



บทความวิจัย

อิทธิพลส่งผ่านของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม กับความวิตกกังวลของบิดามารดา ที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

มนีรัตน์ หมายพิมาย* สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง** และอาภาวรรณ หนูคง***

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2 ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาอิทธิพลส่งผ่านของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่างการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษาและการสนับสนุนทางสังคม กับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ภายใน 3 วันแรก จำนวน 118 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ 3) แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 4) แบบสอบถามความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร และ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามที่ 2, 3, 5 เท่ากับ .88, .79, และ .89 ตามลำดับ ทดสอบอิทธิพลส่งผ่านด้วยวิธีการของ Baron and Kenny (1986) โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2559, 28(3): 84-97

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม



ผลการวิจัย: ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับความวิตกกังวลของบิดามารดา อย่างไรก็ตาม ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีอิทธิพลส่งผ่าน ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษา กับความวิตกกังวลของบิดามารดา

สรุป: พยาบาลควรมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลให้แก่บิดามารดาได้

คำสำคัญ: เด็กวิกฤต/อิทธิพลส่งผ่าน/ความรู้สึกไม่แน่นอน/ความวิตกกังวล

บทนำ

การที่บุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต นั้น ส่งผลกระทบต่อบิดามารดาในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ-สังคม ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ โดยเฉพาะผลกระทบต่อทางด้านจิตใจที่พบได้ในบิดามารดา คือ ความวิตกกังวล โดยมีการศึกษา พบว่า ในช่วง 1-3 วันแรกที่บุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต บิดามารดามีความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูง (Huckbay & Tilem-Kessler, 1999) ซึ่งความวิตกกังวลสูงมีผลต่อความสามารถในการรับรู้ การเรียนรู้ และการแก้ไขปัญหาของบุคคล (Stuart, 2005) และอาจทำให้บิดามารดาไม่สามารถสื่อสารหรือทำหน้าที่ของตนเอง รวมทั้งไม่สามารถทำหน้าที่ในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของบิดามารดา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา (Mu, Ma, Hwang & Chao, 2002) รายได้ของครอบครัว (Ju et al., 2011) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Ju et al., 2011; Mu et al., 2002) ประสบการณ์เดิมของบิดามารดา (Diaz-Caneja, Gledhill, Weaver, Nadel & Garralda, 2005) และการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร (Ju et al., 2011) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย

บุคลากรทางสุขภาพ (Colville et al., 2009) และการสนับสนุนทางสังคม (อลงกรณ์ อักษรศรี, 2554; Mitchell & Courtney, 2004)

ปัจจัยดังกล่าวข้างต้น ได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาแล้ว ยังพบว่ามีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาด้วย จากการศึกษาของ รัตนสุตา ยศวงศ์รัศมี (2549) พบว่า ระดับการศึกษามีอิทธิพลทางลบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ส่วนการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร พบว่า มีอิทธิพลทางบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพ พบว่า มีอิทธิพลทางลบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (ภัทรนุช ภูมิพาน, 2555; รัตนสุตา ยศวงศ์รัศมี, 2549)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลแก่บิดามารดา เนื่องจากความเจ็บป่วยของบุตรและการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต บิดามารดาต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยของบุตรที่มีความรุนแรง อาการและการรักษาเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การวินิจฉัยโรคที่ไม่แน่นอน ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษา การดำเนินโรค



พฤติกรรมและอารมณ์ที่บุตรแสดงออก รวมทั้งต้องเผชิญกับสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคย ทำให้บิดามารดาไม่สามารถคาดเดาหรือทำนายผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุตรได้อย่างถูกต้อง เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยนี้ว่าเป็นอันตราย (Danger) หรือโอกาส (Opportunity) แล้วจึงใช้วิธีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน (Coping with uncertainty) เพื่อจัดการกับความรู้สึกนี้ ถ้าบิดามารดาเผชิญกับความรู้สึกนี้ได้เหมาะสมทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี เช่น มีความท้าทายในบทบาทของบิดามารดาและเกิดการพัฒนาตนเอง ถ้ามีการเผชิญกับความรู้สึกนี้ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดการปรับตัวที่ไม่ดี ได้แก่ เกิดความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล (Mishel, 1988; Mishel & Clayton, 2003; Stewart & Mishel, 2000) ดังนั้นความวิตกกังวลของบิดามารดาเป็นผลมาจากความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เมื่อบิดามารดาเผชิญกับความรู้สึกนี้ไม่เหมาะสมและเกิดการปรับตัวไม่ดี

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย นอกจากจะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลแก่บิดามารดาแล้วยังพบว่าเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวจากการศึกษาของ Mishel (1984) ในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วยและประสบการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับความเครียด และการศึกษาของ Mishel และ Braden (1987) ในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งระบบนิเวศ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวทางด้านจิตสังคม

จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นตัวแปรส่งผ่าน

ระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวในกลุ่มบิดามารดาพบแต่การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ในบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (กนกกาญจน์ เมฆอนันต์ธวัช, 2555; ภัทรนุช ภูมิพาน, 2555; รัตนสุดา ยศวงศ์รัตมี, 2549; Tomlinson, Kirschbaum, Harbaugh & Anderson, 1996) ซึ่งการศึกษาอิทธิพลส่งผ่าน (Mediating effect) จะช่วยอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้มากกว่าการศึกษาอิทธิพลในทางตรง (Direct effect) เพียงอย่างเดียว ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคม กับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้หรือไม่ และผลที่ได้จากงานวิจัยในครั้งนี้ จะทำให้นักวิชาการทางสุขภาพมีความรู้ ความเข้าใจ และเห็นความสำคัญของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่อาจมีอิทธิพลส่งผ่านหรือมีอิทธิพลโดยตรงต่อความวิตกกังวลของบิดามารดา รวมทั้งช่วยให้นักวิชาการทางสุขภาพนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลแก่บิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น และอาจส่งผลให้บิดามารดาสามารถทำหน้าที่ของตนเอง รวมทั้งหน้าที่ในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลส่งผ่านของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมกับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต



กรอบแนวคิด

ในการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) เพื่อศึกษาว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษา และการสนับสนุนทางสังคมกับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตได้ ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรเป็นการรับรู้และให้ความหมายรูปแบบของอาการแสดงในความเจ็บป่วยของบุตร เมื่อบิดามารดามีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ในระยะ 3 วันแรก บุตรมักมีอาการแสดงที่รุนแรง ไม่ชัดเจน และมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ทำให้บิดามารดาไม่สามารถคาดเดาอาการที่เกิดขึ้นได้ จึงส่งผลให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น จากการศึกษาของ ภัทรนุช ภูมิพาน (2555) พบว่า บิดามารดาที่รับรู้ว่ามีบุตรมีความเจ็บป่วยรุนแรงสูงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง

ระดับการศึกษาช่วยให้บิดามารดามีความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรค ตลอดจนการรักษาที่บุตรได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพ ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (Mishel, 1983; Mishel, 1988; Mishel & Clayton, 2003; Stewart & Mishel, 2000) จากการศึกษาของ รัตนสุตา ยศวงศ์ศรีคม (2549) พบว่า บิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ

การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพใน 4 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบ และการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ ซึ่งคอยช่วยเหลือบิดามารดาในการแปลและให้ความหมายในสถานการณ์ความเจ็บป่วย ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงได้ (Mishel, 1988; Mishel & Clayton, 2003) จากการ

ศึกษาของ รัตนสุตา ยศวงศ์ศรีคม (2549) พบว่า บิดามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยต่ำ

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลได้ กล่าวคือ เมื่อบิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยขึ้น บิดามารดาจะประเมินตัดสินความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยตามการรับรู้ของตนต่อสถานการณ์ความเจ็บป่วยและความเชื่อพื้นฐานของตนเอง ถ้าบิดามารดามีการประเมินความรู้สึกนี้ว่าเป็นอันตรายมากกว่าเป็นโอกาสและมีการเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอนไม่เหมาะสม จะเกิดการปรับตัวที่ไม่ดี ได้แก่ เกิดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความเครียด (Mishel, 1988; Mishel & Clayton, 2003; Stewart & Mishel, 2000) โดยจากการศึกษา พบว่า บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง มีความวิตกกังวลสูง (Ju et al., 2011; Mu et al., 2002)

ตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นตัวแปรส่งผ่านระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนกับการปรับตัว และนอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มผู้ป่วยโรคต่างๆ พบว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลอื่นๆ กับการปรับตัวทางจิตใจ ได้แก่ ระหว่างความรุนแรงของความเจ็บป่วยกับความเครียด (Mishel, 1984) และระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวทางด้านจิตสังคม (Mishel & Braden, 1987) ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยกับการปรับตัวได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research)



กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาของเด็กป่วย อายุระหว่าง 1 เดือน-15 ปี ที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลมหาราชานครราชสีมา คัดเลือกโดยการสุ่มตามสะดวก (Convenience sampling) จำนวน 118 คน ตามคุณสมบัติดังนี้ มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ภายใน 3 วันแรก ไม่เคยมีประสบการณ์ที่บุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตมาก่อน และอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับบุตร สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้จากการเปิดตารางสำเร็จรูปของ Cohen (1992) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = .01$ ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) = .15 อำนาจการทดสอบ (Power of test) = .80 โดยมีตัวแปรอิสระ 4 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 118 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค การรักษา โดยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ ระยะเวลาดของการใส่ และวันที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต

2. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับบุตร อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีที่เข้ารับการศึกษาน อาชีพ และรายได้ของครอบครัว

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory) สร้างขึ้นโดย Spielberger (1977) แปลเป็นภาษาไทยโดย บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาดีลิก, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเชตร, และเมเลนิก เบอร์นาเดตี

(2544) มีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จาก 1) ไม่รู้สึกเลย ถึง 4) รู้สึกมาก พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน มีเกณฑ์การแปลคะแนน ดังนี้

คะแนน 20-40 คะแนน หมายถึง บิดามารดา มีความวิตกกังวลระดับน้อย (Mild anxiety)

คะแนน 41-60 คะแนน หมายถึง บิดามารดา มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety)

คะแนน 61-70 คะแนน หมายถึง บิดามารดา มีความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety)

คะแนน 71-80 คะแนน หมายถึง บิดามารดา มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety)

แบบสอบถามนี้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .88

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย สร้างขึ้นโดย Mishel (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ (2547) และแปลย้อนกลับ (Back translation) โดยอาจารย์พยาบาลจำนวน 2 คน ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านภาษาอังกฤษและภาษาไทย มีข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง 5) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 31-155 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .79

ชุดที่ 4 แบบสอบถามความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร สร้างขึ้นโดย Mishel (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย รัตนสุดา ยศวทศิริศรี (2549) มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบตัวเลข (Numerical rating scale) ตั้งแต่ตัวเลข 1) รุนแรงน้อยที่สุด ถึง 10) รุนแรงมากที่สุด คะแนนสูง หมายถึง บิดามารดาที่มีการรับรู้ความรุนแรงใน



ความเจ็บป่วยของบุตรสูง มีความเชื่อมั่นแบบทดสอบซ้ำ (Test-retest reliability) เท่ากับ .78

ชุดที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมสร้างขึ้นโดย รัตนสุดา ยศวงศ์ศรีคม (2549) ตามแนวคิดของ House (1981) มีข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จาก 0) ไม่ได้เลย ถึง 3) มาก พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-66 คะแนน คะแนนรวมสูงหมายถึง บิดามารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA.No.IRB-NS2015/274.1503) และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (เลขที่ 035/2015 วันที่ 23 เมษายน 2558) การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ประเมินความพร้อมและความสนใจในการรับข้อมูลของบิดามารดา แล้วจึงอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างได้อ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ถ้าเข้าใจดีแล้วและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผ่านการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ณ หอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบบิดามารดาเพื่อสอบถามความพร้อมและสนใจในการรับฟังข้อมูลในช่วงเวลารอเข้าเยี่ยมบุตรและหลังจากเข้าเยี่ยมบุตรแล้ว เพื่อไม่

รบกวนเวลาในการเยี่ยมบุตร

2. หากบิดามารดาสนใจรับฟังข้อมูล ผู้วิจัยจึงชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งให้บิดามารดาอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและสอบถามข้อสงสัย พร้อมขอความยินยอมในการทำวิจัยและให้บิดามารดาลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้บิดามารดาฟัง แล้วให้บิดามารดาตอบแบบสอบถามด้วยตนเองอย่างอิสระในบริเวณที่จัดเตรียมไว้เพื่อความเป็นส่วนตัว ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที

4. หลังจากเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการตรวจให้คะแนนแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญเพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลขณะเผชิญทันที โดยพบบิดามารดาที่มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 61-80 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง (Severe-panic anxiety) จำนวน 56 คน (49%) ผู้วิจัยจึงได้รายงานให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยหรือแพทย์ที่รับผิดชอบทราบ เพื่อเป็นการส่งต่อให้การดูแลช่วยเหลือบิดามารดาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และทดสอบอิทธิพลส่งผ่านด้วยวิธีการของ Baron และ Kenny (1986) ซึ่งใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 74.6) มีอายุระหว่าง 18-30 ปี (ร้อยละ 55.9) สถานภาพสมรสคู่ มีระดับการศึกษาในชั้นมัธยมศึกษา (ร้อยละ 65.3) มีอาชีพรับจ้างและมีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001-15,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 56) สำหรับผู้ป่วยเด็กมีอายุอยู่ระหว่าง



1-12 เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 44.1) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.9) มีการวินิจฉัยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ มากที่สุด (ร้อยละ 43.2) ส่วนใหญ่ใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 77.1) และเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามาแล้วเป็นเวลา 3 วัน (ร้อยละ 55.1)

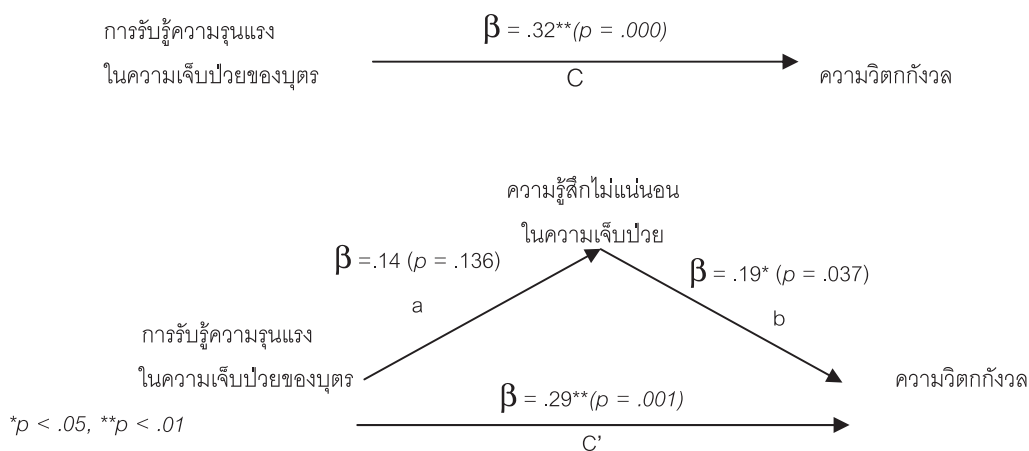
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .05, r = .32, p < .001$ ตามลำดับ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.29, p < .001$)

3. ผลการวิเคราะห์หัตถิพลส่งผ่านด้วยวิธีการของ Baron และ Kenny (1986) พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีอิทธิพลส่งผ่านระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ระดับการศึกษากับความวิตกกังวล ดังแสดงในภาพที่ 1-2 แต่พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลส่งผ่านระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับความวิตกกังวล ดังแสดงในภาพที่ 3

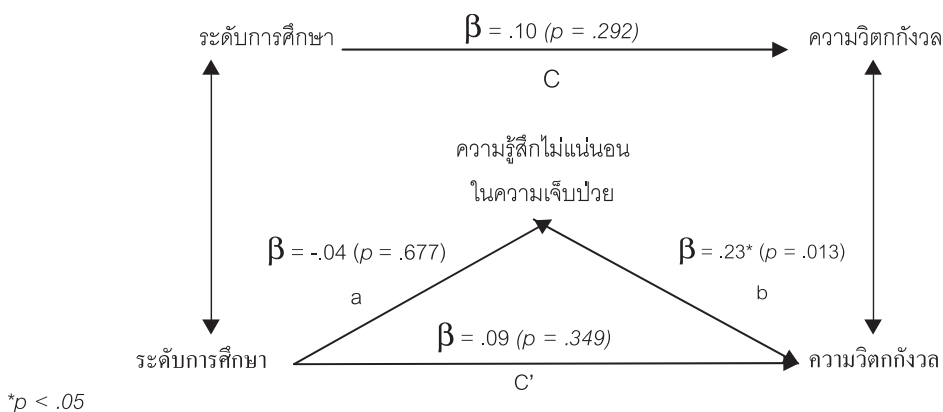
การอภิปรายผล

ความวิตกกังวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลสูง ($\bar{x} = 60.02, SD = 9.99$) โดยร้อยละ 49 มีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 61-80 คะแนน ซึ่งเป็นความวิตกกังวลอยู่ในระดับสูงถึงรุนแรง (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1977) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีบุตรอยู่ในระยะเริ่มแรกของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (1-3 วันแรก) และไม่เคยมีประสบการณ์ที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน บุตรมีอาการของความเจ็บป่วยรุนแรง ได้รับการรักษาที่ซับซ้อนและใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่หลากหลาย ทำให้บิดามารดาอาจไม่เข้าใจกับสิ่งที่เห็น ไม่รู้ว่าจะจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างไร จึงส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลได้

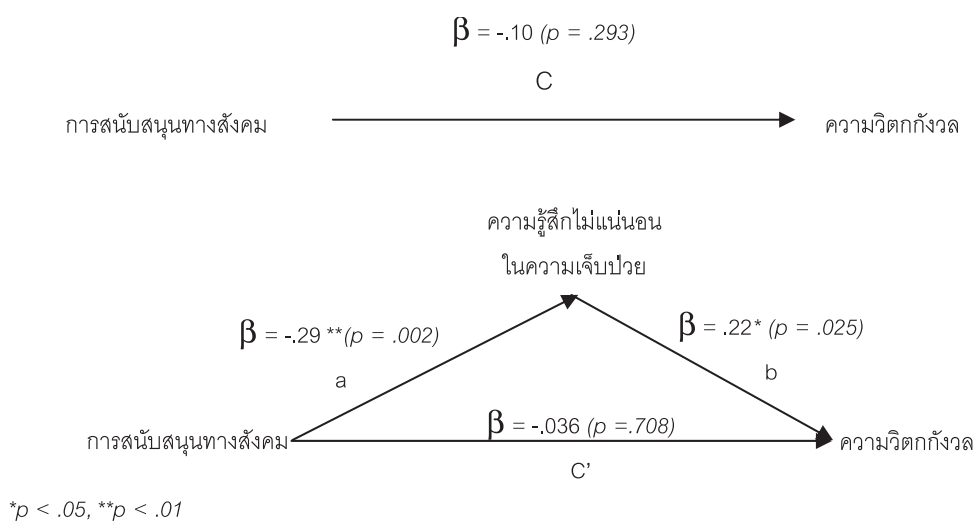
ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีอิทธิพลส่งผ่านระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรกับความวิตกกังวล เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .32, p = .000$) แต่ไม่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย



ภาพที่ 1 โมเดลอิทธิพลส่งผ่านของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรกับความวิตกกังวล



ภาพที่ 2 โมเดลอิทธิพลส่งผ่านของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่างระดับการศึกษากับความวิตกกังวล



ภาพที่ 3 โมเดลอิทธิพลส่งผ่านของความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความวิตกกังวล

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .14$, $p = .136$) ดังแสดงในภาพที่ 1 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อภิปรายผล ดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าบิดามารดามีการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมาก ($\bar{x} = 7.88$, $SD = 1.99$) อาจเนื่องจากบุตรอยู่ในระยะเริ่มแรกของการเข้ารับการรักษ

รวมถึงบุตรได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ (ร้อยละ 71) อาจทำให้บิดามารดารับรู้ว่บุตรมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก และประเมินตัดสินสถานการณ์หรือความเจ็บป่วยของบุตรนี้ว่าเป็นอันตรายต่อบุตร หรือคาดเดาผลไปในทางลบจึงส่งผลให้บิดามารดาเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Lazarus & Folkman, 1984; Mishel, 1997; Stewart & Mishel, 2000)



เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ju et al. (2011) พบว่า ความถี่ของการซักของบุตรมีอิทธิพลทางบวกต่อความวิตกกังวลของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .21, p < .05$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรจากการประเมินอาการของบุตรซึ่งแสดงว่าบุตรมีอาการรุนแรงมาก

การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรไม่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยซึ่งไม่ตรงตามทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่กล่าวว่า บิดามารดาที่รับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมากมีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง เนื่องจากบุตรมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก มีอาการแสดงไม่ชัดเจน หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทำให้บิดามารดาไม่สามารถประเมินและคาดเดาสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ จึงส่งผลให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง (Mishel, 1997; Stewart & Mishel, 2000; Tomlinson et al., 1996) แตกต่างจากการศึกษาของ ภัทรนุช ภูมิพาน (2555) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีอิทธิพลทางบวกต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ($\beta = .443, p < .001$) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะแตกต่างกันในเรื่องของภาวะความเจ็บป่วยและการวินิจฉัยโรค โดย ภัทรนุช ภูมิพาน (2555) ศึกษาในบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Chronic illness) โดยมากกว่าครึ่งเป็นผู้ป่วยเด็กที่ไม่เคยได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตและไม่เคยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมาก่อน ร่วมกับการที่บุตรมีอาการกำเริบของโรคเดิม ทำให้มีการพยากรณ์ของโรคที่ไม่ดีและอาจเสียชีวิตได้ ทำให้บิดามารดารับรู้ว่าการเจ็บป่วยของบุตรมีความรุนแรงมาก รวมถึงสถานการณ์ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่บิดามารดาไม่คุ้นเคยมาก่อน ทั้งอาการแสดง การรักษาที่บุตรได้รับแตกต่างไปจากเดิม บิดามารดาจึงไม่สามารถคาดเดาสถานการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ ทำให้บิดามารดาเกิดความ

รู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยสูง สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน (Acute illness) ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นโรคที่มีแนวโน้มรักษาหายได้ แต่เนื่องจากการที่บุตรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต บุตรมักมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงและต่อเนื่องมีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินโรครอย่างรวดเร็ว มีอาการไม่คงที่ ได้รับการรักษาที่มีความซับซ้อน รวมทั้งได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจ สิ่งเหล่านี้ทำให้บิดามารดารับรู้แล้วว่าบุตรมีความเจ็บป่วยที่รุนแรงมาก นอกจากนี้ เครื่องมือที่ใช้ประเมินการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีเพียง 1 ข้อคำถาม อาจไม่ครอบคลุมการรับรู้ของบิดามารดาในสถานการณ์ที่บุตรมีอาการรุนแรงแตกต่างกัน จึงอาจเป็นอีกเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรกับความวิตกกังวล

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยไม่มีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างระดับการศึกษากับความวิตกกังวล เนื่องจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .09, p = .349$) ดังแสดงในภาพที่ 2 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้อภิปรายผล ดังนี้

ระดับการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อความวิตกกังวลในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา (12 ปี) ร้อยละ 65.3 ซึ่งผ่านตามเกณฑ์การศึกษาขั้นพื้นฐานภาคบังคับ (กระทรวงศึกษาธิการ, 2546) ทำให้บิดามารดามีความสามารถในการประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง โดยระดับการศึกษาเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการประเมินตัดสินว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความเครียดหรือไม่ (Lazarus & Folkman, 1984) แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ไม่พบอิทธิพลดังกล่าว อาจ



เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.8 มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาและต่ำกว่า จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน แตกต่างจากการศึกษาของ Mu et al. (2002) พบว่า ระดับการศึกษาเท่ากับหรือสูงกว่าระดับปริญญาตรีมีอิทธิพลทางบวกต่อความวิตกกังวล ($\beta = .39, p < .001$) อาจเป็นเพราะแม้ว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้น จะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจ สามารถแปลสถานการณ์และปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า (Mishel, 1988) แต่บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น จะมีความต้องการที่สูงขึ้นตามไปด้วย ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองตามความต้องการเหล่านั้น อาจส่งผลให้บุคคลไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม เกิดการปรับตัวที่ไม่ดี และส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลได้ (Lazarus & Folkman, 1984; Mishel, 1988; Stewart & Mishel, 2000)

การที่ผลการศึกษาในครั้งนี้ แตกต่างจากผลการศึกษาที่ผ่านมา อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันในเรื่องของบริบททางสังคม Mu et al. (2002) การศึกษาในประเทศไต้หวัน ระดับการศึกษาอาจเป็นสิ่งบ่งชี้ว่าบุคคลนั้น มีความเข้าใจ สามารถแปลสถานการณ์และปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดี การศึกษาในครั้งนี้ ศึกษาในประเทศไทย ระดับการศึกษาไม่ได้เป็นสิ่งบ่งชี้ว่าบุคคลจะสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ดี แต่เป็นความมีสติของบุคคลในการพิจารณาไตร่ตรองสถานการณ์ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ดี ดังการศึกษาของ ปุณรดา พวงสมัย (2558) พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัว อาจเนื่องจากแม้ว่าบุคคลจะมีระดับการศึกษาสูง แต่เมื่อต้องเผชิญกับสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ถ้าบุคคลขาดสติในการวิเคราะห์และพิจารณาปัญหา อาจทำให้ความสามารถจัดการกับปัญหาลดลงและส่งผลต่อการปรับตัวได้ ดังนั้น ถึงแม้ว่าบิดามารดาจะมีการศึกษาระดับใดก็ตามก็เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ นอกจากนี้ ความวิตกกังวลของบิดามารดาอาจเกิดจากปัจจัยส่วน

บุคคลอื่นๆ ซึ่งไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้ เช่น รายได้ของครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิต เพื่อไว้ใช้จ่ายและตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานของบุคคลภายในครอบครัว โดยในการศึกษานี้ บิดามารดามีรายได้เฉลี่ย 5,001-15,000 บาท / เดือน เมื่อบุตรมีความเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ทำให้บิดามารดาต้องมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลให้บิดามารดามีปัญหาทางการเงินและเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลส่งผ่านระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความวิตกกังวล จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นตัวแปรส่งผ่านอย่างสมบูรณ์ ดังแสดงในภาพที่ 3 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือ เมื่อบิดามารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงจะส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง และเมื่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลงจะส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลงตามไปด้วย โดยที่การสนับสนุนทางสังคมไม่ได้ส่งผลใดๆ ต่อความวิตกกังวล อภิปรายผลได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ บิดามารดารับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ($\bar{x} = 48.43, SD = 9.83$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนสูงเกือบทุกด้าน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง ซึ่งสนับสนุนแนวความคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (1988) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ทำให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจในความเจ็บป่วยและการรักษาของบุตรชัดเจนมากขึ้น ช่วยลดความคลุมเครือ ลดความซับซ้อนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา รวมทั้งช่วยให้บิดามารดาสามารถคาดการณ์ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับบุตรได้ (Mishel, 1988; Stewart & Mishel, 2000) และเมื่อบิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย



ลดลง บิดามารดาจะประเมินสถานการณ์นี้ว่าเป็นโอกาสมากกว่าอันตราย เกิดการปรับตัวอย่างเหมาะสม เป็นผลให้ความวิตกกังวลลดลง (Mishel, 1988; Mishel & Clayton, 2003; Stewart & Mishel, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ Mishel และ Braden (1987) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการปรับตัวด้านจิตสังคม โดยผ่านความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรให้ข้อมูลตามสภาพความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งอาจช่วยลดความวิตกกังวลของบิดามารดาได้

และควรมีการประเมินคัดกรองความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตทุกราย โดยเฉพาะ 1-3 วันแรกที่บุตรเข้ารับการรักษ เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการให้ข้อมูลและให้การพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป

2. จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยมีอิทธิพลส่งผ่านระหว่าง การสนับสนุนทางสังคมกับความวิตกกังวล ดังนั้น การพยาบาลเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลแก่บิดามารดา ควรมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งอาจช่วยลดความวิตกกังวลให้แก่บิดามารดาได้

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกกาญจน์ เมฆอนันต์ธวัช. (2555). *ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา.

กระทรวงศึกษาธิการ. (2546). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542* แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ: กระทรวงศึกษาธิการ.

บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาดี, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขต และเมลนิค เบอร์นาเดตี. (2544). ผลการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์*, 1(2), 26-38.

ปุนรดา พวงสมัย. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคมกับการปรับตัวของ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 7(2), 178-186.

ภัทรนุช ภูมิพาน. (2555). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(3), 15-24.

รัตนสุดา ยศวงศ์ศรีศรี. (2549). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาต่อความเจ็บป่วยของบุตรที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: โครงการตำรารามธิบดี ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ. (2547). *ความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



อลงกรณ์ อักษรศรี. (2554). ผลของการให้ข้อมูลแบบ
รูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวล และการมี
ส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ได้
รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต. *วารสาร
พยาบาลศาสตร์*, 30(2), 81-89.

ภาษาอังกฤษ

- Baron, R.M., & Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology a power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Colville, G., Darkins, J., Hesketh, J., Bennett, V., Alcock, J., & Noyes, J. (2009). The impact on parents of a child's admission to intensive care: Integration of qualitative findings from a cross-sectional study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 25(2), 72-79.
- Diaz-Caneja, A., Gledhill, J., Weaver, T., Nadel, S., & Garralda, E. (2005). A child's admission to hospital: A qualitative study examining the experiences of parents. *Intensive Care Medicine*, 31(9), 1248-1254.
- House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Huckabay, L.M.D., & Tilem-Kessler, D. (1999). Patterns of parental stress in PICU emergency admission. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 18(2), 36-42.
- Ju, O.H., McElmurry, B.J., Park, C.G., McCreary, L., Kim, M., & Kim, E.J. (2011). Anxiety and uncertainty in Korean mothers of children with febrile convulsion: Cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 20(9-10), 1490-1497.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Mishel, M.H. (1983). Parents' perception of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research*, 32, 324-330.
- Mishel, M.H. (1984). Perceived uncertainty and stress in illness. *Research in Nursing and Health*, 7, 163-171.
- Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in illness. Image: *Journal of Nursing Scholarship*, 20(4), 225-232.
- Mishel, M.H., & Braden, C.J. (1987). Uncertainty a mediator between support and adjustment. *Western Journal of Nursing Research*, 9(1), 43-57.
- Mishel, M.H., & Clayton, M.F. (2003). Theories of uncertainty in illness. In M.J. Smith & P.R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing*. New York: Springer.
- Mitchell, M.L., & Courtney, M. (2004). Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: An intervention study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 20(4), 223-231.
- Mu, P-F., Ma, F-C., Hwang, B., & Chao, Y-M. (2002). Families of children with cancer: The impact on anxiety experienced by



- fathers. *Cancer Nursing TM*, 25(1), 67-73.
- Spielberger, C.D. (1972). *Anxiety: Current trends in theory and research*. New York: Academic press.
- Spielberger, C.D., Gorsurh, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1977). *Self-evaluation questionnaire*. CA: Consulting Psychologists.
- Stewart, J.L., & Mishel, M.H. (2000). Uncertainty in childhood illness: A synthesis of the parent and child literature. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 14(4), 299-319.
- Stuart, G.W. (2005). Anxiety response and anxiety disorder. In G.W. Stuart & M.T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing*, (8th ed.), pp. 216-284). St. Louis: Mosby.
- Tomlinson, P.S., Kirschbaum, M., Harbaugh, B., & Anderson, K.H. (1996). The influence of illness severity and family resources on maternal uncertainty during critical pediatric hospitalization. *American Journal of Critical Care*, 5(2), 140-146.



Mediating Effect of Uncertainty in Illness on Relationship between Perception of Child's Illness Severity, Education, Social Support, and Parental Anxiety of Children Admitted to Pediatric Intensive Care Unit

Maneerat Maipimai*, Sudaporn Payakkaraung** and Apawan Nookong***

Abstract

Purpose: To examine the mediating effect of uncertainty in illness on the relationship between the perception of the child's illness severity, education, social support, and parental anxiety of children admitted to the pediatric intensive care unit.

Method: Descriptive study.

Design: The samples were 118 parents whose children were admitted to the pediatric intensive care unit within 3 days selected by convenience sampling. Data were collected using 1) demographic data form, 2) the state anxiety scale, 3) perception of uncertainty in illness scale, 4) perception of the child's illness severity scale, and 5) social support questionnaire. Their Cronbach's alpha coefficients (items 2, 3, 5) were .88, .79, and .89, respectively. Baron & Kenny's method (1986) was used to examine mediating effect of uncertainty in illness.

Findings: It was found that uncertainty in illness mediated the relationship between social support and parental anxiety. However, uncertainty in illness did not mediate the relationship between the perception of the child's illness severity, education, and parental anxiety.

Conclusion: Nurses should develop a program to reduce uncertainty in illness for parents of children admitted to the pediatric intensive care unit. This will help reduce parental anxiety.

Keywords: Critically ill child / Mediating effect / Uncertainty / Anxiety

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2016, 28(3): 84-97

* Student in master of nursing science program in pediatric nursing, Faculty of nursing Mahidol University.

** Corresponding author, Faculty of nursing Mahidol University, 2 Wanglang Rd. Bangkok Noi, Bangkok, 10700 Thailand. Email: sudaporn.pay@mahidol.ac.th

*** Faculty of Nursing, Mahidol University