



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

Relationship Between Uncertainty in Illness and Coping Among Caregivers of Children with Acute Illness

สุธิศา	ลำช้าง*	Suthisa	Lamchang*
จิตติมา	สุขเลิศตระกูล**	Thitima	Suklerttrakul**
อรพินท์	จันทร์ปัญญาสกุล***	Orapin	Junpunyaskool***
ปรีชา	ลำช้าง****	Preecha	Lamchang****

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลที่อยู่กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กป่วยเฉียบพลัน ส่งผลด้านลบต่อการเผชิญความเครียด การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่ออธิบายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือ ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน อายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2561 ถึงเดือนมกราคม พ.ศ. 2562 จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กของบิดามารดา และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ 0.83 และ 0.80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา คะแนนสัมพัทธ์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 74.72$, $SD = 17.72$) และความรู้สึกไม่แน่นอนรายด้านคือ 1. ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ($\bar{x} = 21.21$, $S.D. = 5.37$) 2. การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค ($\bar{x} = 15.19$, $S.D. = 4.18$) 3. ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม ($\bar{x} = 14.13$, $S.D. = 4.77$) 4. การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย ($\bar{x} = 12.95$, $S.D. = 3.18$) 5. ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ ($\bar{x} = 11.23$, $S.D. = 3.65$) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง
2. ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธีและวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การเผชิญกับปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.43) รองลงมาคือ การแก้ไขปัญหาลำบาก (คะแนนสัมพัทธ์ เท่ากับ 0.36) และการจัดการกับอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์ เท่ากับ 0.20) ตามลำดับ

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, suthisa.la@cmu.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, thitima.suk@cmu.ac.th

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Professional Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai Province: ojunpuny@gmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** Associate Professor, Faculty of Science, Chiang Mai University, preecha.l@cmu.ac.th



3. ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีความสัมพันธ์กับการเผชิญปัญหาทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.33, p < .05$)

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กพัฒนาวิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียด ผู้ดูแล เด็กป่วยเฉียบพลัน

Abstract

Postpartum weight retention is the increase in body weight following childbirth when compared to before pregnancy, which can have a negative effect on the physiology and psychology of postpartum mothers. The purpose of this descriptive correlation study was to explore the relationship between physical activity, dietary quality, breastfeeding, and weight retention, among 6 month postpartum mothers. The participants consisted of 102 six month postpartum mothers who were sampled randomly, had a greater postpartum weight than pre-pregnancy weight, and who brought their babies to receive vaccinations in the Outpatient Pediatric Department of Phramongkutklo Hospital, and the Well Child Clinic at Queen Sirikit National Institute of Child Health, between October 2014 and May 2015. The research instruments used included the physical activity questionnaire modified from the pregnancy physical activity questionnaire of Bungorn Supavititpatana (Supavititpatana, 2010), by the researcher, a 24-hour dietary recall report form, and a breastfeeding questionnaire which the researcher developed from Baker et al. (2008). Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation.

The results of this study were as follows: The proportion of participants who had a low physical activity level was 77.45 percent. The proportion of participants who had an appropriate diet was 59.80 percent. The proportion of participants who had exclusively breastfed for 6 months after childbirth was 47.06 percent. The proportion of participants who had a 6 month postpartum weight greater than or equal to 5 kilograms more than their pre-pregnancy weight, was 35.29 percent. Physical activity had no correlation with 6-month postpartum weight retention. Dietary quality had a significantly high positive correlation with postpartum weight retention ($r=.714, p<.01$). Breastfeeding had a significantly low negative correlation with postpartum weight retention ($r=-.220, p<.05$).

The results of this study indicate that programs should be provided which promote knowledge of dietary quality and breastfeeding in relation to postpartum mothers in order to prevent postpartum weight retention.

Key words: physical activity, dietary quality, breastfeeding, weight retention, postpartum mothers



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การป่วยเฉียบพลัน (acute illness) เป็นการป่วยที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใด มีระยะเวลาการเจ็บป่วยช่วงสั้นๆ (Carlson, 2008) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี ค.ศ. 2017 มีเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั่วโลกเสียชีวิตประมาณ 5.4 ล้านคน หรือประมาณวันละ 15,000 คน โรคปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (World Health Organization [WHO], 2018) รายงานจากสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข (ปี พ.ศ. 2561) พบว่าปอดอักเสบเป็นสาเหตุการตายลำดับที่ 3 โดยตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 ถึง ปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการตาย 39.6, 46.7, 46.9, 48.9 และ 48.3 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคนี้มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี และในปี พ.ศ. 2560 กลุ่มที่พบมากที่สุดคือ เด็กอายุแรกเกิดถึง 4 ปี พบ 29.5 ต่อประชากรแสนคน นอกจากนี้ยังมีสาเหตุการตายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันด้วยโรคอื่น โดยในเด็กอายุแรกเกิดถึง 4 ปี ในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราการตายจากโรคติดเชื้อและปรสิต อาการท้องเสีย กระเพาะและลำไส้ อักเสบ อัตรา 9.9 ต่อประชากรแสนคน (Strategy and Planning Division is the center of the administration, Ministry of Public Health, 2018) เด็กป่วยเฉียบพลันส่วนใหญ่มีอาการไข้สูง หายใจเร็ว หอบเหนื่อย หน้าอกบวม ไอมีเสมหะ หรืออาเจียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว (McCarthy, 2007) บางรายรับประทานอาหารลดลง ซึม อ่อนเพลีย (Smith, 2011) ส่วนใหญ่เด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นสถานการณ์ที่ผู้ดูแลอาจไม่ได้วางแผนล่วงหน้าและต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงอาการของเด็กและการตรวจรักษาที่เด็กได้รับ พฤติกรรมของเด็กที่เปลี่ยนแปลง บุคลากรทีมสุขภาพที่หลากหลาย ผู้ดูแลเด็กป่วยอื่นและสิ่งแวดล้อมใหม่ ผู้ดูแลอาจได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคหรือการรักษาไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อาจมีความยากลำบากในการประเมินความรุนแรงของความเจ็บป่วยของเด็ก (Ueki, Takao, Komai, Fujiwara, & Ohashi, 2017) โดยเฉพาะเด็กป่วยที่อายุน้อยกว่า 6 ปี อาจมีอาการรุนแรงและมี

อาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (uncertainty in illness) ตามแนวคิดของ Mishel (1988) หมายถึง การที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยได้ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย 2) ความซับซ้อนเกี่ยวกับการรักษาและระบบบริการ 3) การขาดข้อมูลการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค (Mishel, 1988) ซึ่งมีผู้นำแนวคิดดังกล่าวมาศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรังหลายกลุ่ม แต่การศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยในผู้ดูแลกลุ่มโรคเฉียบพลันยังมีน้อย พบการศึกษาของ Ueki, Takao, Komai, Fujiwara, & Ohashi (2017) ที่ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในมารดาของทารกป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชลเป็นกรอบในการศึกษา และได้สรุปความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาแบ่งเป็น 5 ด้านคือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย 2) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค 3) ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ 4) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของความเจ็บป่วย และ 5) ความคลุมเครือเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม ซึ่งต่อมา Ueki, Komai, & Ohashi (2017) ได้พัฒนาแบบประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กของบิดามารดา (Parents' Uncertainty regarding their child with Acute Illness Scale [PUCAS]) โดยแบ่งเป็น 5 ด้านคือ 1) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค 2) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย 3) ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม 4) ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ และ 5) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดมาจากความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียด ซึ่งความเครียดอาจเป็นปฏิกิริยาของร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม หรือ ความ



สัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น บุคคลจะประเมินแหล่งประโยชน์และตัดสินใจว่าความรู้สึกหรือสถานการณ์ดังกล่าวโดยใช้กระบวนการรู้คิด (cognitive appraisal) (Lazarus & Folkman, 1984) ถ้าบุคคลประเมินสถานการณ์เป็นอันตราย (danger appraisal) บุคคลจะแสวงหาวิธีต่างๆ เพื่อให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง หากบุคคลประเมินสถานการณ์เป็นโอกาส (opportunity appraisal) บุคคลจะพยายามคงความรู้สึกไม่แน่นอนไว้ (Mishel, 1988) หากบุคคลประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นหรือสิ่งแวดล้อมที่มีปฏิสัมพันธ์ว่าเป็นสิ่งก่อความเครียดที่มีผลต่อจิตใจ ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ทุกข์ใจ หรือวิตกกังวล และตนเองอาจได้รับอันตราย ถูกคุกคาม และไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ได้ บุคคลจะพยายามทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งเป็นการเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา และไม่มี การตัดสินใจว่าวิธีการเผชิญความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพขึ้นกับบริบท บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดีคือ บุคคลที่เลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดที่เหมาะสมกับสถานการณ์

บุคคลจะจัดการกับสิ่งที่คุกคามทั้งภายในและภายนอกร่างกาย โดยบุคคลอาจเลือกใช้การเผชิญความเครียดใน 2 ลักษณะ คือ 1) การมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น (problem-focused coping) ซึ่งเป็นการจัดการหรือเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดโดยตรง ได้แก่ การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหา การคิดหาวิธีแก้ไข การเผชิญและยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น การตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา รวมทั้งการขอความช่วยเหลือหรือขอคำแนะนำจากผู้อื่น และ 2) การจัดการกับอารมณ์ (emotion-focused coping) ซึ่งเป็นการกระทำที่บุคคลพยายามลดหรือบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การใช้เทคนิคผ่อนคลาย การทำสมาธิ การใช้สารเสพติด และการใช้กลไกทางจิต (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่ง Jalowice (1988) ได้นำแนวคิดของ ลาซารัส และโฟล์คแมน มาจัดแบ่งวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ลักษณะคือ 1) วิธีเผชิญกับปัญหา (confrontive coping) ซึ่งเป็นวิธีการควบคุมปัญหาหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิด

ความเครียดให้ดีขึ้น 2) วิธีการจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) ซึ่งเป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมความรู้สึกเป็นทุกข์หรือไม่สบายใจ โดยการแสดงความรู้สึกหรือระบายอารมณ์ โดยเหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง 3) การแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ (palliative coping) ซึ่งเป็นวิธีการที่ใช้ควบคุมสถานการณ์หรือแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ ใช้แนวทางที่เปลี่ยนการรับรู้ปัญหา โดยเหตุการณ์หรือปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง บุคคลที่ใช้การเผชิญความรู้สึกไม่แน่นอนอย่างเหมาะสมก็จะปรับตัวให้อยู่กับความรู้สึกไม่แน่นอนได้ (Mishel, 1988)

การศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรัง ดังการศึกษาของ Hodgkinson & Lester (2002) เกี่ยวกับความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคซิสติกไฟโบรซิส (cystic fibrosis) ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มารดามีภาวะเครียดจากผลกระทบที่เกิดจากการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง และการเปลี่ยนแปลงบทบาทหรือหน้าที่การทำงาน โดยวิธีเผชิญปัญหาที่ใช้อยู่ๆ คือ การค้นหาความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้อื่น โดยเฉพาะพยาบาล และการศึกษาของ Azar & Solomon (2001) เกี่ยวกับวิธีเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคเบาหวาน พบว่า วิธีที่ผู้ปกครองใช้บ่อยๆ คือ วิธีมุ่งแก้ปัญหา การประมวลเหตุการณ์เกี่ยวกับความเครียดใหม่ เพื่อจัดการต่อปัญหาได้ดี และการพึ่งพาแหล่งประโยชน์ทางเพื่อนบ้าน จากการศึกษาดังกล่าววิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรังใช้บ่อยๆ คือ การค้นหาความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้อื่น หรือ วิธีมุ่งแก้ปัญหา

การเจ็บป่วยเฉียบพลัน ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้าและมีระยะเวลาในการดำเนินโรคล้น (Neff & Spray, 1996) ทำให้การประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นแตกต่างกันและส่งผลให้ผู้ดูแลเลือกใช้การเผชิญความเครียดแตกต่างจากผู้ดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาของ Barrera, D'Agostino, Gibson, Gilbert, Weksberg, & Malkin (2004) เกี่ยวกับเปรียบเทียบการปรับตัวทางจิตวิทยาระหว่างมารดาของเด็กป่วยโรค



มะเร็งและมารดาเด็กป่วยโรคเฉียบพลัน พบว่า มารดาของเด็กป่วยมะเร็งจะมีภาวะซึมเศร้า ใช้วิธีจัดการกับอารมณ์และการแสวงหาแหล่งสนับสนุนมากกว่ามารดาเด็กป่วยโรคเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันยังมีข้อมูลไม่เพียงพอในการสรุปเป็นข้อสรุปพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ดูแลเข้าใจความเจ็บป่วยของเด็กอย่างถูกต้องและนำไปสู่การให้การดูแลเด็กป่วยอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน
2. เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

แนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กของบิดามารดาของ Ueki, Komai & Ohashi (2017) ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Mishel (1988) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เด็กป่วยเฉียบพลันและต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล เนื่องจากการเจ็บป่วยเป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้วางแผนล่วงหน้า เด็กป่วยอาจมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีอาการรุนแรง หายใจเร็ว เหนื่อย หอบ ไอ ตูมตามหรือรับประทานอาหารได้น้อยลง ซึม หรือมีไข้ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอาจทำให้ผู้ดูแลมีความ

รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กใน 5 ด้าน คือ

- 1) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค
- 2) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย
- 3) ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม
- 4) ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ และ
- 5) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย เมื่อผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็ก ผู้ดูแลจะประเมินตัดสินความรู้สึกหรือสถานการณ์ดังกล่าวโดยใช้กระบวนการรู้คิด (cognitive appraisal) ซึ่งการเผชิญความเครียดที่ผู้ดูแลใช้จะมี 3 ลักษณะคือ การเผชิญกับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการแก้ไขปัญหาทางอ้อม การเผชิญความเครียดวิธีใดมีประสิทธิภาพขึ้นกับบริบท บุคคลที่เผชิญความเครียดได้ดี คือ บุคคลที่เลือกใช้วิธีเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กอายุตั้งแต่ 1 เดือนถึง 6 ปี ที่มีอาการป่วยเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้ เป็นบิดามารดาหรือผู้ดูแลหลักที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็กป่วยและอยู่เฝ้าเด็กในโรงพยาบาล สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เด็กในความดูแลได้รับการรักษาไม่เกิน 48 ชั่วโมง ไม่มีความผิดปกติทางพันธุกรรม ไม่เป็นโรคเรื้อรัง เช่น มะเร็ง โรคหัวใจ หรือโรคไต ไม่มีอาการรุนแรงถึงขั้นวิกฤต เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ได้กลุ่มตัวอย่าง 85 ราย (Polit, 2010)



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ ลักษณะครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล และการได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กป่วย และ 2) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของการดูแลเด็กป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ โรค จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (รวมทั้งการอยู่โรงพยาบาลครั้งนี้) ระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ และการรักษาที่ได้รับ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กของบิดามารดาของ Ueki, Komai & Ohashi (2017) ลักษณะข้อคำถามเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์เจ็บป่วยของเด็ก 5 ด้านคือ 1) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค 2) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย 3) ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม 4) ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ และ 5) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และให้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน แบ่งระดับความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมและรายด้านเป็น 3 ระดับตามอันตรภาคขั้น คือ ระดับน้อย ปานกลาง และมาก

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งของสุริภรณ์ สุวรรณโอสถ ซึ่งใช้แบบประเมินวิธีการเผชิญความเครียดของ Jalowice Coping Scale (1988) ผู้วิจัยปรับภาษาให้เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 วิธี คือ

1. การเผชิญกับปัญหา จำนวน 13 ข้อ 2. การ

จัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ และ 3. การแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยใช้ จนถึง เกือบทุกครั้ง และให้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน การแปลผลโดยคำนวณคะแนนความสัมพัทธ์ (relative score) จากการหาค่าเฉลี่ยของแต่ละวิธีและหารด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยของคะแนนทุกวิธี คะแนนสัมพัทธ์เฉลี่ยด้านใดมาก แสดงว่าผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นมาก ซึ่งจะมีค่าอยู่ระหว่าง 0.01-1.00

2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กของบิดามารดาของ Ueki, Komai & Ohashi (2017) แปลเป็นภาษาไทยและให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นอาจารย์ด้านการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษและภาษาไทย แปลย้อนกลับของแบบวัดจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ หลังจากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษตรวจสอบความตรงกันของภาษาอังกฤษและแบบวัดฉบับต้นฉบับ สำหรับแบบสอบถามการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงแบบสอบถาม จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา

3. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยเฉียบพลันในเด็กของบิดามารดาและแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยเฉียบพลันไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย โดยไม่ใช้กลุ่มตัวอย่าง ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แบบวัดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวมและรายด้านคือ 1) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค 2) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย 3) ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม 4) ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ และ 5) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย เท่ากับ 0.83, 0.84, 0.84, 0.87, 0.85 และ 0.72 ตามลำดับ และแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน เท่ากับ 0.80



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 063/2018 และ 248/61 COA-NUR 063/61 ตามลำดับ ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การแนะนำตนเอง ชี้แจงและอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย สิทธิในการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจะปกปิดเป็นความลับ ไม่เชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยและไม่ได้เป็นผู้ร่วมโครงการวิจัย ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยและลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงแจกแบบสอบถามพร้อมซองเอกสารระบุส่งคืนผู้วิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง หลังจากตอบเสร็จแล้วให้ส่งคืนใส่ในซองเอกสารปิดผนึกส่งคืนผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของแบบสอบถาม หากข้อมูลแบบสอบถามไม่ครบถ้วนจะไม่นำมาวิเคราะห์ เมื่อรวบรวมข้อมูลจนครบ 85 รายตามกำหนด แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กป่วย ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คำนวณคะแนนความสัมพัทธ์ (relative score) ของการเผชิญความเครียดแต่ละวิธี ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกรอฟ ซามิโนฟ (Kolmogorov – Smirnov

test) พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันในแต่ละวิถี ด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย ร้อยละ 76.5 คือ มารดา ร้อยละ 20.0 คือ บิดา มีอายุระหว่าง 25 ถึง 55 ปี อายุเฉลี่ย 31.93 ปี (SD.= 6.84) ร้อยละ 43.5 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 62.4 มีรายได้ของครอบครัวระหว่าง 10,001-50,000 บาท ร้อยละ 51.8 มีรายได้พอเพียง ร้อยละ 57.6 มีลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 54.1 มีบุตรคนเดียว ร้อยละ 43.5 ไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล และร้อยละ 51.8 ได้รับความรู้การดูแลเด็กป่วย

เด็กป่วยในความดูแล ร้อยละ 55.3 เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 4 ปี 9 เดือน อายุเฉลี่ย 21.74 เดือน (SD.=15.27) ร้อยละ 57.6 เป็นโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 12.9 เป็นโรคลำไส้อักเสบ ร้อยละ 8.2 มีการติดเชื้อในกระแสเลือด และ ร้อยละ 21.3 เป็นโรคอื่นๆ เช่น ผื่น ไข้ ร้อยละ 55.3 ได้รับการรักษาให้ออกซิเจน ร้อยละ 51.8 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 49.4 ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม ร้อยละ 27.1 ได้รับยาลดไข้ และ ร้อยละ 18.8 ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 74.72, S.D. = 17.72) และความรู้สึกไม่แน่นอนรายด้าน คือ 1) ความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย ($\bar{x}$ = 21.21, S.D.= 5.37) 2) การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค ($\bar{x}$ = 15.19, S.D.= 4.18) 3) ความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม ($\bar{x}$ = 14.13, S.D.=4.77) 4) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย ($\bar{x}$ = 12.95, S.D.=3.18) 5) ความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ ($\bar{x}$ = 11.23, S.D.=3.65) มีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันโดยรวมและรายด้าน (n=85)

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		$\bar{x}$	S.D.	ระดับ
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยรวม	25 - 125	32 - 116	74.72	17.72	ปานกลาง
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยรายด้าน					
ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค	5 - 25	5 - 25	15.19	4.18	ปานกลาง
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความรุนแรงของความเจ็บป่วย	7 - 35	7 - 33	21.21	5.37	ปานกลาง
ด้านความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการจัดการที่เหมาะสม	5 - 25	5 - 24	14.13	4.77	ปานกลาง
ด้านความต่างของการตัดสินใจกับบุคลากรทีมสุขภาพ	4 - 20	4 - 19	11.23	3.65	ปานกลาง
ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วย	4 - 20	4 - 20	12.95	3.18	ปานกลาง

ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันใช้วิธีการเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธี และวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การเผชิญกับปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.43) รองลงมา คือ การแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.36) และการจัดการกับอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.20) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนสัมพัทธ์ของวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันจำแนกตามรายด้าน (n=85)

วิธีการเผชิญความเครียด	ช่วงคะแนน		$\bar{x}$	S.D.	คะแนนสัมพัทธ์
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง			
การเผชิญกับปัญหา	1 - 65	21 - 61	48.55	5.69	0.43
การจัดการกับอารมณ์	1 - 45	13 - 39	22.25	4.84	0.20
การแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์	1 - 70	26 - 64	40.81	5.88	0.36

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการเผชิญกับปัญหา ($r = -0.33$, $p < .05$) และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดโดยรวมและการจัดการอารมณ์และการแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์ ($r = -0.16$, $p > .05$; $r = 0.13$, $p > .05$; $r = -0.04$, $p > .05$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการเผชิญความเครียดโดยรวมและรายด้านของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน (n=85)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
การเผชิญความเครียดโดยรวม	-.16 ^{ns}
การเผชิญกับปัญหา	-.33*
การจัดการกับอารมณ์	.13 ^{ns}
การแก้ไขปัญหาทางอ้อม	-.04 ^{ns}

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

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้
วัตถุประสงค์ ข้อ 1 เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

การศึกษครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้สึกไม่แน่นอนรายด้านอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน ดังตารางที่ 1 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าเด็กป่วยเฉียบพลันส่วนใหญ่มาพบแพทย์ด้วยอาการ ไข้ หายใจเร็ว (McCarthy, 2007) แม้ว่าการป่วยเฉียบพลันจะเป็นการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว ระยะเวลาดำเนินโรคลั้น ทันทีทันใดและมีระยะเวลาการดำเนินของโรคลั้นๆ (Neill, 2000) ส่วนใหญ่แพทย์วินิจฉัยโรคได้จากอาการของเด็กและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อแพทย์ให้การรักษาส่งผลให้เด็กจะมีดีขึ้นอย่างรวดเร็วจากการศึกษานี้ส่วนใหญ่เด็กได้รับการวินิจฉัยโรคชัดเจนคือ ร้อยละ 57.6 เป็นโรคปอดอักเสบ ร้อยละ 12.9 เป็นโรคลำไส้อักเสบ และการรักษาที่เด็กได้รับ ร้อยละ 55.3 ได้รับออกซิเจน ร้อยละ 51.8 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ร้อยละ 49.4 ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม ร้อยละ 27.1 ได้รับยาลดไข้ และ ร้อยละ 18.8 ได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำ หากการรักษาได้ผลดีจะทำให้เด็กมีอาการดีขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลอาจสามารถทำนายการดำเนินโรคได้ ซึ่งเด็กทุกรายไม่มีอาการรุนแรงถึงขั้นวิกฤต เช่น ใส่ท่อช่วยหายใจ และไม่มีภาวะผิดปกติทางพันธุกรรม ไม่มีโรคเรื้อรังร่วมด้วย แต่อย่างไรก็ตามมีเด็กป่วยบางรายที่การวินิจฉัยโรคยังไม่แน่นอน คือ ร้อยละ

8.2 เด็กมีการติดเชื้อในกระแสเลือด และ ร้อยละ 21.3 เป็นโรคอื่นๆ เช่น ผื่น ไข้ อาจยังไม่ทราบสาเหตุ อาจทำให้ผู้ดูแลบางรายไม่แน่ใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก ความรุนแรงของโรค และ ร้อยละ 43.5 ผู้ดูแลไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล แต่ ร้อยละ 51.8 ผู้ดูแลก็ได้รับความรู้การดูแลเด็กป่วย ทำให้ได้รับข้อมูลทั้งด้านโรคและการดูแลเด็กป่วย ซึ่งผู้ดูแลให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่าได้รับคำแนะนำในเรื่องโรค การสังเกตอาการ เช่น การหายใจ การเช็ดตัวลดไข้ การดูแลเด็ก การป้อนยา ซึ่งจากแนวคิดของ Mishel (2014) หากบุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ความชัดเจนของปัจจัยรอบสิ่งกระตุ้นจะเป็นผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง จึงทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็กของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

วัตถุประสงค์ ข้อ 2 เพื่อศึกษาการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

การศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันใช้การเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธี และวิธีที่ใช้มากที่สุดคือ การเผชิญกับปัญหา (คะแนนสัมพัทธ์เท่ากับ 0.43) และวิธีที่ใช้น้อยที่สุดคือ การจัดการกับอารมณ์ (คะแนนสัมพัทธ์ เท่ากับ 0.20) (ดังตารางที่ 2) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า บุคคลจะประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามการรับรู้ที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วยและความเชื่อพื้นฐานของบุคคล โดยประเมินตัดสินออกเป็น 2 รูปแบบคือ การประเมินตัดสินว่าเป็นโอกาส บุคคลก็จะใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพื่อคงความรู้สึกนั้นไว้



และการประเมินตัดสินว่าเป็นอันตราย (danger) บุคคล จะใช้การเผชิญความเครียดมุ่งแก้ไขปัญหาคือใช้วิธี จัดการด้านอารมณ์เพื่อตอบสนองต่อความรู้สึกไม่ แน่นนอน (Mishel, 2014) จากการศึกษาครั้งนี้กลุ่ม ตัวอย่างมีอายุระหว่าง 25 ถึง 55 ปี อายุเฉลี่ย 31.9 ปี ร้อยละ 43.5 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ซึ่งมีวุฒิภาวะ และวุฒิการศึกษาในการตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาที่ เผชิญ และเลือกวิธีเผชิญกับการป่วยของเด็กในการที่จะ ค้นหาปัญหาการป่วยของเด็ก วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น ตัดสินใจ และหาวิธีการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหา รวมทั้ง การจัดการแก้ไขปัญหา

อย่างไรก็ตามเนื่องจากเด็กป่วยในความดูแลมีอายุ ระหว่าง 1 เดือน ถึง 4 ปี 9 เดือน อายุเฉลี่ย 21.74 เดือน ซึ่งเป็นทารกและเด็กเล็ก เมื่อเด็กป่วยเฉียบพลันและเข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล เด็กอาจมีการเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย ได้แก่ อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น มีความ เข้มข้นออกซิเจนเปลี่ยนแปลง เจ็บปวด หรือ กลัวจาก หัตถการการรักษาพยาบาลที่ได้รับ เช่น การเจาะเลือด การดูดเสมหะ (Johnston et al., 2012) ทำให้ผู้ดูแล ทุกข์ใจ กังวลใจจากการศึกษาของ สุธิศา ล่ามช้าง, จิตติมา สุขเลิศตระกูล, อรพินท์ จันทร์ปัญญาสกุล และ ปรีชา ล่ามช้าง เกี่ยวกับการรับรู้ความเจ็บป่วยในเด็กของผู้ดูแล ผู้ดูแล เด็กป่วยเฉียบพลันอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ความเจ็บ ป่วยของเด็กมีการคุกคามอยู่ในระดับปานกลาง (Lamchang, Suklertrakul, Junpunyaskool, & Lamchang, 2018) ผู้ดูแลอาจเลือกใช้วิธีการเผชิญ ความเครียดด้วยวิธีการจัดการอารมณ์ ได้แก่ การปฏิเสธ หลีกเลียง แยกตัว ร้องไห้ กล่าวโทษ หรือ ระบายความ รู้สึกโกรธ การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลใช้วิธีเผชิญ ความเครียดมากกว่าหนึ่งวิธี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lamchang, Suklertrakul, Junpunyaskool, Lamchang, & Leoviriyakit (2018) ที่ศึกษาพฤติกรรม เผชิญความเครียดของผู้ปกครองซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยที่ ติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันซึ่งเป็นเด็กป่วย เฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่

พบว่า ผู้ดูแลใช้พฤติกรรมเผชิญความเครียดมากกว่าหนึ่ง วิธี และมากกว่าครึ่งหนึ่งใช้การเผชิญความเครียดด้วย การเผชิญกับปัญหา การแสดงความรู้สึกไม่พอใจต่อปัญหา การควบคุมตนเอง การแสวงหาการเกื้อหนุนทางสังคม การ หลีกหนีปัญหา และการวางแผนแก้ปัญหา เป็นบางครั้ง (ร้อยละ 64.0 72.0, 69.3, 57.3, 61.3 และ 68.0 ตาม ลำดับ) สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ใช้วิธีเผชิญ ความเครียดมากที่สุดคือ การเผชิญกับปัญหาเช่นเดียวกัน

วัตถุประสงค์ ข้อ 3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการ เผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน

การศึกษานี้พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนใน ความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลันมีความ สัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับการเผชิญกับปัญหา ($r = -0.33, p < .05$) ดังตารางที่ 3 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยคือ การที่บุคคล ไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องความ เจ็บป่วยได้ เป็นสภาวะการรู้คิดที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่ สามารถจัดโครงสร้างหรือหมวดหมู่ของเหตุการณ์ความ เจ็บป่วย จากการขาดคำแนะนำที่เพียงพอ (Mishel, 1988) หากผู้ดูแลมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็ก มาก ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย มี ความชัดเจนของปัจจัยรอบสิ่งกระตุ้นลดลง อาจนำไป สู่การขาดข้อมูล (Mishel, 2014) ทำให้ผู้ดูแลใช้การเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาน้อย ซึ่งการเผชิญ ความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหาคือเป็นการเผชิญที่มุ่งไปที่ การเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดย การใช้วิธี การค้นหาปัญหา การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น การวางแผน การตัดสินใจ การหาวิธีการต่างๆ ในการ แก้ไขปัญหาและการจัดการแก้ไขปัญหา (Lazarus & Folkman, 1984) อย่างไรก็ตามหากผู้ดูแลมีความรู้สึก ไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยน้อย ทำให้เข้าใจเหตุการณ์ที่ เกี่ยวข้องความเจ็บป่วยได้ ทำให้การเผชิญความเครียด แบบมุ่งแก้ไขปัญหามีจุดมุ่งหมายชัดเจน สามารถใช้วิธี การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหามาก



ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางให้พยาบาลในการประเมินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของเด็ก และหาแนวทางในการลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยดังกล่าว รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเผชิญความเครียดด้วยการเผชิญกับปัญหา ซึ่งเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุดอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาหาแนวทางพัฒนาการพยาบาลเพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแลเด็กป่วยเฉียบพลัน และควรศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนและการเผชิญความเครียดในความเจ็บป่วยของผู้ดูแลเด็กป่วยที่มีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น อาการชัก หรือ เด็กป่วยวิกฤติ

เอกสารอ้างอิง

- Azar, R., & Solomon, C. R. (2001). Coping strategies of parents facing child diabetes Mellitus. *Journal of Pediatric Nursing*, 16 (6), 418 – 428.
- Barrera, M., D'Agostino, N. M., Gibson, J., Gilbert, T., Weksberg, R., & Malkin, D. (2004). Predictors and mediators of psychological adjustment in mothers of children newly diagnosed with cancer. *Psycho-Oncology*, 13, 630 – 641.
- Carlson, G. (2008). What's the difference between a chronic illness and an acute illness. Retrieved from <http://missourifamilies.org/quick/healthqa/healthqa15.htm>.
- Hockenberry M. J., & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing* (8th ed.). St.Louis: Mosby Elsevier.
- Hockenberry, M.J., Wilson, D., Rodgers, C. (2017). *Wong's essentials of pediatric nursing*. (10th ed). Missouri: Elsevier St.Louis.
- Hodgkinson, R., & Lester, H. (2002). Stresses and coping strategies of mothers living with a child with cystic fibrosis: Implications for nursing professionals. *Journal of Advanced Nursing* 39(4), 377 – 383. Retrieved from <http://search.epnet.com>.
- Jalowice, A, Murphy, S.P., & Powers, M. J. (1983). Psychometric assessment of the Jalowice Coping Scale. *Nursing Research*, 33(3), 157-161.
- Johnston, C. C., Rennick, E. J., Fillion, F., Campbell-Yeo, M., Goulet, C., Bell, L., Tucci, M., & Ranger, M. (2012). Maternal touch and talk for intensive procedures in infants and toddlers in the pediatric intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 144-153.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer publishing company.
- Lamchang, Suthisa., Junpunyaskool, Orapin., Siripao, Nipaporn., Lamchang, Preecha., & Leoviriyakit, Nunta. (2008). Relationship between stress, social support, selected factors and coping behaviors among parents of children with acute respiratory tract infections. *Journal of Public Health Nursing*, 22 (1): 51-66. (In Thai).



- Lamchang, Suthisa., Suklertrakul, Thitima., Junpunyaskool, Orapin., & Lamchang, Preecha. (2018). Perception of illness among caregivers of children with acute illness and related factor. *Nursing Journal*, 45 (1): 75-86. (In Thai).
- Mccarthy, P.L. (2007). The acutely ill child. In R. M. Kliegman, H. B. Jenson, R. E. Behrman, & B. F. Stanton (Eds.), *Nelson Textbook of Pediatrics*. (18th ed., pp 363-366). United States of America: Saunders.
- McCormick, K.M. (2002). A Concept Analysis of Uncertainty in Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 34:2, 127-131.
- Meltzer, J. L., Davis, F. K., & Mindell, A. J. (2012). Patient and parent sleep in a children's hospital. *Pediatric Nursing*, 38(2), 64-71.
- Mishel, M.H. (1981). The measurement of uncertainty in illness. *Nursing Research*, 30(5), 258-263.
- Mishel, M.H. (1983). Parents, perception of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research*, 32(6), 324-330.
- Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in illness. *Image Journal Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M.H. (2014). Theories of uncertainty in illness. In M.J. Smith., & P.R. Liehr. (Ed.), *Middle range theory for nursing*, pp. 53-86. New York: Springer Publishing company.
- Neill, S.J. (2000). Acute childhood illness at home: the parents' perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 821-832.
- Polit, D.F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research*. (2nd ed., pp 202). New Jersey: Pearson Education Inc.
- Roberts, C. A. (2010). Unaccompanied hospitalized children: A review of the literature and Incidence study. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 270-476.
- Strategy and Planning Division is the center of the administration, Ministry of Public Health. (2018). *Public Health Statistics. A.D.2017*. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf.(In Thai).
- Suwannosoth, Suraphon., Kanthawang, Sriphan., & Yenbut, Charatsri. (2004). Uncertainty, social support, and coping strategies among parents of children with cancer. Retrieved from http://library.cmu.ac.th/digital_collection/theses/fulltext. (In Thai).
- Ueki, S., Komai, K., & Ohashi, K. (2017). Development of scale to screen parents with uncertainty regarding their child with acute illness. *Open Journal of Nursing*, 7, 1246-1247.
- Ueki, S., Takao, K., Komai, K., Fujiwara, C., & Ohashi, K. (2017). Maternal uncertainty about infants' hospitalization for acute childhood illness: A qualitative study. *Open Journal of Nursing*, 7, 645-656.
- World Health Organization. (2018). Children: reducing mortality. Retrieved from <http://www.who.int/>.