

# The Effects of Concrete-objective Information on Parental Anxiety and Parental Participation in Care for Children in Pediatric Intensive Care Unit\*

Alongkorn Aksornsri, MNS, RN<sup>1</sup>, Wanlaya Thampanichawat, PhD, RN<sup>1</sup>,  
Kaimook Wichiencharoen, EdD, RN<sup>1</sup>, Pannarat Sangperm, PhD, RN<sup>1</sup>

---

## Abstract

**Purpose:** To examine the effects of concrete-objective information on parental anxiety and parental participation in care for children in pediatric intensive care unit (PICU).

**Design:** Quasi-experimental study, the pretest-posttest control group design.

**Methods:** Sixty-six parents of children who had been on endotracheal tubes and respirators were recruited from Buddhachinaraj Hospital in Phitsanulok province. They were assigned into experimental and control groups of 33 each. The experimental group received concrete-objective information via video, providing explanations about physical sensations and symptoms that occurred, temporal characteristics, environmental features, and causes of sensations, symptoms and experiences. The control group received routine information. The State Anxiety Inventory Form Y-1 (Thai version) was used to assess parental anxiety. The Index of Parent Participation was modified and used to evaluate parental participation in care. Data were analyzed by using independent t-test and analysis of covariance with pre-test anxiety score as a covariate.

**Main findings:** The parental anxiety mean score of the experimental group at 48 hours after admission was significantly lower than that of the control group ( $p < .01$ ). The parental participation mean score of the experimental group at 72 hours after admission was also significantly higher than that of the control group ( $p < .01$ ).

**Conclusion and recommendations:** These findings indicate that providing concrete-objective information via video can reduce parental anxiety and increase parental participation in care for children in pediatric intensive care unit. Provision of the concrete-objective information should be encouraged as a routine nursing practice.

**Keywords:** concrete-objective information, parental anxiety, parental participation, pediatric intensive care unit

---

*J Nurs Sci*. 2012;30(2):80-89

Corresponding Author: Assistant Professor Wanlaya Thampanichawat, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wanlaya.tha@mahidol.ac.th

\* This study is supported by the 60th Year Supreme Reign of His Majesty King Bhumibol Adulyadej Scholarship of Graduate Studies, Mahidol University; and is supported by Princess Mantharop Kamalasma Foundation of the Nurses' Association of Thailand

<sup>1</sup> Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

# ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต\*

อลงกรณ์ อักษรศรี, พย.ม.<sup>1</sup> วลัยยา ธรรมพนิชวัฒน์, PhD<sup>1</sup> ไช้บุญย์ วิเชียรเจริญ, กศ.ด.<sup>1</sup>  
พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, ปส.ด.<sup>1</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวล และการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาของเด็กป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 66 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 ราย และกลุ่มควบคุม 33 ราย กลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านวีดิทัศน์ เกี่ยวกับความรู้สึทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น ลักษณะสภาพแวดล้อม และสาเหตุของความรู้สึทางประสาทสัมผัส อาการและประสบการณ์ เรียงตามลำดับเหตุการณ์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบที และการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมโดยใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม

**ผลการวิจัย:** คะแนนความวิตกกังวลของบิดามารดาในกลุ่มทดลอง หลังจากที่ถูกตรูเข้ารับการรักษา 48 ชั่วโมง ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) คะแนนการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรของกลุ่มทดลองหลังจากที่ถูกตรูเข้ารับการรักษา 72 ชั่วโมงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ )

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยผ่านวีดิทัศน์แก่บิดามารดา สามารถช่วยลดความวิตกกังวล และเพิ่มการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้ จึงควรสนับสนุนให้มีการนำวิธีการให้ข้อมูลแบบนี้มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

**คำสำคัญ:** การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ความวิตกกังวลของบิดามารดา การมีส่วนร่วมของบิดามารดา หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

J Nurs Sci. 2012;30(2):80-89

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์วลัยยา ธรรมพนิชวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wanlaya.tha@mahidola.cth

\* ได้รับทุนสนับสนุนจากทุนการศึกษาเฉลิมพระเกียรติ 60 ปี ครองราชสมบัติ โดยบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล และทุนมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑลารพ กมลาศร์ โดยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

<sup>1</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันในประเทศไทยมีเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (pediatric intensive care unit) เป็นจำนวนมาก จากรายงานสถิติจำนวนเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลกภายใน 3 ปีที่ผ่านมา ตั้งแต่ พ.ศ. 2551 - 2553 พบว่ามีจำนวน 214, 293, 303 คนตามลำดับ โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคระบบทางเดินหายใจ และส่วนใหญ่ต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ<sup>1</sup> ซึ่งทำให้เด็กป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน ไม่สุขสบาย<sup>2</sup> การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต นับว่าเป็นสถานการณ์ที่รุนแรง และเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตไม่เพียงแต่จะเกิดผลกระทบต่อเด็กป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลต่อบิดามารดาอีกด้วย โดยจะทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกวิตกกังวล สับสน และเครียดกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น<sup>3</sup>

สิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตที่ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด ได้แก่ เห็นบุตรได้รับความเจ็บปวด บุตรไม่สามารถสื่อสารได้ บุตรมีอาการเหนื่อยหอบ สับสน ไม่ค่อยรู้สึกตัว เห็นบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ ท่อระบายทรวงอก การที่บิดามารดาได้ยินเสียงจากเครื่องมือต่างๆ ดังขึ้นทันทีทันใด เห็นสัญญาณการเดินของหัวใจจากเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ บิดามารดาไม่สามารถปลอบโยนบุตรเมื่อบุตรร้องไห้ ไม่สามารถอุ้มบุตรได้<sup>4-5</sup> ผลกระทบจากความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดา อาจทำให้บิดามารดาไม่สบายใจ กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ รู้สึกหมดพลัง เบื่ออาหาร<sup>6-7</sup> ความวิตกกังวลในระดับสูงทำให้เกิดทักษะในการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้ของบิดามารดาลดลง ความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่ลดลงด้วย<sup>8</sup> อีกทั้งความวิตกกังวลยังทำให้บทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรลดลงด้วย นั่นคือ การมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรลดลง<sup>9</sup> ในสถานการณ์ที่บิดามารดาต้องดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตนั้น บิดามารดาจะเกิดความกลัว ไม่กล้าจะให้การดูแลบุตร เนื่องจากขาดข้อมูลข่าวสาร และไม่ทราบว่าจะช่วยเหลือบุตรได้อย่างไร<sup>5</sup> ถ้าบิดามารดาได้รับข้อมูลที่เหมาะสมก็จะทำให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น<sup>10</sup>

การช่วยเหลือบิดามารดาเพื่อลดความวิตกกังวลและความเครียด เมื่อบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตมีหลากหลายวิธี อาทิเช่น การให้การสนับสนุนให้กำลังใจ

การให้ความรู้<sup>11</sup> การพยาบาลทางด้านจิตสังคม<sup>12</sup> กลุ่มเพื่อนสนับสนุนการจับคู่บัดดี้<sup>13</sup> และการให้ข้อมูล<sup>10,14-16</sup> บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตครั้งแรก จะไม่เข้าใจในสิ่งที่ตนกำลังจะเผชิญ ทำให้คาดการณ์ไปก่อนล่วงหน้า และจะให้ความสนใจอยู่กับลักษณะอารมณ์ของตนเอง จึงทำให้เกิดความวิตกกังวล การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective information) ตามกรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง (self-regulation theory) ช่วยให้ความมารดาที่มีความคาดหวังที่ถูกต้องเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้น จัดความคลุมเครือ และสามารถคาดการณ์ในสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้ ทำให้ลดการตอบสนองทางอารมณ์และความวิตกกังวลของบิดามารดา รวมทั้งเพิ่มความสามารถในการจัดการกับปัญหาและการปรับตัวในบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเนื้อหาข้อมูลประกอบไปด้วยความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล เรียงตามลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนอกจากนี้ยังเป็นข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของบิดามารดาที่เคยมีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตมาก่อน ดังนั้นจึงเป็นข้อมูลที่มีความเฉพาะเจาะจง และสอดคล้องกับสถานการณ์จริง ซึ่งจะช่วยให้บิดามารดาที่มีความเข้าใจและการรับรู้ความเป็นจริงที่เป็นประโยชน์ต่อการเผชิญความเครียดในสถานการณ์ดังกล่าว<sup>17</sup> Melnyk<sup>18</sup> ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการเผชิญความเครียดของมารดาและบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กสามัญโดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อน ให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียงและแผ่นพับ ผลการวิจัยพบว่า 24-48 ชั่วโมงหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุม และ 48-72 ชั่วโมงหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษา มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม

ในประเทศไทย มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาโดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง ของ Johnson<sup>17</sup> และทำการศึกษาในกลุ่มมารดาที่มีบุตรเกิดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก<sup>19</sup> มารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ<sup>20</sup> และมารดาที่มีบุตรป่วยโรคระบบทางเดินหายใจที่รับการรักษาในโรงพยาบาล<sup>21</sup> ซึ่งการให้ข้อมูลในงานวิจัยข้างต้นนั้น สามารถลดความวิตกกังวลของมารดาได้

และพบการศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ข้อมูลต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็ก ผลการวิจัยพบว่าหลังการให้ข้อมูล 24 ชั่วโมงมารดาที่มีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งงานวิจัยดังกล่าวมีจุดอ่อนคือ มีแต่กลุ่มทดลองไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่อาจสรุปได้ว่าผลการวิจัยเกิดจากการให้ข้อมูลจริง<sup>22</sup> และยังไม่พบงานวิจัยที่ให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง ของ Johnson<sup>17</sup> ประกอบกับหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยเลือกที่จะทำการศึกษานั้น ยังไม่มีการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาอย่างมีแบบแผนชัดเจน และเป็นรูปธรรม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยจะสามารถลดความวิตกกังวล และเพิ่มการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้หรือไม่ โดยคาดว่าผลการศึกษาค่าครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการให้ข้อมูลในการเตรียมตัวด้านจิตใจสำหรับบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

**วัตถุประสงค์การวิจัย**

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดา ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย กับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ระหว่างกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย กับกลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

**สมมติฐานการวิจัย**

1. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดาในกลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร กลุ่มที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-

experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest – posttest control group design)

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ บิดามารดาของเด็กป่วยที่มีอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปี ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก (convenience sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ต้องเป็นบิดาหรือมารดาที่เฝ้าดูแลบุตรขณะที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต และไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุตรในหอผู้ป่วยดังกล่าวมาก่อน เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ บิดามารดาที่มีระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับรุนแรง คือ มีคะแนนความวิตกกังวลระหว่าง 71-80 คะแนน และเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย คือ บิดามารดาที่มีบุตรย้ายหรือจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต หรือเสียชีวิตในระหว่างการการศึกษา

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) และคำนวณค่าขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยของ Melnyk<sup>18</sup> จากค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ยสองกลุ่มโดยใช้สถิติ ANCOVA ที่ระดับ  $\alpha = .05$  อำนาจการทดสอบ .80 ค่าขนาดอิทธิพล (f) ที่ระดับ .35 และ  $u = 1$  จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 33 คน และกลุ่มควบคุม 33 คน รวมทั้งหมด 66 คน จับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกัน (matched pair) ได้แก่ เป็นบิดาหรือมารดาเหมือนกัน (เพศเดียวกัน) อายุของบุตรอยู่ในช่วงเดียวกันคือ ต่ำกว่า 1 ปี 1-5 ปี และ 6-15 ปี

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ วิตัทศน์ เรื่อง “เมื่อลูกป่วยอยู่ในห้องไอซียู” สร้างขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเอง และได้ผสมผสานข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ทั้ง 4 มิติ เกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น สาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล เรียงตามลำดับของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยได้จัดหมวดหมู่เนื้อหาของวิตัทศน์ และเรียบเรียงบทบรรยายให้ต่อเนื่อง กระชับและเข้าใจง่าย และนำเสนอเนื้อหาวิตัทศน์ตามลำดับเหตุการณ์ คือ สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย พฤติกรรมที่บุตรแสดงออก เครื่องมือและ

อุปกรณ์ที่ใช้ การรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับและกิจกรรมการพยาบาลประจำวัน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อความเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร วิดีทัศน์นี้ประกอบด้วย บทบรรยายภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหวที่เหมาะสมภายในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลพุทธชินราช โดยใช้เวลาในการชมวีดิทัศน์ประมาณ 16 นาที

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา 8 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว การรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรและแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร 6 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและชนิดของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2.2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญดัดแปลงมาจาก State Anxiety Inventory Form Y-1 (SAI)<sup>24</sup> ซึ่งแปลเป็นฉบับภาษาไทยโดยบุญเพียร จันทวัฒนา, นางลักษณ์ จินตนาติก, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร และเมลนิค เบอร์นาเดตี<sup>14</sup> มี 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ

2.3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร โดยผู้วิจัยแปลและดัดแปลงจาก Index of Parent Participation (IPP)<sup>18</sup> มี 30 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติ (1 คะแนน) ไม่ปฏิบัติ (0 คะแนน)

วีดิทัศน์และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหาเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และสำนวนภาษา รวมทั้งความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน จากนั้นนำวีดิทัศน์ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับบิดามารดาของเด็กป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต จำนวน 5 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในภาษาที่ใช้ของวีดิทัศน์ หากความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .82 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร ได้ค่า Kuder- Richardson-20 เท่ากับ .82

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของ มหาวิทยาลัยมหิดล ชุดสายพยาบาลศาสตร์ (COA.No.MU-IRB/C 2010/33.0104) และคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพุทธชินราช (COA.No. 15/2553)

## การเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนดังนี้

1. บิดามารดาทั้งสองกลุ่มจะได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต เกี่ยวกับกฎระเบียบของหอผู้ป่วย สถานที่และอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็น

2. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 4-6 ชั่วโมง ผู้วิจัยจึงเข้าพบบิดามารดากลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้บิดามารดาอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยเมื่อบิดามารดายินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงขอให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

3. ผู้วิจัยทำการศึกษากับกลุ่มควบคุมทั้ง 33 คน ให้แล้วเสร็จก่อน แล้วจึงทำการศึกษากับกลุ่มทดลองจนครบ 33 คน ดังนี้

### 3.1 กลุ่มควบคุมดำเนินการวิจัย ดังนี้

ก. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและบุตร และบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรจากแฟ้มประวัติ และจากการสังเกตระดับความรู้สึกตัวของเด็กป่วย

ข. ประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดาโดยให้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ค. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 48 ชั่วโมง ผู้วิจัยขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ อีกครั้งหนึ่ง

ง. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 72 ชั่วโมง ผู้วิจัยขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร

### 3.2 กลุ่มทดลองดำเนินการวิจัย ดังนี้

ก. ผู้วิจัยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและบุตรและบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรจากแฟ้มประวัติและจากการสังเกตระดับความรู้สึกตัวของเด็กป่วย

ข. ประเมินความวิตกกังวลของบิดามารดาโดยให้ตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ค. ให้บิดามารดาชมวีดิทัศน์ทันทีหลังจากตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

ง. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 48 ชั่วโมง ผู้วิจัยขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ อีกครั้งหนึ่ง

จ. หลังจากเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต 72 ชั่วโมง ผู้วิจัยขอให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตร

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยหาค่าความถี่ และร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและบุตร เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม และเปรียบเทียบคะแนนการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติการทดสอบที

**ผลการวิจัย**

1. บิดามารดากลุ่มทดลองที่มีอายุระหว่าง 21-40 ปี

(ร้อยละ 91) มีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุมเล็กน้อย (ร้อยละ 81.8) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมารดาเหมือนกัน (ร้อยละ 75.80) และบิดามารดาทั้งหมด (ร้อยละ 100) ในกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงการเจ็บป่วยของบุตรในระดับรุนแรงมากถึงมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มควบคุมพบร้อยละ 91

เด็กป่วยส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุต่ำกว่า 5 ปีเหมือนกัน (ร้อยละ 78.8) เด็กป่วยกลุ่มทดลองทุกคน (ร้อยละ 100) และกลุ่มควบคุมร้อยละ 93.3 เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยโดยไม่ได้คาดการณ์ไว้ก่อน เด็กป่วยกลุ่มทดลองทั้งที่รู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัว (ร้อยละ 87.9 และร้อยละ 12.1 ตามลำดับ) มีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 84.8 และ ร้อยละ 15.2 ตามลำดับ)

2. คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลก่อนการทดลองของบิดามารดากลุ่มทดลองเท่ากับ 60.69 (SD = 7.70) ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 60.09 (SD = 8.42) และคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของบิดามารดากลุ่มทดลองเท่ากับ 55.15 (SD = 5.90) ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 57.81 (SD = 7.29) และเมื่อทดสอบด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F = 14.77, p < .01) (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** การวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวล หลังการทดลองระหว่างบิดามารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยมีคะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)

Source	df	Type III Sum of Squares	Mean Squares	F
Covariate (Pre-test)	1	2139.44	2139.44	199.47*
Main Effects (Group)	1	158.42	158.42	14.77*
Residual (Error)	63	675.70	10.72	
Corrected Total	65	2932.48		

\* p < .01, Adjusted R Squared = .76

3. คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรหลังการทดลองของกลุ่มทดลองเท่ากับ 74.65 (SD = 9.42) ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 60.15 (SD = 18.93) และเมื่อทดสอบด้วยสถิติการทดสอบที พบว่า คะแนนเฉลี่ย

การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t = 3.93, p < .01) (ตารางที่ 2)



**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรหลังการทดลอง ระหว่างบิดามารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	Range	M	SD	t
กลุ่มทดลอง (n = 33)	56.67-93.10	74.65	9.42	3.93*
กลุ่มควบคุม (n = 33)	28.57-93.10	60.15	18.93	

\*p < .01

**การอภิปรายผล**

1. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลหลังการทดลองของบิดามารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม โดยใช้คะแนนความวิตกกังวลก่อนการทดลองเป็นตัวแปรร่วม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $F = 14.77, p < .01$ ) แสดงว่า หลังจากที่ยึดมารดากลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยแล้ว 48 ชั่วโมงหลังจากบุตรเข้ารับการรักษาบิดามารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective information) ผ่านวีดิทัศน์เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เครื่องช่วยหายใจ เครื่องติดตามอากาศที่ติดอยู่กับตัวบุตร เป็นต้น บุคลากรภายในหอผู้ป่วย ความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น เช่น อากาศเย็น กลิ่นยาต่างๆ และการเห็นบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น รวมทั้งสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงดังกล่าว ให้ข้อมูลเรียงลำดับขั้นตอนของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หลังจากที่ยึดมารดาได้ชมวีดิทัศน์แล้วจะสร้างแบบแผนความคิดความเข้าใจ (schema) เก็บไว้ในความทรงจำและเมื่อบิดามารดาเผชิญกับสถานการณ์จริง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับ บิดามารดาจะแปลความหมายของเหตุการณ์ตามแบบแผนความคิดความเข้าใจที่มีอยู่ จึงลดความแตกต่างระหว่างสิ่งที่บิดามารดาคาดคิดไว้กับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง สามารถคาดการณ์ในสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ และมุ่งให้ความสนใจไปที่ลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัยของเหตุการณ์ บิดามารดาจะแปลความหมายของเหตุการณ์เน้นลักษณะที่เป็นปรนัย และมีการเผชิญความเครียดที่มุ่งไปที่การแก้ไขปัญหา (problem-solving) บิดามารดาจะไม่ให้ความสนใจกับลักษณะแบบอัตนัย (subjective features) ของเหตุการณ์ การตอบสนอง

ทางด้านอารมณ์ (regulation of emotional responses) จะลดลง จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง<sup>17, 23</sup>

ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Melnyk<sup>18</sup> ศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการเผชิญความเครียดของมารดาและบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กสามัญโดยไม่ได้อาบน้ำก่อน ให้ข้อมูลผ่านเทปบันทึกเสียงและแผ่นพับ ผลการวิจัยพบว่า 24-48 ชั่วโมงหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษา มารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลต่ำกว่ามารดากลุ่มควบคุม ทัศนคติที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มอาการหายใจลำบาก ให้ข้อมูลผ่านแผ่นภาพก่อนเข้าเยี่ยมบุตรครั้งแรก ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่ได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยมีคะแนนความวิตกกังวลภายหลังการทดลองต่ำกว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติ Pissajam<sup>20</sup> ศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย ต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรจะเข้ารับการสวนหัวใจให้ข้อมูลผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ 1 วันก่อนเข้ารับการสวนหัวใจ พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของมารดากลุ่มทดลอง 1-2 ชั่วโมงก่อนการสวนหัวใจต่ำกว่าคะแนนความวิตกกังวลของมารดากลุ่มควบคุม Rattanasin<sup>21</sup> ศึกษาผลของโปรแกรมแรกรับต่อความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยในช่วงแรกรับทันทีผ่านวีดีโอเทปและแผ่นพับพบว่า 24 ชั่วโมงหลังเด็กป่วยเข้ารับการรักษา มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมแรกรับ มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผลการวิจัยข้างต้นล้วนแล้วแต่ให้ข้อมูลโดยใช้กรอบทฤษฎีการควบคุมตนเองของ Johnson<sup>17</sup> ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตามสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป ส่วนใหญ่ให้ข้อมูลในวันแรกที่เด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการให้ข้อมูลสามารถลดความวิตกกังวลของบิดามารดาได้ทั้งสิ้น

2. หลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้ 72 ชั่วโมง บิดามารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = 3.93, p < .01$ ) ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต อาจทำให้บทบาทหน้าที่ของบิดามารดาเปลี่ยนไป เช่น ไม่ทราบว่าจะช่วยดูแลบุตรได้อย่างไรบ้าง ไม่สามารถสื่อสารกับบุตรได้เหมือนเดิม เป็นต้น<sup>5,7</sup> เมื่อบิดามารดากลุ่มทดลองได้รับข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัย เกี่ยวกับความรู้สึกทางประสาทสัมผัสและอาการแสดงที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งสาเหตุของความรู้สึกทางประสาทสัมผัส อาการแสดงและประสบการณ์ของบิดามารดา เรียงตามลำดับของเหตุการณ์ ลักษณะสภาพสิ่งแวดล้อมและบุคคล จึงทำให้บิดามารดาสร้างแบบแผนความคิดความเข้าใจ (schema) ไว้ในความทรงจำ และเมื่อบิดามารดาเผชิญกับสถานการณ์จริงในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ก็จะสามารถคาดการณ์ได้ว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับตนบ้างขณะที่เข้ามาดูแลบุตร และทราบว่าจะสามารถช่วยบุตรของตนได้อย่างไรบ้าง ลักษณะแบบรูปธรรม-ปรนัยจะปรากฏชัดขึ้นในความทรงจำ บิดามารดาที่จะมุ่งให้ความสนใจกับลักษณะของรูปธรรม-ปรนัย (concrete-objective features) ของเหตุการณ์ ทำให้บิดามารดามีการเผชิญความเครียดที่เน้นการแก้ไขปัญหา (problem-solving) ทำให้การตอบสนองทางด้านหน้าที่ (regulation of functional response) เพิ่มขึ้น นั่นคือ การมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรจึงเพิ่มมากขึ้น<sup>17,24</sup> สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ Melnyk<sup>18</sup> ซึ่งศึกษาผลของการให้ข้อมูลต่อการเผชิญความเครียดของมารดาและบุตรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กสามัญโดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อน ผลการวิจัยพบว่าหลังจากที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 48-72 ชั่วโมง มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม

ถึงแม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะสนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ การสร้างข้อมูลในสื่อวีดิทัศน์ยังต้องมีการปรับปรุงคุณภาพให้ดียิ่งขึ้นต่อไปอีก เนื่องจากภาพบางภาพยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร นั่นคือ ภาพเด็กป่วยโรคหัวใจชนิดเขียว อาจทำให้ผู้ที่ชมวีดิทัศน์เข้าใจผิดคิดว่าเป็นเด็กป่วยกำลังมีอาการเขียวได้ ภาพส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อาจไม่สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจนกับบิดามารดากลุ่มตัวอย่างที่มีบุตรอายุ 6-15 ปี ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปไม่

ควรใช้ภาพเด็กป่วยโรคหัวใจชนิดเขียว และควรเพิ่มภาพเด็กโตในวีดิทัศน์ด้วย หรืออาจพัฒนาสื่อวีดิทัศน์แยกเฉพาะกลุ่มเด็กป่วยอายุต่ำกว่า 5 ปี และกลุ่มเด็กป่วยอายุ 6-15 ปี นอกจากนี้บิดามารดากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้เสนอกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรเพิ่มเติม ได้แก่ “เล่นกับลูก เช่น ให้อุ้มลูก รูปร่างการที่มึนสับสน” “ช่วยตัดเล็บให้ลูก” “ช่วยป้อนน้ำ หรือนมทางสายยางให้อาหาร” “บอกพยาบาลเมื่อมีเสมหะขึ้นท้อช่วยหายใจ” “ช่วยพลิกตะแคงตัว หรือจัดท่านอนให้ลูก” ซึ่งกิจกรรมที่เป็นการเล่นกับลูกนั้นอาจมีข้อจำกัดเนื่องจาก บุตรใส่ท่อช่วยหายใจ หรือบางคนไม่รู้สึกรู้ตัว จึงไม่สามารถทำได้ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ส่วนกิจกรรมอื่นๆ สามารถเพิ่มเติมในวีดิทัศน์และแบบสอบถามได้อีก ซึ่งจะช่วยให้แบบสอบถามสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น จากการสังเกตและการสอบถามเพิ่มเติมพบว่า มีกิจกรรมที่บิดามารดาบางคนตอบว่าไม่ปฏิบัติเพราะไม่พบเหตุการณ์จำนวน 2 ข้อ คือ “บอกให้พยาบาลทราบเมื่อนมที่ลูกได้รับทางสายให้อาหารใกล้จะหมด” เนื่องจากบุตรไม่ได้รับอาหารทางสายให้อาหาร และ “หิวหรือแปร่งผมให้ลูก” เนื่องจากบุตรได้รับการโกนผม หรือผมสั้นมาก จึงไม่พบเหตุการณ์และไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตร ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพัฒนาแบบสอบถามการมีส่วนร่วมนี้โดยอาจเพิ่มข้อ “ไม่พบเหตุการณ์” ให้บิดามารดาเลือก เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมบางข้อที่บิดามารดาตอบว่าปฏิบัติเหมือนกันทุกคนนั่นคือ “คุยกับพ่อแม่ของเด็กป่วยคนอื่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของลูก หรือการมาอยู่โรงพยาบาล” ซึ่งไม่พบความแตกต่างของการตอบคำถามในข้อนี้ ดังนั้นการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรตัดข้อความดังกล่าวออกไป

**ข้อจำกัดของงานวิจัย**

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 75.8) และมีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี (ร้อยละ 78.8) ผลการวิจัยครั้งนี้จึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงกับกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นบิดาและบิดามารดาที่มีบุตรอายุ 6-15 ปี ที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

**ข้อเสนอแนะ**

1. ควรส่งเสริมให้มีการนำการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-



ปรณัย ผ่านวิดิทัศน์นี้ไปใช้กับมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ใส่ท่อช่วยหายใจ และใช้เครื่องช่วยหายใจ และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการให้ข้อมูลตามปกติ และเป็นการเตรียมมารดาในการเข้ามาดูแลบุตรในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวล และช่วยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรได้อย่างเต็มที่

2. การให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรณัย ผ่านวิดิทัศน์นี้สามารถนำไปดัดแปลงหรือประยุกต์ในการให้ข้อมูลแก่มารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตหน่วยงานอื่นได้

3. การศึกษาครั้งต่อไปควรปรับปรุงวิดิทัศน์และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรตามข้อคิดเห็นที่ได้กล่าวถึงในการอภิปรายผล และควรทำการศึกษาในกลุ่มบิดามารดาที่มีบุตรในช่วงอายุที่แคบกว่าการศึกษาครั้งนี้ เช่น ในกลุ่มที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี หรือมีอายุในช่วงวัยเรียนเท่านั้น เป็นต้น ผลการศึกษาที่ได้จะมีความเฉพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้น

#### เอกสารอ้างอิง (References)

1. Medical Statistic Unit of Buddhachinaraj Hospital. The annual statistical report. Phitsanulok: Buddhachinaraj hospital Phitsanulok; 2008. (in Thai).
2. Curley MA. The essence of pediatric critical care nursing. In: Curley MA, Moloney-Harmon PA, editors. Critical care nursing of infants and children. 2nd ed. New York: Saunders; 2001. p. 3-65.
3. Melnyk BM. Intervention studies involving parents of hospitalized young children: An analysis of the past and future recommendations. J Pediatr Nurs. 2000;15(1):4-13.
4. Chaisom P. Stress and coping strategies of parents of children hospitalized in pediatric intensive care unit [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 1993. 147 p. (in Thai).
5. Miles MS, Carter MC, Riddle I, Hennessey J, Eberly TW. The pediatric intensive care unit environment as a source of stress for parents. Matern Child Nurs J. 1989;18(3): 199-206.
6. Aldridge MD. Decreased parental stress in the pediatric intensive care unit. Crit Care Nurs. 2005;25(6):40-50.
7. Board R. Father stress during a child's critical care hospitalization. J Pediatr Health Care. 2004;18(5):244-9.
8. Smith AB, Hefley GC, Anand KJ. Parent bed spaces in the PICU: Effect on parental stress. Pediatr Nurs. 2007;33(3):215-21.
9. Melnyk BM. Parental coping with childhood hospitalization: A theoretical framework to guide research and clinical intervention. Matern Child Nurs J. 1995;23(4):123-31.
10. Chanwatana B, Jintanadilok N, Apanakapan P, Chalamket W. Effect of information intervention on mothers' participation in child care during their children's hospitalization. Thai Journal of Pediatric Nursing. 2001;1(3): 73-85. (in Thai).
11. Kaarsen PI, Ronning JA, Ulvund SE, Dahl LB. A randomized, controlled trial of the effectiveness of an early-intervention program in reducing parenting stress after preterm birth. Pediatrics. 2006;118(1):9-19.
12. Puntanit U. The effect of psychosocial care on anxiety of mothers whose children being hospitalized in the pediatric intensive care unit [master's thesis]. Bangkok, Mahidol University; 2002.104 p.
13. Preyde M, Ardal F. Effectiveness of a parent "buddy" program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. CMAJ. 2003;168(8):969-73.

14. Chanwatana B, Jintanadilok N, Apanakapan P, Chalamket W, Melnyk BM. Effect of information intervention on mothers' anxiety level during their children's hospitalization. *Thai Journal of Pediatric Nursing*. 2001;1(2): 26-36. (in Thai).
15. Lochanawongkorn P. Comparison of the effects of information provided to mothers of premature infants on levels of maternal stress and mother-infant attachment [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1998. 70 p. (in Thai).
16. Puttarak S, Junthaksinopas W, O-tongkum P. Effects of a computerized educational information program on anxiety of parents of children undergoing cardiac catheterization. *Songklanagarind Medical Journal*. 2007;25(6): 501-9. (in Thai).
17. Johnson JE. Self-regulation theory and coping with physical illness. *Res Nurs Health*. 1999;22:435-48.
18. Melnyk BM. Coping with unplanned childhood hospitalization: Effects of informational interventions on mothers and children. *Nurs Res*. 1994;43(1):50-5.
19. Lektæ P. The effect of concrete-objective information on anxiety of mothers who had premature infants with respiratory distress syndrome [master's thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. 124 p. (in Thai).
20. Pissajam S. The effect of concrete-objective information on maternal anxiety of children undergoing cardiac catheterization [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2007. 97 p.
21. Rattanasiri P. The effect of an admission program on anxiety of mothers of hospitalized children with respiratory disorders [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2005. 100 p.
22. Vongpanich P, Tangsatitporn W. Quality improvement by providing information on anxiety to mothers whose children are hospitalized in the pediatric intensive care unit (PICU). *Songklanagarind Medical Journal*. 2005;23(2):239-44. (in Thai).
23. Johnson JE, Fieler VK, Jones LS, Wlasowicz GS, Mitchell ML. *Self-regulation theory: Applying theory to your practice*. Pittsburgh (PA): Oncology Nursing Press; 1997.
24. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE, Vagg PR, Jacobs GA. *Self-evaluation questionnaire*. California: Consulting Psychologists Press; 1977.