



ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความเครียดของมารดา*

อัจฉรา วรสิน พย.ม.**

นิลาวรรณ จันทะปรีดา ปร.ด. (การพยาบาล) ***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางต่อความเครียดของมารดา กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ จำนวน 30 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลอง 15 ราย กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ชุด ได้แก่ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลมารดาและผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน และแบบประเมินคะแนนความเครียดของมารดาผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน ดัดแปลงมาจาก (The Parental Stress Scale: Pediatric Intensive Care Unit, PSS: PICU) แปลจากต้นฉบับของคาร์และไมล์ (Carter & Miles, 1982) มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.86 วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ chi-square สถิติ Paired t-test และสถิติ Independent t-test ผลการวิจัย พบว่า

1) มารดากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความเครียดภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) มารดากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความเครียดภายหลังการทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางส่งผลให้มารดาที่มีความเครียดน้อยลง ดังนั้นจึงควรให้มีการใช้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน

*วิทยานิพนธ์ปริญญาโทสาขาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ หออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ได้รับทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนักศึกษา จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น



Effect of Family Centered Care Program for Preschool Critically Ill Children on Maternal Stress*

Adchara Wariloon M.S.N**

Nilawarn Chanthapreeda PhD (Nursing)***

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effect of family centered care program for preschool critically ill children on maternal stress. The participants for this study were 30 mothers of pre-school children. A systematic random sampling was used to assign mothers into two groups. There were 15 mothers in the comparison group which receiving routine nursing care. In contrast, other 15 mothers were in experimental group which receiving family centered care program.

There were two groups of research instruments: 1) intervention tool including family centered care program for preschool critical ill children and 2) research measurements including the maternal and preschool critical ill children record form and the maternal stress assessment form that the researcher modified based on the Parental Stress Scale: Pediatric Intensive Care Unit (PSS: PICU). Content validity for the maternal stress assessment was 0.95 and Cronbach's alpha coefficient was 0.86. Data were analyzed by using descriptive statistics, Chi-square, paired t-test, and independent t-test to response the research questions.

Results:

1) In experimental group, stress mean score in mothers of preschool critical ill children after attending the family centered care program was significantly lower than before attending intervention ($p < 0.05$).

2) In between groups, stress mean score in mothers of preschool critical ill children in experimental group after attending the family centered care program was significantly lower than those in the control group ($p < 0.05$). The results of this study indicated that family centered care program for preschool critically ill children can be used to reduce maternal stress and promote effective care for preschool pediatric critical ill children.

Keywords : Pre-school pediatric in intensive care unit, Family Center Care Concept, Pediatric Caring Program

*Master's Thesis, Faculty of Nursing, Khon Kaen University.

**Registered Nurse, Practitioner Level, Pediatric Intensive Care Unit, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University.

***Lecturer, Department of Child Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand.



บทนำ

เด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและมีปัญหาสุขภาพได้ง่าย เนื่องจากเด็กอายุ 3-6 ปี เป็นวัยที่ระบบภูมิคุ้มกันต่างๆ ในร่างกายยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ เด็กยังขาดทักษะด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตัวเพื่อปกป้องตนเองจากเชื้อโรคต่างๆ ได้ จึงเป็นวัยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรคมก เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นจึงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หากอาการรุนแรง เช่น มีความล้มเหลวของระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตจะต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เด็กวัยก่อนเรียนเป็นกลุ่มที่มีจำนวนอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตสูง จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า เด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ในแต่ละปีนั้นมีความเจ็บป่วยวิกฤตและเสียชีวิตเป็นจำนวนมากถึงเกือบ 10 ล้านคน¹ และจากสถิติของประเทศไทยพบว่า มีจำนวนเด็กเจ็บป่วยวิกฤตถึงร้อยละ 10 ของผู้ป่วยเด็กป่วยวิกฤตทั้งหมดที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม²

ผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม จะมีการทำงานของระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายล้มเหลว และมีอาการไม่คงที่ จึงทำให้ผู้ป่วยเด็กเกือบร้อยละ 90 ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ³ โดยการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นและคุกคามต่อชีวิตของเด็ก เป็นสถานการณ์ที่ไม่ได้วางแผน ส่งผลให้มารดาเกิดความเครียด จากการเจ็บป่วยของบุตรและมารดาต้องเผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เนื่องจากการที่บุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมนั้น มารดารับรู้ว่าเกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้นกับบุตรจากการได้เห็นการดูแลช่วยเหลือในการรักษาพยาบาลหรือการดูแลที่มีความซับซ้อน และเมื่อบุตรเกิดอาการทรุดหนักจนกระทั่งต้องช่วยฟื้นคืนชีพเป็นสิ่งที่กระทบกระเทือนต่อจิตใจของมารดาอย่างรุนแรงมาก ทำให้เกิดความไม่มั่นใจในบทบาทของตนไม่กล้าสัมผัสจับต้องบุตรและไม่รู้ว่าจะให้การดูแลช่วยเหลือบุตรอย่างไร สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้มารดาเกิดความเครียด⁴

เด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่กำลังพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองและการควบคุมตนเอง ถ้าพัฒนาการทั้งสองด้านไม่ได้รับการตอบสนอง เด็กจะเกิดความละอายและความสงสัย และเป็นวัยที่พบพัฒนาการถดถอยต่อปฏิกริยาการแยกจากมากที่สุด (separation anxiety) วัยนี้มักจะแสดงพฤติกรรม

ให้เห็นได้ชัดเจน และปฏิกริยาตอบสนองต่อการแยกจากค่อนข้างรุนแรง สำหรับเด็กวัยก่อนเรียนสามารถแยกจากผู้ดูแลได้เพียงระยะเวลาสั้นๆ เท่านั้น การพัฒนาความไว้วางใจต่อผู้อื่นขึ้นมามากทดแทนต้องใช้เวลา แต่ความกลัวต่อคนแปลกหน้าจะลดลงเมื่อมีมารดาอยู่ด้วยเท่านั้น⁵ การเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมซึ่งเป็นสถานที่ที่เด็กไม่คุ้นเคยทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการแสดงความเจ็บปวด การร้องไห้ การเฝ้ามองหาที่พึ่งอย่างมารดา การกระสับกระส่ายหรือไม่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ดังนั้นมารดาจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

มารดามีความเครียดความสามารถในการเผชิญปัญหาลดลงมารดาซึ่งจะส่งผลให้เกิดความเครียดเพิ่มมากยิ่งขึ้น⁷ ทำให้เกิดผลกระทบต่อดัชนีผู้ป่วยเด็กได้มาก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นเด็กจึงมีความสามารถจำกัดในการปรับตัว จำเป็นต้องอาศัยความช่วยเหลือจากมารดาเพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญความเครียดของเด็ก ความเครียดของเด็กเป็นอุปสรรคในการยอมรับการช่วยเหลือ การเรียนรู้ และการติดต่อสื่อสารเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความไม่สุขสบายหรือมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำหรับการดูแล⁸ และยังคงเสียพลังงานเพิ่มมากขึ้นในการฟื้นฟูหายจากการเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลให้เด็กฟื้นฟูสภาพได้ช้าลง⁹ นอกจากนี้การที่มารดาไม่มีความรู้ หรือทักษะในการดูแลบุตรที่ป่วย ทำให้มารดาไม่สามารถให้การช่วยเหลือเด็กได้ หรือไม่สามารถให้ความมั่นใจกับเด็กได้อย่างเพียงพอ เนื่องจากมารดาที่มีความเครียดสูง ส่งผลให้การปฏิบัติหน้าที่ในด้านต่างๆ ได้ลดลง⁹ และความสามารถในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ที่เป็นประโยชน์สำหรับสนับสนุนช่วยเหลือเด็กจะลดลงด้วย ดังนั้นในการดูแลผู้ป่วยเด็กจึงควรมารดาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลด้วย และการลดความเครียดของมารดาสามารถทำได้โดยการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (family-centered care)¹⁰

การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง เป็นปรัชญาการดูแลที่ตระหนักและเคารพว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ในหลักปรัชญานี้ครอบครัวจะได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับการดูแลตามธรรมชาติของครอบครัว และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลโดยสร้างความเข้มแข็งแก่บุคคลและครอบครัว รวมทั้งนำข้อดีและแหล่งประโยชน์ของครอบครัวมาใช้ให้เกิดประโยชน์เต็มที่มุ่งเน้นการสร้างสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วนในทุกๆ ระดับของการดูแลทาง



สุขภาพ⁷ โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างครอบครัวและทีมสุขภาพในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุตร และการทำกิจกรรมการดูแลทำให้มารดาเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมสถานการณ์ โดยเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการให้การดูแลบุตรที่ป่วยได้¹¹ ลักษณะของการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นศูนย์กลางเช่นนี้ยังส่งผลให้ช่วยเพิ่มระดับความผูกพันระหว่าง มารดาและบุตร¹² รวมไปถึงการช่วยลดระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล¹³ และสิ่งสำคัญอีกประการคือการลดความเครียดของมารดา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง การลดความเครียดของมารดาที่มีบุตรป่วยและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า มีศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลที่ช่วยลดความเครียดของมารดา โดยให้มารดาเด็กป่วยกลุ่มทดลองอยู่เฝ้าไข้เตียงตลอดเวลา ฟังและรับทราบข้อมูลการตรวจรักษาจากแพทย์เจ้าของไข้ พบว่ามารดากลุ่มทดลองมีความเครียดน้อยกว่ามารดาเด็กป่วยกลุ่มควบคุมที่เข้าเยี่ยมเด็กตามเวลาเยี่ยมที่กำหนดของหอผู้ป่วย⁴ การศึกษาโดยการให้มารดาเด็กป่วยเข้ามาอยู่กับเด็กป่วยขณะทำหัตถการ พบว่า สามารถช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลของมารดาขณะเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรมได้¹⁴ การศึกษาผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรม-ปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน พบว่า คะแนนความวิตกกังวลของบิดามารดากลุ่มทดลองหลังจาก ที่เด็กเข้ารับการรักษา 48 ชม. ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁵ สอดคล้องกับการศึกษาผลของการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมของมารดาต่อความเครียดและบทบาทในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤต พบว่า ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาลดลงก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ¹⁶

ดังนั้นการส่งเสริมการดูแลเด็กป่วยโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ซึ่งเป็นปรัชญาที่มีหลากหลายองค์ประกอบจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องมีการศึกษาประสิทธิภาพของปรัชญา โดยให้มารดาเข้ามาปฏิบัติบทบาทการดูแลเด็กป่วยขณะรับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ตามโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลเด็กป่วยโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางจะช่วยให้มารดาสามารถรับรู้และเข้าใจการเปลี่ยนแปลงทราบข้อมูลการรักษา รวมถึงกิจกรรมการพยาบาลที่เด็ก

ป่วยได้รับ และมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือเด็กป่วยในกิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลให้มารดาสามารถลดความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มมารดาที่เข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนระยะวิกฤตโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
- 2) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเครียดมารดา ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนระยะวิกฤตโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) ของเชลล์ตันและสเตป เน็ก (Shelton & Stepanek)¹⁷ เป็นแนวทางในการวิจัย เนื่องจากแนวคิดนี้เชื่อว่า การให้มารดาเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเด็กและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การดูแลรักษา จะเกิดความพึงพอใจ ความผาสุก การเข้าถึงผู้ป่วยโดยการให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวของ ผู้ป่วย ส่งเสริมจุดแข็งของครอบครัวโดยดึงศักยภาพของครอบครัวให้เกิดประโยชน์มากที่สุด ยอมรับในความแตกต่างของครอบครัวแต่ละบุคคลและครอบครัว ไม่แบ่งแยกในการให้การดูแลเน้นการทำงานร่วมกันเป็นหุ้นส่วนกันเสมือนครอบครัวเป็นสมาชิกในทีมสุขภาพ จะทำให้ความเครียดของมารดาลดลง อย่างไรก็ตามแนวคิดการดูแลโดยครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความเป็นนามธรรมมีขอบเขตที่กว้าง ทำให้มีการนำแนวคิดไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกัน แนวคิดการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ประกอบด้วยมโนคติหลัก 8 ประการ คือ 1) Family Strength: การตระหนักถึงศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของสมาชิก 2) Respect: การเคารพนับถือกันและกัน การให้เกียรติ การยอมรับความสำคัญของครอบครัวที่มีต่อสมาชิก และการยอมรับในความแตกต่างของแต่ละครอบครัว 3) Choice: การให้ทางเลือกแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการปฏิบัติและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 4) Information: การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างตรงไปตรงมา ไม่ลำเอียง 5) Support: การ



ให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัว 6) Flexibility: การให้บริการที่มีความยืดหยุ่นตามปัญหาและความต้องการของครอบครัว 7) Collaboration: ความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว 8) Empowerment: การเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งของครอบครัว

จากองค์ประกอบที่สำคัญทั้ง 8 ประการนั้น สถาบัน Institute for Patient- and Family-Centered ได้จัดองค์ประกอบมีความเกี่ยวข้องกันแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูล การสร้างความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในการดูแล การยอมรับสนับสนุนครอบครัว อธิบายได้ ดังนี้ 1) การแลกเปลี่ยนข้อมูล เป็นการสื่อสารในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างทีมสุขภาพและมารดา เพื่อเสนอทางเลือกแก่ครอบครัวในการปฏิบัติและตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล 2) การสร้างความร่วมมือ เป็นการส่งเสริมการสร้างความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพและมารดา รวมถึงการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลถึงช่วยเหลือด้านต่างๆ การเสริมสร้างพลังความเข้มแข็งของครอบครัว แสดงถึงจุดมุ่งหมายเดียวกันเพื่อให้มารดาได้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติการดูแลบุตรภายใต้การแนะนำและคอยให้คำปรึกษาอย่างใกล้ชิด 3) การมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นการให้การบริการที่มีความยืดหยุ่นตามปัญหาและความต้องการของครอบครัว การแสดงถึงการเคารพนับถือกันและกัน การให้เกียรติยอมรับความสำคัญของมารดาที่มีต่อครอบครัว และการยอมรับในความแตกต่างของแต่ละครอบครัว 4) การยอมรับสนับสนุนครอบครัว การให้การสนับสนุนช่วยเหลือครอบครัวและการให้กำลังใจ ช่วยส่งเสริมให้มารดาสามารถดูแลเด็กในขณะเจ็บป่วยทำให้มารดารู้สึกพึงพาตนเองได้ เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการตระหนักถึงศักยภาพของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของสมาชิก

ความเครียดของมารดาจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยนั้น ขึ้นอยู่กับความสอดคล้องต่อการรับรู้หรือได้พบเห็นสิ่งเร้า ซึ่งคาร์เตอร์และไมล์ส (Carter & Miles)⁹ ได้อธิบายว่าความเครียดของมารดาผู้ป่วยเด็กเกิดจากการรับรู้หรือได้พบเห็นสิ่งเร้า ซึ่งเป็นสาเหตุที่เกิดจากการที่เด็กเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 7 ด้านได้แก่ 1) การทำหน้าที่ยับยั้งมารดาที่เปลี่ยนแปลงไป 2) พฤติกรรมและอารมณ์ของเด็กป่วย 3) กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับ 4) ลักษณะของเด็กป่วยที่ปรากฏให้เห็น 5) การสื่อสารของเจ้าหน้าที่พยาบาล 6) แสงและเสียงจากอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ในหอผู้ป่วย 7) พฤติกรรมของ

เจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย

เมื่อเด็กเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เป็นสิ่งที่มารดาไม่ได้คาดคิดมาก่อน ต้องแยกจากบุตร เผชิญกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่มารดาได้ ทำให้มารดาเกิดความเครียด ต้องการความรู้และต้องการแสดงบทบาทการเป็นมารดาเช่นเดิม ดังนั้นการให้การช่วยเหลือตามแนวคิดการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางจึงเป็นสิ่งที่สำคัญสามารถลดความเครียดให้มารดาได้ จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำสู่การสร้างโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางลดความเครียดของมารดา

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง (two group pre-post test design) เพื่อการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของมารดาผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ และศึกษาเปรียบเทียบคะแนนความเครียดของมารดาผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน โดยมีผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนอายุ 3-6 ปี เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามลักษณะของประชากรที่กำหนดแล้วแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic sampling) โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 15 รายแรก เป็นกลุ่มควบคุม และได้รับการพยาบาลปกติ จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 15 ราย เป็นกลุ่มทดลอง โดยมารดาในกลุ่มนี้ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต



วัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของเชลตัน¹⁷ และแนวคิดความเครียดของปีตามารดาของคาร์เตอร์และไมลส์¹⁸ ร่วมกับการศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของมารดาเด็กที่เจ็บป่วยวิกฤต และข้อมูลตรงจากหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2) คู่มือเรื่อง “การดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนในหอผู้ป่วย PICU” ใช้ในการประกอบการทำกิจกรรม การดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 3) สื่อการให้ข้อมูล Motion graphic เรื่อง “พฤติกรรมของเด็กวัยก่อนเรียนเมื่อเจ็บป่วย” ประกอบการให้ข้อมูล ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับมารดามีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ปรับแก้ไขจนเหมาะสม ก่อนนำไปโปรแกรมไปใช้จริง โดยโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางประกอบด้วย กิจกรรม 4 วัน คือ วันที่ 1 การสื่อสารเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและผู้วิจัย วันที่ 2 การสาธิตกิจกรรมการดูแลเด็กพื้นฐานและกิจกรรมการดูแลภาวะจิตสังคมผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน วันที่ 3 การร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพและมารดาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน วันที่ 4 การติดตามสังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของมารดาต่อผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน ขณะเข้าเยี่ยม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของมารดาและผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน 2) แบบประเมินคะแนนความเครียดของมารดา

ผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน ทั้งส่วนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและดัดแปลงมาจาก (The Parental Stress Scale: Pediatric Intensive Care Unit, PSS: PICU) ซึ่งแปลจากต้นฉบับของคาร์เตอร์และไมลส์¹⁸ เป็นภาษาไทยโดย อัญชลี ประเสริฐ 2540 ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และนำมาหาค่าความเที่ยงโดยคำนวณสัมประสิทธิ์ของอัลฟาคอนบาคได้เท่ากับ 0.86

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียน จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน กลุ่มทดลอง 15 คน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุในช่วงอายุ 20-40 ปี ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 80 มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40 รองลงมาคือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต ร้อยละ 80 และเคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต ร้อยละ 20 และจากการศึกษาพบว่าเมื่อเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไปของมารดา และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-Square) ในการทดสอบพบว่า ข้อมูลทั่วไปของมารดา และข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน

2. ความเครียดของมารดากลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตวัยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีค่าน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดารายด้าน หลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ด้าน	กลุ่มควบคุม (หลัง)		กลุ่มทดลอง (หลัง)		t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1) ด้านการทำหน้าที่บทบาทมารดาที่เปลี่ยนแปลงไป	3.46	0.63	1.46	0.33	5.72	< 0.001
2) ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตรป่วย	2.90	0.37	1.78	0.31	3.05	< 0.001
3) ด้านกิจกรรมการรักษายาบาลที่บุตรได้รับ	2.67	0.54	1.65	0.33	9.60	< 0.001
4) ด้านลักษณะของบุตรป่วยที่ปรากฏให้เห็น	2.73	0.64	1.66	0.37	7.55	< 0.001
5) ด้านการสื่อสารของเจ้าหน้าที่พยาบาล	2.17	0.51	1.40	0.32	5.25	< 0.001
6) ด้านแสงและเสียงจากอุปกรณ์ เครื่องมือต่าง ๆ ในหอผู้ป่วย	3.80	0.71	1.35	0.38	11.69	< 0.001
7) ด้านพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย	1.40	0.70	1.23	0.50	0.74	< 0.460
คะแนนความเครียด รวม	2.73	0.41	1.50	0.17	10.87	< 0.001*

*p<0.05



จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนความเครียดของมารดาในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรายด้านน้อยกว่ากลุ่มควบคุม โดยคะแนนความเครียดรายด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตรป่วยลดลงมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการทำหน้าที่บทบาทมารดาที่เปลี่ยนแปลงไป ด้านการสื่อสารของเจ้าหน้าที่พยาบาล ด้านกิจกรรมการ

รักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ ด้านลักษณะของบุตรป่วยที่ปรากฏให้เห็น ด้านแสงและเสียงจากอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆในหอผู้ป่วย ด้านพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย

3. ความเครียดของมารดาในกลุ่มทดลองมีค่าน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของมารดาภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง

ด้าน	กลุ่มทดลอง				Pair-t test	p-value
	(ก่อนการทดลอง)		(หลังการทดลอง)			
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
1) ด้านการทำหน้าที่บทบาทมารดาที่เปลี่ยนแปลงไป	3.96	0.61	1.46	0.33	16.02	< 0.001
2) ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตรป่วย	3.86	0.60	1.78	0.31	12.72	< 0.001
3) ด้านกิจกรรมการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ	4.04	0.56	1.65	0.33	11.92	< 0.001
4) ด้านลักษณะของบุตรป่วยที่ปรากฏให้เห็น	4.15	0.68	1.66	0.37	15.66	< 0.001
5) ด้านการสื่อสารของเจ้าหน้าที่พยาบาล	3.14	0.85	1.40	0.32	9.01	< 0.001
6) ด้านแสงและเสียงจากอุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆในหอผู้ป่วย	4.48	0.57	1.35	0.38	19.74	< 0.001
7) ด้านพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย	2.58	0.75	1.23	0.50	5.40	< 0.001
รวม	3.75	0.43	1.50	0.17	21.55	< 0.001*

*p<0.05

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนความเครียดของมารดาในกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดรายด้านน้อยกว่าก่อนการทดลองโดยคะแนนความเครียดรายด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตรป่วยน้อยกว่าทุกด้าน

การอภิปรายผล

มารดาในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตด้วยก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีคะแนนความเครียดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้เนื่องจากมารดาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการเลี้ยงดูบุตร¹⁷ การที่บุตรมีความเจ็บป่วยวิกฤตและเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและภาวะคุกคามทางอารมณ์ฉบับพลันของมารดา โดยมารดาจะต้องเผชิญสถานการณ์ความเครียดจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

ปัจจัยด้านสถานการณ์ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะก่อให้เกิดความเครียดต่อมารดา ทั้ง 7 ด้าน คือ ด้านการทำหน้าที่บทบาทมารดาที่เปลี่ยนแปลงไป ด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตรป่วย กิจกรรมการรักษาพยาบาลที่บุตรได้รับ ลักษณะของบุตรป่วยที่ปรากฏให้เห็น การสื่อสารของเจ้าหน้าที่พยาบาล แสงและเสียงจากอุปกรณ์เครื่องมือต่างๆในหอผู้ป่วย พฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วย² การถูกแยกจากบุตรและความไม่มั่นใจต่อการรอดชีวิตของบุตร ก่อให้เกิดผลกระทบต่อมารดาทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งจากพฤติกรรมและอารมณ์ของบุตรป่วยเปลี่ยนแปลงไปทำให้มารดาเสียสมดุลไม่สามารถแสดงบทบาทการทำหน้าที่มารดาได้ตามต้องการ กลับต้องพึ่งพาพยาบาล และต้องยอมให้ผู้ป่วยเด็กอยู่ในความดูแลของคนแปลกหน้า รู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือและเกิดความเครียดขึ้นได้ การแสดงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียดแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะ



ความรู้ ความเข้าใจ ประสบการณ์เดิม และการได้รับการ
 ประคับประคองช่วยเหลือ เมื่อมารดามีโอกาสเข้าไปเยี่ยมบุตร
 จะมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากหอภิบาลผู้ป่วย
 กุมารเวชกรรมเป็นหน่วยที่ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะวิกฤต
 เจ็บป่วยรุนแรง รวมทั้งเป็นสถานที่ที่มารดาไม่มีความคุ้นเคย
 จำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพ อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ
 และเสียงของเครื่องมือทางการแพทย์ ทำให้มารดาจะรู้สึก
 ไม่เป็นส่วนตัว ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ทำให้มารดาประเมิน
 ว่าหอภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เป็นสถานที่ที่ก่อให้เกิด
 ความเครียดและทุกข์ใจ ดังนั้นเพื่อให้มารดาเผชิญ
 ความเครียดได้อย่างเหมาะสม การให้โปรแกรมการดูแล
 ผู้ป่วยเด็กก่อนเรียนระยะวิกฤตโดยยึดครอบครัวเป็น
 ศูนย์กลาง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นนั้นได้นำกรอบแนวคิดการดูแล
 โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ (family- center care)
 ของเชลล์ตันและคณะ¹⁷ มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรม
 การดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเรียนระยะวิกฤตโดยยึดครอบครัว
 เป็นศูนย์กลาง ทำให้มารดาเกิดความเครียดลดลง

จากที่กล่าวมาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต
 ก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
 โดยใช้แนวคิดการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของ
 (family- center care) ของเชลล์ตันและคณะ¹⁷ ได้ส่งผลให้
 ความเครียดของมารดาลดลง ซึ่งในการปฏิบัติก่อให้เกิด
 ประโยชน์ต่อเด็กและมารดาในหลายๆ ด้าน เช่น มารดามี
 ส่วนร่วมให้ความเครียดของเด็กลดลง เด็กรู้สึกผ่อนคลาย
 ให้ความร่วมมือในการรักษา ส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการ
 ที่ดีขึ้น มีการฟื้นหายที่เร็วขึ้น ทำให้ลดจำนวนวันนอนใน
 โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายสมาชิกในครอบครัวมีความเครียด
 ลดลง มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เกิดความพึงพอใจ
 และมีความต้องการ ดูแลเด็กมากขึ้น เกิดการเรียนรู้และ
 พัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็ก¹⁸ อีกทั้งยังมีประโยชน์ต่อ
 บุคลากรที่มีสุขภาพ เช่น พยาบาลมีทักษะ ความรู้ และ
 ทักษะที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเด็กและครอบครัวช่วยสร้าง
 บรรยากาศที่ดีในการดูแลผู้ป่วยเด็ก สร้างสัมพันธภาพที่ดี
 ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรที่มีสุขภาพ¹⁹ นอกจากนี้
 การจัดกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมนั้น มีความเหมาะสม
 เนื่องจากกิจกรรมที่จัดนั้นมีเนื้อหาครอบคลุมการดูแลผู้ป่วย
 เด็กวิกฤตก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ที่
 สอดคล้องกับเวลาในการเข้าเยี่ยมได้ใช้เวลาในการเยี่ยม
 อย่างมีคุณภาพ และผลการวิจัยสนับสนุนสมมุติฐานทั้ง 2

ข้อได้แก่ มารดาที่เข้าโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต
 ก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมีความเครียด
 ความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมารดาที่เข้าโปรแกรมการ
 ดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็น
 ศูนย์กลางมีความเครียดน้อยกว่าก่อนเข้าโปรแกรม
 การดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนเรียนระยะวิกฤตโดยยึดครอบครัว
 เป็นศูนย์กลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

- 1) การพิจารณานำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต
 ก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางมาประยุกต์ใช้
 ในหน่วยงานเพื่อเพิ่มคุณภาพในการให้บริการสุขภาพแก่
 เด็กและครอบครัวในช่วงเวลาระหว่างการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย
 เด็กระยะวิกฤต
- 2) การทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำการศึกษาโปรแกรม
 การดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤตก่อนเรียนโดยยึดครอบครัวเป็น
 ศูนย์กลาง ในกลุ่มเด็กเฉพาะโรค เช่น โรคหัวใจ โรคไต
 เป็นต้น เพื่อนำไปสู่การให้บริการสุขภาพผู้ป่วยเด็กวิกฤต
 อย่างเหมาะสม
- 3) การจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาล
 หรือการจัดการนิเทศผู้อบรมสามารถนำมาใช้เป็นแนวทาง
 ในการส่งเสริมการมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กวิกฤต
 โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ในกระบวนการให้บริการ
 สุขภาพผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในภาวะวิกฤต

เอกสารอ้างอิง

1. นลินี จงวิริยะพันธ์. Ambulatory pediatrics เล่ม 1.
 กรุงเทพฯ: ปิยอนต์-เอ็นเทอร์ไพรส์; 2553
2. ดุสิต สดวาร์, จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์ และนวลจันทร์ ปราบพล,
 บรรณาธิการ. Pediatric Critical Care : Evolving Concepts
 and Current Practice. กรุงเทพฯ : ชมรมโรครระบบ หายใจ
 และเวชบำบัดวิกฤตในเด็กแห่งประเทศไทย; 2553
3. กรมการสถิติหอภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. เวช
 ระเบียบหอภิบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรม. โรงพยาบาล
 ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559
4. Smith AB, Hefley GC, Annand KJS. Parent bed
 spaces in the PICU: Effect on parental stress.
 Pediatric Nursing 2007; 33(3): 215-221.



5. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. Maternal child nursing care. St. Louis, Missouri, Mosby; 2014.
6. Kuhlthau KA, Bloom S, Cleave JV, Knapp AA, Romm D, Klatka K, et al. Evidence for family-centered care for children with special health care needs: a systematic review. *Academic Pediatric* 2011; 11(2):136-43.
7. Harrison TM. Family-centered pediatric nursing care: state of the science. *J Pediatr Nurs* 2010; 25(5): 335-43.
8. Schepp K. Correlates of mothers who prefer control over their hospitalized children's care. *J Pediatr Nurs* 1992;7: 83-9.
9. Carter & Miles. The Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. *Matern Child Nurs J* 1989;18(3): 187-98.
10. กำไลย ศรีวิชา.อุปสรรคของมารดาในการมีส่วนร่วมดูแลทารกแรกเกิดที่มีภาวะวิกฤต ตามการรับรู้ของมารดาและของพยาบาล.วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2558; 33(3): 43-51.
11. Kuntaros S, Prasopkittikun T, Wichiencharoen K, Staworn D. Effects of family-centered care on self-efficacy in participatory involvement in child care and satisfaction of mothers in PICU. *Thai J Nurs Res* 2007; 11(3): 203-13.
12. Cooper LG, Gooding JS, Gallagher J, Sternesky L, Ledsy R, & Berns SD. Impact of a family-centered care initiative on NICU care, staff and families. *J Perinatol* 2007; 27: S32-7.
13. Dunn MS, Reilly MC, Johnston AM, Hoopes RD, Abraham MR. Development and dissemination of potentially better practices for the provision of family-centered care in neonatology: The family-centered care map. *Pediatr* 2006;118(2): 95-107.
14. Melnyk BM, Alpert- Gillis L, Feinstein NF, Crean HF, Johnson J, Fairbanks E, et al, Creating opportunities for parent empowerment: Program effects on the mental health/ Coping outcomes of critically ill young children and their mothers; 2004.
15. อลงกรณ์ อักษรศรี. ผลของการให้ข้อมูลแบบรูปธรรมปรนัยต่อความวิตกกังวลและการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต. *Journal of Nursing Science* 2555; 30(2): 80-89.
16. ปังกร สิงห์กล้า. ผลของการพยาบาลอย่างมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันของมารดาต่อความเครียดและบทบาทในการดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดที่มีภาวะวิกฤต. *วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพ เด็กบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*; 2550.
17. Shelton & Stepanek. Family-Centered Care for Children Needing Specialized Health and Developmental Services. Third Edition. Association for the Care of Children's Health, Bethesda; 1995.
18. Kuhlthau KA, Bloom S, Cleave JV, Knapp AA, Romm D, Klatka K, et al. Evidence for family-centered care for children with special health care needs: a systematic review. *Acad Pediatr* 2011; 11(2): 136-43.
19. Finlayson K, Dixon A, Smith C, Dykes F, Flacking R. Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. *Sex Reprod Healthc* 2014; 5(3): 119-24.
20. อัญชลี ประเสริฐ. ผลการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จ ตามเป้าหมายต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาในผู้ป่วยหน่วยบำบัดพิเศษ. *วิทยานิพนธ์ กรุงเทพมหานคร:มหาวิทยาลัยมหิดล*; 2540.