

ผลของกลุ่มสนับสนุนต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

Effects of a Support Group on Participation in Child Care among Parents of Children in Pediatric Intensive Care Unit

ดร.ณิ	ท่อมเพ็ชร	พย.ม.*	Darunee	Tuampetch	M.N.S.*
สุธิศา	ล้ำมช้าง	วท.ม.**	Suthisa	Iamchang	M.S.**
ศรีพรรณ	กันธวัช	D.S.N.***	Seepan	Kantawang	D.S.N.***

บทคัดย่อ

การเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมของเด็กมีผลกระทบต่อเด็กและบิดามารดา การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาสามารถช่วยลดผลกระทบดังกล่าวได้ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาของเด็กป่วยแรกเกิดถึง 15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ ระหว่างตุลาคม พ.ศ. 2552 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 12 ราย กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มและแบบประเมินการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมของไกรวรร กาพันธ์ (2552) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติแมน-วิทนีเย และสถิติวิลคอกสัน

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดหาดใหญ่

* Professional Nurses, Hatyai Hospital, Hatyai Province

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโดยรวม และการมีส่วนร่วมในการดูแล 3 ด้านคือ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01, 0.01, 0.01, และ 0.05 ตามลำดับ

2. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดา ภายหลังได้รับการเข้ากลุ่มสนับสนุนโดยรวม และการมีส่วนร่วมในการดูแล 4 ด้านคือ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้านการตัดสินใจ มากกว่าก่อนเข้ากลุ่มสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มสนับสนุน สามารถส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ดังนั้นจึงเสนอแนะให้นักกลุ่มสนับสนุนไปใช้เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กต่อไป

คำสำคัญ: กลุ่มสนับสนุน การมีส่วนร่วม การดูแลเด็ก บิดามารดา หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม

Abstract

The admission into the pediatric intensive care unit (PICU) has an effect on children and their parents. Parent's participation in child care could reduce the effect. The purpose of this quasi-experimental study was to determine the effect of a support group on parent's participation in child care in a pediatric intensive care unit. The subjects consisted of 24 parents of critically ill children aged from newborn to 15 years admitted into the PICU, Hatyai hospital during October 2009 to February 2010. The subjects were selected by purposive sampling, then divided into experimental and control group with 12 parents in each group. The experimental group attended the support group activities, whereas the control group received routine nursing care. The research instruments included the Support Group Activity Plan and the Parent Participation Scale in Caring for Critically Ill Children in PICU of Kaphan (2009). Data were analyzed using descriptive statistics, the Mann-Whitney U test and the Wilcoxon matched-pairs signed ranks test.

The result of study

1. The mean scores of total participation in child care and participation in three aspects of care including routine care, technical care and information sharing of the experimental group, were statistically significantly higher than those of the control group ($p < 0.01$, 0.01, 0.01 and 0.05 respectively).

2. After attending the support group activities, the mean scores of total participation in child care and participation in four aspects of care including routine care, technical care, information sharing and decision-making of the experimental group, were statistically significantly higher than before ($p < 0.01$).

The findings of the study indicate that a support group could enhance parent's participation in child care at a pediatric intensive care unit. Therefore, implementation is suggested as an alternative to promote participation of parents in caring for their children.

Key words: Support Group, Participation, Child Care, Parents, Pediatric Intensive Care Unit

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ส่วนใหญ่เป็นเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตหรือมีพยาธิสภาพของโรคอย่างรุนแรง เป็นภาวะที่ร่างกายขาดสมดุลหรือมีอาการไม่คงที่ (สุภารัตน์ ไวชีตา, อติดา ชัยคุมมงคลลาภ, และวรรณดา คงวิเวกขจรกิจ, 2549) การที่เด็กเข้ารับรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม บิดามารดารับรู้ว่ามี ความเจ็บป่วยที่รุนแรง (Jintrawet, 2005; Youngblut, Brooten, & Kuluz, 2005) จากการที่บิดามารดาได้เห็นบุตรได้รับการรักษาพยาบาลที่มีความซับซ้อน รวมทั้ง บิดามารดาได้พบเห็นลักษณะของเด็กที่ไม่รู้สึกตัว แสดงความเจ็บปวด ได้รับการทำหัตถการที่รู้สึกในร่างกายนของเด็กทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด (Aldridge, 2005) เนื่องจากกลัวว่าบุตรจะเสียชีวิต กลัวบุตรพิการ (Conville, Darkins, Hesketh, Bennett, Alcock, & Noyes, 2008) ความเครียดทำให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรลดลง เนื่องจากบิดามารดาไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้เมื่อเข้ามาเยี่ยมบุตร และเดินหนีออกจากหอผู้ป่วยเมื่อเข้าเยี่ยมได้เพียงไม่นาน (ณัฐิกา ปฐมอารีย์, 2551) การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์จำนวนมาก ทำให้บิดามารดาไม่กล้าเข้ามาช่วยเหลือหรือให้การดูแลบุตร เนื่องจากกลัวบุตรตื่นแล้วทำให้มีอาการทรุดหนักมากขึ้น (ไกรวรร กาทันท์, 2552; Jintrawet, 2005) ซึ่งเป็นลักษณะเช่นเดียวกันกับบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ การศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย พบว่าบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กด้านกิจกรรมที่ทำประจำ และด้านกิจกรรมการพยาบาลในระดับน้อย (ไกรวรร กาทันท์, 2552) และมารดาทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูงมากกว่าครึ่งหนึ่งได้มีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำประจำในระดับปานกลาง และมากกว่าหนึ่งในสามได้มีส่วนร่วมในระดับน้อย (จรัสศรี หินศิลป์, 2549) ถึงแม้ว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมจะทำได้น้อย แต่ผู้ป่วยเด็กยังต้องการให้บิดามารดาได้มีส่วนร่วมในการดูแล

เนื่องจากการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดา มีประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วยเด็ก เช่น ลดความเครียดให้แก่ผู้ป่วยเด็กขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้เด็กเกิดความอบอุ่น ปลอดภัย และลดความวิตกกังวลจากการแยกจาก (Just, 2005; Neill, 1996b) ทำให้บรรเทาความเจ็บปวด ผู้ป่วยเด็กให้ความร่วมมือขณะได้รับการรักษาพยาบาลมากขึ้น ส่งผลให้หายป่วยเร็วขึ้น สามารถลดค่าใช้จ่ายจากค่ารักษาพยาบาล (Kristensson Hallstrom, Norlund, & Malmfors, 1998) ประโยชน์ต่อบิดามารดา คือ บิดามารดาทราบข้อมูลที่แท้จริงของบุตร และสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ประโยชน์ต่อบุคลากรทางการพยาบาล คือ บิดามารดาเป็นแหล่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก (Neill, 1996)

การศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลที่ช่วยลดความเครียดของบิดามารดา เช่น การให้บิดามารดาอยู่กับเด็กตลอดเวลาที่เข้ารับการรักษา พบว่าบิดามารดาที่มีความเครียดน้อยกว่าบิดามารดาที่เข้าเยี่ยมบุตรตามเวลาเยี่ยมปกติ (Smith, Hefley, & Annand, 2007) การศึกษาถึงการใช้โปรแกรมการส่งเสริมพลังอำนาจแก่บิดามารดาอย่างสร้างสรรค์ (Creating Opportunities for Parent Empowerment [COPE]) ประกอบด้วย การสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กและบทบาทของบิดามารดา ซึ่งพบว่าความเครียดของมารดาลดลง และสามารถดูแลเด็กได้ดีขึ้น (Melnik, Alpert-Gillis, Hensel, Cable-Beilling, & Robenstein, 1997) รวมทั้งการจัดกลุ่มสนับสนุน ซึ่งเป็นกลุ่มที่จัดขึ้นเพื่อสนับสนุนประคับประคองจิตใจต่อกันของสมาชิกกลุ่ม สมาชิกกลุ่มได้มาแลกเปลี่ยนความรู้สึกและปัญหาร่วมกัน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2544) เป็นการเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้แลกเปลี่ยนความรู้สึก ประสพการณ์ความเจ็บป่วยของบุตรต่อบิดามารดาคนอื่นๆ และผู้นำกลุ่ม (Amico & Davidhizar, 1994; Nugent, Hughes, Ball, & Davis, 1992) การได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกและผู้นำกลุ่ม จะช่วยให้บิดามารดาสามารถเรียนรู้วิธีแก้ปัญหาและวิธีการจัดการความเครียดจากบิดามารดาคนอื่นๆ การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค อารมณ์และพฤติกรรมเด็ก ทำให้บิดามารดาเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร และ

ช่วยให้บิดามารดาพัฒนาความสามารถในการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้ดีขึ้น (ประดิษฐา สินสว่ง, 2538; Buarque, Lima, Scott, & Vasconcelos, 2006) และการเข้ากลุ่มสนับสนุนของมารดาผู้ป่วยเด็กมะเร็ง ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลบุตรที่ดีกว่ามารดาที่ไม่ได้เข้ากลุ่มสนับสนุน (ประดิษฐา สินสว่ง, 2538) จากการศึกษาที่กล่าวมาพบว่าการลดความเครียดมีหลายวิธี แต่การทำกลุ่มสนับสนุน เป็นการเปิดโอกาสให้บิดามารดาที่มีปัญหาและประสบการณ์เหมือนกัน มีความเข้าใจต่อปัญหาเหมือนกัน มาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งแลกเปลี่ยนวิธีการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร เกิดการเรียนรู้วิธีการลดความเครียดจากผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจร่วมกัน ที่อาจมีความเครียดน้อยกว่าหรือประสบความสำเร็จในการปรับตัว มาพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน เมื่อความเครียดลดลง ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเพิ่มมากขึ้น ช่วยให้บิดามารดาพัฒนาความสามารถในการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาระหว่างกลุ่มที่เข้ากลุ่มสนับสนุนและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาระหว่างก่อนและหลังเข้ากลุ่มสนับสนุน

สมมติฐานการวิจัย

1. บิดามารดาที่เข้ากลุ่มสนับสนุนมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ
2. บิดามารดาหลังเข้ากลุ่มสนับสนุนมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กมากกว่าก่อนเข้ากลุ่มสนับสนุน

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของกลุ่มสนับสนุนต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โดยใช้รูปแบบการทำกลุ่มสนับสนุนของบิดามารดาเด็กป่วยของนูเจนท์ (The Nugent model of family support group) (Nugent, Hughes, Ball, & Davis, 1992) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยในขณะอยู่โรงพยาบาลของเชปปี้ (Schepp, 1995) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัย

ความเจ็บป่วยวิกฤตและการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ส่งผลกระทบต่อเด็กและบิดามารดา ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ผลกระทบเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดความเครียดแก่บิดามารดา การช่วยเหลือบิดามารดาเพื่อปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลเป็นสิ่งสำคัญ โดยนำรูปแบบการทำกลุ่มสนับสนุนของบิดามารดาเด็กป่วยของนูเจนท์ (Nugent et al., 1992) ซึ่งเป็นกลุ่มของบิดามารดาที่บุตรมีความเจ็บป่วยวิกฤตเช่นเดียวกัน มาพูดคุย ระบายความรู้สึก เครียด ไม่สบายใจ และการแลกเปลี่ยนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นกลุ่มปิด เน้นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ประกอบด้วย ประเด็น ความรู้สึกเครียด ไม่สบายใจ ที่เกิดจากความเจ็บป่วยของบุตร การรักษาที่บุตรได้รับ ลักษณะที่ปรากฏและพฤติกรรมที่แสดงออกของบุตร พฤติกรรม และวิธีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ และการแลกเปลี่ยนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร 4 ด้านคือ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และด้านการตัดสินใจตามแนวคิด การมีส่วนร่วมของเชปปี้ (Schepp, 1995) หลังจากการเข้ากลุ่มสนับสนุน บิดามารดาเกิดการเรียนรู้วิธีการลดความเครียดและวิธีการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ภายในกลุ่ม ที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ เนื่องจากเป็นคำแนะนำจากผู้มีประสบการณ์มาก่อน เมื่อความเครียดลดลงน่าจะส่งผลให้เพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ครั้งนี้เป็นแบบสองกลุ่ม วกก่อนและหลัง การทดลอง (two groups pre-post design) กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดามารดาของเด็กป่วยแรกเกิดถึง 15 ปี ที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โรงพยาบาล หาดใหญ่ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติคือ 1) บิดาหรือมารดา ที่สามารถเข้ากลุ่มสนับสนุนครบ 3 ครั้ง 2) สามารถ อ่าน เขียน และพูดภาษาไทยได้ การกำหนดขนาดของ กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าเฉลี่ยของ กมลเนตร ไข่ชานัญ (2546) ได้ขนาดอิทธิพลของตัวแปร เท่ากับ 0.65 ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (power analysis) 0.80 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 12 ราย (Burns & Grove, 2005) เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของ ข้อมูล โดยให้ 12 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติ และ 12 รายหลัง เป็นกลุ่มทดลอง ที่เข้ากลุ่มสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก ตาม แผนการดำเนินกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และให้กลุ่ม ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันในเรื่องอายุของ เด็ก และกลุ่มโรคที่คล้ายกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แผนการดำเนินกิจกรรมกลุ่มที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้และรูปแบบการทำกลุ่มสนับสนุนของบิดามารดา เด็กป่วยของนูเจนท์ (The Nugent model of family support group) (Nugent, Hughes, Ball, & Davis, 1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมโดยผ่านความเห็นชอบ จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งรูปแบบการทำกลุ่ม สนับสนุนของบิดามารดาเด็กป่วยของนูเจนท์ จะใช้กับ ครอบครัวของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาพยาบาล เพื่อ เป็นการเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้แลกเปลี่ยนความรู้สึกร ะสบการณ์ที่คล้ายกันต่อสถานการณ์วิกฤตที่บุตรเจ็บ ป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ลักษณะเป็น กลุ่มเปิดแบบไม่มีโครงสร้าง โดยบิดามารดาจะเป็น ผู้เสนอประเด็นในการอภิปรายกันเอง เช่น การเสียชีวิต ของบุตร ความรู้สึกผิด ประสบการณ์การอยู่โรงพยาบาล

การขาดการสนับสนุนจากคู่ครองและครอบครัว

2) แบบวัดความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตร เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ซึ่งผู้วิจัย ดัดแปลงมาจากแบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale: PSS) ของโคเฮน, คาร์มาร์ค, และ มาร์เมลสไตน์ (Cohen, Kamarck, & Marmelstein, 1988) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยสิริสุตา ชาวคำเขต (2541) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ทดสอบความเชื่อมั่นโดย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แบบอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.83

การรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา และของเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และ 2) แบบประเมินการ มีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยที่เข้ารับ การรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมของ ไกรวรร กาทพันธ์ (2552) ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมใน ดูแล 4 ด้านคือ ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ จำนวน 6 ข้อ ด้านกิจกรรมการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและบุคลากรพยาบาล จำนวน 5 ข้อ และด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย จำนวน 3 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัด 4 ระดับ ทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ แบบอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.91 ผู้วิจัยทำการรวบรวม ข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ และโรงพยาบาลหาดใหญ่ เมื่อครบ 24 ชั่วโมง ที่เด็กเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ในกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้ง แจ้งสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมวิจัย จากนั้นสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบวัด ความเครียดของบิดามารดาและแบบประเมินการมีส่วนร่วม ในการดูแลเด็กของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม และในวันที่ 4 ผู้วิจัย สัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบประเมินซ้ำ ซึ่งเป็นแบบ ประเมินชุดเดิม หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลตามที่บิดา มารดาต้องการ โดยกำหนดให้กลุ่มควบคุมได้มีโอกาส เข้าเยี่ยมบุตรอย่างน้อย 1 ครั้ง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลทั่วไป แบบวัด

ความเครียดของบิดามารดาและแบบประเมินการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาเด็กเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 6 คน หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้เข้ากลุ่มสนับสนุนตามแผนกิจกรรมกลุ่ม โดยมีขั้นตอนการดำเนินการกลุ่มเหมือนกันทุกครั้ง จำนวน 3 ครั้งๆ ละ ประมาณ 60 นาที เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้สึกและอภิปรายร่วมกัน ในประเด็นดังนี้ วันที่ 1 ความรู้สึกเครียดและไม่สบายใจต่อความเจ็บป่วยของบุตร วันที่ 2 ความรู้สึกเครียดและไม่สบายใจต่อการรักษาที่บุตรได้รับ ลักษณะที่ปรากฏและพฤติกรรมที่แสดงออกของบุตร การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำและการมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมพยาบาล และวันที่ 3 ความรู้สึกเครียดและไม่สบายใจต่อพฤติกรรมและวิธีการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ การมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย โดยการทำกลุ่มแต่ละครั้งประกอบไปด้วย 3 ระยะของการดำเนินการดังนี้ ระยะสร้างสัมพันธภาพ (10-15 นาที) ระยะดำเนินการ (35-40 นาที) ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (10 นาที) เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มสนับสนุนครบ 3 ครั้ง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้มีโอกาสเข้าเยี่ยมบุตรอย่างน้อย 1 ครั้ง เช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสอบถามแบบวัดความเครียดของบิดามารดา บิดามารดาที่มีคะแนนความเครียดไม่ลดลง ผู้วิจัยให้เข้ากลุ่มสนับสนุนในครั้งต่อไปและประเมินความเครียดซ้ำในวันถัดมาจนกว่าระดับความเครียดจะลดลงซึ่งบิดามารดาทุกราย มีคะแนนความเครียดลดลง ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดา เด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดา ก่อนและหลังการทดลองใช้สถิติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks test) และใช้สถิติทดสอบแมน-วิทนียู (Mann-Whitney U test) ในการเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดา ก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สรุปผลการวิจัย

1. บิดามารดาของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 83.3) มีอายุระหว่าง 20-36 ปี กลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งเป็นมารดา (ร้อยละ 66.7) มีอายุระหว่าง 19-41 ปี เด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม กลุ่มทดลองมากกว่าครึ่งหนึ่ง เป็นเด็กชาย (ร้อยละ 58.3) ประมาณครึ่งหนึ่ง อายุ 1 เดือนถึง 1 ปี (ร้อยละ 41.7) หนึ่งในสามอายุน้อยกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 33.3) ทั้งหมดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมเป็นครั้งแรก ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมตั้งแต่ 4-14 วัน (ร้อยละ 91.5) หนึ่งในสาม เข้ารับการรักษาด้วยปัญหาระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (ร้อยละ 33.3) หนึ่งในสี่เข้ารับการรักษาด้วยการติดเชื้อร่วมกับระบบอื่นล้มเหลว (ร้อยละ 25.0) และเข้ารับการรักษาด้วยปัญหาระบบการทำงานของหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 16.7) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนทางเครื่องช่วยหายใจร่วมกับได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและการรักษาอื่นๆ (ร้อยละ 91.7) กลุ่มควบคุมมากกว่าครึ่งหนึ่ง เป็นเด็กผู้หญิง (ร้อยละ 58.3) ครึ่งหนึ่ง อายุ 1 เดือนถึง 1 ปี (ร้อยละ 50.0) หนึ่งในสาม อายุน้อยกว่า 1 เดือน (ร้อยละ 33.3) ทั้งหมดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมเป็นครั้งแรก ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมตั้งแต่ 4-14 วัน (ร้อยละ 91.5) หนึ่งในสาม เข้ารับการรักษาด้วยปัญหาระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (ร้อยละ 33.3) หนึ่งในสี่ เข้ารับการรักษาด้วยการติดเชื้อร่วมกับระบบอื่นล้มเหลว (ร้อยละ 25.0) และเข้ารับการรักษาด้วยปัญหาระบบการทำงานของหัวใจล้มเหลว (ร้อยละ 16.7) ส่วนใหญ่ ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนทางเครื่องช่วยหายใจร่วมกับได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและการรักษาอื่นๆ (ร้อยละ 75.0)

2. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ลดลงหลังเข้ากลุ่มสนับสนุนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่คะแนนเฉลี่ยความเครียดของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1

เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมก่อนและหลังการทดลอง

	ก่อน		หลัง		z	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	33.16	5.92	21.25	3.81	-3.068	0.002**
กลุ่มควบคุม	30.16	8.06	27.75	6.19	-1.692	0.091 ^{ns}

**p<0.01 , ^{ns} p>0.05

3. ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโดยรวมและรายด้านไม่แตกต่างกัน หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโดยรวม ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กด้านกิจกรรมที่ทำประจำ และด้านกิจกรรมการพยาบาลของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่ม

ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนในการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 2

เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่เข้ากลุ่มสนับสนุนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	z	p-value
	Mean	rank			
ก่อนการทดลอง					
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	11.29		13.71	-0.92	0.410 ^{ns}
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	9.88		15.13	-1.85	0.068 ^{ns}
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	11.00		14.00	-1.04	0.319 ^{ns}
ด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย	13.79		11.21	-0.91	0.378 ^{ns}
การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของ บิดามารดาโดยรวม	10.21		14.90	-1.59	0.114 ^{ns}
หลังการทดลอง					
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	16.54		8.46	-2.83	0.004**
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	16.79		8.21	-2.99	0.002**
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	15.75		9.25	-2.31	0.024*
ด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย	14.83		10.17	-1.64	0.114 ^{ns}
การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดา มารดาโดยรวม	17.46		7.54	-3.44	0.000**

* p<0.05 , **p<0.01 , ^{ns} p>0.05

4. ภายหลังการเข้ากลุ่มสนับสนุน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย และบุคลากรพยาบาล ด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาป่วย มากกว่าก่อนเข้ากลุ่มสนับสนุน อย่างมีนัยสำคัญโดยรวม และด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการทางสถิติ ที่ระดับ 0.01

พยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดา

ตารางที่ 3

เปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มที่เข้ากลุ่มสนับสนุน

คะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก	ก่อน	หลัง	z	p-value
	Mean	Mean		
กลุ่มทดลอง				
ด้านกิจกรรมที่ทำประจำ	9.41	14.16	-2.94	0.003**
ด้านกิจกรรมการพยาบาล	7.41	17.00	-3.06	0.002**
ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล	11.33	16.83	-2.98	0.003**
ด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย	5.83	8.25	-2.67	0.008**
การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาโดยรวม	34.00	56.25	-3.05	0.002**

**p<0.01

การอภิปรายผล

สมมติฐานข้อที่ 1 บิดามารดาที่เข้ากลุ่มสนับสนุนมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยรวมและการมีส่วนร่วมในการดูแลทั้ง 4 ด้านไม่แตกต่างกัน และหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโดยรวม ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กด้านกิจกรรมที่ทำประจำ และด้านกิจกรรมการพยาบาลของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในด้านการ

ตัดสินใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม บิดามารดารับรู้ว่าเป็นเหตุการณ์ที่คุกคาม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มทดลอง หนึ่งในสามเข้ารับการรักษาด้วยปัญหาระบบทางเดินหายใจล้มเหลว (ร้อยละ 33.3) หนึ่งในสี่เข้ารับการรักษาด้วยการติดเชื้อร่วมกับระบบอื่นล้มเหลว (ร้อยละ 25.0) ส่วนใหญ่ ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนทางเครื่องช่วยหายใจร่วมกับได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและการรักษาอื่นๆ (ร้อยละ 91.7) และกลุ่มควบคุม หนึ่งในสามเข้ารับการรักษาด้วยปัญหาทางเดินหายใจล้มเหลว (ร้อยละ 33.3) หนึ่งในสี่ ได้รับการรักษาด้วยการติดเชื้อร่วมกับระบบอื่นล้มเหลว (ร้อยละ 25.0) ส่วนใหญ่ ได้รับการรักษาด้วยการให้ออกซิเจนทางเครื่องช่วยหายใจร่วมกับได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำและการรักษาอื่นๆ (ร้อยละ 75.0) และทั้งหมดมีบุตร

เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมเป็นครั้งแรก การเข้ากลุ่มสนับสนุน ซึ่งเป็นกลุ่มของบิดามารดาที่มีบุตรความเจ็บป่วยวิกฤตเช่นเดียวกัน ได้มาพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ความเจ็บป่วยของบุตร คือ ความรู้สึกเครียดและไม่สบายใจต่อความเจ็บป่วยของบุตร จากการที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ทำให้ได้รับข้อมูล เรื่องความเจ็บป่วย การดูแลบุตร การจัดการความเครียดและได้รับแนวทางการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร จากการที่บิดามารดาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่อกัน และการที่ผู้วิจัยได้เชื่อมโยงให้บิดามารดาทุกคนมีความรู้สึกคล้ายกัน เช่น ทุกคนมีความรู้สึกเครียดไม่สบายใจ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่รุนแรงของบุตร เพื่อให้ทุกคนมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน รับรู้ว่ามีคนอื่นที่มีปัญหาล้ายกันกับเขา มีความเข้าใจถึงปัญหาเช่นเดียวกัน เกิดความเข้าใจ เห็นใจซึ่งกันและกัน และเกิดการประคับประคองจิตใจต่อกันของบิดามารดาภายในกลุ่ม ทำให้บิดามารดาเกิดการเรียนรู้จากวิธีการแก้ปัญหาของบิดามารดาคนอื่น ๆ ที่ประสบความสำเร็จ ในการแก้ปัญหา ทำให้บิดามารดาที่เข้ากลุ่มสนับสนุน มีความเครียดลดลง และเมื่อความเครียดลดลง บิดามารดามีความพร้อมที่จะเรียนรู้วิธีการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้ดีขึ้น

จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การมีส่วนร่วมกันภายในกลุ่มและจากคำแนะนำจากผู้วิจัย ในขณะที่กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ จะได้รับการให้ข้อมูลและการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของบิดามารดาตามแนวปฏิบัติของหอผู้ป่วย จึงทำให้ความเครียดของบิดามารดาในกลุ่มควบคุมไม่ลดลง และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาไม่เพิ่มขึ้นซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของนุเจนท์ และคณะ (Nugent, Hughes, Ball, & Davis, 1992) ในการทำกลุ่มสนับสนุนในผู้ป่วยครองเด็กป่วยระยะเฉียบพลัน มีการอภิปรายในประเด็นต่างๆ เช่น การเสียชีวิตของบุตร ความกลัว ความรู้สึกผิด และประสบการณ์ที่เกิดขึ้นขณะอยู่โรงพยาบาล ปัญหาเกี่ยวกับคำรักษา การขาดการสนับสนุนจากคู่สมรสและครอบครัวและปัญหาที่เกิดจากการอยู่โรงพยาบาล โดยการให้ผู้ปกครองได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการแก้ปัญหา และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ผลที่ได้รับคือ

สามารถลดความเครียด ช่วยให้เกิดความรู้สึกคิดที่บุตรเจ็บป่วย ผู้ปกครองได้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ปกครองที่มีปัญหาล้ายกัน เป็นการเพิ่มแหล่งสนับสนุนแก่ผู้ปกครอง ได้เรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรและการใช้ชีวิตในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของอามิโก และเดวิดไฮซาร์ (Amico & Davidhizar, 1994) เกี่ยวกับประสบการณ์ในการทำกลุ่มสนับสนุนในบิดามารดาเด็กป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม โดยบิดามารดาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความตระหนักเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร

ผลจากการทำกลุ่มพบว่าบิดามารดาได้ระบายความรู้สึกเครียดและไม่สบายใจต่อความเจ็บป่วยวิกฤตของบุตร รับรู้ว่ามีคนอื่นเข้าใจถึงปัญหาของตน มีสัมพันธภาพที่ดีกับบิดามารดาคนอื่น มีเพื่อน มีสังคม ในขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาลเพิ่มขึ้น ได้มีการแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลบุตรของแต่ละบุคคลและได้รับการสอนแนะกันภายในกลุ่ม เช่น ความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร วิธีการดูแลบุตร การใช้ชีวิตในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและวิธีการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร เช่น การศึกษาของประดิษฐา สีนสว่าง (2538) พบว่าการที่มารดาได้พูดคุยเกี่ยวกับการดูแลบุตร ซึ่งมีปัญหาล้ายคลึงกัน มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ทำให้มารดาได้รับแนวทางในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น ทำให้มารดาได้รับข้อมูล ความรู้และแนวทางในการดูแลบุตร และกลุ่มยังช่วยผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลง เมื่อมีสมาชิกคนใดคนหนึ่งมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีก็จะเป็นแรงจูงใจและเป็นแบบอย่างที่ดีสำหรับสมาชิกคนอื่น ๆ ซึ่งในแต่ละขั้นตอนของการทำกลุ่ม ผู้วิจัยจะสรุปถึงความก้าวหน้า จากปัญหาที่ผ่านมา ทำให้เกิดการสนับสนุน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม รวมทั้งการที่หอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม เปิดโอกาสให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมในเวลาเดียวกัน การที่ได้เห็นบิดามารดาคนอื่นปฏิบัติ และเกิดผลดีต่อบุตร เช่น บุตรสงบ หรือให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น จึงเกิดการเลียนแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้มากขึ้น

แต่จากผลการวิจัยในครั้งนี้เป็นที่น่าสนใจเกี่ยวกับค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ซึ่งอาจ

อธิบายได้ว่า บิดามารดาเกือบทั้งหมดมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น หรือตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่บุตรได้รับ เช่น การเจาะเลือด การใส่ท่อระบายทรวงอก การผ่าตัด เนื่องจากหัตถการเหล่านี้มีความเสี่ยง จึงจำเป็นต้องให้บิดามารดาทราบและเป็นผู้ตัดสินใจ รวมทั้งลงนามยินยอมทุกครั้งที่ต้องทำหัตถการเหล่านี้

สมมติฐานข้อที่ 2 บิดามารดาหลังเข้ากลุ่มสนับสนุนมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กมากกว่าก่อนเข้ากลุ่มสนับสนุน

ผลการศึกษาพบว่า บิดามารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาโดยรวม และด้านกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาและบุคลากรพยาบาล ด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย หลังการเข้ากลุ่มสนับสนุนมากกว่าก่อนเข้ากลุ่มสนับสนุน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

วันแรกของการเข้ากลุ่ม ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ระบายความรู้สึกเครียดและไม่สบายใจต่อความเจ็บป่วยของบุตร และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงและวิธีการแก้ไขปัญหาที่ละคน ในวันที่สอง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกเครียดและไม่สบายใจต่อการรักษาที่บุตรได้รับ ลักษณะที่ปรากฏและพฤติกรรมที่แสดงออกของบุตร และให้บิดามารดาช่วยกันคิดว่าจะช่วยดูแลบุตรได้อย่างไร ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตรง ในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กด้านกิจกรรมที่ทำประจำและด้านกิจกรรมพยาบาลจากนั้น ผู้วิจัยสรุปประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กทั้งหมดที่บิดามารดาได้แลกเปลี่ยนกัน รวมทั้งเพิ่มเติมในส่วนที่ยังขาดและส่งเสริมให้นำไปทดลองปฏิบัติ ในวันที่สามผู้วิจัยได้มีการติดตามว่าหลังจากที่ส่งเสริมให้บิดามารดาไปทดลองปฏิบัติแล้วเป็นอย่างไร มีปัญหาและอุปสรรคอะไรบ้าง กลุ่มจะได้ช่วยกันแก้ไขอุปสรรคไปด้วยกัน จากนั้นจึงเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้ระบายความรู้สึกไม่สบายใจต่อพฤติกรรมและวิธีการสื่อสารกับ

เจ้าหน้าที่ และบิดามารดาสามารถมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลและการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วยได้อย่างไร ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้บิดามารดาได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย และผู้วิจัยจะสรุปประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมทั้งหมดที่บิดามารดาได้แลกเปลี่ยนกัน และได้เพิ่มเติมส่วนที่กลุ่มยังขาด รวมทั้งส่งเสริมให้นำไปทดลองปฏิบัติ ดังนั้นจึงทำให้บิดามารดาหลังเข้ากลุ่มสนับสนุนมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมสามารถนำโปรแกรมการทำการกลุ่มสนับสนุน มาใช้ในการลดความเครียดและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดา ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมได้

ด้านการศึกษาพยาบาล เป็นแนวทางสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการนำรูปแบบหรือโปรแกรม ของการทำกลุ่มสนับสนุน ไปใช้กับบิดามารดาเด็ก เพื่อเป็นการลดความเครียดและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม หรือบิดามารดากลุ่มอื่นๆ ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเปรียบเทียบผลของกลุ่มสนับสนุนต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมโดยการจัดกิจกรรมลักษณะเป็นกลุ่มเปิดและกลุ่มปิด

2. ควรมีการศึกษาติดตามการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กของบิดามารดาของเด็กป่วยในระยะยาว เพื่อติดตามความต่อเนื่องตั้งแต่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน

เอกสารอ้างอิง

- กมลเนตร ใฝ่ชานัญ. (2546). ผลของการให้มารดา
มีส่วนร่วมซึ่งกันและกันกับพยาบาลในการดูแล
บุตรที่เกิดก่อนกำหนดต่อความเครียดของมารดา.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไกรวรร กานันท์. (2552). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง
ในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วย
หนักกุมารเวชกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จรัสศรี หินศิลาป. (2549). การมีส่วนร่วมของมารดาใน
การดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะเสี่ยงสูง.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ณัฐิกา ปฐมอารีย์. (2551). การมีส่วนร่วมของมารดา
ในการดูแลทารกแรกเกิดในหออภิบาลทารก
แรกเกิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประดิษฐา สิ้นสว่าง. (2538). ผลของการสนับสนุนภายใน
กลุ่มของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว
ต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลบุตร
ของมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์
มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2544). พยาบาลกับกระบวนการกลุ่ม.
วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น, 24(1), 1-12.
- สุภารัตน์ ไชยธิดา, อติดา ชัยศุภมงคลลาภ, และ วรณดา
คงวิเวกขจรกิจ. (2549). *Newtrend in pediatric
critical care nursing*. กรุงเทพฯ: บริษัท ดีไซน์.
- สิริสุตา ชาวคำเขต. (2541). การสนับสนุนทางสังคม
ของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่
กระดูกสะโพกหัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ,
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Aldridge, M. D. (2005). Decreasing parental
stress in the pediatric intensive care unit.
Critical Care Nursing, 25(6), 40-50.
- Amico, J., & Davidhizar, R. (1994). Supporting
families of critical ill children. *Journal of
Critical Nursing*. 3, 213-218.
- Buarque, V., Lima, M. C., Scott, R. P., & Vasconcelos,
M. G. L. (2006). The influence of support
groups on the family of risk newborns
and on neonatal unit workers. *Journal de
Pediatría*, 82, 295-301.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The Practice of
nursing research: conduct, critique, and
utilization (5th ed.)*. St. Louis: Saunders.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Marmelstein, R.,
(1988). A global measure of perceived
stress. *Journal of Health and Social
Behavior*, 24(12), 385-396.
- Conville, G., Darkins, J., Hesketh, J., Bennett, V.,
Alcock, J., & Noyes, J. (2008). *The impact
on parents of a child's admission to
intensive care: Integration of qualitative
findings from a cross-sectional study*.
Retrieved October, 10, 2008,
from [http://www. Elsevier.com/iccn](http://www.Elsevier.com/iccn)
- Jintrawet, U. (2005). *Parental practices during
their child's admission to pediatric intensive
care unit*. Chiang Mai: Doctor of Philosophy
(Nursing). Chiang Mai University.

- Just, A. C. (2005). Parent participation in care: Bridging the gap in the pediatric ICU. *Newborn and infant Nursing Reviews*, 5(4), 179–187.
- Kristensson–Hallstrom, I., Norlund, A., & Malmfors, G. (1998). Paediatric day–care surgery: Increased parental participation reduces costs. *European Journal of Public Health*, 8(3), 247–249.
- Melnyk, B. M., Alpert–Gillis, L. J., Hensel, P. B., Cable– Beilling, R. C., & Robenstein, J. S. (1997). Helping mothers cope with a critically ill child: A pilot test of the COPE intervention. *Research in Nursing & Health*, 20, 3–14.
- Neill, S. J. (1996b). Parent participation 2: Findings and their implications for practice. *British Journal of Nursing*, 5(2), 110–117.
- Nugent, K., Hughes, R., Ball, B., & Davis, K. (1992). *A practice model for a parent support group*. *Pediatric Nursing*, 18(1), 11–16.
- Schepp, K. (1995). *Psychometric assessment of the preferred participation scale for parent of hospitalized children*. unpublished manuscript, University of Washington, School of Nursing, Seattle, WA.
- Smith, A. B., Hefley, G. C., & Annand, K. J. S. (2007). Parent bed spaces in the PICU: Effect on parental stress. *Pediatric Nursing*, 33(3), 215–221.
- Youngblut, J. M., Brooten, D., & Kulux, J. (2005). Parents’ reactions at 24–48 hours after a preschool child’s head injury. *Pediatric Critical Care Medicine*, 6(5), 550–556.