บทความวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ในบิดามารดาที่บุตรมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน

Factors Related to Shared Decision Making Regarding Treatment Among Parents of Children Receiving Services at Emergency Department

ธนภรณ์ ดีประสิทธิ์ปัญญา (Thanaphorn Diprasitpanya)*
จุฑามาศ โชติบาง (Jutamas Chotibang)**
ศรีมนา นิยมค้า (Srimana Niyomkar) ***

Received: February 15, 2023
Revised: March 13, 2023
Accepted: April 18, 2023

บทคัดย่อ

การรักษาเด็กป่วยที่มีภาวะวิกฤต ฉุกเฉิน และเร่งด่วนที่แผนกฉุกเฉิน การที่บิดามารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา อาจนำมาสู่การดูแลและการปฏิบัติสุขภาพที่ดีและส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็ก การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดา มารดาที่บุตรมารับบริการสุขภาพที่แผนกฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดา มารดาของเด็กป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 85 ราย รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง พฤศจิกายน 2565 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามทัศนคติของบิดามารดา ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดา ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .95 และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตร ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติของบิดา มารดามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดา มารดาเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ($r = .349$, $p < .01$)

**Corresponding author: Jutamas Chotibang; E-mail: Jutamas.c@cmu.ac.th
*พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (Registered Nurse, Maharaj Nakhon Chiang Mai Hospital)
**รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University)
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University)

และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดา มารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (r= .152, p >.05)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญของทัศนคติของบิดา มารดา และสนับสนุนให้บิดา มารดา เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วมในกำรตัดสินใจ ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เด็กวิกฤตฉุกเฉิน แผนกฉุกเฉิน

Abstract

The treatment of critically ill pediatric in resuscitation, emergency, and urgency levels at the emergency department. Involving their parents in decision-making about treatment may lead to good care and health practices and has a positive outcome on children's health outcome. This descriptive correlational study aimed to explore the factors related to shared decision-making regarding treatment among parents of children with illness receiving services at an emergency department. Purposive sampling was used to select family members of 85 children who received services in the emergency room at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Data were collected from May to November 2022. The research instruments consisted of a demographic questionnaire, a questionnaire on parents' attitudes with reliability of .92, a questionnaire on parents' self-efficacy with reliability of .95, and a questionnaire on the shared decision-making of parents regarding treatment with reliability of .84. The data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results showed that parents' attitudes and their shared decision-making about treatment for critically ill pediatric patients at the emergency department had a moderate statistically significant positive correlation ($r = .349$, $p < .01$). however, parents' self-efficacy and the shared decision-making about treatment had no statistically significant correlation ($r = .152$, $p > .05$).

This research suggests that healthcare providers should be aware of the importance of parents' attitudes. Also, the parents' involvement in shared decision-making regarding the effectiveness of their child's treatment should be supported.

Keywords: Shared decision making, Attitude, Self-efficacy, Critically ill pediatric, Emergency department

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะฉุกเฉินและวิกฤตของเด็กในแผนกฉุกเฉิน โดยเฉพาะอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงในระดับภาวะวิกฤต ฉุกเฉินและเร่งด่วนที่พบบ่อย คือ กลุ่มโรคระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหาร ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพอย่างรวดเร็ว และอาจก่อเกิดภาวะคุกคามชีวิตและภาวะทุพพลภาพได้ตลอดเวลา การดูแลและรักษาเด็กป่วยที่มีวิกฤตซึ่งยังไม่บรรลุนิติภาวะนั้น ต้องอาศัยบทบาทของบิดา มารดาในการให้ความเห็นชอบและยินยอมรับการรักษา และจากภาวะคุกคามที่เกิดขึ้นทำให้ต้องดูแลรักษาให้ทันท่วงที รวมไปถึงต้องมีการจัดการอย่างรวดเร็ว มีการค้นหาข้อมูลการเจ็บป่วยและสาเหตุที่คุกคามแก่ชีวิต เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาให้สอดคล้องในพยาธิสภาพของโรคในเด็กมากที่สุด (Bullard et al., 2017) แผนกฉุกเฉินเป็นหน่วยงานให้บริการดูแลและรักษาสุขภาพของผู้บาดเจ็บหรือมีการเจ็บป่วยที่เฉียบพลันรุนแรงที่มีการพยากรณ์ของโรคที่ต่างกัน โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อรักษาชีวิตและช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่อาจพบภาวะคุกคามชีวิต ซึ่งมีลักษณะการตัดสินใจทั้งในกรณีฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน โดยรูปแบบการตัดสินใจในกรณีฉุกเฉินทำให้บิดา มารดาต้องตัดสินใจโดยไม่ได้วางแผนรับมือมาก่อน ตัดสินใจทันที มีความยากและท้าทาย รวมถึงมีระยะเวลาที่กำจัดในการตัดสินใจ และการตัดสินใจดังกล่าวอาจเป็นการตัดสินใจเพื่อช่วยชีวิตเด็กหรือเป็นการตัดสินใจที่อาจส่งผลถึงคุณภาพชีวิตเด็ก (Boland, Kryworuchko, Saarimaki, & Lawson, 2017; Schoenfeld, Goff, Wenger, Lindenauer, & Mazor, 2018; Boland et al., 2019) ซึ่งสถานการณ์เช่นนี้อาจส่งผลให้บิดา มารดามีระดับความเครียดและวิตกกังวลเพิ่มขึ้น อาจส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและผลลัพธ์ของการตัดสินใจ (Probst et al., 2017) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบิดา มารดาในเด็กป่วยที่มีการเจ็บป่วยในระดับภาวะฉุกเฉิน (Urgency) มีระดับความเครียดที่เพิ่มขึ้น (Mudd et al., 2016)

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเป็นการรับรู้ของบุคคลในการแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็นต่างๆ และตัดสินใจร่วมกันกับทีมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษา เพื่อแสวงหาและกำหนดแนวทางการรักษาที่เหมาะสม (Elwyn et al., 2012) มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย คือ ช่วยลดตัวเลือกที่ไม่มีประโยชน์และเพิ่มตัวเลือกที่มีประโยชน์ต่อการรักษาให้ชัดเจน (The Health Foundation, 2012) ดังนั้นการที่บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษานั้นอาจนำมาสู่การดูแลและการปฏิบัติสุขภาพที่ดีและส่งผลดีต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ รวมถึงยังเพิ่มความพึงพอใจต่อการรักษา (Boland et al., 2019) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสุขภาพและดูแลสุขภาพตนเองมีผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้มีส่วนร่วมตัดสินใจ และลดการเกิดผลกระทบต่างๆที่อาจตามมา และเนื่องจากเด็กยังมีพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาที่ไม่สมบูรณ์ จึงยังไม่มีความสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง แม้จะเป็นเด็กโตที่มีความคิดและสติปัญญาที่สมบูรณ์กว่า แต่การเจ็บป่วยที่รุนแรงอาจทำให้เด็กไม่สามารถสื่อสารและยากในการมีส่วนร่วมตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kon & Morrison, 2018) บิดา มารดาจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวแทนและมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

เอลวิน และคณะ (Elwyn et al., 2012) บูรณาการแนวคิดการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษามาสู่การปฏิบัติทางคลินิกที่ชัดเจนและง่ายต่อการปฏิบัติ ซึ่งเป้าหมายสำคัญเพื่อปรับปรุงกระบวนการตัดสินใจให้มีประสิทธิผลและมีผลต่อคุณภาพของการดูแลรักษา ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ Choice talk, Option talk และ Decision talk เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจในการเลือกแนวทางที่เหมาะสม ซึ่งในแผนกฉุกเฉินในปัจจุบันพบว่าบิดา มารดาไม่ได้มีส่วนร่วม หรือร่วมเพียงบางส่วนในขั้นตอนของกระบวนการตัดสินใจ เนื่องจากมีปัญหาด้านภาษาและการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์ (Schoenfeld, Goff, Wenger, Lindenauer, & Mazor, 2018) มีความเข้าใจเรื่องการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้อง (Boland et al., 2019) สิ่งแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย รวมถึงบิดามารดาไม่มีความพร้อมในการตัดสินใจ (Boland et al., 2019)

แม้ว่าทีมการรักษาจะให้ข้อมูลรายละเอียดการดูแลรักษา รวมถึงเสนอแนวทางการรักษาอื่นที่มีเป็นไปได้ให้บิดามารดาได้พิจารณาในการตัดสินใจ แต่บิดา มารดายังคงยึดการตัดสินใจของแพทย์เป็นหลัก ส่งผลให้การมีส่วนร่วมไม่มีประสิทธิภาพ (Boland et al., 2019)

การมีส่วนร่วมของบิดา มารดาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยบางประการ ดังเช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและทัศนคติ (Schoenfeld et al., 2018) จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาจเป็นปัจจัยขัดขวางหรือสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้ กล่าวคือ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดา มารดาต่ำ ทำให้การตัดสินใจไม่มีประสิทธิภาพ และนอกจากนั้นยังพบว่า ทัศนคติเชิงบวกของบิดา มารดา ทำให้มีการเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามากขึ้น (Schoenfeld et al., 2018; Boland et al., 2019) โดยปัจจัยทางด้านทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้โดยผ่านการให้ข้อมูล การสื่อสารที่เหมาะสม ดังนั้นการสนับสนุนปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและทัศนคติ จึงอาจก่อเกิดประโยชน์ต่อการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

ทัศนคติเป็นความคิดและความรู้สึกที่ผ่านการไตร่ตรองและวิเคราะห์บนพื้นฐานของการรับรู้ ประสบการณ์การเรียนรู้ในอดีตและสภาพแวดล้อม ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกพฤติกรรมของบุคคล (Ajzen & Fishbein, 2000) อาจกล่าวได้ว่า การมีทัศนคติเชิงบวกทำให้มีความมุ่งมั่น ในเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจมากขึ้น (Ajzen & Fishbein, 2000) จึงช่วยสนับสนุนผลักดันให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจได้ (Schoenfeld et al., 2018) การศึกษาทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของผู้ดูแลในบริบทอื่น พบว่า ผู้ดูแลมีทัศนคติเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษา และพบว่าทัศนคติมีผลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วยเด็กระดับปานกลาง (Boland et al., 2019)

แบนดูรา (Bandura, 1977) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการรับรู้ความสามารถของตนในการกระทำสิ่งหนึ่ง ให้สำเร็จตามที่ตั้งไว้ โดยผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะไม่กลัวในการเผชิญอุปสรรคและมีความพยายามทำให้เกิดผลสำเร็จ หากผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ จะไม่มีความมั่นใจต่อการกระทำ และพยายามหลีกหนีต่อการเผชิญปัญหา จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบการศึกษาสมรรถนะของบิดา มารดา ในบริบทของแผนกฉุกเฉินโดยตรง มีแต่การศึกษาสมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในบริบทอื่น เช่น เด็กป่วยโรคเรื้อรัง ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Niyomsats, Niyomkar, & Lamchang, 2016)

จากการศึกษาที่ผ่านมามีเพียงการศึกษาในบริบทของเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่มีความแตกต่างทั้งสถานการณ์ ระยะเวลาตัดสินใจ และรูปแบบการตัดสินใจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่บุตรมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งผลการศึกษาที่ได้อาจนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนา ปรับปรุงแนวทางในการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่เข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินที่มีประสิทธิผลต่อไป

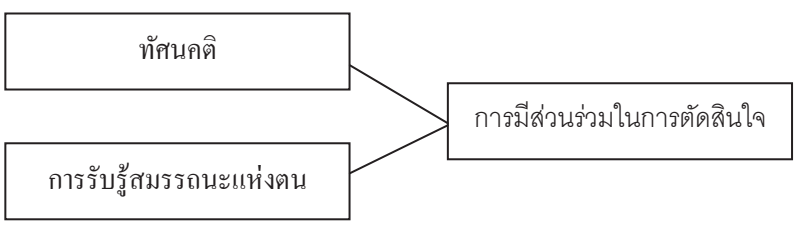
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในบิดามารดาที่บุตรมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทัศนคติของบิดา มารดาและการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในบิดามารดาที่บุตรมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ เอลวิน และคณะ (Elwyn et al., 2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตร ได้แก่ การรับรู้

สมรรถนะแห่ง ตนและทัศนคติ กล่าวคือ การที่บิดา มารดา มีทัศนคติที่ดีในเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ จะส่งผลให้บิดามารดาตั้งใจ มุ่งมั่นและพยายามในการแสดงพฤติกรรมเชิงบวก ตามแนวคิดของ แอจเซนและฟิสเบน (Ajzen & Fishbein, 2000) ที่กล่าวว่า ทัศนคติ เป็นความคิดและความรู้สึกที่ผ่านการไตร่ตรองและวิเคราะห์บนพื้นฐานของการรับรู้ ซึ่งมีผลต่อการแสดงออกพฤติกรรมของบุคคล เฉกเช่นเดียวกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หากบิดา มารดา มีการเชื่อมั่นมั่นใจและรับรู้ในความสามารถของตนในการเข้าร่วมในการตัดสินใจในระดับสูง ย่อมผลักดันการเข้าร่วมตัดสินใจมากขึ้น ถึงแม้ว่าผลลัพธ์ของการตัดสินใจจะไม่เป็นไปตามที่คาดหวังพึงปรารถนา แต่บิดามารดาจะยังมีความมุ่งมั่นพยายามในการร่วมในกระบวนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรต่อไป ตามแนวคิดของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่า ผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะไม่กลัวในการเผชิญอุปสรรคและมีความพยายามทำให้เกิดผลสำเร็จ หากผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำจะไม่มีความมั่นใจต่อการกระทำ และพยายามหลีกหนีต่อการเผชิญปัญหาสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ประชากร คือ บิดา มารดาของเด็กป่วยที่เข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน สถานพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคเหนือ กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดาของเด็กป่วยแรกเกิด ถึง 18 ปีที่ข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) บิดาหรือมารดาที่มีอายุ 20 – 60 ปีบริบูรณ์ 2) มีบทบาทเป็นตัวแทนในการตัดสินใจของเด็กป่วยในปกครองที่มีอาการและอาการแสดงของภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและวิกฤตในระดับภาวะวิกฤต ภาวะฉุกเฉินและภาวะเร่งด่วนตามเกณฑ์ของ the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS) 3) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีเข้าร่วมวิจัย โดยเลือกใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ในทางสถิติ (power analysis) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 ระดับอำนาจของการทดสอบที่ .80 และการประมาณค่าของขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Effect size) .30 ได้จำนวนทั้งสิ้น 85 ราย (Naphaarrak, Sanitlou, & Sartphet, 2019)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา มารดา และเด็ก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับเด็ก เพศ อายุ วุฒิการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การตัดสินใจ และระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยในเด็ก มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

2. แบบสอบถามทัศนคติของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการวางแผนพฤติกรรม (Theory of planned behavior)

ของ แอจเซน และ ฟิสเบน (Ajzen & Fishbein, 1980) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทัศนคติเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตร 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1- 10 และข้อคำถามทัศนคติเชิงลบต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตร 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11–15 มีลักษณะคำตอบประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) ข้อคำถามเชิงบวก แบ่งคะแนนจาก 1-5 คือ ไม่เห็นด้วยที่สุดในข้อคำถาม ไม่เห็นด้วยในข้อคำถาม ไม่แน่ใจในข้อคำถาม เห็นด้วยในข้อคำถาม เห็นด้วยที่สุดในข้อคำถาม และข้อคำถามเชิงลบมีการให้คะแนนในลักษณะตรงข้าม เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ทัศนคติไม่ดีอย่างยิ่ง (1.00-1.80) ทัศนคติไม่ดี (1.81-2.60) ทัศนคติปานกลาง (2.61-3.40) ทัศนคติดี (3.41-4.20) และทัศนคติดีเยี่ยม (4.21-5.00)

3. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดาต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของบิดามารดาต่อการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ด้านการรักษา 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-7 และด้านการทำหัตถการ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 8-16 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ เชื่อมั่นน้อยที่สุดว่าสามารถทำได้ เชื่อมั่นน้อยว่าสามารถทำได้ เชื่อมั่นปานกลางว่าสามารถทำได้ เชื่อมั่นมากสามารถทำได้ และเชื่อมั่นมากที่สุดว่าสมารถทำได้ เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เชื่อมั่นน้อยที่สุดว่าสามารถทำได้ (1.00-1.80) เชื่อมั่นน้อยว่าสามารถทำได้ (1.81-2.60) เชื่อมั่นปานกลางว่าสามารถทำได้ (2.61-3.40) เชื่อมั่นมากว่าสามารถทำได้ (3.41-4.20) และเชื่อมั่นมากที่สุดว่าสามารถทำได้ (4.21-5.00)

4. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดของเอลวิน และคณะ (Elwyn et al., 2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสนทนาเกี่ยวกับการเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ในทางเลือกแนวทางวิธีการดูแลรักษา (Choice talk) การสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดของแนวทางวิธีการดูแลรักษา (Option talk) และการสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจในการดูแลรักษา (Decision talk) เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและเพิ่มคุณภาพของการดูและรักษา มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ แบ่งเป็น การสนทนาเกี่ยวกับแนวทางวิธีการดูแลรักษา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5 การสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดของแนวทางการรักษาเพื่อประกอบการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6-10 และการสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจดูแลรักษา จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11-14 มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยที่สุดในข้อคำถาม ไม่เห็นด้วยในข้อคำถาม เห็นด้วยในข้อคำถาม และเห็นด้วยที่สุดในข้อคำถาม เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่ คะแนน 14 – 35 คือ บิดา มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉินต่ำ และคะแนน 36-56 คือ บิดา มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉินสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาแบบสอบถามทัศนคติของบิดามารดาต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดาต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมตัดสินใจของบิดา มารดาเกี่ยวกับการรักษาในบุตรมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินจากการทบทวนวรรณกรรม และนำทั้ง 3 ฉบับที่ได้ผ่านการพิจารณาและปรับตามคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่

อาจารย์แพทย์เฉพาะทางด้านการดูแลเด็กวิกฤตฉุกเฉิน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลเด็กวิกฤตฉุกเฉิน 2 ท่าน และ พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลเด็กวิกฤตฉุกเฉิน 2 ท่าน และได้นำมาคำนวณหาความตรงตามเนื้อหาและหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้ง 3 ฉบับได้ 0.98 0.92 และ 0.96 ตามลำดับ

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ทางผู้วิจัยนำแบบสอบถามทัศนคติของบิดามารดาต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดาต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมตัดสินใจของบิดา มารดาเกี่ยวกับการรักษาในบุตรมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ที่ได้ผ่านการพิจารณาและปรับตามความเห็นชอบของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำไปทดสอบกับบิดามารดาที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดโดยไม่ซ้ำ จำนวนทั้งสิ้น 10 ราย และใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Grove & Gray, 2019) คำนวณค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือได้ 0.92 0.95 และ 0.84 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเอกสารรับรองซึ่งได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และหนังสือขอเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน และหัวหน้าหน่วยฉุกเฉิน เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และใช้เทคนิคการสื่อสาร (Communication skill) ในการเข้าแนะนำตัวและสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดามารดากับผู้วิจัย เพื่อประเมินความพร้อมในด้านจิตใจของบิดามารดาก่อนการขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยการสังเกตท่าทางและพฤติกรรมการแสดงออกของบิดา มารดา ซึ่งผู้วิจัยเข้าทักทายด้วยท่าทีที่อ่อนโยนนุ่มนวล ไม่มีท่าทีคุกคาม ภายใต้สถานการณ์ที่มีความเงียบสงบ เป็นส่วนตัว โดยดำเนินการเก็บข้อมูล ภายหลังที่เด็กได้รับการวินิจฉัยโรคและรักษาในแผนกฉุกเฉินเสร็จเรียบร้อยแล้ว คือ ช่วงเด็กป่วยอยู่ระหว่างรอรับเป็นผู้ป่วยใน หรือระหว่างรอกลับบ้าน หรือภายหลังรับการรักษาในหอผู้ป่วย โดยให้บิดา มารดาการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ฉบับในสถานที่หรือบริเวณที่เงียบสงบ มีความเป็นส่วนตัวและใช้เวลาประมาณ 30 นาที ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน พฤษภาคม - พฤศจิกายน พ.ศ 2565

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอรับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลังได้รับการผ่านอนุมัติหมายเลข 2564-EXP113 และ NUR-2565-08914 ตามลำดับซึ่งได้รับรองวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยทั้ง 2 แห่ง ได้นำโครงการวิจัยเสนอต่อฝ่ายบริหารการพยาบาลคือหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินและหัวหน้าหน่วยตรวจฉุกเฉิน เพื่อชี้แจงรายละเอียดโครงการ หลังจากนั้นได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้ระบุไว้และเข้าอธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และการเก็บข้อมูล พร้อมอธิบายชี้แจงถึงสิทธิในการมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัยที่ปราศจากการบังคับ รวมถึงสิทธิในการยินยอม การปฏิเสธหรือออกจากงานวิจัยได้ทุกเวลา โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล และไม่ส่งผลกับการให้บริการดูแลรักษาของทีมสุขภาพ และได้สอบถามความยินยอมพร้อมให้เซ็นใบยินยอมก่อนการเข้าร่วม ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะถูกปกปิดแหล่งข้อมูล ไม่มีการอ้างอิงชื่อสกุล และถูกเก็บรวบรวมไว้อย่างเคร่งครัดโดยจะถูกทำลายภายหลังจากตีพิมพ์การวิจัยแล้วเสร็จ 1 ปี และในการรายงานนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะรายงานนำเสนอภาพรวมของผลวิจัย หากมีข้อคำถามในการวิจัย สามารถซักถามผู้วิจัยได้โดยมีการระบุชื่อของผู้วิจัย ที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อไว้ในเอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา มารดาและเด็ก ได้แก่ ความสัมพันธ์กับเด็ก เพศ อายุ วุฒิการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การตัดสินใจ และระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยในเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและแสดงข้อมูลในรูปแบบของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลทัศนคติของบิดา มารดาต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดา มารดาในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน และข้อมูลการมีส่วนร่วมตัดสินใจของบิดา มารดาเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและแสดงข้อมูลในรูปแบบของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ผู้วิจัยตรวจสอบการกระจายของข้อมูล โดยใช้สถิติโครโมโกรอฟสไมร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 พบว่า ข้อมูลทัศนคติของบิดา มารดาในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดา มารดาในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน และข้อมูลการมีส่วนร่วมตัดสินใจของบิดา มารดาเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน มีการแจกแจงเป็นโค้งไม่ปกติ

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติของบิดา มารดาในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดา มารดาในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน และการมีส่วนร่วมตัดสินใจของบิดา มารดาเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดา มารดาและเด็ก จำนวน 85 ราย พบว่าเป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.3 ซึ่งมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของเด็ก โดยมีอายุอยู่ระหว่าง 31 – 44 ปี ร้อยละ 54.1 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 71.8 ประกอบอาชีพข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ ธุรกิจส่วนตัว และรับจ้าง ร้อยละ 24.7 29.4 และ 29.4 ตามลำดับ มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 30,0000 – 50,000 บาท/เดือน ร้อยละ 51.8 เคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา ร้อยละ 56.5 และมีจำนวนเด็กที่ระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยอยู่ในระดับภาวะเร่งด่วน (Urgency) ทั้งสิ้น 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 49.4

2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้านทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดา มารดาต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน และข้อมูลด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรในบิดามารดาที่บุตรเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ดังตารางที่ 1 และตารางที่ 2

ตารางที่ 1 การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดา มารดาต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (n = 85)

ตัวแปร	ระดับคะแนน					ค่าเฉลี่ย	S.D.
	ไม่ดีอย่างยิ่ง	ไม่ดี	ปานกลาง	ดี	ดีเยี่ยม		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ทัศนคติ	0 (0.00)	2 (2.40)	25 (29.4)	57 (67.0)	1 (1.20)	3.59	.43
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0 (0.00)	4 (4.70)	35 (41.2)	24 (28.2)	22(25.9)	3.59	.76

จากตารางที่ 1 พบว่า บิดา มารดามีทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉินในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 67 อย่างไรก็ตามยังพบว่ามีร้อยละ 2.4 มีทัศนคติไม่ดีต่อการมีส่วนร่วมร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน กล่าวคือ ยังมีบิดามารดาบางรายที่ไม่ต้องการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตร ต้องการให้แพทย์เป็นผู้ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรแทน และในด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนพบว่า บิดามารดามีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระดับปานกลางในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน คิดเป็นร้อยละ 41.2 และมีร้อยละ 4.7 ของบิดามารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ไม่ดี และเมื่อเปรียบเทียบจากค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดาโดยรวม พบว่า บิดา มารดาเชื่อมั่นในตนเองระดับมากว่าสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ($\bar{X}$ = 3.59, S.D. = 0.76)

ตารางที่ 2 การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดามารดาเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (n = 85)

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดามารดาเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน	ระดับ			ค่าเฉลี่ย	S.D.
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. ภาพรวม	0 (0.00)	4 (4.7)	81 (95.30)	46.9	5.14
2. รายด้าน					
2.1 การเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้เกี่ยวกับทางเลือกแนวทางการรักษา	0 (0.00)	0 (0.00)	85 (100.0)	3.39	.367
2.2 รายละเอียดแนวทางการรักษา	0 (0.00)	6 (7.10)	79 (92.90)	3.30	.431

การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดามารดาเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน	ระดับ			ค่าเฉลี่ย	S.D.
	น้อย	ปานกลาง	มาก		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
2.3 การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา	0 (0.00)	3 (3.50)	82 (96.50)	3.35	.406

จากตารางที่ 2 พบว่า บิดา มารดามีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉินระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 95.3 ($\bar{X}$ = 46.9, S.D. = 5.14) มีเพียงร้อยละ 4.7 ที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรในระดับปานกลาง และเมื่อวิเคราะห์สถิติในรายด้านในขั้นตอนของกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา พบว่า บิดามารดาเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรอยู่ในระดับมาก ทั้ง 3 ด้านของขั้นตอนกระบวนการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดา มารดากับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดา มารดาเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดากับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดา มารดาเกี่ยวกับการรักษาของบุตรรับบริการที่แผนกฉุกเฉิน (n=85)

ปัจจัย	**การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ**	
	r	**p-value**
ทัศนคติ[ก]	.349**	.001
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน[ก]	.152	.165

[ก] = Spearman rank correlation coefficient (r)

จากตารางที่ 3 พบว่า ทัศนคติของบิดา มารดามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ($r = .349, p < .01$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดา มารดานั้นไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ($r = .152, p > .05$)

การอภิปรายผลการวิจัย

บิดา มารดาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉินในระดับมาก อธิบายได้ว่า ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยตั้งแต่ระดับภาวะเร่งด่วน ภาวะฉุกเฉิน และภาวะวิกฤตที่มารับบริการในแผนกฉุกเฉิน ผู้ป่วยเด็กกลุ่มดังกล่าวอาจมีพัฒนาการทางความคิดและสติปัญญาที่ไม่สมบูรณ์ จึงยังไม่มีความสามารถตัดสินใจด้วยตนเอง

อย่างไรก็ตามแม้จะเป็นเด็กโตที่มีความคิดและสติปัญญาที่สมบูรณ์กว่า แต่การเจ็บป่วยที่รุนแรงอาจทำให้เด็กไม่สามารถสื่อสารและยากในการมีส่วนร่วมตัดสินใจด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kon & Morrison, 2018) หรือพร่องความสามารถในการตัดสินใจและให้ความยินยอมเห็นชอบในการรับการรักษา บิดา มารดาของกลุ่มผู้ป่วยเด็กจึงมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวแทนและมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี และอาจมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลของบิดา มารดา ได้แก่ 1) เพศ 2) ระดับการศึกษา และ3) ประสบการณ์ในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตร โดยจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรเป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของเด็กร้อยละ 75 และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 71.8 สามารถอธิบายได้ว่า มารดาซึ่งเป็นเพศหญิงที่มีความอ่อนโยน และเข้าใจตัวเด็กมากที่สุด จึงสามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของเด็กได้ รวมถึงการมีระดับการศึกษาที่สูงย่อมมีการรับรู้ ความรู้และความเข้าใจได้ดีกว่าผู้มีระดับการศึกษาที่ต่ำ (Tourabouth, Lamchang, & Aree, 2013) ซึ่งผลวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการวิจัยของ เดสเลซ และคณะ (Dadlez, Bisono, Williams, Rosenthal, & Hametz, 2018) พบว่า มารดามีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของบุตร คิดเป็นร้อยละ 91 และบิดา มารดาที่จบการศึกษาระดับต่ำจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในบุตรน้อยกว่าผู้ที่จบการศึกษาระดับสูง จากการศึกษาในประเทศที่ผ่านมาของกัญญาพัชร นิยมสัตย์ และ คณะ (Niyomsats, Niyomkar, & Lamchang, 2016) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการตัดสินใจดูแลรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด พบว่า ผู้ดูแลของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดมีบทบาทเป็นมารดา ร้อยละ 68.2 และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 62.52, S.D.= 18.23) และการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยมีประสบการณ์ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตร ร้อยละ 56.5 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรย่อมมีความมั่นใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรได้ดีกว่าผู้ไม่มีประสบการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ โชว์แอนฟิวล์ และ คณะ (Schoenfeld et al., 2018) ที่ได้กล่าวไว้ว่า ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตร เป็นปัจจัยที่สนับสนุนการเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาและเมื่อพิจารณาวิเคราะห์ในขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตร พบว่า บิดา มารดาส่วนใหญ่เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องการรักษาของบุตรในระดับมาก ทั้ง 3 ขั้นตอน ทั้งขั้นตอนของการสนทนาในการเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้เกี่ยวกับทางเลือกแนวทางการรักษา สนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดแนวทางการรักษา และสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่ามีบิดา มารดาบางรายที่มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 7.10 และ 3.50 ในขั้นตอนของการสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดแนวทางการรักษา และสนทนาในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติของบิดา มารดาในการเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษามีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดา มารดาเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ($r = .349$, $p < .01$) (ตารางที่ 1) กล่าวคือ บิดา มารดามีทัศนคติในเชิงบวกต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องการรักษาของบุตร สามารถอธิบายได้ว่า การที่มีทัศนคติดี มีความเข้าใจและได้รับสนับสนุนข้อมูลเรื่องแนวทางการรักษาอย่างเหมาะสม ย่อมผลักดันให้บุคคลเหล่านี้มีการเข้ามามีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษายิ่งขึ้น เมื่อวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบิดามารดาในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ พบว่ามีคะแนนอยู่ในระดับมากทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ ด้านการสนทนาในการเข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้เกี่ยวกับทาง

เลือกแนวทางการรักษา ด้านสนทนาเกี่ยวกับรายละเอียดแนวทางการรักษาและด้านสนทนาเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา คิดเป็นร้อยละ 100 92.9 และ 96.5 ตามลำดับ ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ได้สอดคล้องกับการศึกษาของ โชแอนฟิวล์ และคณะ (Schoenfeld et al., 2018) พบว่า ร้อยละ 44 มีความพึงพอใจต่อการได้รับการสนับสนุนให้เข้ามามีส่วนร่วมในขั้นตอนการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตร รวมถึงการวิจัยในบริบทอื่น เช่น บัลดุซซี่ และคณะ (Balduzzi et al., 2018) ที่ศึกษามุมมองของผู้ปกครองผู้ป่วยนอกเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในโรงพยาบาลเด็ก ประเทศอิตาลี พบว่า ร้อยละ 96.1 ผู้ปกครองต้องการมีส่วนร่วมตัดสินใจเรื่องการรักษาของบุตร และร้อยละ 53.3 ต้องการตัดสินใจเรื่องของแนวทางการรักษาของเด็ก การศึกษาของสตีเฟน และคณะ (Stephens, O'Keefe, Schembri, & Baghurst, 2020) พบว่า ผู้ปกครองเด็กโรคหูน้ำหนวกมีทัศนคติที่ดีต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตร และต้องการตัดสินใจเรื่องการดูแลสุขภาพของบุตร จากการทบทวนอย่างเป็นระบบของ วาร์ดเดล (Waddell, Lennox, Spassova, & Bragge, 2021) พบว่า ทัศนคติในเชิงบวกของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสนับสนุนที่สำคัญต่อกระบวนการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ในการศึกษาในประเทศไทย พบการศึกษาของจิดาภา พลายกล่ำ และคณะ (Plyklum, Pinyokum, & Somrarnyart, 2020) พบว่า ทัศนคติไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาท ซึ่งผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการวิจัยครั้งนี้ อาจเนื่องมาจากลักษณะการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยวิกฤตระบบประสาทมีความยุ่งยากและซับซ้อน มีความเสี่ยงสูงในผลลัพธ์ของการดูแลรักษาที่ไม่แน่นอน และพื้นฐานวัฒนธรรมดั้งเดิมและรูปแบบการปฏิบัติของสังคมไทยมักยกย่องและให้เกียรติแก่บุคลากรทางการแพทย์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาเนื่องจากเป็นผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ

ในปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดา มารดาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ($r = .152$, $p > .05$) (ตารางที่ 1) โดยการรับรู้ในสมรรถนะ เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่การกระทำพฤติกรรมให้สำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย ซึ่งเล็งให้เห็นถึงความพยายามมุ่งมั่นในการเอาชนะหรือฝ่าฟันอุปสรรคเพื่อไปสู่ความสำเร็จ (Bandura, 1977) แต่ในสถานการณ์ที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตในแผนกฉุกเฉิน ดังเช่น การรักษาช่วยเหลือเด็กป่วยภาวะติดเชื้อระบบไหลเวียนโลหิต ภาวการณ์หายใจล้มเหลว การรักษาการเจ็บป่วยฉุกเฉินจากอุบัติเหตุต่างๆ คือ การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุจารจร การพลัดตกหกล้ม และการบาดเจ็บภายนอกร่างกายที่ส่งผลให้เกิดภาวะคุกคามชีวิต ทำให้บิดา มารดาต้องมีบทบาทในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาแทน โดยเป็นลักษณะที่ต้องตัดสินใจทันที มีระยะเวลาที่จำกัด ไม่ได้วางแผนรับมือและมีความตื่นตระหนกตกใจ ซึ่งไม่ว่าบิดา มารดา จะมีความเชื่อมั่นรับรู้ในความสามารถของตนเองในระดับต่ำหรือสูง อาจไม่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรในขณะนั้น เนื่องจากเป็นการตัดสินใจเพื่อช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินวิกฤตและป้องกันภาวะคุกคามในชีวิต ซึ่งล็อควู้ดและคณะ (Lockwood, Dandekar, Arias, Ovalles, & Bentley, 2019) พบว่า ร้อยละ 40 และ 19 ของเด็กภาวะฉุกเฉินที่เข้ารับการรักษาภายในบริเวณห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลรัฐในซานติอาโก บิดา มารดามีความรู้สึกเจ็บปวดต่ออาการแสดงของเด็กป่วยฉุกเฉินวิกฤตและมีการตัดสินใจในการรับการรักษาทันที ซึ่งเห็นได้ว่าในขั้นตอนการตัดสินใจของบิดามารดาในขณะนั้น ขึ้นอยู่กับอาการและพยาธิสภาพของโรคในเด็กฉุกเฉินวิกฤต กล่าวคือ เมื่อเด็กมีอาการที่ฉุกเฉินวิกฤต บิดามารดาจะตัดสินใจยินยอมเรื่องการรักษาเพื่อช่วยเหลือภาวะคุกคามในชีวิตของเด็ก และในการศึกษาของ ดูวล์ และคณะ (Ndu, Osuorah, Nwaneli, Ekwochi, Asinobi, & Iloh, 2020) พบว่า การเจ็บป่วยฉุกเฉินวิกฤตของเด็กในห้องฉุกเฉินมีผลต่อจิตใจของผู้ดูแล คือ มีความเครียด ตื่นตระหนกและกังวลในเรื่อง

การดูแลรักษาเด็กมากขึ้น ทำให้บิดามารดามีกระบวนการของตัดสินใจโดยไม่ได้คำนึงถึงการรับรู้ในสมรรถนะของตน และมีการตัดสินใจทันทีทันใดเพื่อช่วยเหลือและป้องกันภาวะคุกคามในชีวิตของผู้ป่วยเด็กในห้องฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติงานการพยาบาล สามารถนำข้อมูลไปเป็นแนวทางในการสร้างและพัฒนาข้อปฏิบัติในการกระตุ้นและผลักดันการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดา มารดาเกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยเด็กฉุกเฉินวิกฤตที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการร่วมตัดสินใจของบิดามารดาเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านอื่นๆที่อาจสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของบิดา มารดาเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน เช่น ระดับการศึกษา ประสบการณ์ของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา และสามารถนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นแหล่งข้อมูลสำหรับการศึกษาปัจจัยทำนายของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินในการวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่ช่วยให้คำแนะนำแนวทางการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้จนลุล่วงไปได้ด้วยดี และกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน และหัวหน้าหน่วยฉุกเฉิน ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งบิดา มารดาของเด็กป่วยวิกฤตที่รับบริการที่แผนกฉุกเฉินที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถาม

เอกสารอ้างอิง

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Prentice-Hall.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes. *European Review of Social Psychology, 11*, 1-33. https://doi.org/10.1080/14792779943000116

Balduzzi, S., Carlino, C., Cosentino, S. P., D'Amico, R., Di Ciommo, V., Di Salvo, Giampaolo, R., ... Rita Marina Mazziotta, M. (2018). Outpatient parents' views on shared-decision-making at an Italian children's hospital. *Health promotion international, 33*(4), 572–579

Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191-215. https://doi.org/10.1037//0033-295x.84.2.191

Boland, L., Kryworuchko, J., Saarimaki, A., & Lawson, M. L. (2017). Parental decision-making involvement and decisional conflict: A descriptive study. *BMC Pediatrics, 17*(1), Article 146. https://doi.org/10.1186/s12887-017-0899-4

Boland, L., Graham, I. D., Légaré, F., Lewis, K., Jull, J., Shephard, A., ... Stacey, D. (2019). Barriers and facilitators of pediatric shared decision-making: A systematic review. *Implementation Science: IS, 14*(1), Article 7. https://doi.org/10.1186/s13012-018-0851-5

Bullard, M. J., Musgrave, E., Warren, D., Unger, B., Skeldon, T., Grierson, R., ... wain, J. (2017). Revisions to the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) guidelines 2016. *Canadian Journal of Emergency Medicine, 19*(Suppl. 2), S18-S27. https://doi.org/ 10.1017/cem.2017.365

Dadlez, N. M., Bisono, G. M., Williams, C. Y., Rosenthal, S. L., & Hametz, P. A. (2018). Understanding parental preferences for participants in medical decision-making for their hospitalized children. *Hospital Pediatrics, 8*(4), 200-206. https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0008

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ... Barry, M. (2012). Shared decision making: A model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine, 27*(10), 1361-1367. https://doi.org/10.1007/s11606-012-2077-6

Grove, S. K., & Gray, J. R. (2019). *Understanding nursing research: Building an evidence-based practice* (7th ed.). Elsevier.

Kon, A. A., & Morrison, W. (2018). Shared decision-making in pediatric practice: A broad view. *Pediatrics, 142*(Suppl 3), S129-S132. https://doi.org/10.1542/peds.2018-0516B

Lockwood, A., Dandekar, A., Arias, M., Ovalles, M., & Bentley, S. (2019). Factors associated with pediatric emergency room utilization in an urban community hospital in Santiago, Dominican Republic. *Annals of global health, 85*(1), 77. https:// doi.org/10.5334/aogh.2327

Naphaarrak, Y., Sanitlou, S., & Sartphet, W. (2019). Sample size calculation using G* Power program. *Journal of Suvanabhumi Institute of Technology (Humanities and Soical Sciences). 5*(1). 496-507

Ndu, I. K., Osuorah, C. D., Nwaneli, E. I., Ekwochi, U., Asinobi, I. N., & Iloh, K. K. (2020). Psychosocial burden of caregivers taking care of children in the children's emergency room of two tertiary hospitals in Southeast Nigeria. *Social Health and Behavior, 3,* 144-151. https://doi.org/ 10.4103/SHB.SHB_47_2

Niyomsats, K., Niyomkar, S., & Lamchang, S. (2016). Factor related to caregiver participation in treatment decision-making for children with cancer receiving chemotherapy. *Nursing Journal, 47*(1), 66-76. [In Thai].

Mudd, S. S., Ogborn, C. J., Bollinger, M. E., Morphew, T., Kub, J., Lewis-Land, C., ... Butz, A. (2016). Parental decision making associated with pediatric emergency department use for asthma. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology, 117*(5), 490-494. https://doi.org/10.1016/j.anai.2016.08.031

Plyklum, J., Pinyokum, N., & Somrarnyart, M. (2020). Factors related to shared decision making needs regarding medical treatments of critically ill neurological patents' families. *Nursing Journal, 47*(3), 97-108. [In Thai]

Probst, M. A., Kanzaria, H. K., Schoenfeld, E. M., Menchine, M. D., Breslin, M., Walsh, C., ... Hess, E. P. (2017). Shared decision making in the emergency department: A guiding framework for clinicians. *Annals of Emergency Medicine, 70*(5), 688-695.

Schoenfeld, E. M., Goff, S. L., Downs, G., Wenger, R. J., Lindenauer, P. K., & Mazor, K. M. (2018). A qualitative analysis of patients' perceptions of shared decision making in the emergency department: "Let Me Know I Have a Choice". *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine, 25*(7), 716-727. https://doi.org/10.1111/acem.13416

Stephens, J. H., O'Keefe, M., Schembri, M., & Baghurst, P. A. (2020). Parents need more support: A qualitative study of the experiences of Australian parents who are waiting for surgical intervention for their children with otitis media. *Journal of Patient Experience, 7*(5), 717-725. https://doi.org/10.1177/2374373519883495

The Health Foundation. (2012). *Evidence: Helping people share decisions*. London: The Health Foundation. Retrieved from https://www.health.org.uk/publications/helping-people-share-decision-making.

Tourabouth, M., Lamchang, S., & Aree, P. (2013). Maternal participation in caring for hospitalized children with acute illness, Lao people's democratic republic and related factors. *Nursing Journal, 40*(1), 102-114. [In Thai]

Waddell, A., Lennox, A., Spassova, G., & Bragge, P. (2021). Barriers and facilitators to shared decision making in hospitals from policy to practice: A systematic review. *Implementation science : IS, 16*(1), 74. https://doi.org/10.1186/s13012-021-01142-y