธี อาทิ การให้ออกซิเจนผ่านทางตู้อบ การใช้ oxygen hood หรือ oxygen box หรือ การให้ทาง nasal catheter ทางจมูก หรือการให้ทางหน้ากาก (วิณา จีระแพทย์ อ่างถึงใน สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2547; มาลัย มิ่งชม อ่างถึงใน สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2548; ประชา นันทฤมิต อ่างถึงใน สุพร ตรีพงษ์ภุณา และคณะ, 2549) ออกซิเจนที่ให้จะต้องเป็น heated humidified oxygen คือ ออกซิเจนที่มีลมอุ่น และควรมีขีดความสามารถใช้ flow ต่ำได้ เพื่อปรับระดับออกซิเจนที่ต้องการได้แม่นยำ ไม่ควรพ่นออกซิเจนใส่บริเวณใบหน้าทารก ซึ่งเป็นส่วนที่ไวมากต่อการรับและปรับอุณหภูมิของร่างกาย เมื่อต้องให้ออกซิเจนเป็นระยะเวลานานๆหรือในทารกน้ำหนักตัวน้อย ออกซิเจนต้องอุ่นไม่เย็น และต้องปรับระดับความเข้มข้นของออกซิเจนได้ตามต้องการ เพื่อลดอันตรายจาก oxygen toxicity ให้เหลือน้อยที่สุด

3) Respiratory Support คือความก้าวหน้าในการดูแลรักษา RDS ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้ continuous positive airway pressure (CPAP) ในรูปแบบของ nasal และ endotracheal CPAP ไปประกอบเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ เป็น positive end expiratory pressure (PEEP) และการใช้เครื่องช่วยหายใจที่มี intermittent mandatory ventilation (IMV) ช่วยให้ทารกที่เป็น RDS ได้รับ assist ventilation ที่มีประสิทธิภาพ

4) Surfactant Replacement การรักษา RDS ด้วย surfactant ในปัจจุบันได้เป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลาย และถือเป็นการรักษาที่เป็นมาตรฐานอันสำคัญอย่างหนึ่ง สาร surfactant สามารถเปิดถุงลมปอดที่แฟบได้ ทำให้ compliance ของปอดดีขึ้น functional residual capacity ดีขึ้น มีการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลมปอดได้ดี ทำให้สามารถลดความต้องการออกซิเจนและลดการช่วยหายใจได้ นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจลดลง การใช้สาร surfactant ในทารกที่เป็น RDS ในประเทศไทยจำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบคอบ เนื่องจากมาตรฐานในการดูแลรักษามีหลากหลาย และแตกต่างกันมาก ระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆของรัฐและเอกชน จึงควรพิจารณาใช้เฉพาะในกรณีจำเป็น และใช้ในสถานพยาบาลที่มีความพร้อมเพื่อจะได้ผลการรักษาที่ดีอย่างเต็มที่

5) การรักษาอื่นๆ มีการใช้ extracorporeal membrane oxygenation (ECMO) ในภาวะหายใจล้มเหลวที่ใช้เครื่องช่วยหายใจไม่ได้ผล และมีการให้ antibiotic เพื่อลดการติดเชื้อในทารกที่มีปัญหาการหายใจทุกราย

2. การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก

ทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากจัดอยู่ในกลุ่มทารกที่มีการเสี่ยงอันตรายและเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง การพยาบาลที่กระทำในทารกเหล่านี้จึงต้องคำนึงถึงความบกพร่องในการทำหน้าที่ในระบบต่างๆ ภายในร่างกาย และจะต้องให้ความระมัดระวังเป็นอย่างมาก เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดตามมาได้ นอกเหนือจากการดูแลทารกโดยตรงแล้ว พยาบาลยังต้องคำนึงถึงครอบครัวของทารก โดยเฉพาะมารดา (บัญญัติ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี, ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, 2550) พยาบาลต้องตระหนักว่า ครอบครัวสำคัญที่สุดสำหรับชีวิตเด็กทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ครอบครัวจัดเป็นหน่วยที่มีความรับผิดชอบในการตอบสนองด้านอารมณ์ สังคม พัฒนาการ และความต้องการการดูแลสุขภาพเด็กทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย โดยเฉพาะภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรงขั้นวิกฤต (สุภรัตน์ ไวยชีตา และคณะ, 2549) ดังนั้นจึงต้องส่งเสริมให้ครอบครัวโดยเฉพาะมารดา ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญในการดูแลทารกในอนาคตให้มีส่วนร่วมในการดูแลทารกขณะอยู่ในโรงพยาบาลด้วย

ทั้งนี้ในสภาวะการณ์ที่มารดาคลอดก่อนกำหนด และทารกเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบาก ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด มารดาของทารกกลุ่มนี้จะมีความวิตกกังวลและความกลัวมากที่สุด จากสภาพอาการการเจ็บป่วยและการรักษาที่ทารกได้รับ (Blackburn and Lowen, 1986) จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลทำให้มารดามีความรู้สึกโกรธง่าย สมารถสิ้น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสารและการเรียนรู้ต่างๆ นอกจากนี้ยังมีผลต่อการนอนหลับและความอยากอาหาร (Steele, 1987; จำลอง และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) ทำให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของมารดาลดลง (Shellaberger, 1993) มารดาที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีการปรับตัวในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาไม่ดี (ศรีโสภา แห่งทองคำ, 2533) ส่งผลให้มารดามีปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพกับทารกน้อย การที่มารดาและทารกมีสัมพันธภาพไม่ดีจะก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาเกี่ยวกับทารก เช่น มีภาวะการเจ็บเจริญเติบโตไม่สมวัย การกระทำทารุณกรรมเด็กทารกอดท้องเด็ก และยังส่งผลรวมไปถึงพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกในอนาคต (Shields-Pole, 1997; ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542)

จะเห็นได้ว่าความวิตกกังวลของมารดาที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของทารก ดังนั้นการพยาบาลทารกที่คลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก พยาบาลจึงต้องดูแลทั้งตัวทารกและจะต้องช่วยเหลือลดความวิตกกังวลของมารดา ช่วยให้มารดาสามารถเผชิญสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ และพึ่งพาตนเองในการดูแลทารกได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อเกิดผลลัพธ์ของการรักษาพยาบาลและการดูแลทารกอย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งตามหลักการการดูแลทั่วไป ดังนี้ (วิไล เลิศธรรมเทวี, 2528 อ้างถึงใน นฤมล ธีระรังสิกุล, 2542; 80-105; เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ อ้างถึงใน สาทิต โหตระกิตย์, 2543)

2.1 การดูแลควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้คงที่

การติดตามอุณหภูมิร่างกายทารกทำได้โดยการวัดปรอททางทวารหนัก อุณหภูมิร่างกายทารกมีค่าปกติเท่ากับ 36.5 – 37.5 องศาเซลเซียสและต้องวัดทุกครั้งชั่วโมงจนอุณหภูมิร่างกายคงที่ หลังจากนั้นวัดทุกๆ 4 ชั่วโมง (วิณา จีระแพทย์ อ้างถึงใน สุนทร อ้อเผ่าพันธ์, 2543) การให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายทารกนั้นสามารถทำได้ 7 วิธี ได้แก่

2.1.1 การใช้ตู้อบ (incubator) สามารถป้องกันการสูญเสียความร้อนจากพื้นผิวของทารกโดยการพัดพาและแผ่รังสี ตู้อบมี 2 ประเภท คือ แบบปรับอุณหภูมิด้วยมือ (manual control) และแบบปรับอุณหภูมิอัตโนมัติ (servocontrol) แม้ทารกอยู่ในตู้อบหากอุณหภูมิแวดล้อมไม่คงที่อุณหภูมิในตัวก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ จึงควรมีการป้องกัน เช่น การใช้ผ้าคลุมตัว ตู้อบชนิดปรับอุณหภูมิอัตโนมัติด้วยการตั้งอุณหภูมิผิวหนัง ให้ติด skin probe ให้แนบสนิทกับผิวหนังในตำแหน่งที่ไม่ถูกกดทับ เช่น ผิวหนังหน้าท้องถ้าทารกนอนหงาย ผิวหนังที่หลังหากนอนคว่ำ

(เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ อ้างถึงใน สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2545) เพราะถ้าไม่แนบสนิทกับผิวหนัง จะทำให้การรับรู้อุณหภูมิผิดพลาด หาก skin probe อยู่เหนือผิวหนัง ทำให้การรับรู้อุณหภูมิของ อากาศที่แทรกระหว่างผิวหนังกับ probe อาจทำให้เกิดภาวะอุณหภูมิกายสูง หรือหาก probe ถูก กดทับจะมีการสะสมอุณหภูมิมากกว่าปกติ ทำให้ผู้บริบับสัญญาณผิดและทำงานลดลง ส่งผลให้ ทารกมีอุณหภูมิกายต่ำได้ (วิณา จีระแพทย์ อ้างถึงใน สุนทร อ้อเผ่าพันธ์, 2543)

2.1.2 การใช้เครื่องแผ่รังสี (radiant warmer) สามารถป้องกันการสูญเสียความร้อนจากพื้นผิวกายของทารกโดยการแผ่รังสีเท่านั้น หากต้องการป้องกันการสูญเสียความร้อนโดยการพัดพา ต้องคอยระวังอย่าให้มีลมหรืออากาศเย็นจากเครื่องปรับอากาศพัดถูกตัวทารก ร่วมกับการใช้ plastic wrap ปิดตัวทารก (วิณา จีระแพทย์ อ้างถึงใน สุนทร อ้อเผ่าพันธ์, 2543; เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์ อ้างถึงใน สรายุทธ สุภาพรรณชาติ, 2545)

2.1.3 การสวมหมวก เสื้อผ้า ถุงมือ ถุงเท้า และใช้ผ้าห่อตัว วิธีนี้เหมาะสำหรับทารกที่น้ำหนักตัวไม่น้อยมาก และเจ็บป่วยไม่รุนแรง

2.1.4 การใช้กระเปาะน้ำร้อน ใช้คอมไฟสองที่ตัวทารกหรือใช้ผ้าห่มไฟฟ้า ควรระมัดระวังไม่ให้ทารกได้รับความร้อนมากเกินไป เพราะจะทำให้ผิวหนังไหม้ ควรให้ทารกอยู่ห่างจากคอมไฟ 2 – 3 นิ้ว และระวังอันตรายจากไฟฟ้าช็อต (Gulanick, Puzas and Wilson, 1992)

2.1.5 การใช้ฝาครอบพลาสติก (plastic shield) โดยใช้พลาสติกทนความร้อนคลุมลำตัวและแขนขา

2.1.6 การจัดท่านอนของทารก ปกติทารกคลอดก่อนกำหนดมักนอนในท่านอนหงายเหยียดตรง เนื่องจากกล้ามเนื้อมีกำลังน้อย ไม่ค่อยเคลื่อนไหว จึงทำให้มีการสูญเสียความร้อนได้ง่าย ดังนั้นควรจัดท่านอนที่ทำให้อุณหภูมิร่างกายเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด คือให้ทารกนอนในท่าเนท (Nest) ท่านี้จะทำให้ทารกสามารถควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้อยู่ในระดับปกติ (37°C) และขณะเดียวกันสามารถรักษาระดับอุณหภูมิร่างกายที่วัดทางผิวหนังให้คงที่ระหว่าง 36.7 – 36.8°C (พิกุล ขำศรีบุศ และคณะ, 2540)

หากทารกมีอุณหภูมิร่างกายสูงกว่าปกติ เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่นและซับให้แห้งอยู่เสมออย่าปล่อยให้ผิวหนังเปียก เพราะจะทำให้ร่างกายสูญเสียความร้อนโดยวิธีระเหย (Evaporative heat loss) และวัดอุณหภูมิซ้ำทุก 30 นาที จนกระทั่งอุณหภูมิร่างกายปกติ

2.2 การดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและออกซิเจนในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ต้องเฝ้าระวังทั้งในทารกที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน และทารกที่ต้องให้ออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ การทำให้ทางเดินหายใจโล่งอยู่เสมอเป็นสิ่งสำคัญที่สุด ทำได้โดย

2.2.1 ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินประสิทธิภาพการทำงานของปอด และการอุดกั้นของเสมหะ ตรวจสอบดูในช่องปากและท่อหลอดลมคอว่ามีเสมหะหรือไม่ เพราะในรายที่ใส่เครื่องช่วยหายใจจะมีการระคายเคืองจึงกระตุ้นให้มีสารคัดหลั่งออกมาก ดังนั้นถ้ามีเสมหะให้ดูดออก แต่การดูดเสมหะอาจทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนและหัวใจเต้นผิดจังหวะ ป้องกันโดยการบีบถุงลมช่วยหายใจต่อกับออกซิเจนทั้งก่อนและหลังดูดเสมหะทุกครั้ง

2.2.2 จัดท่านอนให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซอย่างเหมาะสมและเต็มที โดยให้นอนราบตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้เสมหะไหลออกในทรวงอกที่ไม่มีภาวะหายใจลำบาก แต่ในทรวงอกที่มีภาวะหายใจลำบากให้นอนศีรษะสูง เพื่อให้กระบังลมหดตัวเต็มที่ปอดขยายได้เต็มที่ หรือให้นอนราบใช้ผ้าหนุนไหล่และคอให้ศีรษะแหงนไปข้างหลัง ทำให้ทางเดินหายใจเปิดตลอดเวลา

2.2.3 ดูแลทรวงอกโดยให้ความอบอุ่นเพื่อลดการใช้ออกซิเจน

2.2.4 สังเกตลักษณะการหายใจและความผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น

2.2.5 เมื่อให้อาหารทรวงอก ควรระวังการสำลักนม โดยการจัดให้นอนศีรษะสูงหรือตะแคงขวา เพื่อให้นมผ่านกระเพาะอาหารเร็วขึ้น

2.2.6 ในกรณีที่ทารกต้องให้ออกซิเจน ต้องติดตามความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด ความเป็นกรดต่าง แร่งดันออกซิเจนและคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือด (PaO_2 and PaCO_2) โดยการดูดเลือดจากสายสะดือที่เรียกว่า arterial blood gas หรือการเจาะเลือดจากเส้นเท้า เรียกว่า capillary blood gas และวัดค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดแดงโดยใช้เครื่อง pulse oximeter ติดที่ผิวหนังเลือดบริเวณร่างกายที่ไม่หนาและสัมผัสกับเส้นเลือดแดง เช่น ปลายนิ้ว โบริหู ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ไม่ติดบริเวณที่มีรอยถลอกและไม่ติดแน่นจนเกินไปเพราะจะทำให้การไหลเวียนเลือดไม่ดี ควรเปลี่ยนตำแหน่งทุก 8 ชั่วโมง ค่าระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนปกติมากกว่า 90%

2.3 การดูแลให้สารอาหาร น้ำ และเกลือแร่

ทารกคลอดก่อนกำหนดมักมีปัญหาไม่สามารถรับนมได้ในช่วงสัปดาห์แรกของชีวิต จึงจำเป็นต้องให้สารน้ำหรือสารอาหารทางหลอดเลือดดำ เพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหาร เช่น โปรตีน เกลือแร่ และวิตามิน ในปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางการรักษาโดยเริ่มให้นมเร็วภายหลังคลอดแก่ทารก นมที่ได้รับควรเป็นนมมารดาหรือนมผสมสำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด ให้ทางสายยางให้อาหารทางปากหรือจมูกในปริมาณน้อยๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง เนื่องจากจะช่วยกระตุ้นพัฒนาการของระบบทางเดินอาหาร และการทำงานของฮอร์โมนที่เกี่ยวข้อง ลดอุบัติการณ์ cholestasis ลดระยะเวลาที่ทารกจะได้รับนมอย่างเต็มที่ โดยไม่เพิ่มปัญหาลำไส้อักเสบ

นอกจากนี้ทารกยังต้องการวิตามินที่จำเป็นต่อร่างกาย เช่น ให้วิตามินเคเข้ากล้ามเนื้อเมื่อแรกเกิด วิตามินซี ดี เอ บี 2 บี 6 และ บี 12 ทางหลอดเลือดดำ และวิตามินอี โฟลิค โดยพยาบาลให้ทางสายยางให้อาหารตามแผนการรักษา

2.4 การดูแลป้องกันการติดเชื้อ

การติดเชื้อราและเชื้อแบคทีเรียเป็นปัญหาสำคัญของทารกคลอดก่อนกำหนด มีผลทำให้อัตราการตายเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากทารกได้รับภูมิคุ้มกันจากมารดาน้อย กลไกการป้องกันโรคและต้านการอักเสบยังมีน้อยและไม่สมบูรณ์ การอักเสบติดเชื้ออาจมีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ตามมา เช่น โรคปอดเรื้อรัง ดังนั้นการป้องกันและเฝ้าระวังการติดเชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลทารก การป้องกันที่สำคัญได้แก่ การทำหัตถการด้วยวิธีปลอดเชื้อ ลดการทำหัตถการที่ไม่จำเป็น จำกัดการใช้ broad-spectrum antibiotics (แสงแข ชำนาญวณิช อ้างถึงใน นวลจันทร์ ปราบพาล และคณะ, 2540; 207) และพยาบาลจะต้องเฝ้าระวังป้องกันมิให้ทารกมีภาวะแทรกซ้อน อันเนื่องมาจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ โดยกระทำดังนี้

2.4.1 จัดแยกพื้นที่สำหรับทารกคลอดก่อนกำหนด โดยไม่ปะปนกับทารกอื่น

2.4.2 ผู้ให้การพยาบาลทุกคนต้องตรวจสุขภาพทุกปี ถ้าเจ็บป่วยมีควรปฏิบัติงาน เพราะจะเป็นการแพร่เชื้อสู่ทารก ทุกคนที่ปฏิบัติงานควรเปลี่ยนเสื้อหรือสวมเสื้อกาวน์ทับ ใส่หมวก ผูกผ้าปิดปากปิดจมูกทุกครั้ง ก่อนและหลังจับต้องทารกควรล้างมือหรือใช้แอลกอฮอล์สำหรับทำความสะอาดมือทุกครั้ง

2.4.3 แยกของใช้เฉพาะราย เช่น ตู้อบ เสื้อผ้า และปรอทวัดไข้ เครื่องมือที่ใช้ต้องผ่านการฆ่าเชื้อ

2.4.4 พยาบาลปฏิบัติการพยาบาลทุกอย่างด้วยหลักปลอดเชื้อ (Aseptic technique) ล้างมือสะอาด 7 ขั้นตอนก่อนจับทารกทุกครั้ง เปลี่ยนอุปกรณ์ทางการแพทย์ตามเวลาที่กำหนด เช่น สายให้สารน้ำ สายเครื่องช่วยหายใจ

2.5 กระตุ้นประสาทสัมผัส

สามารถทำได้ในทารกที่มีอาการคงที่ เพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามวัย เช่น การสบตา พูดคุย สัมผัส นวดทารก ในรายที่อาการยังไม่คงที่ควรเน้นเรื่องสิ่งแวดล้อมที่ช่วยส่งเสริมพัฒนาการให้ทารกได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ เช่น พูดคุยเสียงเบาๆ ไม่ทำเสียงดัง จัดแสงให้เหมาะแก่การนอนหลับ ใช้ผ้าปิดคลุมตู้อบเพื่อไม่ให้แสงส่องเข้าตาทารก

2.6 การดูแลให้ทารกได้รับการดูแลจากครอบครัว

พยาบาลต้องเข้าใจปัญหาทางจิตใจของบิดามารดา และสมาชิกในครอบครัว ทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ต้องแยกจากมารดาารับรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ทำให้บิดามารดาที่มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ดังนั้นการช่วยเหลือบิดามารดาจึงเป็นหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาลอีกประการหนึ่ง ในการช่วยให้บิดามารดาคลายความวิตกกังวลลงได้ และสามารถดูแลทารกขณะเจ็บป่วยอยู่ในโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม พยาบาลสามารถส่งเสริมให้มารดาดูแลบุตรที่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ขณะเจ็บป่วยอยู่ในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดในระยะแรกได้ ดังนี้

2.6.1 ส่งเสริมการเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยให้เร็วที่สุด ขั้นตอนการเข้าเยี่ยมบุตรที่มีความเจ็บป่วยและรับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดแต่ละโรงพยาบาลจะมีความคล้ายคลึงกันอาจมีความแตกต่างกันบ้าง เช่น กำหนดช่วงเวลาการอนุญาตให้เข้าเยี่ยม แต่ทั้งนี้ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติดังนี้ (โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, 2550)

1. ถอดรองเท้าและวางไว้ที่ชั้นวางรองเท้าหน้าหอผู้ป่วยก่อนเข้ามาในหอผู้ป่วย ในบางโรงพยาบาลอาจมีรองเท้าให้เปลี่ยน แต่ถ้าไม่มีให้มารดาเดินเท้าเปล่าเข้ามาในหอผู้ป่วย

2. สวมเสื้อคลุมทับชุดที่สวมใส่

3. ติดต่อกับพยาบาลแจ้งชื่อและนามสกุลเพื่อขอเข้าเยี่ยมบุตร

2.6.2 การดูแลป้องกันการติดเชื้อ มารดาสามารถลดภาวะเสี่ยงและเฝ้าระวังการติดเชื้อในทารกได้ตั้งแต่การปฏิบัติตัวตามขั้นตอนการเข้าเยี่ยม ถอดรองเท้าและสวมเสื้อคลุมทับก่อนการเข้ามาในหอผู้ป่วย และที่สำคัญคือ การล้างฟอกมือด้วยสบู่ 7 ขั้นตอนก่อนและหลังสัมผัสทารกทุกครั้ง (บัญญัติ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี และ ศรีสมบุญรณ์ มุสิกข์สุคนธ์, 2550) นอกจากนี้เมื่อเป็นหวัดมารดาควรใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสู่ทารก

2.6.3 การส่งเสริมพัฒนาการมีความสำคัญมากในการพยาบาลทารก เนื่องจากเป็นรากฐานที่ดีทำให้ทารกมีพัฒนาการเหมาะสมตามวัย ถ้าทารกได้รับการกระตุ้นที่ดีจะส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ สังคมและจิตใจ ที่สำคัญคือต้องเริ่มกระตุ้นตั้งแต่แรกคลอด โดยเฉพาะการกระตุ้นประสาทสัมผัสซึ่งเป็นรากฐานของการพัฒนาสมอง เสริมสร้างสติปัญญา และคุณธรรม สิ่งต่างๆเหล่านี้ ทารกสามารถสะสมตั้งแต่แรกคลอด ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกอบอุ่นผูกพัน หรือในทางตรงกันข้ามถ้าทารกไม่ได้รับการส่งเสริมกระตุ้นประสาทสัมผัส จะก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกทอดทิ้ง ว่าเหว เป็นศัตรูกับทุกคน หรือทำร้ายผู้อื่นเพื่อความอยู่รอด ผลจากการศึกษาการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การสัมผัส มารดาสามารถสัมผัสบุตรได้ทั่วตัว อาทิ เช่น แชน ขา มือ เท้า ศีรษะ และเสียงจะทำให้เซลล์ประสาทเสริมสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทาง

พฤติกรรม ผลการนวดในทารกจะกระตุ้นให้มีการเจริญเติบโตเร็วขึ้น ลดความเจ็บปวด และลดความเครียด ทำให้เกิดความมั่นคงอบอุ่น ไร้กังวล อันจะส่งผลถึงพัฒนาการด้านการสร้างอารมณ์ที่เหมาะสม และสร้างภูมิคุ้มกันได้ดี ในช่วงเวลาในระยะแรกที่สภาพอาการของทารกไม่คงที่นี้ มารดาอาจจะยังไม่สามารถอุ้ม กระตุ้นพัฒนาการ หรือดูแลบุตรของตนได้อย่างเต็มที่ พยาบาลสามารถส่งเสริมให้มารดา พุดคุยกับทารกเบาๆ และสัมผัสทารกได้ เมื่อทารกมีอาการดีขึ้น พยาบาลจึงค่อยส่งเสริมมารดาให้มีส่วนร่วมในการดูแลทารก (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2542)

2.6.3 ส่งเสริมให้มารดาดูแลกิจวัตรประจำวันของทารกขณะเจ็บป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ในระหว่างที่ทารกยังมีอาการไม่คงที่ ขณะเข้าเยี่ยมบุตรมารดาสามารถเปลี่ยนผ้าอ้อมให้บุตร เมื่อบุตรเปียกขึ้นจากการขับถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะ และทำความสะอาดอวัยวะบุตรได้ และในขณะที่ทารกยังไม่สามารถดูนมมารดาได้ พยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยส่งเสริมให้มารดาบีบเก็บน้ำนมมาส่งที่หอผู้ป่วยเมื่อมาเยี่ยมทารก สร้างความภาคภูมิใจในตนเองให้มารดาในการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรที่มีภาวะเจ็บป่วย

นอกจากนี้มารดาที่มาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยจะต้องได้รับข้อมูลทั้งจากแพทย์หรือพยาบาล ผู้ดูแลทารกทุกครั้งที่มาเยี่ยม เนื่องจากทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการลำบากในช่วงแรกจะมีสภาพอาการไม่คงที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย การให้ข้อมูลทุกครั้งที่มาเยี่ยมจะทำให้มารดาเข้าใจสภาพอาการของทารกอย่างต่อเนื่อง (นฤมล ธีระรังสิกุล, 2542)

3. ความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก

ความวิตกกังวลเป็นประสบการณ์ทางอารมณ์อย่างหนึ่งของมนุษย์เกิดได้กับบุคคลในทุกๆ ระยะของวงจรชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งตาย เป็นสัญญาณอันตรายของจิตใจที่บ่งบอกเตือนให้ทราบว่ามีความสมดุลเกิดขึ้นในจิตใจ จำเป็นที่บุคคลต้องกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรักษาระดับสมดุลทางอารมณ์เอาไว้ (Johnsons, 1993)

ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่เกิดจากการคาดคะเน หรือการประเมินสิ่งเร้าของบุคคล มีผลให้เกิดความไม่พึงพอใจ รู้สึกไม่สบายใจ เป็นทุกข์ หวาดหวั่น คุกคาม หรือทำให้เกิดอันตราย (Spielberger, 1972) เป็นสิ่งที่เกิดควบคู่กับความเครียด หรือการคุกคามเป็นความกลัวต่อเหตุการณ์ในอนาคตที่ไม่อาจระบุได้แน่นอน และเป็นผลกระทบจากการประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญอยู่นั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพ (Spielberger and Sarason, 1991)

3.1 สาเหตุของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเกิดได้จากสาเหตุหลายประการ อาจเป็นสาเหตุจากภายนอกหรือภายในของบุคคล โดยบุคคลนั้นรู้สึกว่ามีสิ่งที่คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนเอง ทำให้เกิดความไม่สมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจเกิดขึ้น ซึ่งในบางครั้งบุคคลที่เกิดความวิตกกังวลก็ไม่สามารถที่จะบอกได้ว่า อะไรคือสาเหตุของความวิตกกังวล

สาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด ดังต่อไปนี้ (Stuart and Sundeen, 1995; Kneisl, 1996)

3.1.1. สิ่งคุกคามต่อร่างกาย (Threats to biologic integrity) ได้แก่ ความต้องการอาหาร เครื่องดื่ม หรือความอบอุ่น เป็นสิ่งที่จะเข้ามารบกวนความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกายของมนุษย์ มีผลทำให้เกิดความไม่สมดุลในการดำเนินชีวิต หรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง

3.1.2. สิ่งคุกคามความมั่นคงปลอดภัยของตนเอง (Threats to the security of the self) ได้แก่ การคุกคามต่อความคาดหวัง แนวคิดเฉพาะของตน และค่านิยม ความคาดหวังที่คิดว่ามีความสำคัญต่อตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง ความต้องการการยอมรับนับถือไม่ได้รับการตอบสนอง การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองไม่ได้รับการยินยอมหรือเห็นด้วยจากบุคคลที่มีความสำคัญกับตน ไม่สามารถเพิ่มการยอมรับนับถือตนเองหรือการยอมรับจากบุคคลอื่น ความรู้สึกผิด หรือความขัดแย้งกันระหว่างมุมมองของตนเองและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจริง

ความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก เกิดจากการคุกคามต่อร่างกายและคุกคามต่อความมั่นคงปลอดภัยของบุตรตามการคาดการณ์หรือคาดคะเนของมารดา และมีความขัดแย้งระหว่างมุมมองของมารดาและเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงเกี่ยวกับบุตร

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก

ระดับความวิตกกังวลของมารดาจะมากหรือน้อย ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่แตกต่างกัน ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยกำหนดความสามารถ ในการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวล การศึกษาที่ดีกว่าจะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ดีกว่า ทำให้ง่ายต่อการถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจ และใช้การเรียนรู้ในอดีตรวมทั้งพฤติกรรมที่เคยใช้ประสบความสำเร็จมาแล้ว แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jalowice and Powers, 1981) ส่วนผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีผลต่อการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยจะทำให้เข้าใจสถานการณ์ไม่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง ซึ่งจะมีผลต่อปฏิกิริยาตอบสนอง และการ

เผชิญสถานการณ์นั้น ๆ จากการศึกษาของ kindler et al. (2000) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำจะมีความวิตกกังวลสูง

การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การที่มารดาแต่ละคนเผชิญเหตุการณ์ในลักษณะเดียวกัน อาจรับรู้ต่อเหตุการณ์ที่เผชิญแตกต่างกัน มารดาที่รับรู้ถึงความเจ็บป่วยมีความรุนแรงมาก จะมีความวิตกกังวลมาก (สุวดี ศรีเลณวดี, 2530) มารดาส่วนใหญ่มักจะประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยจากสิ่งที่ปรากฏภายนอก เช่น เทคโนโลยีต่าง ๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยซึ่งสามารถมองเห็นได้ชัดเจน (Youngblut and Shiao, 1993) การที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจะทำให้มารดารับรู้ถึงความรุนแรงของความเจ็บป่วยมากขึ้น ทำให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลสูงขึ้นได้ (Halm and Alpen, 1993) Blackburn and Lowen (1986) ศึกษาความวิตกกังวลในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย พบว่า มารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดจะมีความวิตกกังวลมากกว่ามารดาที่มีบุตรคลอดครบกำหนดที่เจ็บป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยด้วยเทคโนโลยีการรักษา ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยหายใจรักษา และการรักษาด้วยออกซิเจน

ประสบการณ์เดิมของมารดา มีผลต่อระดับความวิตกกังวล มารดาที่เคยมีประสบการณ์ของบุตรคนก่อน เคยรับการรักษาในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด มารดาจะคุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ การรักษาที่บุตรได้รับ ตลอดจนบุคลากรทางสุขภาพ และมีการพัฒนาทักษะในการใช้ และแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียดที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลงได้ ส่วนอีกกรณีหนึ่งประสบการณ์เดิมของมารดา อาจเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่มารดาได้มาก เพราะมารดาจะรับรู้จากประสบการณ์ว่าความเจ็บป่วยของบุตรจะเกิดผลกระทบต่อมารดา และครอบครัวมาก ดังเช่นการศึกษาของ ปิ่นแก้ว โชติอำนวย (2001) พบว่า จำนวนครั้งของการคลอดก่อนกำหนดมีผลต่อระดับความวิตกกังวล (Shives, 1994: 277; Varcariolis, 1998: 336 – 337)

นอกจากนี้ลักษณะเฉพาะตัวของบุคคลยังเป็นปัจจัยสำคัญ ที่มีผลต่อระดับความวิตกกังวลของแต่ละบุคคล เรียกว่า ความวิตกกังวลแฝง (Trait anxiety) ซึ่งไม่ค่อยมีความเปลี่ยนแปลง แต่จะเป็นตัวเสริมความวิตกกังวลเมื่อบุคคลเผชิญสถานการณ์ที่คุกคาม โดยทั่วไป บุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูงจะแสดงออกถึงความวิตกกังวลขณะเผชิญได้สูงกว่าบุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงต่ำ เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะรับรู้สถานการณ์ว่าเป็นอันตรายและคุกคามได้มากกว่า (Spielberger, 1972) ดังนั้นความวิตกกังวลแฝงของมารดาจะส่งผลต่อระดับความวิตกกังวลของมารดาเมื่อนึกถึงบุตรที่เจ็บป่วยด้วยเช่นกัน

3.3 ปัจจัยในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล

หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด (Intensive Care Unit ; NICU) เป็นหอผู้ป่วยที่รับดูแลทารกแรกเกิดที่มีปัญหาสุขภาพภายหลังคลอด ที่เสี่ยงต่ออันตรายและการสูญเสียชีวิต โดยเฉพาะในทารกที่คลอดก่อนกำหนดและมีปัญหาระบบทางเดินหายใจ แสดงอาการหายใจลำบาก ทารกเหล่านี้จะถูกแยกจากมารดาทันทีหลังคลอด เพื่อรับการรักษาในรูปแบบพิเศษ โดยแพทย์และพยาบาลผู้มีความเชี่ยวชาญ ซึ่งมีความรู้ทางวิชาการเฉพาะด้านและมีประสบการณ์ในการดูแลทารกในภาวะวิกฤตเป็นอย่างดี ในขณะที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด มารดาก็ต้องพักรักษาตัวและฟื้นฟูสภาพร่างกายในหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด เช่นเดียวกัน จึงทำให้มารดาไม่สามารถไปเยี่ยมบุตรได้ ดังนั้นเมื่อมารดามาเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดครั้งแรก ต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่แปลกใหม่ ทำให้มารดามีความวิตกกังวลสูง (Blackburn, 1982)

ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ได้แก่ (Jacopson, 1981: 41 – 43; Mile et al, 1992; Ko, 1998)

1. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด เมื่อมารดาเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด จะพบสิ่งแวดล้อมใหม่ๆที่ไม่คุ้นเคย ได้แก่ เครื่องและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีแสง สัญญาณภาพ และบางครั้งจะมีเสียงเตือนดังเป็นระยะๆ การได้พบเห็นทารกคนอื่นๆที่เจ็บป่วย
2. ปัจจัยด้านสภาพที่ปรากฏและพฤติกรรมของบุตร ได้แก่ การที่บุตรใส่ท่อทางเดินหายใจ การได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ มีท่อระบายออกจากร่างกาย มีบาดแผลหรือเลือดออกจากร่างกาย เป็นต้น การที่บุตรหยุดหายใจ ไม่รู้สึกตัว กระสับกระส่าย แสดงอาการเจ็บปวดหรือร้องไห้ สิ่งเหล่านี้ทำให้มารดามีความวิตกกังวลในระดับสูง มารดาบางรายปฏิเสธที่จะพบเห็นบุตร จากการศึกษาของ Heuver (1993) ในมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด พบว่า มารดาที่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลและอุปกรณ์ต่างๆก่อนจะพบบุตร มีระดับความวิตกกังวลลดลง
3. ปัจจัยด้านกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การดูดนม การฉีดยา การเจาะเลือด และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น
4. ปัจจัยด้านการสื่อสารและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การได้ข้อมูลไม่เพียงพอหรือไม่ชัดเจน ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ หรือพูดเร็วเกินไป ทั้งนี้มาจากลักษณะการสื่อสารของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้มารดาหลังคลอดวิตกกังวลมากขึ้น การพูดคุยของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับบุตร การแสดงสีหน้าท่าทางและการกระทำต่อผู้ป่วยทารก การไม่สนใจบิดามารดา เป็นต้น

5. ปัจจัยด้านการแสดงบทบาทการเป็นมารดา ได้แก่ การไม่ได้สัมผัส อุ้ม โอบ กอดทารกได้ตามต้องการ เพราะข้อจำกัดในกิจกรรมการพยาบาล

6. ด้านกฎระเบียบของโรงพยาบาล ได้แก่ การที่มารดาต้องปฏิบัติตามขั้นตอนกฎระเบียบที่กำหนดไว้ เป็นต้น

หากมารดาประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดขณะมาเยี่ยมบุตรว่าเป็นสิ่งคุกคามต่อความมั่นคงของตนเอง (Meisel, 1991) จะทำให้มารดาเกิดความสับสน วุ่นวาย วิตกกังวล ซึ่งในภาวะที่มารดาวิตกกังวลนี้ ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจและอารมณ์ มีการเปลี่ยนแปลงของแบบแผนการหลับนอน การรับประทานอาหาร (Halm et al, 1993 ; จำลอง และ พรีมเพรา ดิษยวณิช, 2545) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Horn and Tesh (2000) ที่ศึกษาผลกระทบของความเจ็บป่วยวิกฤตต่อครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตพบว่าครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย การนอนหลับและคุณภาพการนอนหลับลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีอาการปวดท้องและไม่สบายท้อง นอกจากนี้ความวิตกกังวลยังส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของมารดา โดยพบว่ามารดาจะมีความวิตกกังวลในระดับปานกลางถึงค่อนข้างมาก (Meisel, 1991) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตอีกหลายการศึกษาพบว่า มารดามีความต้องการในการลดความวิตกกังวลมากที่สุด (Miles, 1983)

3.4 ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger and Gueervero (1982) Spielberger and Krasner (1988) Spielberger and Sydeman (1994) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

3.4.1 ความวิตกกังวลขณะเผชิญ หรือความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety or A-State) เป็นการตอบสนองทางอารมณ์ที่มีความซับซ้อนที่เกิดขึ้นกับบุคคล โดยมีการประเมิน หรือตีความสถานการณ์ในขณะนั้นว่าเป็นอันตรายหรือคุกคาม ทำให้เกิดความตึงเครียดและกลัว ระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้นให้ทำงานมากขึ้น ความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์นี้ ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะคุกคามที่บุคคลนั้นรับรู้ และการตีความว่าสถานการณ์ที่เป็นอันตรายนั้นยังคงอยู่ บุคคลจะมี A-State อยู่ในระดับต่ำเมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่ก่อให้เกิดความเครียด หรืออยู่ในสภาวะแวดล้อมที่เป็นอันตราย แต่ไม่รับรู้ว่ายู่ในภาวะคุกคาม

3.4.2 ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะเฉพาะประจำตัวของบุคคล หรือความวิตกกังวลแฝง (Trait Anxiety or A-Trait) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ทั่วไป ที่ประเมินว่าเป็นอันตราย หรือถูกคุกคาม เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของ

บุคลิกภาพ ความวิตกกังวลในแต่ละบุคคลจะมากหรือน้อยแตกต่างกันไป ผู้ที่มี A-Trait ในระดับสูงอาจรับรู้ถึง สถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอันตรายและกำลังคุกคามตนเองมากกว่าผู้ที่มี A-Trait ต่ำ โดยเฉพาะเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามหรือทำให้รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเอง (Self esteem) และผู้ที่มี A-Trait ในระดับสูงนั้นมีแนวโน้มว่า A-State อยู่ในระดับสูงมากด้วย ความวิตกกังวลแฝงจะส่งผลต่อการตอบสนองต่อสภาวะการณ์ที่ประเมินว่าเป็นอันตรายหรือถูกคุกคามที่เกิดขึ้นตามความรุนแรงของการโต้ตอบต่อความวิตกกังวลตามสภาวะการณ์ที่เพิ่มขึ้นของบุคคลนั้น (Spielberger, 1983)

ความแตกต่างของความวิตกกังวลทั้งสองชนิดนี้ Spielberger (1972) กล่าวว่า A-State เป็นอารมณ์หลายอารมณ์ที่เกิดขึ้นผสมกัน (mixed emotions) เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เป็นภาวะคุกคาม ส่วน A-Trait จะเป็นอารมณ์พื้นฐานบางอารมณ์ที่เกิดขึ้นผสมกันบ่อย ๆ นาน ๆ เข้า จะค่อนข้างเป็นอารมณ์ที่คงที่ของบุคคลนั้น ๆ ในขณะที่ A-State นั้นสามารถเปลี่ยนแปลงได้ (Spielberger, 1983) Spielberger กล่าวว่า ความวิตกกังวลทั้งสองชนิดดังกล่าวมีความสัมพันธ์คือบุคคลที่มีความวิตกกังวลแฝงสูง เมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดความไม่พอใจหรือเป็นอันตราย ความวิตกกังวลแฝงจะเป็นตัวเสริมให้ความวิตกกังวลขณะเผชิญมีความรุนแรงยิ่งขึ้น สำหรับความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากนั้น ถือว่าเป็นความวิตกกังวลขณะเผชิญ หรือความวิตกกังวลตามสถานการณ์ (State Anxiety or A-State) ที่เกิดขึ้นเมื่อมารดาเผชิญสถานการณ์เมื่อมาเยี่ยมทารกที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด

3.5 ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล จะมีระดับความรุนแรงแตกต่างกัน เหตุการณ์ที่มากกระทบก่อให้เกิดผลดีและผลเสียกับบุคคลตามความรุนแรงของแต่ละระดับ ซึ่งสามารถแบ่งได้ 4 ระดับ คือ (Kneisl, 1996; Lee, 1998; Vacarolis, 1998) ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild anxiety) ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับสูง (Server anxiety) และความวิตกกังวลในระดับสูงมาก (Panic anxiety)

ความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้กับบุคคลทั่วไป เริ่มจากความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild anxiety) ทำให้สามารถเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย มีความคิดริเริ่มและเป็นการพัฒนาบุคคล ถ้าความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นสู่ระดับปานกลาง (Modern Anxiety) มีการปรับกลไกและสถานการณ์ตึงเครียดมากขึ้น ทำให้บุคคลรู้สึกไม่พึงพอใจ ต้องปรับตัวอย่างต่อเนื่อง กลับมาสู่ระดับความวิตกกังวลเล็กน้อยได้ ซึ่งระดับความวิตกกังวลปานกลางเกิดขึ้น โดยเฉียบพลันหรือเกิดอย่างเรื้อรังได้ในกรณีที่ไม่สามารถใช้กลไกทางจิตปรับตัวได้ ระดับความวิตกกังวลรุนแรงมากขึ้นในระดับความวิตกกังวลสูง (Server Anxiety) พลังงานที่ถูกครอบงวน ด้วยความวิตกกังวลมากกว่าพลังงานที่เกิด

ควบคู่กับสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคลิกภาพส่วนบุคคลเสียหายที่ไป เกิดความวิตกกังวลในระดับสูงมาก (Panic Anxiety) ซึ่งเป็นภาวะผิดปกติของจิตใจเกิดร่วมกับการเคลื่อนไหวเพิ่มมากขึ้น การรับรู้ลดลง ความคิด สัญชาติญาณเสียไปและความสามารถในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง จนกระทั่งมีอาการเจ็บป่วยทางจิตได้ (Fortinash and Worret, 1996: 228)

ความวิตกกังวลของมารดา โดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด จะมีความวิตกกังวลและความกลัวมากที่สุด (Blackburn and Lowen, 1986) และส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง (Gennaro, 1986; ปาริชาติ ศิลปะระเสริฐ, 2542)

3.6 ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวล จะมีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เพื่อตอบสนองของความวิตกกังวลทั้งด้านร่างกาย และจิตใจดังนี้ (Stuart and Sundeen, 1983: 348 – 350; สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2528: 171 - 175)

3.6.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย (Physiologic or somatic response)

เกิดจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น ทำให้เกิดการเตรียมพร้อมของร่างกายในการที่จะสู้ หรือจะหนี เพื่อตอบสนองต่อความตึงเครียดที่เกิดขึ้น อาการและอาการแสดง ได้แก่ หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น การหายใจเร็วขึ้น ม่านตาขยายใหญ่ขึ้น ปากแห้ง ความอยากอาหารลดลง เหงื่อออก นอนไม่หลับ ปัสสาวะบ่อย

3.6.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ (Affective response)

ความวิตกกังวลที่รุนแรงจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (Behavioral response) เมื่อมีความวิตกกังวลจะมีการปรับเปลี่ยนเพื่อลด หรือขจัดความวิตกกังวลออกไป โดยแสดงออกทางพฤติกรรม เช่น หงุดหงิด โมโหง่าย กังวล อึดอัด ไม่สบายใจ แสดงสีหน้าวิตกกังวล กระสับกระส่าย หลบตาหรือพยายามหลบหนี ไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ หรืออาจมีพฤติกรรมซ่อนเร้น เช่น รู้สึกขุ่นเคือง ไม่เป็นมิตร การเก็บกอดความรู้สึกไว้ภายใน และกลายเป็นการซึมเศร้า มีพฤติกรรมถอยหนี

2. การรับรู้ลดลง เมื่อเกิดความวิตกกังวล การรับรู้จะถูกจำกัดให้แคบลง อยู่ในขอบเขตของสิ่งกระตุ้นที่ตนกำลังสนใจ สิ่งกระตุ้นที่นอกเหนือจากขอบเขตจะถูกขจัดออกไป ทำให้ขาดความตั้งใจการตัดสินใจผิดพลาด และสับสนและความคิดหยุดชะงัก

3. สูญเสียสมาธิ สติ ความวิตกกังวลที่รุนแรงประสาทสัมผัสทั้ง 5 จะทำหน้าที่ไม่ได้เต็มที่ การรับรู้จะน้อยมากอาจแสดงความก้าวหน้าอย่างรุนแรงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง และบุคคลอื่นได้เนื่องจากขาดสติไตร่ตรองสภาวะที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ ความวิตกกังวลทำให้บุคคลมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงเร็ว ไวต่อสิ่งกระตุ้น โดยจะแสดงอารมณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่ อารมณ์โกรธ หงุดหงิด โมโหง่าย ชุนเคืองและใช้กลไก การป้องกันตัวมากเกินไปอย่างไม่เหมาะสม เช่น กล่าวโทษผู้อื่น อ้างเหตุผลเข้าข้างตัว ปฏิเสธ ลงโทษตนเอง เป็นต้น

ความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อมารดาร่างกายและจิตใจ ความวิตกกังวลทำให้มารดา มีความรู้สึกโกรธง่าย สมาธิสั้น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการติดต่อสื่อสารและการเรียนรู้ต่างๆ นอกจากนี้ยังมีผลต่อการนอนหลับและความอยากอาหาร (Steele, 1987; จำลอง และ พิริมเพรา ดิษยวณิช, 2545) นอกจากนี้ความวิตกกังวลของมารดา ยังส่งผลกระทบต่อทารกด้วย จากการศึกษาพบว่า ความวิตกกังวลทำให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของมารดาลดลง (Shellaberger, 1993) Mercer กล่าวว่าความกลัวและความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วย มีผลต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในด้านปฏิสัมพันธ์กับทารก ส่วน Avant ศึกษาผลของความวิตกกังวลของมารดา พบว่า มารดาที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีสัมพันธภาพกับทารกน้อย ก่อให้เกิดปัญหาที่ตามมาเกี่ยวกับ เด็กมีภาวะอารมณ์เจริญเติบโตไม่สมวัย การกระทำทารุณกรรม เด็กการทอดทิ้งเด็ก เป็นต้น (Mercer, 1981 and Avant, 1981 อ้างถึงใน ปริชาติ ศิลปะระเสริฐ, 2542) Shields-Pole (1997) ศึกษาความวิตกกังวลในมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดและเจ็บป่วย ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด พบว่า มารดาที่มีความวิตกกังวลจะส่งผลกระทบต่อการสร้างสัมพันธภาพ รวมทั้งพัฒนาการและการเจริญเติบโตของทารกในอนาคต ทั้งนี้ ศรีโสภา แห่งทองคำ (2533) ศึกษามารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด พบว่า มารดาที่มีความวิตกกังวลสูง จะมีการปรับตัวในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาไม่ดี นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาผลของความวิตกกังวลของมารดาและพบว่า มารดาบางรายมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ต่อการเจ็บป่วยของบุตรอย่างรุนแรง อาจตามมาด้วยการละทิ้งบุตร หรือกระทำการทารุณต่อบุตร ภายหลังได้ (ปริชาติ ศิลปะระเสริฐ, 2542)

3.7 การประเมินความวิตกกังวล

การประเมินความวิตกกังวลสามารถทำได้หลายวิธี ได้แก่ การรับฟังและการพูดคุย การถามคำถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการใช้เครื่องมือในการประเมิน (Shuldham et al., 1995) เมื่อบุคคลมีความวิตกกังวลเกิดขึ้น อาการและอาการแสดงของความวิตกกังวลจะแสดงออกได้ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และพฤติกรรม (Smeltzer and Bare, 2000) การประเมิน

ความวิตกกังวลนั้นจึงสามารถประเมินได้ทั้งทางสรีรวิทยา ประเมินด้วยตนเอง และประเมินได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกมา ดังนี้

3.7.1 การประเมินจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measure of anxiety) ได้แก่ การวัดความดันโลหิตแดงเฉลี่ย (MAP) อัตราการเต้นของหัวใจ (Carpenito, 1993 cited in Shuldham et al., 1995) การวัดปริมาณการมีเหงื่อออกที่มือ (palmar sweat) โดยใช้เครื่อง Servo-Med Evaporimeter นอกจากนี้ ยังมีการวัดระดับ Catecholamines ใน plasma และปัสสาวะระดับ cortisol ใน plasma และการตอบสนองของผิวหนังต่อการกระตุ้นด้วยกระแสไฟฟ้า (Shuldham et al., 1995) การวัดทางสรีรวิทยานี้ค่อนข้างทำได้ลำบาก เนื่องจากเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายหรืออารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ อาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาได้เช่นเดียวกัน (Grimm, 1997) ดังนั้น ระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

3.7.2 การประเมินด้วยตนเอง (Self-report measure of anxiety) เป็นการประเมินความวิตกกังวลด้วยตัวบุคคลเองนั้น ได้แก่

1. มาตรฐานวัดความวิตกกังวล (Visual analogue scale) เป็นการประเมินระดับของความรู้สึกที่แสดงถึงความวิตกกังวล ได้แก่ ความหวาดกลัว ความตึงเครียด ความหวาดหวั่น หรือความกังวล มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความยาว 100 มิลลิเมตร หรือ 10 เซนติเมตร วาดลงบนกระดาษ A4 ปลายสุดทางด้านซ้ายมือจะตรงกับความรู้สึกไม่มีความวิตกกังวล และเพิ่มมากขึ้นไปทางขวามือ ตำแหน่งปลายสุดทางขวามือจะตรงกับความรู้สึกมีความวิตกกังวลมากที่สุด ผู้ที่ทำแบบประเมินนี้จะทำเครื่องหมายกากบาทลงบนเส้นตรงตามระดับความวิตกกังวลที่มีอยู่ของบุคคลนั้น (Brown, 1990; Garberson, 1991) แบบประเมินนี้สามารถทำได้ง่าย แต่ในการวัดซ้ำอาจไม่ใช่ความรู้สึกที่แท้จริง เพราะผู้ที่ทำแบบประเมินอาจจำได้ว่าครั้งแรกเคยทำเครื่องหมายไว้ที่ตำแหน่งใด (Brown, 1990)

2. Taylor Manifest Anxiety Scaled สร้างขึ้นโดย Taylor (1950 cited in Grimm, 1997) ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อที่เลือกมาจากแบบประเมินบุคลิกภาพ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) ให้ตอบว่าถูกหรือผิดในแต่ละข้อคำถาม แบบวัดนี้เริ่มแรกใช้ในกลุ่มนักเรียนในวิทยาลัย และป่วยทางจิต แต่ต่อมาได้นำมาใช้กับผู้ใหญ่โดยทั่วไป

3. Anxiety Status Inventory (ASI-SAS) พัฒนาโดย Zung (1971 cited in Grimm, 1997) ASI ประกอบด้วย 2 แบบวัด คือ ASI และ Self-rating Anxiety Scaled (SAS) ทั้งสองแบบวัดนี้ ใช้ประเมินความวิตกกังวลของผู้ป่วยทางจิตในคลินิก แต่มีรายงานว่าสามารถใช้ได้กับบุคคลที่ไม่มีอาการทางจิตได้เช่นกัน (Grimm, 1997)

4. State-Trait Anxiety Inventory (STAI) พัฒนาขึ้นโดย Spielberger และคณะ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 และปรับปรุงแก้ไขใหม่ในปี ค.ศ. 1983 แบบวัดนี้จะวัดแยกประเมิน ความวิตกกังวลขณะเผชิญและความวิตกกังวลแฝง แบบวัดแต่ละชนิดประกอบไปด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เลือกตอบได้ 4 คำตอบ จากไม่มีความรู้สึกนั้นเลย จนถึงมีมากที่สุด (Spielberger and Vagg, 1995) ใช้ได้แพร่หลายในบุคคลหลายกลุ่ม (Grimm, 1997) ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ นั้นเป็นที่ยอมรับ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg and Jacobs, 1983 cited in Leske, 1996) และยังไม่พบปัญหาการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger and Krasner, 1988)

3.7.3 การประเมินจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measure of anxiety) ได้แก่ แบบบันทึกเพื่อสังเกตพฤติกรรมที่สร้างโดย Graham and Conley (1971) จะประเมินเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออกทางด้านพฤติกรรม เช่น กัดเล็บ หรือกัดปาก มือ สั่น กระสับกระส่าย การแสดงออกทางการพูด เช่น พูดเร็วขึ้น พูดตะกุกตะกัก พูดเสียงดังหรือเสียง แหลุม การแสดงออกทางสีหน้าที่แสดงถึงความตึงเครียด ร้องไห้ หรือยื่นกอดอก

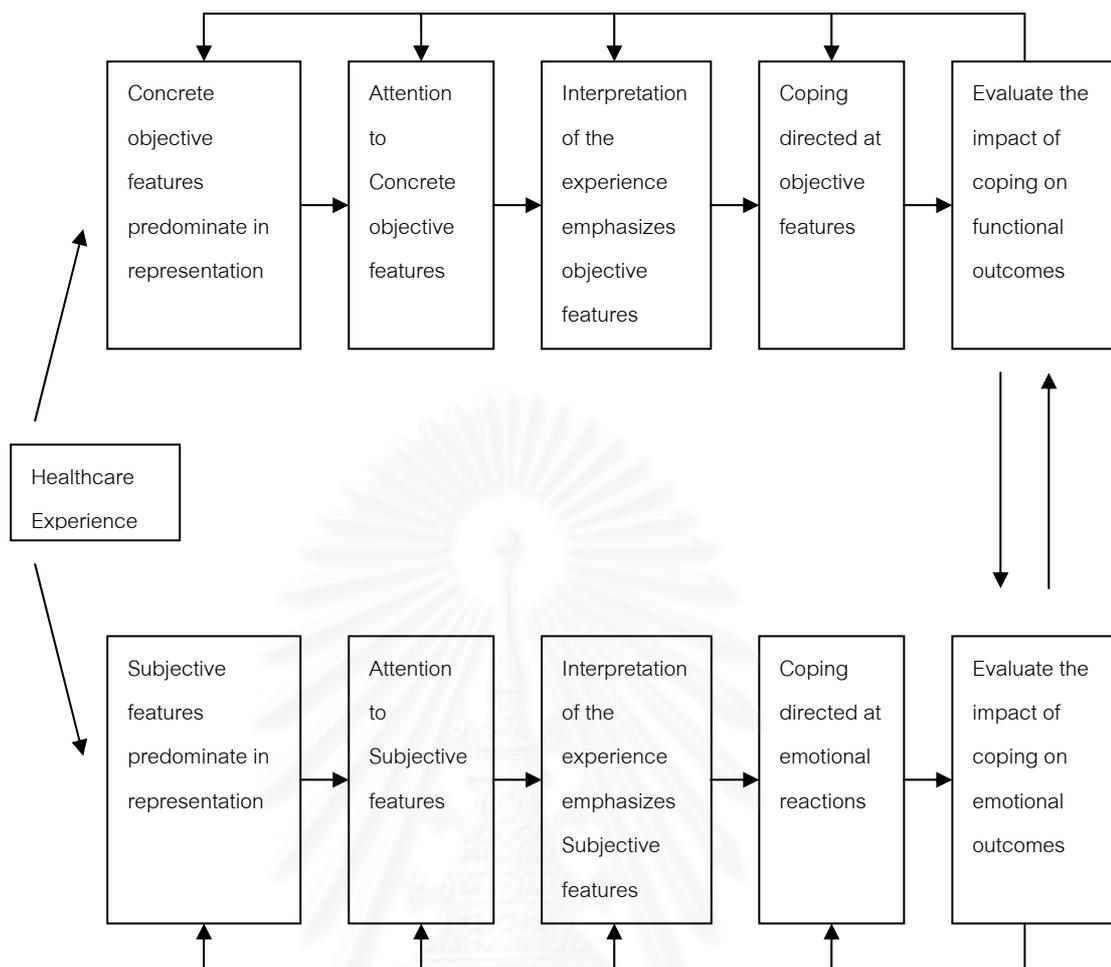
การประเมินความวิตกกังวลนั้น อาจประเมินได้จากวิธีใดวิธีหนึ่ง หรือหลายวิธีร่วมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษา สำหรับการศึกษาคั้งนี้ ใช้แบบวัดความวิตกกังวลเลือก เฉพาะ Subcale ของ The State-Trait Anxiety Inventory ชื่อ STAI Form Y-1 ของ Spielberger แปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพียร วัฒนกุล เป็นแบบประเมิน A-State หรือความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ประเมินเพื่อวัดความวิตกกังวล ของมารดาเมื่อนึกถึงทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่ต้องเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด แบบวัดมีความเหมาะสมเนื่องจากฉบับ ภาษาไทยได้มีการทดสอบในกลุ่มมารดาผู้ปกครอง ได้ค่าความเที่ยง .76-.89 และแบบวัดฉบับ ภาษาอังกฤษมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเป็นที่ยอมรับ และยังไม่พบปัญหาการใช้ แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม

4. ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory)

ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation theory) ของ Johnson (1999) เป็นทฤษฎี ทางความคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีกระบวนการให้ข้อมูล ของ Leventhal และ Johnson (1983) อธิบายถึงกระบวนการคิดเมื่อบุคคลได้รับกระบวนการให้ข้อมูล ที่มีเนื้อหาครอบคลุมสิ่งแวดล้อม ทั้งภายในและภายนอกของตัวบุคคล ซึ่งรวมกันเป็นเรื่องราวของข้อมูลในความจำ นำไปสู่แบบ แผนทางความคิด และใช้ความคิดนั้นเป็นตัวกำหนดการตอบสนองและแสดงพฤติกรรม Johnson

(1999) ได้เสนอแนวคิด ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation theory) ว่า ในกระบวนการควบคุมตนเองของมนุษย์ที่จะปรับตัวเพื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามในการมารับบริการทางสุขภาพนั้น เชื่อว่า การแปลประสบการณ์ของแต่ละบุคคลไม่เหมือนกัน โดยผู้ป่วยจะตัดสินใจว่าจะจัดการกับเหตุการณ์นั้นอย่างไร และตัดสินใจว่าผลที่เกิดขึ้นตามมาผู้ป่วยจะพึงพอใจอย่างไร ผู้ให้บริการทางสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อการแปลผลของผู้ป่วยและเข้าถึงการเผชิญปัญหา รวมทั้งการลงความเห็นและการตัดสินใจว่าจะชักนำให้พฤติกรรมของเขาออกมาเป็นอะไร

กระบวนการของทฤษฎีการควบคุมตนเองนั้น แสดงให้เห็นแบบแผนของการเผชิญปัญหาเมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม หรือสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความตึงเครียด บุคคลจะมีการควบคุมตนเองโดยการปรับตัวใน 2 แนวทาง แนวทางหนึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการตอบสนองทางหน้าที่ (Regulation of Functional responses) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้หรือสนใจกับลักษณะแบบรูปธรรม – ปรนัย (Concrete-Objective features) ซึ่งเป็นลักษณะที่มีความชัดเจนตรงไปตรงมาของประสบการณ์หรือเหตุการณ์ ทำให้บุคคลได้รับรู้ในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญล่วงหน้าเข้าใจเหตุการณ์ที่กำลังจะประสบและเตรียมเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม อีกแนวทางหนึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการตอบสนองทางอารมณ์ (Regulation of Emotional Response) เกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้หรือสนใจกับลักษณะแบบอัตนัย (Subjective features) คือ ลักษณะที่มีดีอารมณ์ความรู้สึกเข้ามาเกี่ยวข้องของประสบการณ์หรือเหตุการณ์ ทำให้บุคคลมีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์และความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ เช่น มีความวิตกกังวล ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา กระบวนการทั้ง 2 แนวทางนี้ สามารถช่วยบุคคลในการเผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคาม หรือสถานการณ์ที่เต็มไปด้วยความตึงเครียด ซึ่งแต่ละแนวทางจะเป็นอิสระต่อกัน เกิดขึ้นในรูปแบบขนานกัน (Leventhal and Johnson, 1983) ทั้งสองแนวทางจะเกิดขึ้นในระหว่างที่บุคคลเผชิญเหตุการณ์ที่คุกคาม บุคคลสามารถที่จะเลือกใช้แนวทางในการเผชิญกับสถานการณ์แนวทางใดแนวทางหนึ่งมากกว่าอีกแนวทางหนึ่งได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะหรือแง่มุมของประสบการณ์ที่บุคคลรับทราบและเลือกที่จะให้ความสนใจ กระบวนการจะเกิดความสมดุลในการถอยกลับและไปข้างหน้าระหว่างสองแนวทาง ในลักษณะแปรผกผันกัน กล่าวคือ ถ้าบุคคลให้ความสนใจลักษณะใดลักษณะหนึ่งมากจะทำให้สนใจอีกลักษณะหนึ่งน้อยลงดังแผนผัง



แผนภูมิที่ 1 รูปแผนผังแสดงทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation theory) ของ Johnson (1999)

แผนผังแสดงทฤษฎีการควบคุมตนเอง แสดงให้เห็นพลวัตของกระบวนการคิด ทฤษฎีการควบคุมตนเองมีข้อเสนอแนะว่า บุคคลควรจะเลือกปรับตัวเองในการเผชิญสถานการณ์ที่สอดคล้องกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเข้าใจเดิม นั่นคือ ถ้าบุคคลรู้สึกว่าการเผชิญสถานการณ์ต่าง ๆ ในอดีตได้ผลสำเร็จ เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์นั้นอีกก็จะนำวิธีการเผชิญสถานการณ์นั้นมาใช้ ซึ่งการที่ทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดทันทีหลังคลอด ต้องแยกจากมารดา เป็นสถานการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และถือว่าเป็นภาวะคุกคามของมารดา ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้มารดาเกิดการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆที่ต้องเผชิญเมื่อมาเยี่ยมบุตร ซึ่งไม่เคยพบเจอกันมาก่อนอย่างชัดเจน ตรงไปตรงมา เพื่อให้มารดาความเข้าใจในสถานการณ์ที่กำลังจะประสบและเตรียมเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม

4.1 การควบคุมการตอบสนองทางหน้าที่ (Regulation of Functional Responses)

การควบคุมการตอบสนองทางหน้าที่ เป็นกระบวนการที่เกิดจากการรับรู้ลักษณะของสถานการณ์หรือประสบการณ์แบบรูปธรรม – ปรนัย โดยเนื้อหาของข้อมูลที่มีลักษณะแบบรูปธรรม – ปรนัย ที่ควรได้รับ ประกอบด้วย

1) **ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น (Physical sensation)** ประสาทสัมผัสที่กล่าวมาคือ ประสาทสัมผัสทางด้านร่างกายเป็นสิ่งที่ต้องพบเห็น ได้กลิ่น ได้ยิน รู้สึกสัมผัส และลิ้มรส

2) **ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ (Temporal features)** กล่าวคือ ลักษณะเฉพาะตามช่วงเวลาและลำดับเหตุการณ์

3) **ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม (Environmental features)** กล่าวคือ ลักษณะสภาพแวดล้อมรวมไปถึงลักษณะเฉพาะของห้องที่ทำกิจกรรมและผู้คนในสิ่งแวดล้อมนั้น

4) **ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์ (Causes of sensation)** กล่าวคือ สาเหตุของประสาทสัมผัสต้องอธิบายให้บุคคลชัดเจน แต่การป้องกันการแปลความหมายผิด ควรบอกสาเหตุของขนาดของผลกระทบหรือลักษณะต่างของประสบการณ์

การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย จะทำให้ผู้ป่วยจะมีภาพรวมของความคิด มีความรู้ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามกรอบแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีอยู่เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ซึ่งสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่ได้รับรู้มาก่อนผู้ป่วยจะสามารถแปลความหมายของเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน ปราศจากความคลุมเครือ และเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมเหตุการณ์คุกคามที่ผ่านเข้ามาได้ ทำให้ควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านหน้าที่ได้และแสดงออกทางพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ

การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่จะเผชิญในลักษณะแบบรูปธรรม – ปรนัย จะสามารถช่วยให้บุคคลพึงความสนใจไปที่ลักษณะแบบรูปธรรม - ปรนัยในระหว่างเผชิญกับเหตุการณ์นั้นมากยิ่งขึ้น ทำให้บุคคลสามารถวางแผนและนำวิธีการในการเผชิญสถานการณ์มาใช้ให้เหมาะสมได้ เช่น การแนะนำการเผชิญปัญหา การอธิบายเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ได้รับการคุกคาม คือความเจ็บปวดจากการขยายตัวของผ้าพันแขนในขณะวัดความดันโลหิต โดยเตรียมกลุ่มทดลองด้วยการอธิบายลักษณะที่เป็นรูปธรรม – ปรนัยของประสบการณ์ การรับรู้ทางประสาทสัมผัสของร่างกายและอาการแสดง จะช่วยลดความตึงเครียดจากการปวด ผลการทดลองพบว่า กลุ่มที่ได้รับการอธิบายถึงการรับรู้ทางประสาทสัมผัสอย่างสมบูรณ์ (Johnson and Rice, 1974) ผลการทดลองนี้

สนับสนุนว่าการอธิบายประสบการณ์ที่กำลังจะเกิดขึ้นในลักษณะแบบรูปธรรม – ปรนัยบางส่วน ก่อให้เกิดประโยชน์ในการเผชิญปัญหาด้วยประสบการณ์ที่ให้ ดังนั้นการอธิบายข้อมูลที่คล้ายคลึงกับประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจะช่วยให้การตอบสนองให้เป็นไปตามการอธิบายสิ่งที่จะเปลี่ยนแปลง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการเตรียมความคาดหวังการดูแลสุขภาพสำหรับเหตุการณ์ของผู้ป่วยในเส้นทาง การควบคุมการตอบสนองทางหน้าที่เป็นการอธิบายลักษณะที่สำคัญของประสบการณ์ในการแสดงออก ตัวอย่างเช่น การให้บุคคลรับรู้และมีความเข้าใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญนั้นมาก่อน ซึ่งถือว่าเป็นประสบการณ์อย่างหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อแบบแผนความรู้ความเข้าใจของบุคคล ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีลักษณะเป็นแบบรูปธรรม – ปรนัย ประกอบด้วย ข้อมูลที่บอกถึงความรู้สึกต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากประสาทสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ การรับรส สัมผัส กลิ่น เสียง และการมองเห็นภาพที่เกี่ยวข้องกับขั้นตอนการตรวจรักษาต่าง ๆ สาเหตุของการเกิดความรู้สึกนั้น ๆ จากเหตุการณ์ที่เผชิญ ความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสทางกายประกอบด้วยความรู้สึกบริเวณที่เกิดในร่างกาย และระยะเวลาในการเกิดเกี่ยวโยงถึงส่วนอื่น ๆ หรือสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่อธิบายถึงรายละเอียด เหตุผลของการเกิดเหตุการณ์ ลำดับเหตุการณ์ ขั้นตอนการตรวจรักษา เวลาที่เกิด และช่วงเวลาที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเหตุการณ์นั้น ข้อมูลที่อธิบายถึงสภาพแวดล้อมบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยลักษณะเนื้อหาของข้อมูลนั้น ต้องเป็นจริง เห็นเป็นรูปธรรม ตรงไปตรงมา ไม่ใส่ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไป ภาษาที่ใช้เข้าใจง่ายไม่สับสน เหมาะกับวัยและพัฒนาการของผู้รับข้อมูล

4.2 การควบคุมการตอบสนองทางอารมณ์ (Regulation of Emotional Response)

การควบคุมการตอบสนองทางด้านอารมณ์ เป็นกระบวนการที่เกิดจากการรับรู้ลักษณะของสถานการณ์หรือประสบการณ์แบบอัตโนมัติ มีลักษณะอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลลงไป ในสถานการณ์หรือเหตุการณ์นั้น ทำให้แสดงปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ออกมา เช่น ความวิตกกังวล ความไม่พึงพอใจ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

การให้ข้อมูลที่มีลักษณะแบบอัตโนมัติ จะทำให้ผู้ป่วยมีภาพรวมของความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และแปลความหมายของเหตุการณ์ตามความรู้ ความเข้าใจที่มีอยู่ ไปในทางที่มากเกินไปจนความเป็นจริง ใช้ความรู้สึกของตนเองในการเผชิญกับสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์เดิม และพัฒนาการของผู้ป่วย เมื่อบุคลากรพยาบาลเน้นให้บุคคลสนใจประสบการณ์ที่มีลักษณะเป็นอัตโนมัติ ผู้ป่วยจะสนใจในการตอบสนองทางอารมณ์ต่อประสบการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการจดจำเกี่ยวกับการตอบสนองทางอารมณ์นั้นไว้ เมื่อผู้ป่วยเผชิญกับสถานการณ์จริง ผู้ป่วยก็จะดึงประสบการณ์ในอดีตออกมาใช้ เขาก็มีแนวโน้มที่จะแปลประสบการณ์ของเขาในเวลาต่อมาว่ามีความไม่มั่นคงและมีการตอบสนองทางอารมณ์เกิดขึ้น นั่น

คือ เมื่อผู้ป่วยให้ความสนใจแนวทางในการเผชิญกับสถานการณ์ทางด้านอัตรานัยมากกว่า ก็แสดงการตอบสนองทางด้านอารมณ์ออกมา ทำให้การควบคุมการตอบสนองทางหน้าที่มีน้อยลง ถ้าพยาบาลให้ผู้ป่วยบรรลุถึงลักษณะทางอารมณ์ไม่ถูกต้อง จะยิ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกใช้แนวทางที่จะควบคุมการตอบสนองทางอารมณ์มากยิ่งขึ้น เป็นการกระตุ้นให้บุคคลแสดงการตอบสนองทางด้านอารมณ์ไปในทางที่แย่งกว่าเดิม ยกตัวอย่างเช่น หลังจากที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด ผู้ป่วยอาจรู้สึกกังวลใจและเริ่มพยายามที่จะเบี่ยงเบนความสนใจจากความวิตกกังวลโดยการดูโทรทัศน์ แต่พบว่าความวิตกกังวลไม่ลดลง จึงมองหาวิธีการอื่นที่จะช่วยลดความวิตกกังวล และจะประเมินว่าปริมาณของความวิตกกังวลไม่ลดลง จึงมองหาวิธีการอื่นที่จะช่วยลดความวิตกกังวล และจะประเมินว่าปริมาณของความวิตกกังวลว่ามีผลต่อการแสดงออกทางด้านอารมณ์ จึงพยายามมองหาวิธีการอื่นต่อไปจนกระทั่งถึงลักษณะการตอบสนองทางอารมณ์นั้นพอเพียงและบรรลุผล ซึ่งจะเพิ่มความรุนแรงมากยิ่งขึ้นการแสดงออกทางด้านอารมณ์ก็จะมีผลทางลบมากขึ้น

5. การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ประณัยแก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก

การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ และการสอน เป็นบทบาทหน้าที่โดยตรง และเป็นหน้าที่ที่สำคัญของพยาบาล พยาบาลจะต้องมีการติดต่อข้อมูลข่าวสารกับบุคคลที่เกี่ยวข้องตลอดเวลา การสื่อสารที่ดีถือเป็นรากฐานสำคัญมากในการสร้างสัมพันธระหว่างบุคคล ช่วยทำให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง (ชิษณุ พันธุ์เจริญ และคณะ, 2548) โดยเฉพาะกับมารดาทารกก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่ทารกต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด การให้ข้อมูลข่าวสารจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

การให้ข้อมูลโดยการเตรียมความพร้อมมารดา ก่อนการเข้าเยี่ยมบุตร เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดประสบการณ์ สามารถช่วยให้เกิดการเรียนรู้ นำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เพื่อนำมาวิเคราะห์ ประเมินภาวะคุกคาม และหาแนวทางแก้ไข การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ ข้อมูลที่เพียงพอ และข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ เป็นวิธีการสำคัญในการให้การพยาบาลทางจิตสังคมแก่มารดาทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชอลดา พันธุ์เสนา, 2536) เนื่องจากจะช่วยให้มารดาแปลความหมายต่อสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นในช่วงเวลานั้นได้อย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริง ตลอดจนพิจารณาหาแนวทางที่จะเผชิญต่อภาวะคุกคามที่เหมาะสม ตามความสามารถของตนเองเป็นการล่วงหน้า ความสับสน ไม่นั่นใจ ตื่นตระหนก หรือความวิตกกังวลก็จะลดลง (Miller et al, 1990)

5.1 ความหมายของข้อมูล

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่ถือ หรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริง สำหรับใช้เป็นหลัก อธิบายความจริง หรือคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530)

การให้ข้อมูล หมายถึง กระบวนการถ่ายทอดเนื้อหา ความรู้ หรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้เกิดประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ สามารถคิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหาได้ (ปริญญา ประสานจิต, 2541)

ข้อมูลแบบรูป – ธรรมปรนัย หมายถึง การถ่ายทอดเนื้อหา ที่มีความชัดเจนตรงไปตรงมา ของประสบการณ์หรือเหตุการณ์ เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ เนื้อหาที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม และสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์ ทำให้บุคคลได้รับรู้ในสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ ล่วงหน้าเข้าใจเหตุการณ์ที่กำลังจะประสบและเตรียมเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม (Johnson, 1999)

สรุปการให้ข้อมูลแบบรูป – ธรรมปรนัย หมายถึง การถ่ายทอดเนื้อหาข้อเท็จจริง ที่มีความชัดเจนตรงไปตรงมาของประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่ต้องประสบ เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ เนื้อหาที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม และสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์นั้น

ลักษณะข้อมูลที่ดีจะต้องเป็นรูปธรรม – ปรนัย (Concrete-Objective Information) เพราะ จะช่วยให้ผู้รับสารรับรู้สถานการณ์ตรงกับความเป็นจริง ตรงไปตรงชัดเจนมากที่สุด เนื่องจากเป็น การสื่อสารข้อมูลผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า สามารถทำให้เห็นภาพเข้าใจความรู้สึกของตนเองและ แนวทางการปฏิบัติตัวไปพร้อมๆกัน (1999) การที่จะสื่อสารข้อมูลจะต้องคำนึงถึงคุณภาพของการ สื่อสาร ว่าเป็นไปตามจุดมุ่งหมายหรือไม่ เพียงใด เพราะหากไม่เป็นไปตามจุดมุ่งหมาย หรือขาด คุณภาพ จะได้พิจารณาแก้ไข ปรับปรุงจุดบกพร่อง เพื่อป้องกันความผิดพลาด อันอาจมีผลให้ มารดาไม่สามารถคลายความวิตกกังวล และปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ทำให้ทารกอาจได้รับการ ดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ

5.2 ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เกี่ยวกับสถานการณ์ที่มารดาทารกคลอดก่อน กำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากจะต้องเผชิญเมื่อมาเยี่ยมบุตร

ลักษณะข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยของสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่มารดาทารกคลอด ก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากจะต้องเผชิญเมื่อมาเยี่ยมบุตร จะต้องครอบคลุม 4 องค์ประกอบ คือ 1) ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่มารดาจะต้องเผชิญจากการรับรู้ทางประสาทสัมผัส (Physical sensation) ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัสของมารดา เมื่อเข้าไปเยี่ยมบุตรใน

หออผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด 2) ข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น (Temporal features) เมื่อมารดามาเยี่ยมทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่หออผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ตั้งแต่มาถึงหออผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดจนเสร็จสิ้นการเยี่ยม 3) ข้อมูลที่อธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมของหออผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด รวมไปถึงลักษณะบุคลากรในหออผู้ป่วยนั้น (Environmental features) ที่มารดาจะต้องพบเจอเมื่อมาเยี่ยมทารก และ 4) ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและประสบการณ์นั้น (Causes of sensation) (Johnson, 1999) และเนื้อหาของข้อมูลของสถานการณ์ต่างๆขณะเข้าเยี่ยมจะครอบคลุมปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลของมารดาขณะเข้าเยี่ยมบุตรในหออผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ได้แก่

1. สภาพแวดล้อมในหออผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โดยอธิบายสิ่งแวดล้อมทั้งที่เป็นสถานที่ สิ่งของ เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และตัวบุคคล (Environmental features) ตามการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของมารดา ด้านการมองเห็น การได้ยิน และการรับรู้จากการสัมผัส (Physical sensation) พร้อมทั้งอธิบายสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัสนั้น (Causes of sensation) เช่น รอบๆเตียงของเด็ก มีอุปกรณ์การแพทย์อยู่จำนวนมาก เพื่อใช้ในการดูแลรักษาเด็ก เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำปกติไม่มีเสียงดัง แต่เสียงสัญญาณจะดังเมื่อน้ำเกลือไม่ไหล เมื่อมีเสียงสัญญาณดังขึ้น พยาบาลจะเข้ามาแก้ไขจนเสียงสัญญาณหยุดดัง และน้ำเกลือไหลได้ตามปกติ อากาศภายในหออผู้ป่วยเย็นกว่าอากาศภายนอก เนื่องจากภายในหออผู้ป่วยมีการติดเครื่องปรับอากาศ เป็นต้น และข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั้งหมดพยาบาลจะอธิบายมารดาต่อเนื่อง ตามลำดับเหตุการณ์ที่มารดาจะต้องพบเมื่อมาเยี่ยมบุตร (Temporal features) ตั้งแต่สภาพแวดล้อมหน้าหออผู้ป่วย ในหออผู้ป่วย และส่วนย่อยอื่นๆภายในหออผู้ป่วยตามลำดับเหตุการณ์ก่อนหลัง จนกระทั่งมารดาเดินทางกลับ

2. สภาพที่ปรากฏและพฤติกรรมของบุตร โดยอธิบายตามการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของมารดา ด้านการมองเห็น (Physical sensation) ตั้งแต่สภาพแวดล้อมรอบๆตัวบุตร (Environmental features) ลักษณะของทารกคลอดก่อนกำหนดตั้งแต่ศีรษะจรดปลายเท้าตามลำดับ (Temporal features) เช่น เด็กจะตัวเล็กและผอม มือเท้าเล็ก นิ้วมือนิ้วเท้าเล็ก แขน ขา ยาวเมื่อเทียบกับลำตัว มีกล้ามเนื้อน้อย ส่วนหัวจะใหญ่กว่าลำตัว มีผมเส้นเล็กๆและอ่อนนุ่ม ตา ปิดเกือบตลอดเวลา เปลือกตาบวมและนูนออกมา ผิวหนังจะบางใส มองเห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังชัดเจน และเด็กที่สามารถหายใจได้เองแต่หายใจเร็ว จะได้รับการรักษาโดยการให้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ มีลักษณะเป็นกล่องสี่เหลี่ยมใส ครอบหัวเด็กไว้ ภายในมีออกซิเจนที่ส่งมาจากท่อสายยาง ที่ต่อกับเครื่องส่งออกซิเจน ช่วยให้เด็กได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจและปริมาณออกซิเจนในร่างกาย มีลักษณะเป็นสี่เหลี่ยม

แบนๆขนาดเล็ก วางอยู่บนรถเข็นเล็กๆปลายเตียงของเด็ก ที่หน้าจอภาพ มีตัวเลขที่มีแสงสว่างบอกอัตราการเต้นของหัวใจและปริมาณออกซิเจนในเลือดของเด็กตลอดเวลา จากตัวเครื่องจะมีสายต่อไปยังตัวเด็ก ตรงปลายมีลักษณะเป็นปุ่มเล็กๆ มีสัญญาณไฟกระพริบสีแดง พันด้วยพลาสติกติดไว้ที่เท้าหรือมือของเด็ก ซึ่งเครื่องมือเหล่านี้ไม่ได้ทำให้เด็กเจ็บปวด หรือมีรอยไหม้แต่อย่างใด เป็นต้น

3. กิจกรรมการพยาบาล โดยอธิบายตามการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของมารดา ด้านการมองเห็น (Physical sensation) ได้แก่ การดูดนม การฉี่ฉาย การเจาะเลือด และการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ เป็นต้น

4. การสื่อสารและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ โดยอธิบายตามการรับรู้ทางประสาทสัมผัสของมารดา ด้านการมองเห็นและการได้ยิน (Physical sensation) เช่น การที่มารดาได้ยินศัพท์ทางการแพทย์ หรือพยาบาลพูดเร็วเกินไป มารดาสามารถสอบถามได้ตลอดเวลา เป็นต้น

5. การแสดงบทบาทการเป็นมารดา โดยพยาบาลอธิบายตามเหตุการณ์ที่มารดาจะประสบเมื่อมาเยี่ยมบุตร ได้แก่ การสัมผัสพูดคุย การทำความสะอาดร่างกายเมื่อเปียกชื้น พร้อมทั้งขั้นตอนวิธีปฏิบัติในการดูแลบุตรตามเหตุการณ์นั้นๆ (Temporal features) เช่น คุณแม่สามารถใช้มือที่ล้างทำความสะอาดแล้ว สัมผัสลูกเบาๆได้ทั่วตัว เช่น ลูกที่ศีรษะ สัมผัสลำตัว สัมผัสมือและแขน สัมผัสเท้าและขา เมื่อเด็กถ่ายอุจจาระ หรือปัสสาวะ พยาบาลจะเปลี่ยนผ้าอ้อมและทำความสะอาดอวัยวะให้ ถ้าในขณะที่คุณแม่อยู่กับลูก คุณแม่ก็สามารถเปลี่ยนผ้าอ้อมและเช็ดทำความสะอาดอวัยวะของลูกได้ ตามขั้นตอนดังนี้ ซุปส์ลี้ด้วยน้ำอุ่น ที่จัดเตรียมไว้ที่อ่างล้างมือ เช็ดทำความสะอาดอวัยวะเพศ และก้นของลูกเบาๆ โดยเช็ดจากด้านบนลงล่าง เช็ดซ้ำๆ จนสะอาด ใช้ผ้าอ้อมผืนใหม่เปลี่ยนให้ลูก โดยการจับขาทั้ง 2 ข้างของลูกขึ้นเบาๆ ลูกจะไม่เจ็บปวดสอดผ้าเข้าใต้ตัวลูก วางมือที่ยกขาลูกลงเบาๆ เป็นต้น

6. กฎระเบียบของโรงพยาบาล โดยอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัวของมารดาเมื่อเข้าเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดตามลำดับ (Temporal features) และเนื้อหาข้อมูลการปฏิบัติตัวจะมีรายละเอียดของสภาพแวดล้อม (Environmental features) และการรับรู้ทางประสาทสัมผัส (Physical sensation) พร้อมทั้งสาเหตุของประสาทสัมผัสนั้น (Causes of sensation) เช่น คุณแม่สามารถเข้าเยี่ยมลูกได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนคุณพ่อสามารถเข้าเยี่ยมได้ตั้งแต่เวลา 12.00 น.-20.00 น. ส่วนญาติคนอื่นๆไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยม เมื่อมาถึงประตูทางเข้าหอผู้ป่วย คุณแม่จะเห็นประตูที่มีลักษณะเป็นกระจกใส ก่อนเข้าหอผู้ป่วย คุณแม่ถูณาปฏิบัติดังนี้ ถอดรองเท้าวางไว้บนชั้นวางรองเท้าหน้าหอผู้ป่วย เปิดประตูเข้ามาในหอผู้ป่วย โดยเลื่อนบานประตูไปทางขวามือ คุณแม่จะเห็นเสื้อคลุมแขวนอยู่ที่ราว หน้าประตูกระจกอีกบานหนึ่งสวมเสื้อคลุมสีฟ้าที่แขวนอยู่หน้าประตูกระจก ทับเสื้อผ้าที่ใส่อยู่ ก่อนเปิดประตูเข้ามาในหอผู้ป่วย

ขั้นตอนเหล่านี้เป็นการลดการนำเชื้อโรคจากภายนอกเข้าสู่ภายในของผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อโรค เมื่อเลื่อนประตูชั้นที่ 2 เข้าไปในหอผู้ป่วย คุณแม่จะเห็นโต๊ะพยาบาลอยู่ทางด้านซ้ายมือ พยาบาลที่นี้ใส่หมวกคลุมผมและชุดสีเขียวย่อน คุณแม่สามารถติดต่อกับพยาบาลที่นั่งอยู่ที่โต๊ะ โดยแจ้งชื่อและนามสกุลของคุณแม่ ก่อนไปพบคุณพยาบาลจะสอนคุณแม่ล้างมือและฟอกมือด้วยสบู่ 7 ขั้นตอน ใช้เวลา 5 นาที ตามวิธีการในแผนภาพที่ติดเหนืออ่างล้างมือ การล้างมือแบบนี้สามารถทำความสะอาดมือได้ดี เป็นการช่วยป้องกันการนำเชื้อโรคจากมือไปสู่เด็ก เพราะถ้าใช้มือที่ไม่สะอาดมีเชื้อโรคติดอยู่ไปสัมผัสตัวเด็ก อาจทำให้เด็กติดเชื้อและเจ็บป่วยรุนแรงจนอาจเสียชีวิตได้ เมื่อคุณแม่เยี่ยมลูกเสร็จแล้ว และต้องการจะกลับไปพักที่หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด มีขั้นตอนการปฏิบัติตัวดังนี้ ล้างทำความสะอาดมือ 7 ขั้นตอน เดินกลับออกไปได้ด้วยตนเอง เลื่อนเปิดประตูชั้นแรก ถอดเสื้อคลุมและแขนไว้ที่ราว เลื่อนเปิดและปิดประตูหน้าหอผู้ป่วย หยิบรองเท้าที่ชั้นวางรองเท้ามาใส่ เดินทางกลับหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ตามเส้นทางเดิมที่คุณแม่มา เป็นต้น

5.3 การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย เพื่อลดความวิตกกังวลแก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก

การให้ข้อมูลเพื่อเตรียมความพร้อมมารดา โดยพยาบาลหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากเป็นอย่างดี และเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานการณ์จริงที่มารดาจะต้องประสบเมื่อมาเยี่ยมทารก จึงเป็นผู้ที่เหมาะสมเป็นอย่างยิ่งในการอธิบายข้อมูลต่างๆแก่มารดา เพื่อให้มารดาได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ตรงกับความเป็นจริง เป็นข้อมูลที่มีลักษณะเป็นรูปธรรม – ปรนัย อย่างชัดเจน และเป็นข้อมูลที่จำเป็นสำหรับมารดา ซึ่งการให้ข้อมูลเตรียมจิตใจนี้จะทำให้บุคคลนั้นมีความพร้อมที่จะเผชิญความเครียดความวิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (McHugh, Christman and Johnson, 1982)

เริ่มจากการแนะนำตัวของพยาบาลพยาบาลกับมารดา เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยน แสดงความจริงใจ กิริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องประสบ เมื่อมาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วย ด้วยคำบรรยายที่มีลักษณะแบบรูปธรรม – ปรนัยโดยมีภาพถ่ายเป็นสื่อประกอบ ข้อมูลสำหรับมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ได้แก่ รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ไปในหอผู้ป่วยรวมถึงบุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น สภาพและพฤติกรรมของการแสดงออกของทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก บทบาทมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่ทารกได้รับ ลักษณะและพฤติกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย และกฎระเบียบที่ต้องปฏิบัติ เพื่อเป็นการเตรียม

จิตใ้ใจมารดา ก่อนการเข้าเยี่ยมทารก (Jacopson, 1981; Miles, 1983; Ko, 1998) เนื้อหาของข้อมูล ที่ให้จะมีลักษณะแบบรูปธรรม – ปรนัย ประกอบด้วย ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัส และอาการแสดงที่เกิดขึ้น (Physical sensation) ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ (Temporal features) ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม (Environmental features) และ ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์นั้น (Causes of sensation) ข้อมูลลักษณะนี้ทำให้มารดา มีแบบแผนความคิด เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ชัดเจนใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด เมื่อมารดา มาเยี่ยม บุตรที่หอผู้ป่วยและเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีความใกล้เคียง หรือเหมือนกับเหตุการณ์ที่ได้รับข้อมูล มา มารดาจะให้ความสนใจและให้ความสำคัญ แปลความหมายของเหตุการณ์นั้นในลักษณะที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น มารดาจะเกิดกระบวนการคิดในลักษณะแก้ไขปัญหา แสวงหาวิธีการเผชิญ ปัญหา เกิดความมั่นใจในการที่จะเผชิญกับสถานการณ์ ทำให้สามารถปฏิบัติตามที่วางแผนไว้ล่วงหน้าได้ ส่งผลให้มารดาแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ลดความสนใจและให้ความสำคัญกับ ปฏิกริยาทางอารมณ์ ดังนั้นมารดาจะประเมินสถานการณ์เป็นสถานการณ์ที่คุกคามตนเองน้อยลง ความวิตกกังวลจึงลดลงเช่นกัน (Johnson, 1999)

แม้การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัยประกอบภาพถ่าย จะมีความชัดเจน กระชับ ตรงไปตรงมา เข้าใจง่าย แต่พื้นฐานความเข้าใจของมารดาแต่ละคนย่อมไม่เท่ากัน ดังนั้นหลังจาก การให้ข้อมูลแก่มารดา พยาบาลเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัย พยาบาลจะตอบข้อ ซักถามพร้อมทั้งประเมินแบบแผนความคิดของมารดาในลักษณะแบบรูปธรรม – ปรนัย เพื่อให้ มารดา มีแบบแผนความคิดที่ถูกต้อง เพื่อให้มารดาสามารถเผชิญกับสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วย วิกฤตทารกแรกเกิดได้ และมีความวิตกกังวลลดลง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ามีการศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความ พร้อมชนิดต่าง ๆ เช่น Johnson (1972) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการลดความทุกข์ทรมาน และความเจ็บปวดที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงที่แขนขณะรัดด้วยผ้าพันรัดแขน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและสามารถลดจำนวนการใช้ยานอนหลับ หรือยากล่อมประสาท แต่ทั้งสองกลุ่มให้คะแนนความรู้สึกรู้สึกว่าเป็นอันตรายไม่แตกต่างกัน ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาในห้องปฏิบัติการของ Johnson (1973) ที่ศึกษาโดยใช้สถานการณ์ เดียวกัน แต่แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ให้ 2 กลุ่มได้รับข้อมูลความรู้สึกรู้สึก และอีก 2 กลุ่ม ให้ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือขั้นตอนการกระทำ ต่อมาได้มีการศึกษาทางคลินิกโดย Johnson,

Morrissey and Leventhal (1973 อ้างถึงใน Leventhal and Johnson, 1983) ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร พบว่ากลุ่มทดลองมีปริมาณการใช้ยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ได้รับ ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกมีอาการกระสับกระส่ายน้อยกว่ากลุ่มอื่น และมีความทุกข์ทรมานลดต่ำลง

Fuller, Endress and Johnson (1978) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจบริเวณอุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดนิ่วในถุงน้ำดี และผ่าตัดไส้เลื่อน (Johnson et al, 1978) พบว่าการให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก 1 ครั้งก่อนการผ่าตัด มีผลในการลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ คือ ความทุกข์ทรมาน ความกลัวได้ดีกว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือข้อมูลชนิดอื่นเพียงอย่างเดียว และพบว่า การให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกร่วมกับข้อมูลชนิดอื่น จะมีประสิทธิภาพในการควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ได้ดีขึ้น ส่วน Hill (1982) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกร่วมกับคำแนะนำในการปฏิบัติตนในระยะก่อนผ่าตัดต่อปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์ และระยะเวลาในการพักฟื้นภายหลังการผ่าตัดต่อกระจก การศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกที่อาจต้องประสบในระยะหลังผ่าตัด มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในระยะหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มที่ได้รับข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกที่อาจต้องประสบในระยะหลังผ่าตัด ร่วมกับคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ มีจำนวนวันในการพักฟื้นที่บ้าน ภายหลังออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการวิจัยสรุปได้ว่า การให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึก มีประสิทธิภาพในการลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดได้ดีกว่าข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ และการให้ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกร่วมกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ มีประสิทธิภาพในการลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ดีกว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเพียงอย่างเดียว

Johnson, Fieler, Wlasowicz, Mitchell and Jones (1997) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 226 คน พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองมีประสบการณ์ความยุ่งยากต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ช่วงระยะการให้รังสีรักษาน้อยกว่า กลุ่มควบคุมและมีแนวโน้มในการมองโลกในแง่ร้ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

Johnson (1996) ศึกษาทัศนคติในการมองโลกและผลการเตรียมการให้ข้อมูลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษาจำนวน 62 คน พบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย จะใช้เวลาพักฟื้นและรบกวนการใช้เวลาร่างน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมองผลข้างเคียงของการเข้ารับรังสีรักษาในทางที่ดี

งานวิจัยของ Kim, Garvin and Moser (1999) ศึกษาถึงภาวะเครียดในระหว่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม – ประณัย 1 ครั้ง ก่อนวันผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมีอารมณ์ต่อต้านในช่วงระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความยากลำบากในการสื่อสารน้อยกว่า และใช้ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจสั้นกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

งานวิจัยดังกล่าวเป็นงานที่ศึกษาในผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่แล้วพบว่าได้ผลดี ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีบุตรเจ็บป่วยหรือเข้ารับการรักษาที่ได้รับผลดีเช่นกัน Melnyk (1994) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเอง แก่มารดาและเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลตามปกติ กลุ่มที่สองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกของเด็ก กลุ่มที่สามได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของมารดา และกลุ่มที่สี่มารดาจะได้รับข้อมูลทั้งพฤติกรรมแสดงออกของเด็กและการปฏิบัติตัวของมารดา โดยให้ข้อมูลกลุ่มละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลทั้งสองอย่างมีความวิตกกังวลน้อยกว่ามารดาในกลุ่มอื่นๆ

ประไพพร รัตนศิริ (2547) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแก่รับแบบรูปธรรม-ประณัย แก่มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ จำนวน 60 คน ด้วยวิดีโอเทป 1 ครั้ง และพยาบาลเปิดโอกาสให้มารดาซักถามและตอบคำถามหลังดูวีดีโอเสร็จสิ้น พบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลแรกเริ่มมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

นอกจากนี้ ไสภา พิศจาร (2550) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ประณัย ในมารดา 54 คน ที่มีบุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจ โดยการใช้สื่อคอมพิวเตอร์ให้ข้อมูล 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ประณัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์สามารถลดความวิตกกังวลของมารดา ก่อนที่บุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลที่มีลักษณะแบบรูปธรรม – ประณัย ชำรงตัน พบว่า การให้ข้อมูลที่มีลักษณะแบบรูปธรรม – ประณัยแก่ตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือให้ข้อมูลแก่ญาติผู้ป่วย อาทิเช่น มารดาของผู้ป่วยเด็ก เพียงครั้งเดียวก็สามารถลดระดับความวิตกกังวลได้ ดังนั้นจากแนวคิดของทฤษฎีนี้ ทำให้พยาบาลในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด สามารถนำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้กับการเตรียมมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ก่อนการเข้าเยี่ยมทารกที่หอผู้ป่วย ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่คุกคาม หรือมีความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย มีความกลัว และเมื่อพยาบาลให้ข้อมูลที่มีลักษณะแบบรูปธรรม – ประณัย (Concrete-Objective Information) 1 ครั้ง เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะต้องเผชิญล่วงหน้าแก่มารดา เมื่อมารดาเผชิญกับสถานการณ์จริง จะทำให้มารดาที่มีความสนใจกับลักษณะแบบรูปธรรมที่เป็นประณัย (Concrete-Objective features) ของสถานการณ์ และจะให้ความสนใจลักษณะแบบอัตนัย

(Subjective features) น้อยลง ดังนั้นมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก จึงมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์น้อยลง ซึ่งก็คือความวิตกกังวลของมารดาจะลดลงนั่นเอง



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดการวิจัย

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ที่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากจะต้องประสบเมื่อมาเยี่ยมบุตร ตั้งแต่มาถึงหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด จนเสร็จสิ้นการเยี่ยมครั้งแรก โดยมีคำบรรยายที่มีลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัย และมีภาพถ่ายประกอบ มีเนื้อหา 4 องค์ประกอบ ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) ได้แก่

1) อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัสของมารดา (Physical sensation) ในเรื่องสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย สภาพที่ปรากฏและพฤติกรรมของทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก กิจกรรมการพยาบาลที่ทารกได้รับ ลักษณะและพฤติกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย

2) อธิบายข้อมูลที่บอกถึงลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นเมื่อมารดา มาเยี่ยมทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด (Temporal features) ในเรื่องกฎระเบียบที่ต้องปฏิบัติ และขั้นตอนการแสดงบทบาทมารดาขณะเยี่ยม

3) อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด รวมไปถึงลักษณะบุคลากรในหอผู้ป่วย (Environmental features)

4) อธิบายข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสต่างๆ (Causes of sensation) สาเหตุของสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยที่ผิดแผกไปจากหอผู้ป่วยอื่นๆ สภาพที่ปรากฏและพฤติกรรมของบุตรที่เป็นทารกคลอดก่อนกำหนด เหตุผลของกิจกรรมการพยาบาลและการรักษาที่มารดาพบเห็น การสื่อสารและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ที่มารดาได้ยิน กฎระเบียบข้อปฏิบัติของโรงพยาบาลที่แตกต่างไปจากหอผู้ป่วยอื่นๆ

- ตอบข้อซักถามของมารดา

ความวิตกกังวล

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent control group pretest-Posttest Design) โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้ (Polit and Beck , 2006)

รูปแบบการวิจัย

	กลุ่มทดลอง	O1	X	O2
	กลุ่มควบคุม	O3		O4
X	หมายถึง	การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัย		
O1	หมายถึง	การประเมินความวิตกกังวลของมารดากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัย ในเช้าวันก่อนเข้าเยี่ยมบุตร		
O2	หมายถึง	การประเมินความวิตกกังวลของมารดากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัย หลังการเข้าเยี่ยมบุตร		
O3	หมายถึง	การประเมินความวิตกกังวลของมารดากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติ ในเช้าวันก่อนการเข้าเยี่ยมบุตร		
O4	หมายถึง	การประเมินความวิตกกังวลของมารดากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติ หลังการเข้าเยี่ยมบุตร		

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดบุตรก่อนกำหนดอายุครรภ์ 30 – 35 สัปดาห์ ที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบากและได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ และต้องแยกจากมารดาทันทีหลังคลอด เพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาหลังคลอดบุตรก่อนกำหนดอายุครรภ์ 30 – 35 สัปดาห์ ที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบาก และได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ ในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และแยกจากมารดาทันทีหลังคลอด ในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2551 – 30 กันยายน 2551 จำนวน 40 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกจากทะเบียนผู้ป่วย แพ้มัธยมวิมาวตา ที่คลอดก่อนกำหนดและมีบุตรเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้ากลุ่ม โดยจับฉลากมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากรายแรกเข้ากลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลอง เมื่อมีมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้ามารับการรักษาอีก ก็จะพิจารณามารดารายนั้นๆว่า มีลักษณะตรงกันหรือใกล้เคียงกัน ในเรื่อง ระดับการศึกษา และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของมารดานั้น จะพิจารณาจากเทคโนโลยีการรักษาที่บุตรได้รับ แบ่งเป็น ทารกที่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ และทารกที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนแบบครอบศีรษะ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเท่าเทียมกันทั้ง 2 กลุ่ม (Polit and Beck , 2006) เมื่อพิจารณามารดา รายใหม่กับมารดาที่ได้รับการจับฉลากเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองไว้แล้ว ถ้ามีความใกล้เคียงกันก็จะจัดแยกให้อยู่คนละกลุ่ม (Matched pair) แต่ถ้าลักษณะไม่ตรงกันก็จะทำการจับฉลากเข้ากลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลอง ใหม่อีกมารดา รายต่อไป และทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ควรมีขนาดกลุ่มตัวอย่าง 20 – 30 คน (Polit and Hungler, 1999) ซึ่งจะเพียงพอต่อการแจกแจงข้อมูลแบบโค้งปกติ

คุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ได้แก่

1. เป็นมารดาที่ไม่เคยมีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด
2. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
3. ไม่มีภาวะพิการทางสายตาและการได้ยิน
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคัดเลือกทั้งหมด 41 คน คัดออก 1 คน เนื่องจากมารดาแม้ว่าจะได้ฟังคำอธิบายและลงชื่อแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัยแล้ว แต่ไม่สามารถตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญได้จบ โดยมารดาร้องให้ ผู้วิจัยจึงให้หยุดและทำการปลอบโยน จากนั้นมารดาปฏิเสธไม่ขอเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 คน สามารถจัดเป็นคู่ได้ 20 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สามารถอธิบายรายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการรักษาที่ทารกได้รับ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ(ปี)						
15 – 20	6	30.00	7	35.00	13	32.50
21 – 25	4	20.00	4	20.00	8	20.00
26 – 30	6	30.00	5	25.00	11	27.50
31 – 35	2	10.00	3	15.00	5	12.50
36 – 40	2	10.00	1	5.00	3	7.50
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	10.00	2	10.00	4	10.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	9	45.00	9	45.00	18	45.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	35.00	7	35.00	14	35.00
อนุปริญญา	1	5.00	1	5.00	2	5.00
ปริญญาตรี	1	5.00	1	5.00	2	5.00
อาชีพ						
แม่บ้าน	2	10.00	1	5.00	3	7.50
ค้าขาย	4	20.00	3	15.00	7	17.50
รับจ้าง	5	25.00	4	20.00	9	22.50
เกษตรกรรม	8	40.00	8	40.00	16	40.00
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	5.00	2	10.00	3	7.50
อื่นๆ	-	-	2	10.00	2	5.00

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และการรักษาที่ทารกได้รับ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		รวม (n=60)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้(บาท/เดือน)						
น้อยกว่า 5,000	5	25.00	4	20.00	9	22.50
5,001 - 10,000	10	50.00	11	55.00	21	52.50
10,001 - 15,000	5	25.00	5	25.00	10	25.00
การรักษาที่ทารกได้รับ						
ใช้เครื่องช่วยหายใจ	7	35.00	7	35.00	14	35.00
ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ	13	65.00	13	65.00	26	65.00

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากทั้งหมด 40 คน พบว่า มีอายุระหว่าง 15 - 20 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.5 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 45 ประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.5 และมีบุตรได้รับการรักษาโดยการให้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 65

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 ระดับการศึกษา และ การรักษาที่ทารกได้รับ (การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย) ของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่มือ	ระดับการศึกษา	การรักษาที่ทารกได้รับ (การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย)
1	ประถมศึกษา	ใช้เครื่องช่วยหายใจ
2	ประถมศึกษา	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ
3	มัธยมศึกษาตอนต้น	ใช้เครื่องช่วยหายใจ
4	มัธยมศึกษาตอนต้น	ใช้เครื่องช่วยหายใจ
5	มัธยมศึกษาตอนต้น	ใช้เครื่องช่วยหายใจ
6	มัธยมศึกษาตอนต้น	ใช้เครื่องช่วยหายใจ
7	มัธยมศึกษาตอนต้น	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ
8	มัธยมศึกษาตอนต้น	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ
9	มัธยมศึกษาตอนต้น	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ
10	มัธยมศึกษาตอนต้น	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ
11	มัธยมศึกษาตอนต้น	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ
12	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ใช้เครื่องช่วยหายใจ
13	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ใช้เครื่องช่วยหายใจ
14	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ
15	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ
16	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ
17	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ
18	มัธยมศึกษาตอนปลาย	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ
19	อนุปริญญา	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ
20	ปริญญาตรี	ใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม 20 คู่ มารดามี การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นและและทารกใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะ กับมารดามีการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลายและและทารกใช้ออกซิเจนแบบครอบศีรษะมากที่สุด อย่างละ 5 คู่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ว่า จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง การรักษาและการให้การพยาบาลแก่บุตรของกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัย หรือกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกหรือรู้สึกอึดอัด กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งขอออกจากการศึกษาวิจัยได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลหรืออธิบายใดๆ และจะไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเสนอในภาพรวมไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง และสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัยแก่มารดา ทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดา ทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก โดยมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรม โดยศึกษาเกี่ยวกับทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของมารดา ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด

2. สร้างแผนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัย แก่มารดาที่แผนกสูติกรรมหลังคลอด ก่อนการเข้าเยี่ยมทารก โดยใช้คำพูดอธิบายข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัย และใช้ภาพถ่ายเป็นสื่อประกอบในทุกหัวข้อ ให้ข้อมูลก่อนมารดาเข้าเยี่ยมทารก 1 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 30 นาที โดยมีขั้นตอนการสร้างแผนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัย ดังนี้

2.1 กำหนดลักษณะข้อมูลให้ครอบคลุม ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาท

สัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์นั้น โดยมีเนื้อหาของข้อมูลเกี่ยวกับ ลักษณะสภาพอาการและพฤติกรรมของทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากที่เจ็บป่วย ลักษณะพฤติกรรมการสื่อสารของเจ้าหน้าที่ กิจกรรมการพยาบาลที่ทารกได้รับ สิ่งที่มาบรรเทาสามารถกระทำให้บุตรได้ขณะเข้าเยี่ยม และข้อปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วย

2.2 เรียงลำดับเนื้อหาของข้อมูลตามลำดับเหตุการณ์ที่มาบรรเทาจะต้องประสบเมื่อมาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วย

2.3 สร้างภาษาคำบรรยายและคำอธิบายข้อมูลให้สอดคล้องกับเนื้อหาที่กำหนด และมีลักษณะเป็นรูปธรรม-ปรนัย ครอบคลุม ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสต่างๆ ทั้งด้านการได้ยิน การมองเห็น การสัมผัส เมื่อมารดาเข้ามาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วย พร้อมบอกถึงสาเหตุของการรับรู้ นั้น รวมถึงลักษณะของสภาพแวดล้อมและบุคคลในหอผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลเรียงตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อมารดาเข้ามาเยี่ยมบุตร

2.4 ถ่ายภาพในส่วนต่างๆ เพื่อใช้ภาพประกอบคำอธิบายข้อมูล และตกแต่งภาพให้สวยงาม

2.5 จัดรูปแบบภาพสื่อและคำบรรยายให้มีความสอดคล้อง เหมาะสม สวยงาม

สรุปแผนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย มีเนื้อหาทั้งหมด 13 เรื่อง มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบายทั้งหมด 79 ภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1) เส้นทางเดินจากหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดถึงประตูทางเข้าหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โดยอธิบายการเดินทางด้วยลิฟต์หน้าหอผู้ป่วยแผนกสูติกรรมหลังคลอดมายังหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 5 ภาพ)

2) สภาพแวดล้อมหน้าหอผู้ป่วย (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ) การปฏิบัติตัวก่อนเข้าเยี่ยมตามขั้นตอน ได้แก่ ชั้นที่ 1 ถอดรองเท้าวางไว้บนชั้นวางรองเท้าหน้าหอผู้ป่วย (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ) ชั้นที่ 2 เปิดประตูเข้ามาในหอผู้ป่วย (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ) ชั้นที่ 3 สวมเสื้อคลุมสีฟ้า ก่อนเปิดประตูเข้ามาในหอผู้ป่วย (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ) ชั้นที่ 4 เลื่อนประตูชั้นที่ 2 เข้าไปในหอผู้ป่วย ติดต่อกับพยาบาลที่นั่งอยู่ที่โต๊ะ โดยแจ้งชื่อและนามสกุลของคุณแม่ (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ)

3) บุคลากรภายในหอผู้ป่วย อธิบายลักษณะการแต่งการและหน้าที่การทำงานของบุคลากรแต่ละประเภท ได้แก่ คนที่ 1 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ คนที่ 2 คุณหมอ คนที่ 3 พยาบาล คนที่ 4 คนงาน (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ)

4) สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย อธิบายเกี่ยวกับ ลักษณะหอผู้ป่วยที่แบ่งออกเป็นห้องเล็กๆ มีฝ้าผนังเป็นกระจกใสกัน มีโต๊ะพยาบาลตั้งอยู่ตรงกลาง รอบๆเตียงของเด็ก มีอุปกรณ์การแพทย์อยู่จำนวนมาก เพื่อใช้ในการดูแลรักษาเด็ก และสภาพอากาศและความสว่างในหอผู้ป่วยที่แตกต่างจากภายนอกหอผู้ป่วย นอกจากนี้อธิบายการให้การพยาบาลแก่ทารกประกอบด้วย (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ)

5) ลักษณะทารกคลอดก่อนกำหนด อธิบายลักษณะภายนอกของทารกคลอดก่อนกำหนดที่แตกต่างจากทารกคลอดครบกำหนดที่มารดาพบเห็น ได้แก่ เพศ น้ำหนักตัว รายละเอียดขนาดรูปร่างทารก ลักษณะเส้นผม ตา ผิวหนัง ขนอ่อนตามตัว หัวนมและบริเวณลานนม ลายฝ่ามือฝ่าเท้ามีน้อย และลักษณะอวัยวะเพศที่เจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 10 ภาพ)

6) ลักษณะตู้อบ อธิบายการพยาบาลโดยการจัดท่านอนให้ทารกในตู้อบลักษณะพิเศษของตู้อบ ได้แก่ ตู้อบมีลักษณะเป็นทรงสี่เหลี่ยมใส ทำให้สามารถมองเห็นเด็กที่นอนอยู่ในตู้อบได้ (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ) มีผ้าคลุมเฉพาะด้านบนลดแสงสว่าง เพื่อลดการรบกวนการนอนของเด็ก (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ) การทำงานของตู้อบ ที่ต้องใช้อุปกรณ์ติดตามอุณหภูมิร่างกายเด็ก มีลักษณะเป็นโลหะกลมๆเล็กๆยึดติดไว้ ที่บริเวณท้องของเด็ก (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ) และการพยาบาลที่ทารกได้รับขณะอยู่ในตู้อบ (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ)

7) ขั้นตอนการล้างมือ อธิบายมารดาเกี่ยวกับ ความสำคัญของการล้างมือ การล้างมือที่ถูกวิธี และต้องล้างมือเวลาใดบ้าง (มีภาพถ่ายขณะมารดาล้างมือ 1 ภาพ และมีภาพถ่ายขั้นตอนการล้างมือที่ถูกวิธี 7 ขั้นตอน 1 ภาพ)

8) ขั้นตอนการเปิดฝาตู้อบ อธิบายวิธีขั้นตอนการเปิดฝาตู้อบ เพื่อให้มารดาสามารถยื่นมือเข้าไปสัมผัสบุตรได้ และอธิบายถึงความรู้สึกอุ่นเมื่อยื่นมือเข้าไปในตู้อบ (มีภาพถ่ายตู้อบ 1 ภาพ และภาพถ่ายประกอบคำอธิบายขั้นตอนการเปิดฝาตู้อบ 3 ภาพ)

9) ลักษณะทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน หลังจากมารดาเห็นทารกในตู้อบใกล้ๆ พยาบาลอธิบายเกี่ยวกับ สาเหตุและความสำคัญของการที่ทารกต้องได้รับการรักษาด้วยออกซิเจน ลักษณะของทารกที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนที่มารดาเห็นด้วยสายตา ได้แก่ ทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจในรายที่ใช้เครื่องช่วยหายใจหรือทารกได้รับออกซิเจนแบบครอบศีรษะ (ทารกที่ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนแบบครอบศีรษะมีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 2 ภาพ และทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจมีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 3 ภาพ)

10) การดูแลทารกและกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินอาการเด็ก ด้วยเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจและปริมาณออกซิเจนในร่างกาย (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 3 ภาพ) และเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 3 ภาพ) การดูดเสมหะ (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 5 ภาพ) การให้น้ำเกลือ (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 4 ภาพ) เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำ (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ) และการฉีดยาทางเส้นเลือดดำ (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ) ลักษณะสายยางให้อาหาร (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 2 ภาพ) การทดสอบน้ำย่อย (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ) การให้นม (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ) และการให้ยาทางสายยางให้อาหาร (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 1 ภาพ) การเจาะเลือดที่สันเท้าและเส้นเลือดที่มือ (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 5 ภาพ)

11) สิ่งที่มาารดาสามารถปฏิบัติได้เมื่อมาเยี่ยมบุตร ประกอบด้วย การสัมผัสและสื่อสารกับทารก (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 5 ภาพ) การเปลี่ยนผ้าอ้อมและเช็ดทำความสะอาดอวัยวะ (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 4 ภาพ)

12) การพูดคุยกับพยาบาลและแพทย์ขณะเข้าเยี่ยมบุตร (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 2 ภาพ)

13) การปฏิบัติตัวของมารดา เมื่อจะกลับไปยังหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด ได้แก่ การล้างมือก่อนกลับ ถอดเสื้อคลุมแขนไว้ที่เดิม และใส่รองเท้าเดินทางกลับหอผู้ป่วยแผนกสูติกรรมหลังคลอด (มีภาพถ่ายประกอบคำอธิบาย 3 ภาพ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยนำแผนคำบรรยายการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัย ที่ใช้ภาพถ่ายเป็นสื่อประกอบ ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบเนื้อหา และภาษาที่ใช้ รวมทั้งแก้ไขการจัดวางภาพในการนำเสนอให้เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบ และความเหมาะสมของกิจกรรม การลำดับเนื้อหา ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการให้ข้อมูลลักษณะแบบรูปธรรม - ปรนัย จำนวน 3 คน
 พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลทารกแรกเกิดวิกฤต จำนวน 2 คน

ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิมาพิจารณาพร้อมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยมีข้อแนะนำให้แก้ไขในบางประเด็น คือ

1. ควรปรับปรุงภาษาที่ใช้ให้มีความกระชับ เข้าใจง่าย ไม่เยิ่นเย้อ
2. ปรับลำดับเนื้อหาการให้ข้อมูลใหม่ โดยเรียงลำดับจากเหตุการณ์ที่มารดาจะต้องพบเห็นเป็นอันดับแรกก่อนและค่อยๆ อธิบายส่วนอื่นๆ ตามมาตามลำดับที่พบเห็น
3. ในหัวข้อการดูแลทารกและกิจกรรมการพยาบาลปรับการอธิบายข้อมูลต่างๆ ในลักษณะที่เชื่อมโยงกับทารก มากกว่าการอธิบายอุปกรณ์การแพทย์และตัวทารกแยกส่วนกัน
4. ควรปรับภาพถ่ายบางภาพไม่ให้เน้นภาพใกล้เกินไป เช่น ภาพฉีดยา เจาะเลือด เป็นต้น
5. ปรับรูปแบบการจัดเรียงภาพถ่าย โดยในแต่ละหัวข้อที่มีภาพใหญ่เป็นภาพหลัก ภาพเล็กเป็นภาพย่อย เพื่อเพิ่มความน่าสนใจและสวยงามมากขึ้น

ผู้วิจัยได้ทำการปรับปรุง แก้ไข และเพิ่มเติมในแต่ละประเด็นตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ จากนั้นนำแผนคำบรรยายการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ประนัย ที่ใช้ภาพถ่ายเป็นสื่อประกอบ ที่ได้รับการปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 5 คน เพื่อประเมินความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการทดลองใช้ปรากฏว่า การวางตำแหน่งของภาพถ่ายในหัวข้อการประเมินอาการเด็กด้วยเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจและปริมาณออกซิเจนในร่างกาย และเครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ การดูดเสมหะ การให้น้ำเกลือ เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำ และการฉีดยาทางเส้นเลือดดำ ทำให้มารดาสับสน ผู้วิจัยจึงปรับปรุงรูปแบบการนำเสนอจากแบบภาพย่อยกระจายอยู่รอบๆ ภาพหลัก เป็นการจัดวางภาพย่อย ไว้ด้านขวามือของภาพหลักเรียงลำดับตามเนื้อหาเพื่อให้มารดาเข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

- 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของมารดา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การรักษาที่ทารกได้รับ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการแบ่งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
- 2) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ สร้างโดย Spielberg (1983) เลือกเฉพาะ State Subscale แปลเป็นภาษาไทยแปลโดย บุญเพียร จันทวัฒนา (2520)

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อที่ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 เป็นข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อที่ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 โดยผู้วิจัยให้มารดาเป็นผู้ตอบแบบประเมินด้วยตนเอง แต่ละข้อประกอบด้วยมาตราประเมิน 4 ระดับ ได้แก่ ไม่รู้สึกเลย รู้สึกบ้าง รู้สึกปานกลาง และรู้สึกมาก

ไม่รู้สึกเลย	หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
รู้สึกบ้าง	หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้างเล็กน้อย
รู้สึกปานกลาง	หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านค่อนข้างมาก
รู้สึกมาก	หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

เกณฑ์ในการให้คะแนนลักษณะของข้อคำถาม ที่แสดงความรู้สึกทางบวกและทางลบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

ตัวเลือก	ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางบวก	ข้อคำถามที่แสดงความรู้สึกทางลบ
ไม่รู้สึกเลย	4	1
รู้สึกบ้าง	3	2
รู้สึกปานกลาง	2	3
รู้สึกมาก	1	4

การคิดคะแนนคิดจากคะแนนรวมของทุกข้อรวมกัน มีพิสัยคะแนนอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมสูง หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมต่ำ หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญฉบับภาษาอังกฤษถูกนำไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง โดย Spielberg et al (1983) ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n = 424 คน) และในกลุ่มทหารเกณฑ์ใหม่ (n = 1,701 คน) ซึ่งกลุ่มหลังเป็นการทดสอบแบบวัดในสถานการณ์ที่เครียดกว่ากลุ่มแรก โดยให้ตอบแบบวัดภายหลังการฝึกโปรแกรมพื้นฐานทางการทหาร 2 วัน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบ (Factor analysis) ของกลุ่มทหาร ได้นำไป

เปรียบเทียบกับผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้วิธีหาปัจจัยเชิงสอดคล้องภายในด้วยวิธี Cattell's congruent factor (confactor) approach (1966) พบว่า มีค่าสหสัมพันธ์ของความสอดคล้องขององค์ประกอบรายข้อมากกว่า .90 ซึ่งแสดงว่ามีความสอดคล้องกันในการวัดความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพ็ญ จันทวัฒนา (2520) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน และนำเครื่องมือไปทดสอบในมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก จำนวน 10 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบวัด State Anxiety (S-State) = .89 จากนั้นมีการนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญไปใช้ในงานวิจัยอื่นๆ ได้ค่าความเที่ยง .76 - .89 (ปาริชาติ ศิลปะระเสริฐ, 2542; ประไพร์พร รัตนศิริ, 2547; สารภี กาญจนโรจน์พันธ์, 2548; โสภ พิศจาร, 2550) แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญจึงนับว่าเป็นแบบวัดมาตรฐานและเป็นที่ยอมรับ (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983 cited in Leske, 1996) และยังไม่พบปัญหาการใช้แบบสอบถามข้ามวัฒนธรรม (Spielberger & Krasner, 1988)

เนื่องจากแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา มาแล้วในงานวิจัยก่อนๆ และในงานวิจัยนี้มิได้มีการปรับแก้เครื่องมือชุดนี้ และใช้ในกลุ่มผู้ปกครองของเด็กป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเหมือนกัน ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำเครื่องมือไปตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การตรวจสอบความเที่ยงผู้วิจัยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ไปทดลองใช้กับมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (Try out) จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำเครื่องมือมาวิเคราะห์ความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .80 และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .91

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการก่อนทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง

ขั้นเตรียมการก่อนทดลอง

ขั้นเตรียมการก่อนการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม 2551 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2551 รวมทั้งสิ้น 3 เดือน มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ขอนหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ พร้อมโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขออนุญาตในการเก็บข้อมูลในมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากในโรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุมัติจากทางโรงพยาบาลให้เก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยแผนกสูติกรรมหลังคลอด หัวหน้าหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด เพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เตรียมความพร้อมผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ที่ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแก่มารดา ให้ความมั่นใจในการให้ข้อมูลรวมถึงการใช้ภาษาบรรยายแบบรูปธรรม-ปรนัย โดยทบทวนลักษณะคำพูดที่เป็นแบบรูปธรรม-ปรนัยจากงานวิจัยอื่นๆ และฝึกทักษะการพูดเพื่อให้เกิดความคล่องแคล่วและชำนาญ

3. เตรียมสถานที่ๆจะใช้ในการให้ข้อมูลแก่มารดา เตรียมประสานงานกับพยาบาลทั้งในแผนกสูติกรรมหลังคลอดและพยาบาลในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในกรณีมีกลุ่มตัวอย่างเข้ามารับการรักษา และขอความร่วมมือในการให้พยาบาลอธิบายข้อมูลแบบปกติแก่มารดาเหมือนเดิมดังที่ปฏิบัติมา

ขั้นตอนการทดลอง

ขั้นตอนการทดลอง เริ่มตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม 2551 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2551 รวมทั้งสิ้น 2 เดือน ประกอบด้วยการดำเนินการทดลองในกลุ่มทดลอง และการเก็บรวบรวมข้อมูลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ในเวลา 07.00 น. ของทุกวันที่มีการรับผู้ป่วยทารกในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตามวิธีการที่ได้อธิบายไว้ในวิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

2. ในวันที่มารดาได้รับอนุญาตให้ไปเยี่ยมทารกที่หอผู้ป่วยมีการดำเนินการ ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยไปเยี่ยมมารดาทารกก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่มีคุณสมบัติตามกำหนด ในช่วงเช้าวันที่มารดาได้รับอนุญาตให้มาเยี่ยมบุตร ที่แผนกสูติกรรม หลังคลอด แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งพื้ทักษัสิทธิ์ของมารดา โดยชี้แจง รายละเอียดให้ทราบ และให้สิทธิมารดาในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

2.1.2 เมื่อมารดาตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำมารดามาที่ห้องสอนสุขศึกษาในแผนกสูติกรรมหลังคลอด ซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ให้มารดาลงชื่อแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) จากนั้นให้มารดาตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Pre-test) ใช้เวลา 15 นาที เพื่อประเมินความวิตกกังวลของมารดาก่อนมารดาเข้าเยี่ยมบุตร

2.1.3 หลังจากมารดาตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Pre-test) แล้ว ผู้วิจัยได้นัดหมายเวลาการเยี่ยมบุตรในช่วงบ่ายของวันเดียวกัน และนัดหมายเวลาในการตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Post-test) หลังจากเสร็จสิ้นการเยี่ยมบุตรครั้งแรก

2.1.4 จากนั้นมารดาจะได้รับข้อมูลตามปกติก่อนการเข้าเยี่ยมทารก จากพยาบาลในแผนกสูติกรรมหลังคลอด อธิบายเกี่ยวกับอาการของบุตร การรักษาที่บุตรกำลังได้รับ สิทธิการรักษา

2.1.5 เมื่อถึงเวลาที่นัดหมายกันไว้ในช่วงบ่าย ผู้วิจัยรอพบมารดาที่หน้าหอผู้ป่วยที่บุตรเข้ารับการรักษาและนำมารดาเข้าเยี่ยมบุตร โดยมารดาจะได้รับข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่บุตรพักรักษาตัวอยู่ ขณะมารดาเยี่ยมบุตรครั้งแรกจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาที่บุตรกำลังได้รับ รายชื่อแพทย์เจ้าของไข้ สิทธิการรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อมาเยี่ยมบุตร โดยมารดาสามารถเข้าเยี่ยมทารกได้โดยไม่จำกัดเวลา

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยไปเยี่ยมมารดาทารกก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่มีคุณสมบัติตามกำหนด ในช่วงเช้าวันที่มารดาได้รับอนุญาตให้มาเยี่ยมบุตร ที่แผนกสูติกรรม หลังคลอด แนะนำตัวผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งพื้ทักษัสิทธิ์ของมารดา โดยชี้แจง รายละเอียดให้ทราบ และให้สิทธิมารดาในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

2.2.2 เมื่อมารดาตกลงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำมารดามาที่ห้องสอนสุขศึกษาในแผนกสูติกรรมหลังคลอด ซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ให้มารดาลงชื่อแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed

consent form) จากนั้นให้มารดาตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Pre-test) ใช้เวลา 15 นาที เพื่อประเมินความวิตกกังวลของมารดา ก่อนมารดาเข้าเยี่ยมบุตร

2.2.3 ผู้วิจัยให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย แก่มารดา มีเนื้อหาทั้งหมด 13 เรื่อง และมีภาพถ่ายประกอบคำบรรยายทั้งหมด 79 ภาพ มีเนื้อหาเรียงตามลำดับเหตุการณ์ที่มารดาจะต้องประสบตั้งแต่เดินทางมาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด จนกระทั่งเสร็จสิ้นการเยี่ยมครั้งแรก เป็นเวลา 30 นาที โดยพยาบาลเปิดโอกาสให้มารดาซักถาม และตอบคำถามมารดาตลอดเวลาขณะให้ข้อมูล

จากการให้ข้อมูลพบว่า ในเนื้อหาเรื่องลักษณะทารกคลอดก่อนกำหนดในมารดา 20 คน มีมารดา 3 คน ถามว่า ทารกในภาพคือบุตรของตนเองใช่หรือไม่ ผู้วิจัยตอบว่าไม่ใช่และอธิบายอีกครั้งว่า เด็กที่คลอดก่อนกำหนดจะมีลักษณะเช่นนี้ เด็กคนนี้ไม่ใช่บุตรของมารดาแต่บุตรของมารดาเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดจึงมีลักษณะคล้ายเด็กในภาพ หลังอธิบายมารดามีความเข้าใจ ไม่มีข้อซักถามเพิ่ม ส่วนเนื้อหาในเรื่องอื่นๆมารดาทุกคนมีความเข้าใจ และไม่มีข้อซักถามเพิ่มเติม

2.2.4 หลังจากให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายเวลาในการเข้าเยี่ยมทารกในช่วงบ่าย และนัดหมายเวลาในการตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Post-test)

2.2.5 จากนั้นมารดาจะได้รับข้อมูลตามปกติก่อนการเข้าเยี่ยมทารก จากพยาบาลในแผนกสูติกรรมหลังคลอดเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาที่บุตรกำลังได้รับ สิทธิการรักษา

2.2.6 เมื่อถึงเวลาที่นัดหมายกันไว้ในช่วงบ่าย ผู้วิจัยรอพบมารดาหน้าหอผู้ป่วยที่บุตรเข้ารับการรักษา และนำมารดาเข้าเยี่ยมบุตร

2.2.7 ขณะเข้าเยี่ยมบุตรมารดาในกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่บุตรพักรักษาตัวอยู่เหมือนกับกลุ่มควบคุม ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ การรักษาที่บุตรกำลังได้รับ รายชื่อแพทย์เจ้าของไข้ สิทธิการรักษา และการปฏิบัติตัวเมื่อมาเยี่ยมบุตร และมารดาสามารถเข้าเยี่ยมทารกได้โดยไม่จำกัดเวลาเช่นกัน

ขั้นประเมินผลการทดลอง

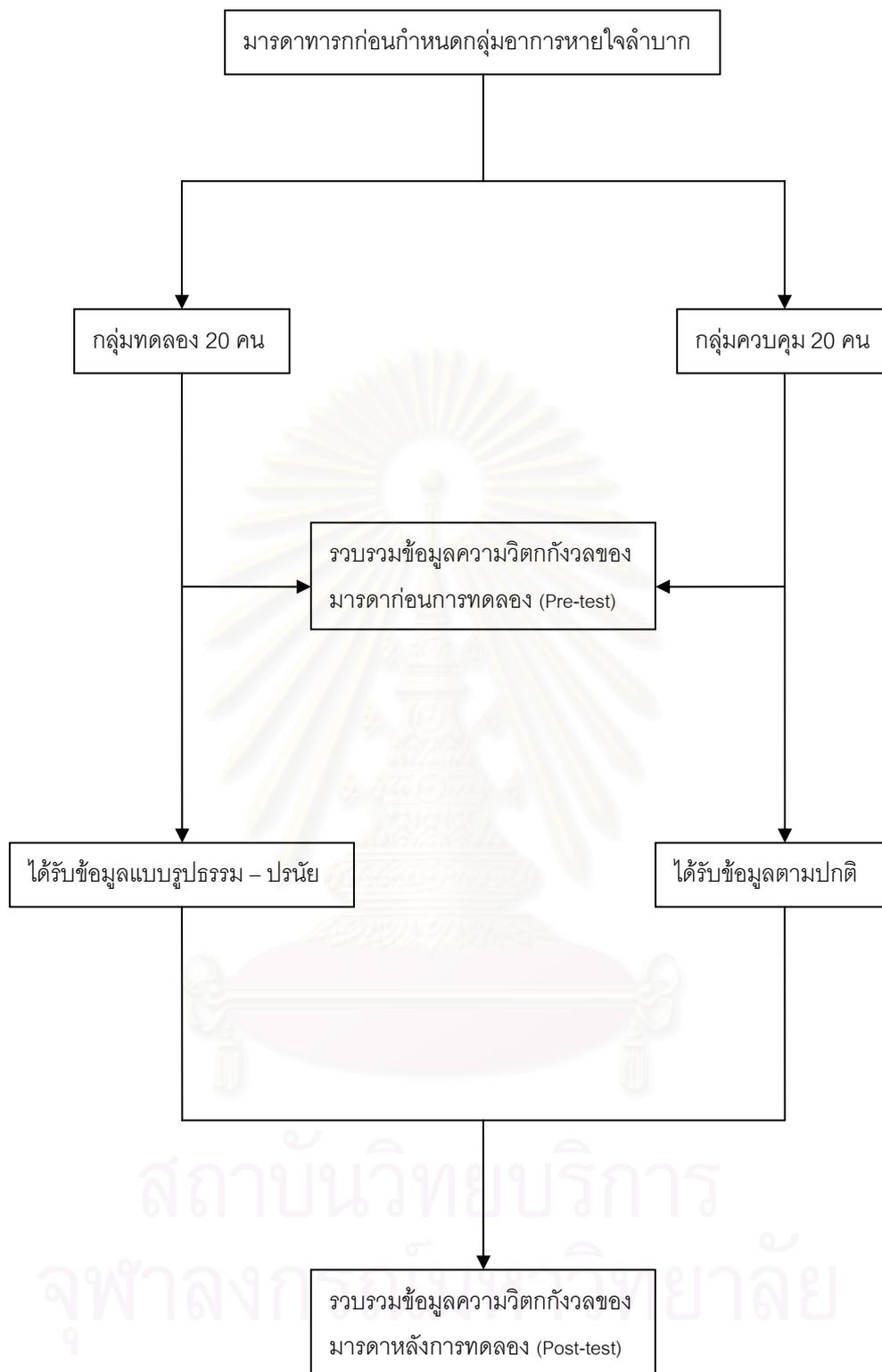
หลังจากมารดาในกลุ่มตัวอย่างเข้าเยี่ยมบุตรครั้งแรกเสร็จสิ้นแล้ว ผู้วิจัยนำมารดาทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลับมาที่ห้องสอนสุขศึกษาในแผนกสูติกรรมหลังคลอด และให้มารดาตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Post-test) ใช้เวลา 15 นาที เพื่อประเมินความวิตกกังวลของมารดาหลังเข้าเยี่ยมบุตรและหลังการได้รับข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยแจ้งให้มารดาทราบว่าสิ้นสุด

การวิจัยแล้ว พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณมารดาที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดีและนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติในขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS/PC+ (Statistical Package for the Social Science/personal Computer Plus) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีขั้นตอนการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ และจำนวนร้อยละ
2. หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความวิตกกังวลของมารดาก่อนและหลังการทดลอง
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของมารดา หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (Post-test) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และใช้ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของมารดา ก่อนการทดลอง (Pre-test) เป็นตัวแปรปรวนร่วม (Covariate) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05



แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงานทดลอง

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent control group pretest-Posttest Design) (Polit and Beck , 2006) เพื่อศึกษา ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ศึกษาในมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 30 – 35 สัปดาห์ และทารกเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบาก ได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ ในห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด หรือหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และทารกแยกจากมารดาทันทีหลังคลอด จำนวนทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมบุตร และกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติก่อนการเข้าเยี่ยมบุตร นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการได้รับข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) โดยมีคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนความวิตกกังวลก่อนและหลังการได้รับข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	คะแนนความวิตกกังวลก่อนได้รับข้อมูล		คะแนนความวิตกกังวลหลังได้รับข้อมูล	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1.	72	70	54	65
2.	60	60	50	60
3.	76	69	56	65
4.	68	70	50	65
5.	67	67	54	62
6.	66	69	53	57
7.	63	64	53	62
8.	66	65	56	62
9.	64	52	53	60
10.	54	53	50	53
11.	64	64	58	60
12.	63	62	53	64
13.	67	62	57	60
14.	63	64	53	64
15.	57	61	53	56
16.	54	62	51	56
17.	64	54	54	54
18.	59	52	51	60
19.	55	50	52	54
20.	63	62	55	54
Mean	63.25	61.60	53.30	59.75
S.D.	5.68	6.34	2.30	4.10

จากตารางที่ 3 พบว่า มารดาในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคล มีคะแนนความวิตกกังวลลดลงทุกคน ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น 4 คน เท่าเดิม 4 คน และลดลง 12 คน ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลงจาก 63.25 เป็น 53.30 โดยมีค่าการกระจายหลังการได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ลดลงเหลือเพียง 2.30 ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มควบคุมลดลงจาก 61.60 เป็น 59.75 มีค่าการกระจายหลังการได้รับข้อมูลลดลงเหลือ 4.10

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) โดยมีคะแนนความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

Source	Type III Sum of squares	df	Mean Square	F
Pretest	142.888	1	142.888	19.082*
Group	477.974	1	477.974	63.831*
Error	277.062	37	7.488	
Corrected Total	835.975	39		

* $P < .05$

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองมีปฏิสัมพันธ์กับวิธีการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีผลทำให้ความวิตกกังวลภายหลังการให้ข้อมูลลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Nonequivalent control group pretest-Posttest Design) (Polit and Beck , 2006) เพื่อศึกษา ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ประนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก โดยกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาเป็นมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 30 – 35 สัปดาห์ และทารกเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบาก ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ทันทีหลังคลอด

ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ประนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติ

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังนี้

1. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดและเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้ากลุ่ม

2. จากนั้นจับฉลากมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากรายแรกเข้ากลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลอง (Random assignment) เมื่อมีมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์เข้ามารับการรักษาอีก ก็จะพิจารณามารดารายนั้นๆ ว่า มีลักษณะตรงกันหรือใกล้เคียงกัน ในเรื่อง ระดับการศึกษา และการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย กับมารดาที่ได้รับการจับฉลากเข้ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มทดลองไว้แล้วหรือไม่ ถ้ามีก็จะจัดแยกให้อยู่คนละกลุ่ม (Matched pair) แต่ถ้าลักษณะไม่ตรงกันก็จะทำการจับฉลากเข้ากลุ่มควบคุม หรือกลุ่มทดลอง ไว้คอยมารดารายต่อไป และทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ จนได้มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากทั้งหมด 40 คน จัดเป็นคู่ได้ 20 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน ในงานวิจัยครั้งนี้มีมารดา 1 คน ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยแต่ยังไม่มีความพร้อมในการตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ และมีภาวะซึมเศร้า ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จนกระทั่งมารดามีอาการดีขึ้น จึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับบุตรแก่มารดา แต่ไม่เต็มรูปแบบการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ประนัย ผู้วิจัยจึงมิได้นำมารดาผู้นี้เข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ แผนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ประนัย โดยมีภาพถ่าย เป็นสื่อประกอบ แก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก เกี่ยวกับสถานการณ์ ที่มารดาจะต้องเผชิญเมื่อมาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ตั้งแต่เริ่มเดินทางมาที่ หอผู้ป่วยจนเสร็จสิ้นการเยี่ยมในครั้งแรก ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และผ่านการทดลองใช้ (Try out) กับมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการ หายใจลำบาก ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อน นำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ของมารดา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ อายุ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ การรักษาที่ทารกได้รับ เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการแบ่งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

2.2 แบบวัดความวิตกกังวล (STAI Form Y-1)

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ เป็นแบบวัดของ Spielberger (1983) แปล เป็นภาษาไทยโดย บุญเพียร จันทวัฒนา (2520) เลือกใช้เฉพาะ State Subscale ซึ่งเป็นแบบวัด ความวิตกกังวลขณะเผชิญ ถูกนำไปทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง มีค่าสหสัมพันธ์ของความ สอดคล้องทุกองค์ประกอบรายข้อมากกว่า .90 ฉบับภาษาไทยถูกนำไปทดสอบ ได้ค่าความเที่ยง ของแบบวัด State Anxiety (S-State) = .89 มีการนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญไปใช้ในงานวิจัยอื่นๆ ได้ค่าความเที่ยง .76 - .89 จากนั้นนำแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ ไปทดลอง ใช้กับมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่ม ตัวอย่างที่ศึกษาในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี (Try out) จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยง โดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .80 และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .91

การดำเนินการทดลอง

1. เมื่อมารดาตกลงเข้าร่วมการวิจัย พยาบาลนำมารดามาที่ห้องสอนสุขศึกษาในแผนกสูติกรรมหลังคลอด ซึ่งเป็นห้องที่มีความเป็นส่วนตัว ให้มารดาลงชื่อแสดงเจตนาเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form)
2. ให้มารดาตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Pre-test) ใช้เวลา 15 นาที เพื่อประเมินความวิตกกังวลของมารดาก่อนมารดาเข้าเยี่ยมบุตร
3. จากนั้นให้ข้อมูลที่มีคำบรรยายแบบรูปธรรม – ประนัย และมีภาพถ่ายประกอบแก่มารดาก่อนมารดาเข้าเยี่ยมทารก 1 ครั้ง เป็นเวลา 30 นาที ร่วมกับได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลแผนกสูติกรรมหลังคลอด
4. จากนั้นเมื่อถึงเวลาเยี่ยมบุตรในช่วงบ่าย พยาบาลรพพบมารดาหน้าหอผู้ป่วยที่บุตรเข้ารับการรักษา และนำมารดาเข้าเยี่ยมบุตร ขณะมารดาเยี่ยมบุตรครั้งแรกจะได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่บุตรพักรักษาตัวอยู่ มารดาสามารถเข้าเยี่ยมทารกได้โดยไม่จำกัดเวลา
5. หลังจากมารดาเข้าเยี่ยมบุตรครั้งแรกเสร็จสิ้นแล้ว ให้มารดาตอบแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Post-test) ใช้เวลา 15 นาที เพื่อประเมินความวิตกกังวลของมารดาหลังเข้าเยี่ยมบุตรและหลังการได้รับข้อมูล จากนั้นแจ้งให้มารดาทราบว่าสิ้นสุดการวิจัยแล้ว พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณมารดาที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์เพื่อแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้สถิติ ANCOVA กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เป็นเกณฑ์ในการสรุปผลทางสถิติ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ประนัย มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ามารดา ที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูป-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการเข้าเยี่ยมต่ำกว่ามารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากที่ได้รับข้อมูลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ระบุว่า ความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

ความวิตกกังวลหลังการทดลองของมารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับข้อมูลตามปกติ เป็นผลเนื่องมาจากมารดาในกลุ่มทดลองได้รับประสบการณ์ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยม เกี่ยวกับสถานการณ์อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล คือ สภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด สภาพที่ปรากฏและพฤติกรรมของบุตร กิจกรรมการพยาบาล การสื่อสารและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ การแสดงบทบาทการเป็นมารดา และภาวะเจ็บของโรงพยาบาล ที่มารดาจะต้องเผชิญเมื่อเข้าเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ตั้งแต่เดินทางมาเยี่ยมจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเยี่ยมครั้งแรก เนื้อหาข้อมูลประกอบด้วย 1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น (Physical sensation) 2) ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ (Temporal features) 3) ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม (Environmental features) และ 4) ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์นั้น (Causes of sensation) เมื่อมารดามาเยี่ยมบุตรและเผชิญสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด มารดาในกลุ่มทดลองจะเลือกรับรู้และสนใจลักษณะแบบรูปธรรม - ปรนัยของเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่กำลังเผชิญขณะเข้าเยี่ยมบุตร โดยไม่นำความรู้สึกหรืออารมณ์เข้ามาสอดแทรกในเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ ทำให้สนใจลักษณะแบบอัตนัยของเหตุการณ์ลดลง ส่งผลให้มารดาตอบสนองทางด้านหน้าที่เพิ่มขึ้น เตรียมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้อย่างเหมาะสม จึงตอบสนองด้านอารมณ์ลดลง ทำให้ความวิตกกังวลลดลงนั่นเอง

การดำเนินแผนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ก่อนการเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โดยการให้ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น (Physical sensation) อธิบายสถานการณ์ที่จะเกิดขึ้นหรือเหตุการณ์ที่มารดาจะต้องเผชิญเมื่อเข้าเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วย

บำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ตามการรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสของมารดา ได้แก่ การรับรู้ด้วยประสาทสัมผัสทางการมองเห็น เช่น ลักษณะสภาพทารกคลอดก่อนกำหนดที่มีขนาดร่างกายเล็กกว่าทารกคลอดครบกำหนด เครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ในการรักษา เป็นต้น การรับรู้ประสาทสัมผัสด้านการได้ยิน เช่น เสียงร้องของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การรับรู้ประสาทสัมผัสโดยการสัมผัส เช่น การรับรู้อากาศภายในหอผู้ป่วยเย็นกว่าอากาศภายนอก หรือเมื่อยื่นมือเข้าไปในตู้อบจะรู้สึกถึงความอุ่น การให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ทำให้มารดาเข้าใจเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้ชัดเจนมากขึ้น และเป็นรูปแบบเป็นปรนัยมากยิ่งขึ้น ทำให้ลดการตอบสนองทางอารมณ์ ไม่นำความรู้สึกเข้ามาร่วมในการแปลประสบการณ์ ทำให้ความกังวลลดลง

งานวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัส ดังเช่น การศึกษาของ Johnson (1972) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการลดความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดที่เกิดจากการขาดเลือดไปเลี้ยงที่แขนขณะรัดด้วยผ้าพันรัดแขน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และสามารถลดจำนวนการใช้ยานอนหลับหรือยาแก้ปวดประสาท แต่ทั้งสองกลุ่มให้คะแนนความรู้สึกว่าเป็นอันตรายไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในห้องปฏิบัติการของ Johnson (1973) ที่ศึกษาโดยใช้สถานการณ์เดียวกัน แต่แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม ให้ 2 กลุ่มได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัส และอีก 2 กลุ่มให้ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือขั้นตอนการกระทำ ต่อมาได้มีการศึกษาทางคลินิกโดย Johnson, Morrissey and Leventhal (1973 อ้างถึงใน Leventhal and Johnson, 1983) ได้ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการส่องกล้องตรวจกระเพาะอาหาร พบว่า กลุ่มทดลองมีปริมาณการใช้ยาแก้ปวดประสาทหรือยานอนหลับน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสมีอาการกระสับกระส่ายน้อยกว่ากลุ่มอื่น และมีความทุกข์ทรมานลดต่ำลง Fuller, Endress and Johnson (1978) ศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจบริเวณอุ้งเชิงกรานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดต่อนิวในถุงน้ำดี และผ่าตัดไส้เลื่อน (Johnson et al, 1978) พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัส 1 ครั้งก่อนการผ่าตัด มีผลในการลดปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์ คือ ความทุกข์ทรมาน ความกลัวได้ดีกว่าการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการหรือข้อมูลชนิดอื่นเพียงอย่างเดียว และพบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสร่วมกับข้อมูลชนิดอื่น จะมีประสิทธิภาพในการควบคุมปฏิบัติการตอบสนองทางอารมณ์ได้ดีขึ้น ส่วน Hill (1982) ได้ทำการศึกษาผลของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสร่วมกับคำแนะนำในการปฏิบัติตนในระยะก่อนผ่าตัดต่อปฏิบัติการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และระยะเวลาในการพักฟื้นภายหลังการผ่าตัดต่อระยะเวลาการศึกษพบว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกที่อาจต้องประสบในระยะหลังผ่าตัด มีความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ในระยะหลังผ่าตัดไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มที่ได้รับ

ข้อมูลชนิดบ่งบอกความรู้สึกที่อาจต้องประสบในระยะหลังผ่าตัด ร่วมกับคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งที่ควรปฏิบัติ มีจำนวนวันในการพักฟื้นที่บ้าน ภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัส มีประสิทธิภาพในการลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวดได้ดีกว่าข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสร่วมกับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการ มีประสิทธิภาพในการลดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ดีกว่าการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการเพียงอย่างเดียว และจากการวิจัยในครั้งนี้นำมาทราบคลออดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากกลุ่มทดลอง มีความวิตกกังวลลดลง เพราะเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญขณะเยี่ยมบุตรตรงตามเป็นจริงตามข้อมูลที่ได้รับมาก่อนล่วงหน้า เช่น มารดาบางคนเมื่อยื่นมือเข้าไปในตู้อบกล่าวว่า “อุณจริงๆ ด้วย ลูกนอนไม่ได้ใส่เสื้อผ้าก็ไม่เย็น”

การให้ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ (Temporal features) อธิบายสถานการณ์ที่มารดาทราบคลออดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก จะต้องเผชิญตามลำดับเหตุการณ์ตั้งแต่เดินทางจากหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดมายังมบุตรที่หอผู้ป่วย จนกระทั่งเดินทางกลับ ทำให้มารดาสามารถลำดับเหตุการณ์ที่จะเกิด และสิ่งที่ตนเองต้องปฏิบัติได้ถูกต้องโดยไม่ต้องพูดซ้ำสังเกตได้จากมารดากลุ่มทดลอง เมื่อมายังหอผู้ป่วยก็สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนการเข้าเยี่ยมได้อย่างถูกต้องทุกคน ตั้งแต่การวางรองเท้าที่ชั้นวางรองเท้าหน้าหอผู้ป่วย สวมเสื้อคลุมสีฟ้าทับชุดที่สวมอยู่ ติดต่อยาบาลเพื่อแจ้งการเข้าเยี่ยมบุตร ล้างมือก่อนสัมผัสตัวบุตร เป็นต้น ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุมพบว่า มารดาบางคนใส่รองเท้าเข้ามาในหอผู้ป่วย หรือไม่ได้ใส่เสื้อคลุมก่อนเข้ามาในหอผู้ป่วย มารดากลุ่มควบคุมหลายรายมักเข้ามาสอบถามกับพยาบาลเมื่อเยี่ยมลูกเสร็จแล้วว่า “กลับได้เลยไหมคะ” “ฉันต้องทำอะไรบ้าง” ส่วนมารดาในกลุ่มทดลองเมื่อเยี่ยมบุตรเสร็จแล้วก็เดินทางกลับไปพักผ่อน หรือมีบางรายเข้ามาพูดคุยกับพยาบาลเพิ่มเติมก่อนกลับเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสงสัยและต้องการคำอธิบายเพิ่ม

จากการศึกษาในมารดาที่ได้รับข้อมูลอธิบายสถานการณ์ตามลำดับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทำให้มารดาเกิดกระบวนการคิดเรียงลำดับเหตุการณ์ รู้ว่าตนเองต้องเจอกับเหตุการณ์อะไรในเวลาถัดไป ต้องปฏิบัติตัวอย่างใดในสถานการณ์นั้น จึงเกิดการประเมินสถานการณ์ที่ต้องเผชิญใหม่ ในลักษณะที่มีความคุกคามน้อยลง การตอบสนองทางอารมณ์ คือความวิตกกังวลก็จะลดลงด้วย

นอกจากนี้การให้ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม (Environmental features) อธิบายเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทั่วไปภายในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดที่มีความเฉพาะแตกต่างไปจากหอผู้ป่วยทั่วไป รวมไปถึงการอธิบายลักษณะและหน้าที่ในการดูแลทารกของบุคลากรแต่ละระดับ ทำให้มารดารับรู้เกิดความคุ้นเคยและไม่ตื่นตระหนกเมื่อเผชิญสถานการณ์จริง (Ko, 1998) และการให้ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และ

ประสบการณ์นั้น (Causes of sensation) อธิบายมารดาเกี่ยวกับสาเหตุของเหตุการณ์ที่มารดา รับรู้ด้วยประสาทสัมผัส เช่น การที่บริเวณรอบตัวทารกในหอผู้ป่วยมีความสว่าง แต่ที่เตียงทารกมี ผ้าคลุมด้านบนของตู้รอบทำให้ดูเหมือนว่าทารกนอนอยู่ในที่มืด ในมารดากลุ่มทดลองก็จะเข้าใจว่า เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น สังเกตจากมารดาบางรายกล่าวว่า “เหมือนปิดไฟนอนเลยดีแล้วจะได้ หลับง่าย” ส่วนมารดาในกลุ่มควบคุมบางรายกล่าวว่า “ขอเปิดผ้าได้ไหมคะมองไม่ค่อยเห็นลูกเลย” หรือในกรณีที่มีเสียงสัญญาณของเครื่องมือดัดขึ้น มารดาในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะไม่แสดงสีหน้า ตกใจ และหลีกเลี่ยงให้พยาบาลเข้าไปดูแลทารกได้สะดวก แต่จะถามพยาบาลหลังจากที่พยาบาล ให้การดูแลทารกเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ในมารดากลุ่มควบคุมเมื่อได้ยินเสียงสัญญาณมักแสดงสีหน้า ตกใจ ถามว่า “เกิดอะไรขึ้น” ทันทันที หรือ “ลูกเป็นอะไร” จะเห็นได้ว่ามารดาทั้งสองกลุ่มแสดงออก ทางความรู้สึกแตกต่างกัน

นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองเกือบทั้งหมดสามารถปฏิบัติตนขณะเข้าเยี่ยม บุตรได้ถูกต้องตามขั้นตอน เช่น ถอดรองเท้าวางไว้บนชั้นวางรองเท้าหน้าหอผู้ป่วย สวมเสื้อคลุมสี ฟ้ำสำหรับมารดาก่อนเข้ามาในหอผู้ป่วย และล้างมือก่อนและหลังสัมผัสทารก ในขณะที่มารดาใน กลุ่มควบคุมบางคนลืมถอดรองเท้า บางคนไม่สวมเสื้อคลุมก่อนเข้ามาในหอผู้ป่วยหรือสวมเสื้อ คลุมผิด เป็นต้น และบางคนเข้ามาในหอผู้ป่วยแล้วก็ไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไร นอกจากนี้ยัง สังเกตได้ว่า มารดากลุ่มควบคุมมีความกล้าในการสัมผัสและพูดคุยกับบุตรขณะเข้าเยี่ยมครั้งแรก ในขณะที่มารดากลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่กล้าสัมผัสทารก แค่นินดูเฉยๆ และบางคนบอกว่า “ลูกตัว เล็กไม่กล้าจับ” หรือ “ไม่รู้ว่าจะจับตรงไหนดี” จะเห็นได้ว่ามารดาทั้งสองกลุ่มมีการแสดงพฤติกรรม ที่แตกต่างกัน

การตอบสนองทางด้านอารมณ์ คือ ความวิตกกังวลของมารดากลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูล แบบรูปธรรม-ปรนัยต่ำกว่ากลุ่มควบคุม จึงเป็นไปตามทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Johnson (1999) ซึ่งอธิบายการตอบสนองของมนุษย์ เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ คุกคาม หรือก่อให้เกิดความตึงเครียด ต่อร่างกายและจิตใจ เช่นเดียวกับสถานการณ์ในการเยี่ยม บุตรครั้งแรกของมารดา กระบวนการควบคุมการตอบสนองของตนเองนี้ ประกอบด้วย 2 แนวทาง ที่เกิดขึ้นควบคู่กันในรูปแบบขนานและเป็นอิสระต่อกัน โดยซึ่งแนวทางแรกเป็นการควบคุมการ ตอบสนองทางด้านอารมณ์ (Regulation of Emotional Response) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้หรือ สนใจกับลักษณะแบบอัตนัย (Subjective features) ของเหตุการณ์ ซึ่งก็คือ ข้อมูลที่มีความรู้สึก หรืออารมณ์ส่วนตัวของบุคคลเข้ามาเกี่ยวข้อง ข้อมูลที่เป็นอัตนัยมักโน้มน้าวให้บุคคลแปล ความหมายของเหตุการณ์ไม่ตรงกับความเป็นจริง ทำให้มีปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านอารมณ์และ เกิดความรู้สึกที่ไม่พึงประสงค์ เช่น มีความวิตกกังวลเกิดขึ้น ส่วนอีกแนวทางหนึ่ง คือ การควบคุม การตอบสนองทางหน้าที่ (Regulation of Functional Response) จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลรับรู้สนใจ

กับลักษณะแบบรูปธรรม – ปรนัย (Concrete – Objective features) ของสถานการณ์หรือประสบการณ์ ซึ่งมีความชัดเจน ไม่มีการสอดแทรกอารมณ์หรือความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลเข้ามาเกี่ยวข้อง ทำให้เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ตรงกับความเป็นจริงล่วงหน้า เข้าใจเหตุการณ์ที่กำลังจะประสบ และเตรียมที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามได้ (Johnson, 1999)

บุคคลสามารถที่จะเลือกใช้แนวทางในการเผชิญกับสถานการณ์แนวทางใดแนวทางหนึ่งมากกว่าอีกแนวทางหนึ่งได้ ขึ้นอยู่กับลักษณะข้อมูลหรือแง่มุมของประสบการณ์ที่บุคคลรับทราบ และเลือกที่จะให้ความสนใจ กระบวนการควบคุมการตอบสนองจะเกิดความสมดุลระหว่างสองแนวทางในลักษณะแปรผกผันกัน กล่าวคือ ถ้าบุคคลให้ความสนใจลักษณะใดลักษณะหนึ่งมาก จะทำให้สนใจอีกลักษณะหนึ่งน้อยลง (Johnson, 1999) ฉะนั้นเมื่อให้มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากกลุ่มทดลองมีประสบการณ์การได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยเกี่ยวกับสถานการณ์ที่มารดาจะต้องเผชิญในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดก่อนการเข้าเยี่ยมครั้งแรก เมื่อมาเยี่ยมบุตรในหอผู้ป่วยจริง มารดากลุ่มทดลองก็จะรับรู้และสนใจเหตุการณ์ในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดแบบรูปธรรม-ปรนัยมากกว่าที่จะสนใจเหตุการณ์ในลักษณะอัตนัย เมื่อมีการตอบสนองทางด้านหน้าที่เพิ่มขึ้น การตอบสนองทางด้านอารมณ์ของมารดาจะลดลง ความวิตกกังวลจึงลดลงด้วย

มารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยก่อนการเข้าเยี่ยมบุตร จึงมีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติก่อนการเข้าเยี่ยมบุตร

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆ ที่นำทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Johnson (1999) มาใช้ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ อาทิ การศึกษาของ Johnson, Fielor, Wlasowicz, Mitchell and Jones (1997) ศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองต่อการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองมีประสบการณ์ความยุ่งยากต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ช่วงระยะเวลาให้รังสีรักษาน้อยกว่า กลุ่มควบคุมและมีแนวโน้มในการมองโลกในแง่ร้ายน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของ Johnson (1996) ศึกษาทัศนคติในการมองโลกและผลการเตรียมการให้ข้อมูลต่อการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย จะใช้เวลาพักผ่อนและรบกวนการใช้เวลารว่นน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมองผลข้างเคียงของการเข้ารับรังสีรักษาในทางที่ดี ส่วนงานวิจัยของ Kim, Garvin and Moser (1999) ศึกษาถึงภาวะเครียดในระหว่างที่ใช้เครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยที่ผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย 1 ครั้งก่อนวันผ่าตัด ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลมีอารมณ์ต่อต้านในช่วงระหว่างการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความยากลำบากในการสื่อสารน้อยกว่า และใช้ระยะเวลาในการใส่ท่อช่วยหายใจสั้นกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม

การศึกษาในเด็กก็ได้ผลดีเช่นกัน อาทิ สมปรารถนา ทราชมุท (2545) ศึกษาในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ต้องเข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด โดยใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยเด็กกลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยเด็กกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ นาตยา พิงสว่าง (2545) ศึกษาในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการผ่าตัดไส้ติ่ง โดยให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านการ์ตูนตัวแบบก่อนการผ่าตัด พบว่า กลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และให้ความร่วมมือในการเตรียมก่อนผ่าตัดมากกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยที่ผ่านมาส่วนใหญ่มักจัดกระทำกับตัวผู้ป่วยโดยตรง ส่วนงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเอง (Self-Regulation Theory) ของ Johnson กับกลุ่มผู้ปกครองหรือญาติผู้ป่วยนั้นก็ได้อผลดีเช่นเดียวกัน ดังเช่น งานวิจัยของ Melnyk (1994) ซึ่งศึกษาผลของการให้ข้อมูลโดยใช้ทฤษฎีการควบคุมตนเองแก่มารดาและเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 4 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมจะได้รับข้อมูลตามปกติ กลุ่มที่สองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมแสดงออกของเด็ก กลุ่มที่สามได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของมารดา และกลุ่มที่สี่มารดาจะได้รับข้อมูลทั้งพฤติกรรมแสดงออกของเด็กและการปฏิบัติตัวของมารดา โดยให้ข้อมูลกลุ่มละ 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลทั้งสองอย่างมีความวิตกกังวลน้อยกว่ามารดาในกลุ่มอื่นๆ และประไพพร รัตนศิริ (2547) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแรกกับแบบรูปธรรม-ปรนัย แก่มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ ด้วยวิดีโอเทป 1 ครั้ง และพยาบาลเปิดโอกาสให้มารดาซักถามและตอบคำถามหลังดูวิดีโอเสร็จสิ้น พบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลแรกมีระดับความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ โสภา พิศจาร (2550) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ในมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจ โดยการให้สื่อคอมพิวเตอร์ให้ข้อมูล 1 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์สามารถลดความวิตกกังวลของมารดา ก่อนที่บุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม

ผลงานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับผลการวิจัยดังกล่าวข้างต้น เป็นการเตรียมบุคคลในการเผชิญสถานการณ์ที่แตกต่างกัน แต่งานวิจัยทุกเรื่องก็เป็นให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ที่ให้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบเหมือนกัน ตามทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson (1999) ได้แก่ ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น (Physical sensation) ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ (Temporal features) ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม (Environmental features) และ ข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และ ประสพการณ์นั้น (Causes of sensation) เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองรู้สถานการณ์ที่จะเกิดขึ้น

ล่วงหน้าในลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย เมื่อต้องเผชิญสถานการณ์นั้นจริง ผู้ป่วยหรือผู้ปกครองก็ จึงตั้งประสบการณ์จากข้อมูลที่ได้รับเตรียมมาแปลความหมายของสถานการณ์นั้น ให้ความสนใจและรับรู้เหตุการณ์ในลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย แทนการมุ่งเน้นความสนใจในลักษณะ แบบอัตนัย ที่มีความรู้สึกและอารมณ์เข้าร่วมสอดแทรกในเหตุการณ์นั้น ผู้ป่วยหรือผู้ปกครอง เหล่านี้จึงประเมินสถานการณ์ที่กำลังเผชิญนั้นว่าคุกคามตนเองน้อยลง เข้าใจเหตุการณ์ที่กำลัง ประสบ สามารถจัดการได้ เกิดการตอบสนองทางด้านหน้าที่มากขึ้นจึงแสดงพฤติกรรมได้อย่าง เหมาะสม และมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยในครั้งนี้ ที่สามารถ ลดการตอบสนองทางด้านอารมณ์ลงได้

งานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน อาทิเช่น ศึกษาใน ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ผู้ป่วยเด็ก หรือเป็นกลุ่มผู้ปกครอง การให้ข้อมูลในลักษณะที่เป็นแบบรูปธรรม-ปรนัย จึงมีการเลือกใช้สื่อที่แตกต่างกันไปตามความเหมาะสมของเนื้อหาของข้อมูล และความ เหมาะสมของวัยของกลุ่มที่จะศึกษา เช่น การใช้วิดีโอเทป การใช้สื่อคอมพิวเตอร์ การใช้ภาพ การ์ตูน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อต้องการที่จะสื่อสถานการณ์เกี่ยวกับเหตุการณ์เฉพาะของแต่ละเหตุการณ์ นั้นๆ ที่จะก่อให้เกิดประสบการณ์ สามารถช่วยให้เกิดการเรียนรู้แบบรูปธรรม-ปรนัยมากที่สุด เมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริงจะสามารถนำข้อมูลที่ได้รับไปประมวลผลและเชื่อมโยงกับความรู้และ ประสบการณ์ที่ได้รับข้อมูลมา กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ได้ (ธีรพันธ์ สิงห์เฉลิม, 2542) ซึ่งเนื้อหาของข้อมูลที่ให้ไม่ว่าจะเป็นเรื่องใด จะต้องได้รับข้อมูลที่ผสมผสานเนื้อหาให้ครบ ทั้ง 4 องค์ประกอบดังที่กล่าวมาข้างต้น Johnson (1999) กล่าวว่า การที่จะสนับสนุนให้บุคคลเกิด การตอบสนองทางด้านอารมณ์ลดลง สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่มาคุกคามและจัดการกับ ปัญหาได้อย่างเหมาะสมนั้น ต้องสนับสนุนให้บุคคลสนใจและแปลประสบการณ์ หรือเหตุการณ์ที่ พบในลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย ซึ่งมีความชัดเจน ตรงไปตรงมา ไม่มีความรู้สึกหรืออารมณ์เข้า มาสอดแทรกในเหตุการณ์ จะทำให้ผลลัพธ์ในการปฏิบัติการพยาบาลโดยการให้ข้อมูลช่วยลดความ วิตกกังวลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อมูลแต่ละประเภทสามารถทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้แตกต่างกัน ยังมีงานวิจัยอีก ส่วนหนึ่งที่ผลการวิจัยสรุปว่า หลังจากการให้ข้อมูลแล้วความวิตกกังวลไม่ลดลง หรือมีความวิตก กังวลสูงขึ้น หรือไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เช่น การศึกษาของ พิภูผ ดันติธรรม (2533) ทำการศึกษาผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาล ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลรามาริบัติ โดยการให้ข้อมูลแก่ญาติที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ก่อนการเยี่ยมครั้งแรก จำนวน 52 คน ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลภายหลังการเข้า เยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่ มีความแตกต่างกัน และการศึกษาของ Aimin (1999) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลต่อ

ความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักศัลยกรรม จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยหนักภายหลังการการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

การให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลจะเกิดประสิทธิภาพที่ดี จะต้องคำนึงถึงลักษณะของข้อมูลและเนื้อหาของข้อมูลที่ตรงตามความต้องการของผู้รับสารด้วย (Leventhal and Johnson, 1983; Thelma, 1960 อ้างถึงใน สุทธิณี วัฒนกุล, 2547) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ข้อมูลที่ทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้ดี และมีประสิทธิภาพในการลดความวิตกกังวลหลังการให้ข้อมูลเพียงครั้งเดียว คือ ข้อมูลที่เป็นรูปธรรม - ปรนัย

ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลที่เกี่ยวกับการรับรู้ทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ข้อมูลที่เกิดขึ้นตามลำดับเหตุการณ์ ข้อมูลที่บอกถึงลักษณะของสภาพแวดล้อม และข้อมูลที่บอกถึงสาเหตุของการรับรู้ทางประสาทสัมผัส อาการ และประสบการณ์นั้น ทำให้มารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลหลังการทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งจากการวิจัยนี้ มีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการสนับสนุนให้พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด เข้าเยี่ยมมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากหลังคลอด และเตรียมความพร้อมแก่มารดาในการเข้าเยี่ยมบุตรครั้งแรก ด้วยการให้ข้อมูลแก่มารดาในลักษณะที่เป็นรูปธรรม-ปรนัย เกี่ยวกับเหตุการณ์ที่มารดาจะต้องพบและปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมบุตรที่หอผู้ป่วยจนกระทั่งเสร็จสิ้นการเยี่ยมครั้งแรก เพื่อช่วยเหลือนมารดาให้ลดความวิตกกังวลลงในระดับหนึ่ง ทำให้มารดาเกิดความพร้อมมีความมั่นคงทางจิตใจที่จะปรับตัวในระยะเวลากลับไปได้ดีขึ้น เพื่อที่จะสามารถดูแลบุตรของตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และกระตุ้นพัฒนาการบุตรด้วยการสัมผัส พูดคุย ตั้งแต่ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลให้ทารกมีสุขภาพกายและใจที่ดีในอนาคตได้

2. หากจะนำแผนการให้ข้อมูลแบบเป็นรูปธรรม-ปรนัยผ่านภาพถ่ายประกอบคำบรรยายไปใช้ในหน่วยงานอื่น ควรดัดแปลงให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของแต่ละหน่วยงาน แต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากโรงพยาบาลแต่ละแห่งมีความแตกต่างกันในเรื่องสภาพแวดล้อม ทั้งในด้านโครงสร้างอาคาร สถานที่ การจัดรูปแบบหอผู้ป่วย ลักษณะของบุคลากร รวมไปถึงข้อปฏิบัติต่างๆ จึงควรมีการปรับภาพถ่ายให้เหมาะสมและมีความเฉพาะสำหรับกับสถานที่นั้นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแก่มารดาทารกที่เจ็บป่วยหลังคลอดในกลุ่มอื่นๆ เช่น ทารกที่ไม่มีผนังลำไส้ ทารกที่ต้องผ่าตัดเปิดดูทวารหนัก เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก กับตัวแปรอื่นๆ เช่น พฤติกรรมการดูแลบุตร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกรัตน์ สุชะตุงคะ. (2540). **คู่มือจิตวิทยาคลินิก**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เมติดัลมีเดีย.

กัลยา นาคเพชร. (2535). การพยาบาลทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย. **เอกสารการสอนชุดวิชาการณี**

เลือกสรรการพยาบาลมารดา ทารกและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 1-7.

พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 523-647.

จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, ดุสิต สถาวร, และนวลจันทร์ ปราบพาล. (2547). Pediatric Respiratory

Critical Care. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ปียอนด์ อินเทอร์ไพร์ช. 121.

จำลอง ดิษยวณิช และ พรีมเพรา ดิษยวณิช. (2545). **ความเครียด ความวิตกกังวล และ**

สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์. 181 -186.

เจียงคำ อินทวิชัย. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทาง**

สังคมกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง.

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชีษณุ พันธุ์เจริญ, จุฑารัตน์ เมษมัลลิกา, รัตโนทัย พลับรู้อการ, และอุษา ทิสยากรพี. (2548).

Communication Skills in Clinical Practie **จากมุมมองที่หลากหลาย**. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพฯ: ธนาเพชร. 18.

ช่อลดดา พันธุ์เสนา. (2536). **การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผน**

สุขภาพ. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้งกรุ๊ป.

ธราธิป โคละทัต และสุนทร อ้อเผ่าพันธ์. (2542). Neonatology for Pediatricians.

พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง. 414.

นฤมล ธีระรังสิกุล. (2542). **การพยาบาลทารกคลอดก่อนกำหนด**. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.

นวลจันทร์ ปราบพาล, จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์, และรัชนี เชนศิริวัฒนา. (2540). PRACTICAL ISSUES

IN ADVANCED PEDIATRICS. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ที พี พรินท์.

นาตยา พึ่งสว่าง. (2545). **ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดโดยการให้ข้อมูลแบบ**

รูปธรรม-ปรนัยผ่านการดูแลแบบต่อระดับความวิตกกังวลและการให้ความร่วมมือ

ในการเตรียมผ่าตัดของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บัญญัติ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี และศรีสมบุญณ์ มุสิกสุนทร. (2550). **ตำราการพยาบาลเด็ก**.

พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล.

บุญใจ ศรีสถิตนราภรณ์. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3.

กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปริญญา ประสานจิต. (2541). **ผลของการให้ความรู้และการให้ข้อมูลย้อนกลับต่อการล้างมือของบุคลากรพยาบาลในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลแพร์**. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ประไพพร รัตนศิริ. (2547). **ผลของโปรแกรมแรกรับต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประสิน จันทรวีวัฒน์. (2545). **การพยาบาลเด็ก**. พิมพ์ครั้งที่ 6. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. (2542). **ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปัทมา คุปต์จิต. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างภาพลักษณ์ สัมพันธภาพในคู่สมรสกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พรประภา โฉงนะวงศกร. (2541). **เปรียบเทียบการให้ข้อมูลมารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดต่อระดับความเครียดของมารดาและสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พิกุล ขำศรีบุศ และคณะ. (2540). **ศึกษาการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิกายของทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการจัดท่านอนโดยใช้ Nest**. **สุขภาพอนามัยทารกปริกำเนิดในศตวรรษที่ 21: Better perinatal health beyond A.D. 2000**. สมาคมเวชศาสตร์ปริกำเนิดแห่งประเทศไทย.

พิกุล ตันติธรรม. (2533). **ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

พาดิณี พิบุญยเวช. (2541). **การเตรียมความพร้อมของมารดาหลังคลอดเพื่อลดความวิตกกังวลในการเยี่ยมบุตรที่เจ็บป่วย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. (2543). **กรณีเลือกสรรการพยาบาลมารดาทารกและการพยาบาลจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- มนตรี ตู้อินดา และคณะ. (2542). **กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2542). **แนวทางการวางแผนการพยาบาลเด็ก**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: นิตินิตบรรณาการ.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2530). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์.
- วราภรณ์ แสงทวีสิน, วิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล และสุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์. (2550). **ปัญหาทารกแรกเกิด**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส. 14 -19.
- วิไล ราตรีสวัสดิ์ และสุนทร ฮ้อเผ่าพันธ์. (2540). **ปัญหาทารกแรกเกิด**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- วันดี วราวิทย์, ประพุท ศิริปัญญา, และสุรางค์ เจียมจรรยา. (2540). **ตำรากุมารเวชศาสตร์ 2**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พลับลิชซิ่ง.
- ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช, ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน, สมจิตร์ ศรีอุดมขจร, และสมใจ กาญจนางค์กุล. (2549). **ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ศรีโสภิตา แห่งทองคำ. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลต่อการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศากุล คงพันธ์. (2533). **ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียดกับความผาสุกโดยทั่วไปในมารดาของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมปราวณา ทรายสมุท. (2545). **ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้หนังสือการ์ตูนแบบที่มีข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. (2545). **Update Neonate Care and Workshop in Neonatal Care**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. (2547). **Neonatal Critical Care**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.
- สรายุทธ สุภาพรรณชาติ. (2548). **Best Practice in Neonatal Care**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส. 240.

สุพร ตริพงษ์ภักดิ์, นงนุช สิริชัยนันท์, สามารถ ภาคขมา, และประชา นันทน์กฤต. (2549).

กุมารเวชปฏิบัติก้าวหน้า 4. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

สุภารัตน์ ไวยชีตา และคณะ. (2549). *New Trend in Pediatric Critical Care Nursing.*

พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ดีไซน์. 46.

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2528). **หลักการพยาบาลจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่:

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุดี ศรีเลณวดี. (2530). **จิตวิทยากับการพยาบาลผู้ป่วยเด็ก.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:

พิชญ์พรินต์ติ้ง.

สุพรีร์ จันทระเชษฐา. (2547). **ผลของการจัดการรูปแบบการให้ข้อมูลแก่สมาชิกในครอบครัว**

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ต่อความวิตกกังวลของครอบครัวและความพึงพอใจ

ในการจัดรูปแบบของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุทธินี วัฒนกุล. (2547). **ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบ**

แผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์

ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์

มหาวิทยาลัย.

สุนทร อ้อเผ่าพันธุ์. (2543). *Advanced Neonatal Mechanical Ventilation and Neonatal*

respiratory Intensive Care. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพรส.

สาธิต ไทระกิตย์. (2543). *Neonatal Care In The Year 2000: The Prevention of*

Morbidities. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ชมรมกุมารเวชศาสตร์ทารกแรกเกิด.

สารภี กาญจนโรจน์พันธ์. (2548). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความกลัวของเด็กวัยเรียนที่**

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โสภา พิศจาร. (2550). **ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ประนัย ต่อความวิตกกังวลของ**

มารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญา

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2543). **การคิดอย่างมีวิจารณ์ญาณ: การเรียนการสอนทางการ**

พยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ธนาเพรสแอนด์กราฟฟิค.

ภาษาอังกฤษ

- Aimin, G. (1999). **Effect of Information support on anxiety among family members of critically ill patients**. Master of Nursing Science in Medical and Surgical Nursing Graduate school: Chiang Mai University.
- Ashwill, J. W., and Droske, S. C. (1997). **Nursing care of children: Principle and practice**. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Avant, K. C. (1981). Anxiety as a Potential factor Affecting Maternal Attachment. **JOGNN**. 10: 416–419.
- Blackburn, S. (1982). The Neonatal Intensive Care: A high Risk Environment. **American Journal of Nursing**. 82(11): 1708–1712.
- Blackburn, S., and Lowen, I. (1986). Impact of an infant's premature birth on the grandparents and parents. **Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing**. 15: 173–178.
- Boyd, S. (2004). Within these walls: moderating parental stress in the NICU. **Journal of Neonatal Nursing**. 10(3): 80–84.
- Brown, S. M. (1990). Quantitative measurement of anxiety in patients undergoing surgery for renal calculus disease. **Journal of Advance Nursing**. 15: 962-970.
- Burns , N., and Grove, S. K. (2005). **Understanding Nursing Research**. (2th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Carter, JD., Mulder, RT., Bartram, AF., and Darlow, BA. (2005). Infants in neonatal intensive care unit: parental response. **Archives of disease in Childhood Fetal & Neonatal Edition**. 90(2): 109–113.
- Eberly, T. W. (1985). Parents Stress after the unexpected admission of a child to the Intensive Care Unit. **Critical Care Quarterly**. 57–65.
- Edward, L. D. (1999). Adaptation to parenthood. In Lowermilk D. L., Perry, S. E., and Bobac, I. M. (Eds.). **Maternity nursing**. 5: 449–488.
- Fortinash, K. M., and Worret, P. A. (1996). **Psychiatric Mental Health Nursing**. St Louis: Mosby Yearbook. 227.

- Fuller, S. S., Endress, M. P., and Johnson, J. E. (1978). The effect of cognitive and behavioral control on coping with an aversive health examination. **Journal of Human Stress**. 4(12): 18-25.
- Garberson, K. B. (1991). The effect of numerous distraction an operative anxiety. **AORN Journal**. 54(6): 1258-1264.
- Gavey, J. (2007). Parental perceptions of neonatal care. **Journal of Neonatal Nursing**. 13: 199-206.
- Gennaro, S. (1986). Anxiety and problem solving ability in mother of preterms infant. **JOGNN**. 15(2): 160–164.
- Grimm, P. M. (1997). Measuring anxiety. In Frank-Stromborg, M., and Olsen, S. J. (Eds.). **Instruments for clinical health-care research**. Boston: Jones and Bartlett Publishers. 2: 329-341.
- Gulanick, M., Puzas, M. K., and Wilson, C. R. (1992). **Nursing care plans for newborns and Children: Acute and critical care**. St. Louis: Mosby Year Book.
- Halm, M. A., and Alpen, M. A. (1993). The impact of technology on parents and families. **Nurs. Clin. North. AM**. 28(2): 443-457.
- Heuer, L. (1993). Parent stress in pediatric intensive care unit. **Pediatric Nursing**. 19(1): 128–131.
- Hill, B. J. (1982). Sensory information, behavioral in structions and coping with sensory alteration suger. **Nursing Research**. 31: 17-21.
- Horn, E. V., and Tesh, A. (2000). The effect of critical care hospitalization on family members: Stress and responses. **Dimension of Critical Care Nursing**. 19(4): 40-50.
- Jacopson, S. F. (1981). Stress: Child family and staff. In K. W. Vestal (Ed.). **Pediatric critical care nursing**.
- Jalowice, A. and Powers, M. J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patients. **Nursing Research**. 3(1): 10–15.
- Johnsons, B. S. (1993). **Psychiatric–mental health nursing: Adaptation and growth**. (3rd ed). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Johnson, J. E. (1972). Effects of structuring patients expectations on their reaction-threatening event. **Nursing Research**. 21(6): 499-503.

- Johnson, J. E. (1973). Effects of accurate expectation on the sensory and distress component of pain. **Journal of personality and Social Psychology**. 27(2): 261-275.
- Johnson, J. E. (1996). Coping with radiation therapy: Optimism and the effects of preoperative interventions. **Research in Nursing Health**. 19: 3–12.
- Johnson, J. E. (1999). Self – regulation theory and coping with physical illness. **Research in Nursing and Health**. 22: 435–448.
- Johnson, J. E., Fieler, V. K., Wlasowicz, G. S., Mitchell, M. L., and Jones, L. S. (1997). The effects of nursing care guided by self-regulation theory on coping with radiation therapy. **Oncology Nursing Forum**. 24(6): 1041-1050.
- Johnson, J. E., and Rice, V. H. (1974). Sensory and distress components of pain: Implication for the study of clinical pain. **Nursing Research**. 23(3): 203-209.
- Kindler, C. H., Harm, C., Amsler, F., Ihde-Scholl, T., and Scheidegger, D. (2000). The Visual analog scale allows effective measurement of preoperative anxiety and Detection of patients' anesthetic concerns. **International Anesthesia Research Society**. 90(3) : 706–712.
- Kim, H., Garvin, B. J., and Monser, D. K. (1999). Stress during mechanical ventilation: Benefit of having concrete objective information before cardiac surgery. **American Journal of Critical Care**. 8: 118–126.
- Kneisl, C. R. (1996). Stress, anxiety and coping. In H. S. Wilson & C. R. Kneisl (Eds.). **Psychiatric nursing**. (5th ed.). California: Benjamin/Cummings publishing: 66–84.
- Ko, Y. (1998). Parental stress in the Neonatal intensive Care Unit. **Nursing Research**. 6(7): 427–435.
- Ladder, M. et al. (1971). **Clinical Anxiety**. New York: Grune and Stratton. 32–36.
- Lee, K. (1998). Anxiety and related disorder. In M. A. Boyd and M. A. Nihart (Eds.). **Psychiatric nursing: Contemporary practice**. Philadelphia: Lppincott. 476-529.
- Leske, J. S. (1996). Intraoperative progress reports decrease family member' anxiety. **AORN Journal**. 64(3): 424-436.

- Leventhal, H. and Johnson, J. E. (1983). Laboratory and field experimentation: Development of theory of self-regulation. In P. J. Wooldridge, M. H. Schmitt, J., K. Skipper, and R. C. Leonard (Eds.). **Behavioral science and nursing theory**. St. Louis: Mosby. 189–262.
- McHugh, H. G., Christman, N. J., and Johnson, J. S. (1982). Preparatory information: What helps and why. **American Journal of Nursing**. 82: 780-782.
- Meisel, M. (1991). Psychosocial implications in care of the critically ill patient and family. In J. T. Dolan (Eds.). **Critical Care Nursing: Clinical management through the Nursing process**. Philadelphia: F. A. Davis. 14–30.
- Melnyk, B. M. (1994). Coping with unplanned childhood hospitalization: Effect of information interventions on mothers and children. **Nursing Research**. 43: 50 – 55.
- Miles, M. S., and Carter, M. C. (1983). Assessing parental stress in intensive care unit. **MCN**. 8: 354–359.
- Miles, M. S., Carter, M. C., Hennessy, J., Eberly, T. W., and Riddle, I. (1989). Testing a theoretical model: Correlates of parental stress responses in the pediatric intensive care unit. **Maternal–Child Nursing Journal**. 18(3): 207–219.
- Miles, M. S., Funks, S. G., and Kasper, M. A. (1992). The stress response of mothers and fathers preterm infants. **Research in Nursing & Health**. 15: 261–269.
- Miller, D. J. et al. (1990). **Nursing Children: Psychology, Research and Practice**. 2nd London: Chapman and Hall.
- Phipps, W. J., Cassmeyer, V. L., Sands, J. K., and Lehman, M. K. (1995). **Medical surgical Nursing: Concepts and clinical practice**. (5): 172.
- Polit, D.F., and Beck, T.B. (2006). **Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization** (6th ed.). Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., and Hungler, B. D. (1999). **Nursing research: Principles and Methods**. (6th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Saunders, R. P., Abraham, M. R., Crosby, M. J., Thomas, K., and Edwards, W. H. (2003). Evaluation and Development of Potentially Better Practices for Improving Family-Centered Care in Neonatal Intensive Care Units. **Pediatric**. 111(4): 437-449.

- Shellaberger, S. G. (1993). The critical times: Meeting parental communication needs throughout the NICU experience. **Neonatal Network**. 16(1): 39.
- Shields–Poe, D., and Pinelli, J. (1997). Variables associated with parental stress in neonatal intensive care unit. **Neonatal Network**. 16(1): 29–37.
- Shives, L. R. (1994). **Basic concept of psychiatric mental health nursing**. (3rd ed.). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Shuldham, C. M., Cunningham, G., Hiscock, M., and Luscombe, P. (1995). Assessment of anxiety in hospital patients. **Journal of Advanced Nursing**. 22: 87-93.
- Smeltzer, S. C., and Bare, B. G. (2000a). **Brunner and Suddarth’s textbook of medical-surgical nursing**. 9(1)
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. **Anxiety: Current trends in theory and research**. 1: 23–49.
- Spielberger, C. D. (1983). **Manual for the state-trait anxiety inventory**. California: Consulting Psychologists press.
- Spielberger, C. D. and Gueervero, R. D. (1982). **Cross-culture anxiety**. New York: Hemisphere McGraw-Hill.
- Spielberger, C. D. and Krasner. S. S. (1988). **The assessment of state and trait anxiety**. In R.
- Spielberger, C. D., & Sarsason, I. G. (1991). **Stress and emotion anxiety, anger and curiosity**. London: Hemisphere. 336.
- Spielberger, C. D., and Sydeman, S. L. (1994). State–trait Anxiety Inventory and State–Trait Anger Expression Inventory. **The use of psychological test for treatment Planning and out come assessment**.
- Steele, K. H. (1987). Caring for parent of critical ill neonates during hospitalization: Strategies for health care professionals. **MCN**. 16(1): 13–27.
- Stuart, G. E. and Sundeen, S. J. (1995). **Principles and practice of psychiatric nursing**. (5th ed.). St. Louis: Mosby.
- Suchman, A. L., Botelho, R. J., and Walker, P. H. (1998). **Partnership in healthcare: Transforming relational process**. New York: University of Rochester Press.
- Vacarolis, E. M. (1998). **Foundations of psychiatric mental health nursing**. 3: 343.

- Wilson, D. (1994). The high-risk newborn and family. In D. L. Wong (Eds.). **Whaley and Wong's: Nursing care of infants and children** (5th ed.). St. Louis: Mosby. 365-432.
- Wolman, B. B. (1994). **Anxiety and Related disorders**. New York: John Wiley and Sons.
- Youngblut, J. M. and Shiao, S. P. (1993). Child and family reaction during and after pediatric ICU hospitalization: A pilot study. **Nursing Clinical North American**. 28(2): 46-54.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

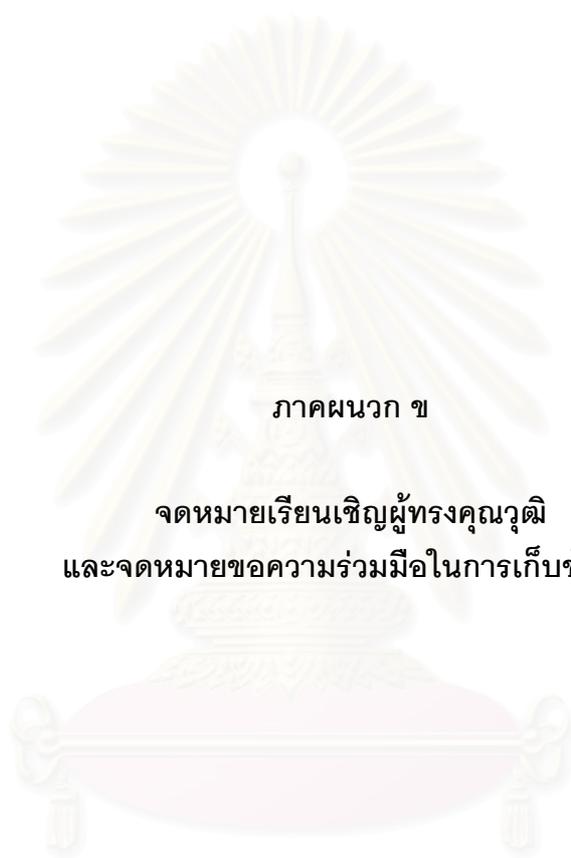
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
ประธานกรรมการหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (นานาชาติ)
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อาจารย์มาลัย มั่งชม
ข้าราชการบำนาญ กรรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ปรึกษา NICU สถาบันเด็กแห่งชาติ
มหाराชินี
3. อาจารย์วิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล
อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. นาวาอากาศตรีหญิง นาดยา พึ่งสว่าง
อาจารย์พยาบาลแผนกวิชาการพยาบาลเด็ก กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ
กรมแพทย์ทหารอากาศ กองบัญชาการสนับสนุนทหารอากาศ
5. นางสาวสิริวีร์ ขวัญเมือง
รองหัวหน้าหอผู้ป่วย ระดับ 7 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข

จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/1261

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

18 มิถุนายน 2551

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปณัฐิกา เหล็กแท้ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ประนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวิชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์งานบริการการศึกษา โทร 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร 081-6461355ชื่อนิสิต นางสาวปณัฐิกา เหล็กแท้ โทร 089-1950113

ที่ ศธ 0512.11/1261

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

18 มิถุนายน 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปณัฐิกา เหล็กแท้ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ประนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ มาลัย มั่งชม ข้าราชการบำนาญ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ มาลัย มั่งชม

งานบริการการศึกษา

โทร 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. วรภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร 081-6461355

ที่อนิสิต

นางสาวปณัฐิกา เหล็กแท้ โทร 089-1950113

ที่ ศธ 0512.11/1261

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

18 มิถุนายน 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลทหารอากาศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปณัฐิกา เหล็กแท้ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ประนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญนาวาอากาศตรีหญิง นาดยา พึ่งสว่าง อาจารย์พยาบาลแผนกวิชาการพยาบาลเด็ก กองการศึกษา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นาวาอากาศตรีหญิง นาดยา พึ่งสว่าง

งานบริการการศึกษา

โทร 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร 081-6461355

ที่อนิสิต

นางสาวปณัฐิกา เหล็กแท้ โทร 089-1950113

ที่ ศธ 0512.11/1261

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

18 มิถุนายน 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปณัฐทิกา เหล็ก นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ประนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ วิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธรวิชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ วิภาดา แสงนิมิตร์ชัยกุล

งานบริการการศึกษา

โทร 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร 081-6461355

ที่อนิสิต

นางสาวปณัฐทิกา เหล็กแท้ โทร 089-1950113

ที่ ศธ 0512.11/1261

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

18 มิถุนายน 2551

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 2 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปณัฐิกา เหล็กแท้ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ประนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสิริวีร์ ขวัญเมือง รองหัวหน้าหอผู้ป่วยระดับ 7 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้น เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญชัชชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวสิริวีร์ ขวัญเมือง

งานบริการการศึกษา โทร 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร 081-6461355

ที่อธิบดี นางสาวปณัฐิกา เหล็กแท้ โทร 089-1950113

ที่ ศธ 0512.11/1339

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

26 มิถุนายน 2551

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

เนื่องด้วย นางสาวปณัฐติกา เหล็กแท้ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือการวิจัย จำนวน 5 คน โดยใช้การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัย แก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ผ่านรูปภาพประกอบคำบรรยาย จำนวน 30 คน โดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดา และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จำนวน 40 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามความวิตกกังวลของมารดา จากกลุ่มตัวอย่างมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 30-35 สัปดาห์ ที่มีทารกเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการหายใจลำบากและทารกได้รับการรักษาด้วยออกซิเจนหรือเครื่องช่วยหายใจ ณ หอผู้ป่วย NICU และกุมารเวชกรรม 3 ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวปณัฐติกา เหล็กแท้ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญัตต์ชัย)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

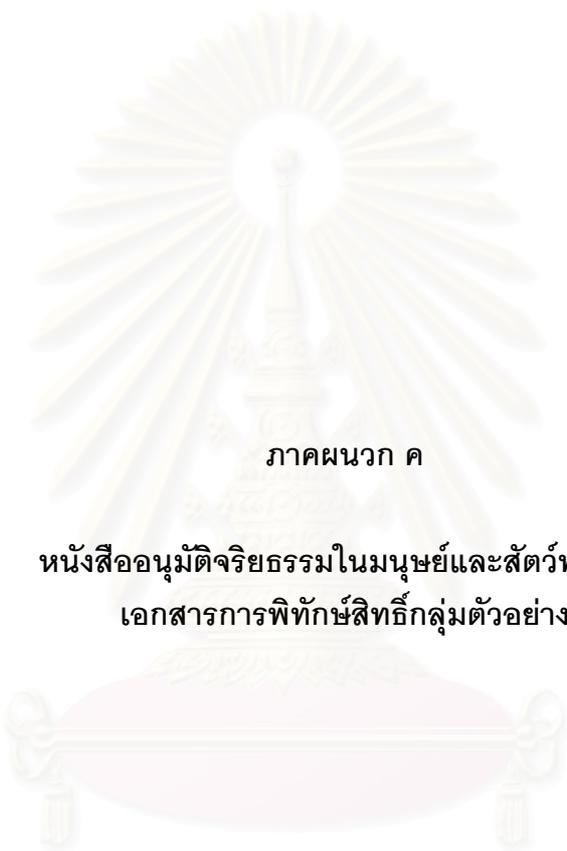
โทร 0-2218-9825 โทรสาร 0-2218-980

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร 081-6461355

ที่อนิสิต

นางสาวปณัฐติกา เหล็กแท้ โทร 089-1950113



ภาคผนวก ค

หนังสืออนุมติจริยธรรมในมนุษย์และสัตว์ทดลอง
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารรับรองจริยธรรมทางการวิจัย

เอกสารฉบับนี้ เพื่อแสดงว่า โครงการวิจัย

เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก (THE EFFECT OF PROVIDING CONCRETE – OBJECTIVE INFORMATION ON ANXIETY OF MOTHERS OF PRETERM INFANTS WITH RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME)

ผู้วิจัย คือ นางสาวปณัฐิกา เหล็กแท้

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีแล้ว และเห็นว่าผู้วิจัยต้องดำเนินการตามโครงการวิจัยที่ได้กำหนดไว้แล้ว หากมีการปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขใด ๆ ควรผ่านความเห็นชอบหรือแจ้งต่อคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัยอีกครั้ง

ออกให้ ณ วันที่ 4 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2551

ลงชื่อ

(นายทรงศักดิ์ เสรีโรดม)

นายแพทย์ 9

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ลงชื่อ

(นายพิษณุ มณีโชติ)

ผู้อำนวยการ

ลำดับที่ 40/2551

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ถ.ศรีวิชัย อ.เมือง จ.สุราษฎร์ธานี 84000
โทร. (077) 272231 ต่อ 2464, 2079 โทรสาร (077) 283257

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed consent form)

ชื่อโครงการ ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าชื่อ (นาง, นางสาว).....นามสกุล.....ได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์และแนวทางในการศึกษาวิจัย รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลเสียที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งข้าพเจ้าได้ซักถามทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาวิจัยดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และข้าพเจ้าจะสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลต่อตัวทารกและการดูแลที่ทารกได้รับในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด รวมไปถึงการดูแลในแผนกสูติกรรมหลังคลอดแต่อย่างใด ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมในกิจกรรมกับผู้วิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับและจะเปิดเผยนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

สุดท้ายนี้ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการจึงได้ลงนามในใบยินยอมนี้

..... ลงนาม

สถานที่/วันที่

ลงนาม ผู้เข้าร่วมวิจัย

..... ลงนาม.....

สถานที่/วันที่

(นางสาวปณัฐิกา เหล็กแท้)

ลงนาม ผู้วิจัย

..... ลงนาม.....

สถานที่/วันที่

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/participant Information Sheet)

ชื่อโครงการ	ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก
ชื่อผู้วิจัย	นางสาวปณัฐทิกา เหล็กแท้ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย
สถานที่ปฏิบัติงาน	56 โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี หมู่ 2 ตำบลมะขามเตี้ย อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี 84000
โทรศัพท์ที่ทำงาน	077 – 272 - 231
โทรศัพท์เคลื่อนที่	089 – 195 - 0113

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก
2. การวิจัยในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก หลังการให้ข้อมูล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยกับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
3. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ผู้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ คือ มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ในแผนกสูติกรรมหลังคลอดโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 40 คน มีการวัดผลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 คน ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลตามปกติโดยพยาบาลหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดในขณะที่มารดามาเยี่ยมทารกที่หอผู้ป่วย และกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย โดยพยาบาลหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ก่อนการเข้าเยี่ยมทารกที่แผนกสูติกรรมหลังคลอด
4. ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ตามคุณสมบัติที่กำหนด ทำการจับฉลากมารดาเข้ากลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 กลุ่มละ 20 คน ร่วมกับการจับคู่มารดาทั้ง 2 กลุ่ม ให้มารดามีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันในเรื่อง ระดับการศึกษา และความรุนแรงของโรคของทารก รวม 20 คู่ มีจำนวนมารดาทั้งหมด 40 คน
5. การดำเนินกิจกรรมในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย

5.1 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในกลุ่มที่ 1 โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละประมาณ 30 นาที

5.2 ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมในกลุ่มที่ 2 คือ ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย 1 ครั้ง ก่อนการเข้าเยี่ยมทากร ประมาณ 30 นาที โดยใช้ภาพถ่ายประกอบคำบรรยายแบบรูปธรรม-ปรนัย ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ไปในหอผู้ป่วยรวมไปถึงบุคคลที่อยู่ในสภาพแวดล้อมนั้น สภาพและพฤติกรรมการแสดงออกของทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก บทบาทมารดา กิจกรรมการพยาบาลที่ทารกได้รับ ลักษณะและพฤติกรรมการทำงานของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย และกฎระเบียบที่ต้องปฏิบัติ เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาส่งผลกระทบต่อเตรียมความพร้อมทางด้านจิตใจ เพื่อปรับตัวในการแสดงบทบาทการเป็นมารดาได้อย่างเหมาะสม ทำให้ทารกได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มที่ 2 จากแบบสอบถาม จำนวน 2 ครั้ง คือ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งละประมาณ 30 นาที

6. การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีผลกระทบใด ๆ เกิดขึ้นกับมารดาและทารกที่เข้าร่วมการวิจัย แต่จะเป็นประโยชน์ต่อมารดาในการลดความวิตกกังวล ข้อมูลในงานวิจัยที่ระบุถึงกลุ่มตัวอย่างจะถูกถอดออกเป็นรหัส ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของมารดา

7. ผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย มีสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย มีสิทธิในการถอนตัวออกจากการวิจัยก่อนที่การวิจัยครั้งนี้จะสิ้นสุดลงได้ตลอดเวลา โดยการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการดูแลมารดาและทารกในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดแต่อย่างใด

8. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัย

9. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม จะไม่ระบุชื่อและที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้และข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ที่โทรศัพท์มือถือหมายเลข 089 – 195 - 0113

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่
 - 1.1 แผนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย แก่มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก
 - 1.2 สื่อประกอบคำบรรยายที่ใช้ในการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย แก่มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก
 - 2.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แผนการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย แก่มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก

1. เมื่อมีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบากมาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแล้ว หลังจากนั้น 1 วัน พยาบาลที่ดูแลทารกติดต่อสอบถามพยาบาลแผนกสูติกรรมหลังคลอดถึงอาการปัจจุบันของมารดาทุกวัน
2. เมื่อพยาบาลรับทราบว่ามารดาได้รับอนุญาตและมีความพร้อมในการเดินทางมาเยี่ยมบุตรในช่วงเช้า พยาบาลจึงเดินทางไปเยี่ยมมารดาที่แผนกสูติกรรมหลังคลอดในเช้าวันเดียวกัน
3. ก่อนไปเยี่ยมพยาบาลต้องเตรียมข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจงสำหรับบุคคล ได้แก่ เพศ น้ำหนักตัว ชนิดของการให้การรักษาด้วยออกซิเจน
4. เมื่อพยาบาลไปเยี่ยมมารดา พยาบาลแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้ข้อมูลก่อนการเข้าเยี่ยมบุตร นำมารดาไปยังห้องที่มีความเป็นส่วนตัว เสียงไม่ดัง
5. พยาบาลเริ่มให้ข้อมูลบรรยายตามลำดับสมมุติภาพถ่ายแสดงเหตุการณ์ที่มารดาจะต้องพบเห็นและปฏิบัติเมื่อมาเยี่ยมบุตร ตั้งแต่เดินทางออกจากแผนกสูติกรรมหลังคลอดมายังหอผู้ป่วย จนกระทั่งมารดาเยี่ยมบุตรเสร็จสิ้นและเดินทางกลับ
6. พยาบาลเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยทั้งขณะให้ข้อมูลและหลังจากให้ข้อมูลเสร็จสิ้นแล้ว เพื่อให้มารดาเกิดแบบแผนทางความคิดให้เป็นรูปธรรม – ปรนัย มากที่สุด เพื่อลดความวิตกกังวลของมารดา
7. หลังจากนั้นนัดแนะมารดาเกี่ยวกับเวลาในการมาเยี่ยมบุตร และพยาบาลจะเป็นผู้ต้อนรับ
8. เมื่อมารดามาถึงหอผู้ป่วยพยาบาลนำมารดาเข้ามาเยี่ยมบุตร และปฏิบัติตามกิจกรรมการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยต่อไป

1.2 สื่อประกอบคำบรรยายที่ใช้ในการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย แก่มารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก



สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ ปณัฐติกา เหล็กแท้ เป็นนิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำอยู่ที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิดที่ลูกของคุณแม่ได้รับการรักษาตัวอยู่ ดิฉันทำการวิจัยเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม - ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่คุณแม่จะพบ และการปฏิบัติตัวของคุณแม่ เมื่อคุณแม่ไปเยี่ยมลูกที่หอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด ข้อมูลที่จะให้เริ่มตั้งแต่การเดินทางไปเยี่ยมลูกที่หอผู้ป่วย จนกระทั่งคุณแม่เสร็จสิ้นการเยี่ยมในครั้งแรก ถ้าคุณแม่มีข้อสงสัยสามารถซักถามดิฉันได้ตลอดเวลา ดิฉันมีความยินดีที่จะตอบคำถามของคุณแม่ค่ะ

ตึกที่คุณแม่นอนพักอยู่ มีชื่อว่า ตึกผู้ป่วย 4 ชั้น คุณแม่อยู่ชั้นที่ 2 เรียกว่า หอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอด หอผู้ป่วยที่ลูกของคุณแม่ได้รับการรักษาอยู่ มีชื่อว่า กุมารเวชกรรม 3 ตั้งอยู่ชั้นที่ 1 ของตึกเดียวกัน คุณแม่สามารถเข้าเยี่ยมลูกได้ตลอด 24 ชั่วโมง ส่วนคุณพ่อสามารถเข้าเยี่ยมได้ตั้งแต่เวลา 12.00 น.-20.00 น. ส่วนญาติคนอื่นๆไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าเยี่ยม เนื่องจากตึกที่ลูกของคุณแม่รักษาตัวอยู่ เป็นตึกที่ให้การรักษพยาบาลทารกแรกเกิดที่มีความเจ็บป่วย มีสุขภาพร่างกายที่อ่อนแอ ติดเชื้อได้ง่าย ถ้ามีคนเข้าออกมากมายหลายคน ทำให้เสี่ยงต่อการที่เชื้อโรคจากภายนอกเข้ามาสู่ภายในหอผู้ป่วยได้มาก อาจทำให้ลูกและทารกคนอื่นๆติดเชื้อที่รุนแรง และเสียชีวิตได้ คุณแม่กรุณาอธิบายให้ญาติเข้าใจและปฏิบัติตามระเบียบการเยี่ยมของโรงพยาบาลด้วยนะคะ

ภาพเส้นทางเดินจากห้องผู้ป่วยสู่อุบัติการณ์เคล็ดขัดยอกผู้ป่วยก้นารเวชกรรม 3



ภาพที่ 1 จุดดูแลสามารถเดินทางไปเตียงมดุกที่ห้องผู้ป่วย โดยทางใช้ลิฟต์คาน้ำทองผู้ป่วยที่จุดดูแลในสภากายอยู่จุดนี้ที่ด้านล่างสุด

ห้องผู้ป่วยก้นารเวชกรรม 3



ภาพที่ 2 เมื่อจุดดูแลเดินออกจากลิฟต์ ห้องผู้ป่วยจะอยู่ทางด้านซ้ายมือ มีคิงนอนสีเขียวขนาดใหญ่เขียนว่า ห้องผู้ป่วยก้นารเวชกรรม 3



ภาพที่ 3 จุดดูแลจะเดินทางเดินที่ประตูทางเข้ามีป้ายห้องผู้ป่วย 3 ได้เดินตรงเข้าไป



ภาพที่ 4 จุดดูแลจะพบประตูที่มีลักษณะเป็นกระจกใสมีป้าย (เปิด) ประตูห้องผู้ป่วยก้นารเวชกรรม 3 อยู่ทางขวา



ภาพที่ 5 เมื่อจุดดูแลเดินเข้าไปดูจากจุดดูแลทางด้านซ้ายห้องผู้ป่วยก้นารเวชกรรม 3 จะเห็นจุดดูแล

ส
จุฬาล
วิทยาลัย

1. เส้นทางเดินจากหอผู้ป่วยสูติกรรมหลังคลอดถึงประตูทางเข้าหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3

ภาพที่ 1 คุณแม่สามารถเดินทางไปยังมลูฑที่หอผู้ป่วย โดยการไ้ใช้ลิฟต์หน้าหอผู้ป่วยที่คุณแม่นอนพักอยู่ ลงมาที่ชั้นล่างสุด

ภาพที่ 2 เมื่อคุณแม่เดินออกจากลิฟต์ หอผู้ป่วยจะอยู่ทางด้านซ้ายมือ มีตัวหนังสือขนาดใหญ่ เขียนว่า หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3

ภาพที่ 3 คุณแม่จะเห็นทางเดินเล็กๆอยู่ทางซ้ายมือข้างหอผู้ป่วย ให้เดินตรงเข้าไป

ภาพที่ 4 คุณแม่จะพบประตูที่มีลักษณะเป็นกระจกใสเปิดอยู่ เหนือประตูเขียนว่า หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 3 อยู่ทางขวามือ

ภาพที่ 5 เมื่อเดินจนสุดทางเดิน ประตูทางเข้าหอผู้ป่วยจะอยู่ทางขวามือของคุณแม่



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขั้นตอนการปฏิบัติงานตัวก่อนการเข้าเขียน

เดินเข้าประตูทางเข้าหอผู้ป่วย ศูนย์แม่และเด็กประจวบคีรีขันธ์ที่มีลักษณะเป็นกระจกใส



ก่อนเข้าหอผู้ป่วย ศูนย์แม่และเด็กประจวบคีรีขันธ์



จุดที่ 1 ตรวจสอบตารางไทม์ไลน์การดูแลผู้ป่วย



จุดที่ 2 เมื่อประตูเข้าในหอผู้ป่วย โดยเสียงแตรประตูหอผู้ป่วยดัง ศูนย์แม่และเด็กประจวบคีรีขันธ์ประตูจะงัดขึ้นตามเดิม



จุดที่ 3 สวมเสื้อคลุมสีฟ้าที่แขวนอยู่หน้าประตูหอผู้ป่วยแล้วนำใส่ชุด กางเกงและรองเท้าที่เตรียมไว้ก่อนเข้าหอผู้ป่วย สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่อใกล้



จุดที่ 4 เมื่อมีเสียงแตรจุดที่ 3 ดังในหอผู้ป่วย ศูนย์แม่และเด็กประจวบคีรีขันธ์แล้วเสียงแตรดังในหอผู้ป่วยและจุดสีโคมแดง ศูนย์แม่และเด็กประจวบคีรีขันธ์ประตูจะงัดขึ้นโดยมีเสียงแตรดังตามจุด

2. สภาพแวดล้อมหน้าหอผู้ป่วยและการปฏิบัติตัวก่อนเข้าเยี่ยม

เมื่อมาถึงประตูทางเข้าหอผู้ป่วย คุณแม่จะเห็นประตูที่มีลักษณะเป็นกระจกใส ก่อนเข้าหอผู้ป่วย คุณแม่กรุณาปฏิบัติดังนี้

ขั้นที่ 1 ถอดรองเท้าวางไว้บนชั้นวางรองเท้าหน้าหอผู้ป่วย

ขั้นที่ 2 เปิดประตูเข้ามาในหอผู้ป่วย โดยเลื่อนบานประตูไปทางขวามือ คุณแม่จะเห็นเสื้อคลุมแขวนอยู่ที่ราว หน้าประตูกระจกอีกบานหนึ่ง

ขั้นที่ 3 สวมเสื้อคลุมสีฟ้าที่แขวนอยู่หน้าประตูกระจก ทับเสื้อผ้าที่ใส่อยู่ ก่อนเปิดประตูเข้ามาในหอผู้ป่วย

ขั้นตอนเหล่านี้เป็นการลดการนำเชื้อโรคจากภายนอกเข้าสู่ภายในหอผู้ป่วย เพื่อป้องกันไม่ให้เด็ก ๆ ติดเชื้อโรค

ขั้นที่ 4 เลื่อนประตูขั้นที่ 2 เข้าไปในหอผู้ป่วย คุณแม่จะเห็นโต๊ะพยาบาลอยู่ทางด้านซ้ายมือ พยาบาลที่นี้ใส่หมวกคลุมผมและชุดสีเขียวอ่อน คุณแม่สามารถติดต่อกับพยาบาลที่นั่งอยู่ที่โต๊ะ โดยแจ้งชื่อและนามสกุลของคุณแม่

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพบุคลากรในหอผู้ป่วย



นอกจากพยาบาลแล้ว คุณแม่อาจพบเจ้าหน้าที่อื่นๆ ซึ่งทำหน้าที่แตกต่างกันตามชุดที่สวมใส่

- คนที่ 1 ผู้ช่วยพยาบาล** ใช้หมวกคลุมผมและใส่ชุดสีเหลือง มีหน้าที่ช่วยเพื่อพยาบาลในการดูแลเตียง เวลละ 1-2 คน
- คนที่ 2 คุณหมอ** ใส่ชุดสุขภาพ และอาจมีเสื้อสีขาวแขนสั้นคลุมทับ เวลละ 1-3 คน
- คนที่ 3 พยาบาล** ใช้หมวกคลุมผมและชุดสีเขียวอ่อน ทำหน้าที่ไปกรพยาบาลและดูแลเตียง เวลละ 3 คน โดยมีการสลับเปลี่ยนกัน ทุก 8 ชั่วโมง ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง
- คนที่ 4 คนรับ** ใช้หมวกคลุมผมสีเขียวและใส่ชุดสีน้ำเงิน 1 คน มีหน้าที่ทำความสะอาดหอผู้ป่วยในเวลากลางวัน

ภาพภายในหอผู้ป่วย



หอผู้ป่วยจะแบ่งออกเป็นห้อง มีจำนวนเตียงแตกต่างกัน มีเตียงพยาบาลอยู่ตรงกลาง ส่วนลิ้นชักยาจะวางอยู่ริมเตียงใช้สำหรับเก็บยา ส่วนลิ้นชักของพยาบาลจะวางอยู่ริมเตียงใช้สำหรับเก็บของพยาบาล

เตียงผู้ป่วยจะแบ่งออกเป็นห้อง มีจำนวนเตียงแตกต่างกัน มีเตียงพยาบาลอยู่ตรงกลาง ส่วนลิ้นชักยาจะวางอยู่ริมเตียงใช้สำหรับเก็บยา ส่วนลิ้นชักของพยาบาลจะวางอยู่ริมเตียงใช้สำหรับเก็บของพยาบาล

นอกจากนี้ยังมีลิ้นชักสำหรับเก็บของพยาบาลใช้สำหรับเก็บของพยาบาล

3. บุคคลากรภายในหอผู้ป่วย

นอกจากพยาบาลแล้ว คุณแม่อาจพบเจ้าหน้าที่อื่นๆ ซึ่งทำหน้าที่แตกต่างกันตามชุดที่สวมใส่

คนที่ 1 ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ใส่หมวกคลุมผมและใส่ชุดสีเหลือง มีหน้าที่ช่วยเหลือพยาบาลในการดูแลเด็กๆ เวิร์ลละ 1 - 2 คน

คนที่ 2 คุณหมอ ใส่ชุดสูทภาพและอาจมีเสื้อสีขาวแขนสั้นคลุมทับ เวิร์ลละ 1 - 3 คน

คนที่ 3 พยาบาล ใส่หมวกคลุมผมและชุดสีเขียวอ่อน ทำหน้าที่ให้การพยาบาลและดูแลเด็กๆ เวิร์ลละ 3 คน โดยมีการผลัดเปลี่ยนกัน ทุก 8 ชั่วโมง ตลอดเวลา 24 ชั่วโมง

คนที่ 4 คนงาน ใส่หมวกคลุมผมสีเขียวและใส่ชุดสีน้ำเงิน 1 คน มีหน้าที่ทำความสะอาดหอผู้ป่วยในเวลากลางวัน

4. สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย

หอผู้ป่วยจะแบ่งออกเป็นห้อง มีฝ้าผนังเป็นกระจกใสกัน มีโต๊ะพยาบาลตั้งอยู่ตรงกลาง ดังนั้นถึงแม้พยาบาลจะนั่งที่โต๊ะทำงาน ก็สามารถมองเห็นเด็กได้ชัดเจนทุกคน พยาบาลจะเดินไปดูอาการเด็กทุก 15 – 30 นาที และมีการบันทึกอาการทุก 2 ชั่วโมง

รอบๆเตียงของเด็ก มีอุปกรณ์การแพทย์อยู่จำนวนมาก เพื่อใช้ในการดูแลรักษาเด็ก พยาบาลจะทำการดูแลและตรวจสภาพเครื่องมือทุกวันสม่ำเสมอ

นอกจากนี้คุณแม่จะรู้สึกว่ ภายในหอผู้ป่วยจะมีความสว่างมากกว่าภายนอกและหอผู้ป่วยอื่นๆ จากการที่เปิดไฟเป็นจำนวนมาก เพื่อต้องการให้มีแสงสว่างเพียงพอ ทำให้มองเห็นเด็กๆ ได้ชัดเจน และรู้สึกว่ อากาศภายในหอผู้ป่วยเย็นกว่าอากาศภายนอก เนื่องจากภายในหอผู้ป่วยมีการติดเครื่องปรับอากาศ

๗๑๗

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารก

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	
3. อาชีพ

<input type="checkbox"/> แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> ค้าขาย
<input type="checkbox"/> รับจ้าง	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> รับราชการและรัฐวิสาหกิจ	
<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ.....	
4. รายได้ของครอบครัว

<input type="checkbox"/> ต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน	<input type="checkbox"/> 5,001 – 10,000 บาท/เดือน
<input type="checkbox"/> 10,001 – 15,000 บาท/เดือน	<input type="checkbox"/> 15,001 บาท/เดือนขึ้นไป
5. การรักษาที่ทารกได้รับ

<input type="checkbox"/> ใช้เครื่องช่วยหายใจ	<input type="checkbox"/> ใช้ออกซิเจนช่วยหายใจ
--	---

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.2 แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

คำชี้แจง

แบบวัดชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบความวิตกกังวลของท่าน เมื่อนึกถึงบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และกรุณาทำเครื่องหมาย (/) ในช่องที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในขณะนี้มากที่สุด ในแต่ละข้อของแบบสอบถามขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ซึ่งแต่ละข้อมีข้อคำตอบให้เลือกดังนี้ คือ

- ไม่รู้รู้สึกเลย หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่านเลย
- รู้สึกบ้าง หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านบ้าง
- รู้สึกปานกลาง หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง
- รู้สึกมาก หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่รู้รู้สึกเลย	รู้สึกบ้าง	รู้สึกปานกลาง	รู้สึกมาก
ฉันรู้สึกสงบ	/			

จากตัวอย่าง หมายถึง ท่านไม่รู้รู้สึกสงบเลยเมื่อนึกถึงบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด

แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ข้อความ	ไม่รู้สึกเลย	รู้สึกบ้าง	รู้สึกปานกลาง	รู้สึกมาก
1. ฉันรู้สึกสงบ				
2. ฉันรู้สึกมั่นคง				
3. ฉันรู้สึกตื่นเครียด				
4. ฉันรู้สึกถูกกดดัน				
5. ฉันรู้สึกสบายๆ				
6. ฉันรู้สึกหงุดหงิด				
7. ฉันรู้สึกกังวลกับเคราะห์ร้ายต่างๆ ที่คิดว่าอาจจะเกิดขึ้น				
8. ฉันรู้สึกพึงพอใจ				
9. ฉันรู้สึกตื่นตระหนก				
10. ฉันรู้สึกสุขสบาย				
11. ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง				
12. ฉันรู้สึกตื่นเต้นง่าย				
13. ฉันรู้สึกตกใจง่าย				
14. ฉันรู้สึกไม่กล้าตัดสินใจ				
15. ฉันรู้สึกผ่อนคลาย				
16. ฉันรู้สึกอึดใจ				
17. ฉันรู้สึกกังวล				
18. ฉันรู้สึกสับสน				
19. ฉันรู้สึกไม่หวั่นไหว				
20. ฉันรู้สึกแจ่มใส				



ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการทดสอบคะแนนความวิตกกังวลของมารดาในการแจกแจงแบบปกติ

1. คะแนนความวิตกกังวลของมารดากลุ่มทดลองก่อนการทดลอง (Pretest)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		PRETEST
		1
N		20
Normal	Mean	63.25
Parameters(a,b)	Std. Deviation	5.684
Most Extreme	Absolute	.182
Differences	Positive	.105
	Negative	-.182
Kolmogorov-Smirnov Z		.816
Asymp. Sig. (2-tailed)		.518

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

2. คะแนนความวิตกกังวลของมารดากลุ่มทดลองหลังการทดลอง (Post-test)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		POST1
N		20
Normal	Mean	53.30
Parameters(a,b)	Std. Deviation	2.296
Most Extreme	Absolute	.152
Differences	Positive	.152
	Negative	-.148
Kolmogorov-Smirnov Z		.680
Asymp. Sig. (2-tailed)		.745

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

3. คะแนนความวิตกกังวลของมารดาในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง (Pretest)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		PRETEST
		2
N		20
Normal	Mean	61.60
Parameters(a,b)	Std. Deviation	6.336
Most Extreme	Absolute	.175
Differences	Positive	.135
	Negative	-.175
Kolmogorov-Smirnov Z		.783
Asymp. Sig. (2-tailed)		.571

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

4. คะแนนความวิตกกังวลของมารดาในกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง (Post-test)

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		POST2
		20
N		20
Normal	Mean	59.75
Parameters(a,b)	Std. Deviation	4.102
Most Extreme	Absolute	.174
Differences	Positive	.120
	Negative	-.174
Kolmogorov-Smirnov Z		.779
Asymp. Sig. (2-tailed)		.578

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

ตารางทดสอบความเท่ากันของ Slope เส้นตรง

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
ประเภท 1	กลุ่มทดลอง	20
กลุ่ม 2	กลุ่มควบคุม	20

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	569.940(a)	3	189.980	25.708	.000
Intercept	474.808	1	474.808	64.251	.000
GROUP	1.576	1	1.576	.213	.647
PRETEST	132.796	1	132.796	17.970	.000
GROUP * PRETEST	11.027	1	11.027	1.492	.230
Error	266.035	36	7.390		
Total	128639.000	40			
Corrected Total	835.975	39			

a R Squared = .682 (Adjusted R Squared = .655)

ตารางการวิเคราะห์ด้วย ANCOVA

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	558.913(a)	2	279.456	37.320	.000
Intercept	464.263	1	464.263	62.000	.000
PRETEST	142.888	1	142.888	19.082	.000
GROUP	477.974	1	477.974	63.831	.000
Error	277.062	37	7.488		
Total	128639.000	40			
Corrected Total	835.975	39			

a. R Squared = .669 (Adjusted R Squared = .651)

Parameter Estimates

Dependent Variable: คะแนนความวิตกกังวลหลังการทดลอง

Parameter	B	Std. Error	t	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Intercept	39.904	4.584	8.704	.000	30.615	49.192
PRETEST	.322	.074	4.368	.000	.173	.472
[GROUP=1]	-6.982	.874	-7.989	.000	-8.752	-5.211
[GROUP=2]	0(a)

a. This parameter is set to zero because it is redundant.

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวปณัฐทิกา เหล็กแท้ เกิดเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2522 ภูมิลำเนา จังหวัดสุราษฎร์ธานี สำเร็จการศึกษาหลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานี เมื่อปี พ.ศ. 2545 เริ่มรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 ห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ปัจจุบัน รับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 ห้องผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี เข้ารับการศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เมื่อปี พ.ศ. 2549



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย