

ผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตร
มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ปริญญานิพนธ์
ของ
วรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
มีนาคม 2546

15-244

ผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตร
มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

บทคัดย่อ
ของ
วรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
มีนาคม 2546

THE EFFECT OF HEALTH EDUCATION PROGRAM BY INDIVIDUAL INSTRUCTION
ON ANXIETY OF PARENTS HAVING A CHILD WITH BIRTH ASPHYXIA
AT THE NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT

AN ABSTRACT
BY
VORALAK WONG – ISSARES

Presented in partial fulfillment of the requirements
for the Master of Education degree in Health Education
at Srinakharinwirot University
March 2003

Voralak Wong – issares. (2003). *The Effect of Health Education Program by Individual Instruction on Anxiety of Parents having a Child with Birth Asphyxia at the Neonatal Intensive Care Unit*. Master thesis, M.Ed. (Health Education). Bangkok : Graduate School, Srinakharinwirot University. Advisor Committee: Assoc. Prof. Chutamat Tapchaisri , Assist. Prof. Venus Pattamapaspong.

The purpose of this Quasi – Experimental research was to study the effect of health education program by individual instruction on anxiety of parents having a child with birth asphyxia at the Neonatal Intensive Care Unit (NICU) of The Queen Sirikit National Institute of Child Health. The samples composed of 40 parents whose children were admitted to NICU. The samples were equally divided into two groups, i.e., the experimental group and the control group. Each group composed of 10 fathers and 10 mothers. The control group received usual health education and the experimental group received the health education program by individual instruction. Both groups had pre – test and post – test for levels of anxiety. Trait anxiety and state anxiety were measured by the State – Trait Anxiety Inventory (STAI).

The results were as follows :

1. After receiving the health education, the fathers of the experimental group had significantly less anxiety for the illness of the neonate than before receiving the health education at .05 level.
2. After receiving the health education, the mothers of the experimental group had significantly less anxiety for the illness of the neonate than before receiving the health education at .05 level.
3. The fathers with health education program by individual instruction had significantly less anxiety for the illness of the neonate than those receiving the routine health education at .05 level.
4. The mothers with health education program by individual instruction had significantly less anxiety for the illness of the neonate than those receiving the routine health education at .05 level.

วรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ. (2546). ผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. ปรินท์ฉบับพิมพ์ กศ.ม. (สุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. คณะกรรมการควบคุม : รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี, ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลแบบมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนซึ่งได้มาโดยการเลือกอย่างเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คนและในแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นบิดา 10 คน มารดา 10 คน กลุ่มควบคุมได้รับสุขศึกษาตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับสุขศึกษารายบุคคลแบบมีแบบแผน มีการประเมินความวิตกกังวลก่อนให้ สุขศึกษา (Pre – test) และหลังการให้สุขศึกษา (Post – test) โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ แล้วนำมาวิเคราะห์โดยการทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank Test) และแมน – วิทนี (Mann – Whitney Test)

ผลการศึกษาพบว่า

1. บิดาของบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. มารดาของบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่าก่อนทำการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. บิดาของบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่าบิดาของบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. มารดาของบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่ามารดาของบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลของการให้สุศึกษาบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตร
มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ปริญญานิพนธ์
ของ
วรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ

เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา
มีนาคม 2546
ลิขสิทธิ์เป็นของ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปริญญานิพนธ์

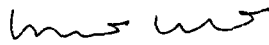
เรื่อง

ผลของการให้สุศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตร
มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ของ

นางสาววรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุศึกษา
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

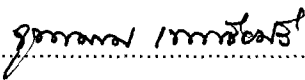


..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

(รองศาสตราจารย์ ดร.นภาพร หะวานนท์)

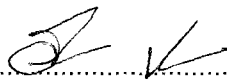
วันที่ ๒๕..... เดือน มีนาคม พ.ศ. 2546

คณะกรรมการสอบปริญญานิพนธ์



..... ประธาน

(รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี)



..... กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์)



..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อาจารย์ เรือโท ดร. ไพบูลย์ อ่อนมั่ง)



..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม

(อาจารย์ ทรงพล ต่อนี่)

ประกาศคุณูปการ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ ประธานและกรรมการควบคุมปริญญานิพนธ์และอาจารย์เรือโท ดร.ไพบูลย์ อ่อนมั่ง อาจารย์ทรงพล ต่อนี้ กรรมการแต่งตั้งเพิ่มเติมที่ได้ให้คำปรึกษาแนะนำ ให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยตรวจและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ รวมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทัศนากองภักดี อาจารย์ ดร. จันทรเพ็ญ สันตวาจา นายแพทย์วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล คุณรุ่งทิวา อัครวิธานนท์และคุณศิริลักษณ์ ถาวรวิณะ ผู้เชี่ยวชาญที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ เพื่อปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี แพทย์หญิง วิไล ราตรีสวัสดิ์ และคณะอนุกรรมการค้นคว้าวิจัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลและส่งเสริมสนับสนุนในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้ร่วมงานและผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ สนับสนุน และเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยมาตลอด

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ครูอาจารย์ทุกท่าน ที่เคยประสาทวิชา ความรู้และวางรากฐานการศึกษาให้แก่ผู้วิจัย

วรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ.....	1
ภูมิหลัง.....	1
ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า.....	4
ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	5
ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	5
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	5
ตัวแปรที่ศึกษา.....	5
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	6
กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า.....	7
สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า.....	7
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	8
เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	8
แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการให้สุขศึกษา.....	8
บทบาทของพยาบาลในฐานะนักสุขศึกษา.....	16
ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล.....	19
ภาวะการขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด.....	25
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	30
งานวิจัยในต่างประเทศ.....	30
งานวิจัยในประเทศ.....	31
3 วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	33
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	33
แบบแผนการวิจัย.....	34
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า.....	35
ลักษณะของเครื่องมือ.....	35
เกณฑ์การให้คะแนนและแปลความหมาย.....	36
ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ.....	37
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	37

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
3 (ต่อ) การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	37
การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	42
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	44
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล	44
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	44
5 สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	52
สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐานและวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า	52
สรุปผลการศึกษาค้นคว้า	53
อภิปรายผล	53
ข้อเสนอแนะ	55
บรรณานุกรม	56
ภาคผนวก	62
ประวัติย่อผู้วิจัย	105

บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของบิดาและมารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป	45
2	เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของบิดากลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้สุขศึกษารายบุคคล.....	48
3	เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของบิดากลุ่มควบคุมก่อนและหลังการให้สุขศึกษาตามปกติ.....	48
4	เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของมารดากลุ่มทดลองก่อนและหลังการให้สุขศึกษารายบุคคล.....	49
5	เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของมารดากลุ่มควบคุมก่อนและหลังการให้สุขศึกษาตามปกติ.....	49
6	เปรียบเทียบความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ก่อนการทดลองระหว่างบิดากลุ่มทดลองและบิดากลุ่มควบคุม	50
7	เปรียบเทียบความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ก่อนการทดลองระหว่างมารดากลุ่มทดลองและมารดากลุ่มควบคุม	50
8	เปรียบเทียบความวิตกกังวลต่อสถานการณ์หลังการทดลองระหว่างบิดากลุ่มทดลองและบิดากลุ่มควบคุม	50
9	เปรียบเทียบความวิตกกังวลต่อสถานการณ์หลังการทดลองระหว่างมารดากลุ่มทดลองและมารดากลุ่มควบคุม	51

บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า	7
2 แสดงแผนการทดลองแบบ The Pretest – Posttest Control Group Design.....	34
3 แสดงแผนดำเนินการทดลอง	35
4 แผนการทดลองให้สุขศึกษา.....	41

บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ปัจจุบันวิวัฒนาการทางการแพทย์และสภาพสังคมเศรษฐกิจ ทำให้การดูแลทารกแรกเกิดเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเป็นอย่างมาก ในอดีตสังคมไทยมีสภาพเป็นสังคมชนบท ประชาชนค่อนข้างยากจน ขาดการศึกษาและยังมีความเชื่อในเรื่องบุญกรรมเป็นอย่างมาก ในขณะนั้นบริการทางสาธารณสุขยังมีไม่ทั่วถึงและไม่ทันสมัย ทำให้มีเด็กเพียงส่วนน้อยที่ได้คลอดกับบุคลากรทางสาธารณสุข ส่วนใหญ่เด็กจะคลอดโดยการช่วยเหลือของหมอด่าแยหรือญาติพี่น้องในครอบครัว ซึ่งมักจะคลอดกันตามมีตามเกิดภายในบ้าน การตายในระยะแรกเกิดจึงมีสูง แต่ชุมชนก็ยอมรับถือว่าเป็นเรื่องธรรมชาติและเรื่องของบุญกรรม ประชาชนยังไม่นับว่าทารกในครรภ์และทารกแรกเกิดเป็นบุคคล (Person) เหมือนกับเด็กโตๆหรือผู้ใหญ่ ถ้ามีเด็กตายในระยะแรกเกิดก็เพียงใส่หม้อดินไปฝังเท่านั้น โดยไม่มีการทำพิธีทางศาสนาใดๆ การเจ็บป่วยและการตายของทารกในระยะแรกเกิดนี้ไม่ค่อยมีการสืบเสาะหรือมีค่าใช้จ่ายที่เป็นปัญหาให้เกิดความวิตกกังวลต่อครอบครัวและสังคมเท่าใดนัก ในระยะนั้นการให้บริการของบุคลากรทางสาธารณสุขต้องงานทารกแรกเกิดจึงนับว่าง่าย เพียงความรู้ความชำนาญเฉพาะตัวที่มีอยู่ก็สามารถช่วยให้ทารกแรกเกิดมีชีวิตรอดมากขึ้นกว่าการเป็นไปตามธรรมชาติ จึงถือว่าบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นผู้ที่ได้รับความเชื่อถือและไว้วางใจเป็นอย่างดี ดังนั้นหากมีการตายของทารกแรกเกิดขึ้น ชาวบ้านจะยอมรับว่าเป็นเรื่องช่วยไม่ได้และไม่กล่าวโทษบุคลากรทางสาธารณสุขใดๆเลย บุคลากรทางสาธารณสุขจึงดูแลผู้ป่วยด้วยลักษณะคล้ายบิดาดูแลลูก (Paternalism) คือ ใช้การตัดสินใจของตนเองเป็นหลัก

ในปัจจุบันสภาพสังคมและเศรษฐกิจของคนไทยได้เปลี่ยนไป สังคมเป็นสังคมบริโภคนิยมมากขึ้น ประชากรมีความรู้มากขึ้นและอยู่กันหนาแน่นตามเมืองใหญ่ๆ มีการแข่งขันสูง มีการเคลื่อนย้ายถิ่นฐานที่อยู่กันบ่อยๆ เพื่ออาชีพหรือเพื่อความอยู่ที่ดีสะดวกสบายขึ้นจึงจำเป็นต้องมีปัจจัยมาใช้จ่ายสนับสนุนความต้องการของแต่ละคน ส่งผลต่อครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยที่เล็กที่สุดในสังคม ลักษณะของครอบครัวมีทั้งครอบครัวเดี่ยวที่มีสมาชิกในครอบครัวประกอบด้วยสามีภรรยาและบุตรและครอบครัวขยายซึ่งมีสมาชิกนอกจากสามีภรรยาและบุตรแล้วยังมีญาติของสามีหรือภรรยาอาศัยอยู่ร่วมกัน สมาชิกในครอบครัวจะอยู่ร่วมกันมีความสัมพันธ์กันตามบทบาทหน้าที่ เช่น สามีภรรยา บิดามารดาบุตร พี่กับน้อง ปู่ย่าตายายกับหลาน เป็นต้น สมาชิกมีความผูกพันใกล้ชิดพึ่งพากันและกัน มีการตอบสนองความผูกพันอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือเหตุการณ์ที่มีผลกระทบต่อสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัวก็มัก

จะเกิดผลกระทบไปยังสมาชิกคนอื่นในครอบครัวด้วย การเกิดการเจ็บป่วยเป็นภาวะที่เป็นเหตุ-การณั้กระทบกระเทือนต่อร่างกาย จิตใจ ฐานะทางเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเจ็บป่วยที่รุนแรงจนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักนับเป็นภาวะวิกฤตทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว จากความไม่แน่นอนในอาการของบุคคลที่ตนรัก การไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ภาวะของโรค แผนการรักษา การขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การถูกจำกัดให้ออคอย สิ่งแวดล้อมแปลกใหม่ที่พบอยู่ท่ามกลางความตาย อุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ กฎระเบียบในหอผู้ป่วยหนักตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมากแก่ครอบครัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะในบิดามารดาซึ่งมีความรักความผูกพันกับบุตรตั้งแต่อยู่ในครรภ์และเลี้ยงดูบุตรด้วยความรักความเอาใจใส่ การเกิดความเจ็บป่วยของบุตรจึงเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลกระทบได้มาก

ดังนั้นงานบริการด้านสุขภาพในทารกแรกเกิดจึงได้มีการพัฒนาอย่างมาก แต่กลับพบว่าแม้จะมีการใช้อุปกรณ์เทคโนโลยีที่ทันสมัย ราคาแพงและบุคลากรที่มีทักษะความสามารถในการควบคุมอุปกรณ์อย่างดีเยี่ยม รวมทั้งการทุ่มเทให้การดูแลทารกแรกเกิดทั้งวันทั้งคืนอย่างเต็มกำลังเพราะมีเป้าหมายเพียงเพื่อช่วยชีวิตทารกเท่านั้น แต่สิ่งเหล่านี้ก็ยังไม่เพียงพอสำหรับการสร้างความพึงพอใจให้กับบิดามารดาและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวได้ ดังหลักฐานที่เกิดความขัดแย้งขึ้นระหว่างบิดามารดา ครอบครัวกับแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ ที่ดูแลทารกแรกเกิดในหอผู้ป่วยอยู่เป็นเนืองนิจ บางคราวมีความรุนแรงถึงขั้นมีการฟ้องร้องเรียกค่าเสียหายต่อแพทย์สภาหรือแจ้งความต่อผู้พิทักษ์สันติราษฎร์และฟ้องร้องต่อศาลสถิตยุติธรรมทั้งทางแพ่งและทางอาญา ทำให้ตระหนักว่าในขณะที่ทารกแรกเกิดป่วยอยู่ในขั้นวิกฤตนั้นความเครียดไม่ได้เกิดขึ้นกับทารกและบุคลากรทางสาธารณสุขเท่านั้น แต่ความเครียดเกิดขึ้นอย่างรุนแรงกับสมาชิกในครอบครัวหรือบิดามารดาของทารกด้วย ฉะนั้นความสำเร็จของการให้บริการในหอผู้ป่วยจึงอาจไม่สมบูรณ์ได้ ถ้าขาดการฟังเสียงในเรื่องครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คือการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว (Family - centered care) และมีการเตรียมบุคลากร ตลอดจนจัดองค์กรให้รองรับกับการบริการ ดังกล่าว แนวคิดของ Family - centered care เกิดจากการตระหนักว่า เมื่อทารกถูกรับเข้าไว้ในหอผู้ป่วยแล้ว บิดามารดาและสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวจะประสบกับปัญหานานับประการ ดังนี้

1. การเกิดความวิตกกังวลในหลายๆ ทางได้แก่

1.1 ทางกายภาพ คือความยากลำบากในการเดินทางระหว่างบ้านถึงโรงพยาบาล ความอึดอัด การขาดความสะดวกสบายในสภาพแวดล้อมใหม่ ข้อจำกัดของโรงพยาบาลและการอดหลับอดนอนเพื่อเฝ้าติดตามอาการของทารก

1.2 ทางจิตใจ คือการตกใจ เศร้าเสียใจ ซึมเศร้าใจเมื่อมีสิ่งไม่คาดหวังเกิดขึ้น คือแทนที่จะได้ทารกครบกำหนดสมบูรณ์ แข็งแรง ปกติและน่ารัก แต่กลับมาได้ทารกที่เกิดก่อน

กำหนด ตัวเล็ก ไม่สมบูรณ์อ่อนแอ หรือพิการ หรือทารกที่ป่วยหนัก ความรู้สึกเหล่านี้จะยิ่งเลวร้ายถ้าทารกนั้นๆ หดหู่ที่จะรอดชีวิตหรือว่ารอดอย่างทุพพลภาพ ในสภาพที่ไม่อาจพึ่งตนเองได้ในอนาคต

1.3 สภาพทางเศรษฐกิจ เมื่อพบกับค่าใช้จ่ายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดที่สูง บิดามารดาและครอบครัวอาจต้องลาพักงานหรือหยุดงานชั่วคราวระหว่างที่ทารกอยู่ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและอาจต้องวิตกกังวลกับการหาทุนทรัพย์สำรอง เพื่อใช้ในการตรวจติดตามผลหรือฟื้นฟูสภาพของทารกในระยะที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดแล้ว

1.4 ทางสังคม เมื่อต้องจากชุมชนที่คุ้นเคยในระแวกบ้านมาอยู่ในโรงพยาบาล อาจเผชิญกับคำพูดหรือปฏิกิริยาที่ไม่ถูกใจ อาจรู้สึกอับอาย เกิดปมด้อยที่ครอบครัวของตนมีบาปกรรม ถึงได้ให้กำเนิดบุตรที่ผิดปกติพิการ หรือเสียชีวิต ผิดกับคนอื่น ๆ

ความวิตกกังวลเหล่านี้อาจเป็นช่วงสั้นไม่กี่วันหรืออาจเป็นระยะยาวเป็นเดือน เป็นปี สุดแต่ปัญหาการเจ็บป่วยของทารก บิดา มารดาหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวจะมีปฏิกิริยาต่อความเครียดได้หลายแบบ สำหรับช่วงเวลาที่ความเครียดรุนแรงนั้น บิดา มารดาหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวจำนวนหนึ่งอาจแสดงพฤติกรรมโกรธก้าวร้าว ไม่พึงพอใจหรือมีความรู้สึกไม่ดี เป็นปฏิกิริยาต่อหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและบุคลากรทางสาธารณสุขในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดได้ ปฏิกิริยาในทางลบเหล่านี้หากมีเกิดขึ้นและไม่ได้รับการป้องกันแก้ไขให้ดีขึ้นแล้ว จะเป็นอุปสรรคต่อการได้รับความร่วมมือจากบิดา มารดาหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวในการดูแลทารก

2. บิดามารดาและครอบครัว อาจจะถูกกระทบของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ขัดขวางการสร้างความผูกพัน (Attachment) และพันธะรักที่ดี (Bonding) ระหว่างตนกับทารกในช่วงที่มีความอ่อนไหว (Sensitive) ที่สุด คือช่วงชั่วโมงแรกๆ วันแรกๆ ของชีวิต ซึ่งอาจมีผลเสียต่อการปฏิสัมพันธ์ที่ดีในระยะต่อมาระหว่างเด็กกับบุคคลอื่นๆ

3. บทบาทของความเป็นบิดามารดา (Parental role) และบทบาทของความเป็นครอบครัว (Family role) อาจขาดตอนลงไปด้วยระบบกลไกของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดที่เข้มงวด

4. หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีระบบและกลไกที่ทำให้ดูเหมือนว่า ทารกจะรอดได้ ต้องพึ่งพาอุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ภายใต้การตัดสินใจและการกำกับควบคุมดูแลเฉพาะกลุ่มของบุคลากรทางสาธารณสุขเท่านั้นและบังเอิญทารกจำเป็นต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดนานๆ จะทำให้บิดามารดาผู้ปกครองบางรายหวาดผวา ขาดความมั่นใจที่จะเลี้ยงดูทารกในระยะต่อมาจนกลายเป็นผู้ปกครองที่ไม่กล้ารับผิดชอบในการเลี้ยงดูทารกและคอยแต่จะพึ่งพาขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสาธารณสุขตลอดเวลา

เมื่อทารกของตนต้องเข้าหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดสิ่งที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองต้องการ คือ

1. การไม่แยกจากทารก

2. การได้มีบทบาทบิดามารดา หรือบทบาทครอบครัว
3. การได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการกอดอย่างเพียงพอ
4. ความหวังในตัวทารก
5. การเอาใจใส่ช่วยเหลือดูแลทารกอย่างดีที่สุดจากบุคลากรทางการแพทย์
6. การได้รับความช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและ

สังคม

7. ความสะดวกสบายพอควร ทางด้านกายภาพสำหรับตนและครอบครัวภายในโรงพยาบาล
8. การที่ทารกและตนได้รับศักดิ์ศรีการเป็นมนุษย์

โดยแก่นแท้แล้วความต้องการของพ่อแม่และครอบครัวต่อหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดคือการมีสถานที่ ส่วนประกอบต่างๆ กฎระเบียบ การบริหารจัดการและบุคลากรทางสาธารณสุขที่เอื้ออำนวยช่วยให้บิดา มารดาและครอบครัวเกิดความรู้สึกว่าตนจะสามารถรับมือกับความเครียดในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ กลวิธีในการรับมืออารมณ์ของบิดาและมารดา (Emotion - focused strategies) ครอบครัวจะต้องได้รับความเข้าใจและการช่วยเหลือจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

ในปัจจุบันการให้สุขศึกษาในหอผู้ป่วยเป็นการให้สุขศึกษาอย่างไม่มีแบบแผน ให้ตามความพึงพอใจของบุคลากรทางการแพทย์ ต่างคนต่างให้ไม่มีการวางแผนในการให้สุขศึกษา บิดาและมารดาเกิดความสับสนในข้อมูลเกี่ยวกับกฎระเบียบ การปฏิบัติตัว อาการของผู้ป่วยและนอกจากมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับบุตรแล้วยังเกิดความเครียดจากการที่ต้องพบบุคลากรหลายๆ คนทำให้ไม่เกิดความคุ้นเคย ไม่ไว้วางใจ ด้วยเหตุดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการเอาใจใส่ช่วยเหลือบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โดยศึกษาถึงผลของการให้สุขศึกษารายบุคคล ที่มีผลช่วยในการเพิ่มความสามารถในการเผชิญความเครียดลดความวิตกกังวลของบิดามารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนจัดระบบงาน การบริหารงานและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ซึ่งจะเป็นผลต่อผู้ป่วยเด็ก บิดามารดา รวมทั้งสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวต่อไป

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

ในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งจุดมุ่งหมายไว้ ดังนี้

เพื่อศึกษาผลของการให้สุขศึกษาแบบรายบุคคลแบบมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. ใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการเสนอให้เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้สุขศึกษาในหอผู้ป่วยแต่ละหอผู้ป่วย เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการให้สุขศึกษา
2. เป็นแนวทางในการนำไปจัดวิธีการสอนสุขศึกษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
3. เป็นแนวทางในการให้สุขศึกษาเพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
4. นำผลการวิจัยเสนอแนะต่อกลุ่มงานการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ - มหาราชินี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดรูปแบบวิธีการให้สุขศึกษาที่เหมาะสม สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้

ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวนประมาณ 8 -14 คนต่อเดือน โดยเฉลี่ย 11 คนต่อเดือน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 40 คน ซึ่งได้มาโดยการเลือกอย่างเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน และในแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นบิดา 10 คน มารดา 10 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ คือ การให้สุขศึกษา
 - 1.1 การให้สุขศึกษาแบบรายบุคคลตามแบบแผนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
 - 1.2 การให้สุขศึกษาตามปกติของพยาบาลประจำการ
2. ตัวแปรตาม คือ ความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาด - ออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

นิยามคำศัพท์เฉพาะ

1. การให้สุขศึกษาแบบรายบุคคล

หมายถึง กระบวนการพูดคุยเป็นส่วนตัวระหว่างผู้วิจัยกับบิดาและมารดาของผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด โดยมีขั้นตอนตามหลักการให้คำปรึกษา ดังนี้คือ การสร้างสัมพันธภาพ การบอกวัตถุประสงค์ในการให้สุขศึกษา โดยบอกเกี่ยวกับกฎระเบียบการเยี่ยม ค่าใช้จ่ายในการรักษา ปัญหาของการเจ็บป่วย การรักษา การพยาบาล อุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้ การพยากรณ์ของโรค การได้เรียนรู้ที่จะจัดการกับความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารก

2. การให้สุขศึกษาตามปกติ

หมายถึง การให้การดูแลและให้ข้อมูลความรู้ทั่วไปแก่บิดาและมารดา เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของทารก อาการ การรักษาและคำแนะนำต่างๆ ไปที่ไม่เฉพาะเจาะจง ไม่จำกัดผู้ให้ข้อมูล ไม่ได้ระบุจำนวนครั้งและระยะเวลาที่ให้ของพยาบาลประจำการ

3. ความวิตกกังวล

หมายถึง เป็นสภาวะการณ้อย่างใดอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในชีวิตประจำวันของบุคคล ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ความคับข้องใจซึ่งแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งวัดได้โดยการประยุกต์ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์

4. บิดาและมารดา

หมายถึง บิดาและมารดาของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่ง - ชาติมหาราชินี

5. ภาวะขาดออกซิเจน

หมายถึง ภาวะที่ประกอบด้วยเลือดขาดออกซิเจน มีคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงและเลือดเป็นกรด เนื่องจากการระบายอากาศที่ปอดและการไหลเวียนของเลือดไม่เพียงพอหรือไม่มี ภายหลังทารกคลอดแล้วหลายๆ นาที ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายมีเลือดและออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอ เป็นเหตุให้เซลล์และอวัยวะต่างๆ สูญเสียหน้าที่หรือตาย

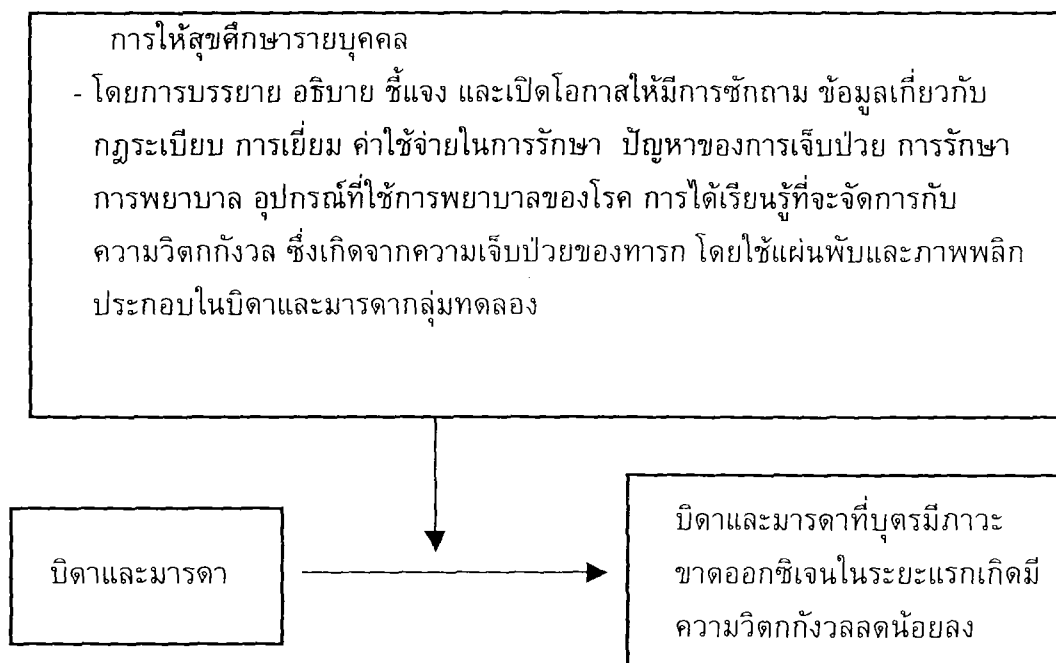
6. หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

หมายถึง หอผู้ป่วยที่ให้การดูแลและรักษาพยาบาลผู้ป่วยหนัก อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 เดือน ซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและระบบอื่นๆ ที่จำเป็นต้องมีการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง โดยเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ ความชำนาญเป็นพิเศษและมีการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษในการดูแลรักษาเพื่อช่วยชีวิต ซึ่งตั้งอยู่ที่ตึกมหิตลาธิเบศร ชั้นที่ 4 สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาตินิมหาราชินี กรุงเทพฯ

7. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาตินิมหาราชินี

หมายถึง สถาบันที่อยู่ในสังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ให้การ

รักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและฟื้นฟูสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งอยู่ที่ 420/8 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ ใกล้โรงพยาบาลราชวิถี ตรงข้าม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาค้นคว้า

สมมุติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. หลังการทดลองบิดาที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองมารดาที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่าก่อนการทดลอง
3. บิดากลุ่มทดลองที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวล ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
4. มารดากลุ่มทดลองที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวล ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาเรื่องผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลเกี่ยวกับความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจน ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็ก - แห่งชาติมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการให้สุขศึกษา
 - 1.2 บทบาทของพยาบาลในฐานะนักสุขศึกษา
 - 1.3 ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล
 - 1.4 ภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด
2. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า
 - 2.1 งานวิจัยในต่างประเทศ
 - 2.2 งานวิจัยในประเทศ

เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการให้สุขศึกษา

วิธีการให้สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ความคิด ความเชื่อ ค่านิยมและการปฏิบัติตนในเรื่องสุขภาพไปในทางที่เกิดผลดีต่อสุขภาพตนเองสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน วิธีการสุขศึกษามีบทบาทสำคัญ ในการถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพไปยังประชาชน มีผลทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความเชื่อ เปลี่ยนเจตคติและมีการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์ ดังนั้นในการพิจารณาถึงความเหมาะสมของวิธีการสุขศึกษาซึ่งมีอยู่หลายแบบ เพื่อนำไปใช้ให้เกิดผลตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จึงควรจะต้องคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (นิภา มนูญปัจจุ. 2528 : 8)

1. วิธีการที่จะใช้นั้นมีความเหมาะสมกับเนื้อหาสาระที่จะต้องถ่ายทอดหรือไม่
2. วิธีการที่จะใช้นั้นสัมพันธ์กับระดับความรู้ประสบการณ์และความต้องการของผู้เรียนหรือผู้รับความรู้หรือไม่
3. ช่วยกระตุ้นให้เกิดความสนใจในเนื้อหาสาระที่จะต้องถ่ายทอดมากน้อยเพียงใด
4. ทำให้ผู้เรียนหรือผู้รับความรู้ได้ใช้ประสาทสัมผัสหลายๆ ทางมากน้อยเพียงใด

5. เปิดโอกาสให้ผู้เรียนหรือผู้รับความรู้ ได้มีส่วนร่วมในการถ่ายทอดความรู้มากขึ้น
เพียงใด

6. ช่วยทำให้ผู้เรียนหรือผู้รับรู้เกิดพัฒนาการทางด้านการเรียนรู้มากขึ้นเพียงใด

นอกจากนี้ การเลือกใช้วิธีการศึกษาที่เหมาะสม จำเป็นที่จะต้องพิจารณาถึงองค์ประกอบต่างๆ สำหรับการพิจารณา ซึ่งสรุปได้ ดังนี้ (บุญยง เกี่ยวการค้า. 2530 : 382 - 383)

1. ผู้ให้ศึกษา จะต้องเป็นบุคคลที่มีความรู้ในเรื่องที่จะสอนและมีประสบการณ์ในเรื่องที่จะถ่ายทอดเป็นอย่างดี รวมทั้งการมีบุคลิกเป็นที่ยอมรับจากกลุ่มผู้รับความรู้ด้วย จึงจะทำให้การถ่ายทอดความรู้เกิดผลได้ง่ายและรวดเร็ว ถ้าเลือกวิธีการศึกษาได้เหมาะสมก็จะเป็นผลทำให้การถ่ายทอดความรู้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ผู้รับความรู้หรือกลุ่มเป้าหมาย จำเป็นต้องพิจารณาและเลือกวิธีการศึกษาให้สอดคล้องกับขนาดของกลุ่ม ระดับสติปัญญา พื้นฐานการศึกษา ประสบการณ์เดิม อายุ รวมทั้งสังคมสิ่งแวดล้อมและขนบธรรมเนียมประเพณีหรือวัฒนธรรมของกลุ่มเป้าหมาย จึงจะทำให้การถ่ายทอดความรู้เกิดผลดี

3. วัตถุประสงค์ของการถ่ายทอดความรู้ จะต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของการถ่ายทอดความรู้ที่ชัดเจนกว่าต้องการที่จะให้ผู้รับเกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องอะไรและในด้านใด ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ เจตคติและการปฏิบัติตัว ขณะเดียวกันการกำหนดวัตถุประสงค์และเลือกวิธีการให้ศึกษาจะต้องไม่มองข้ามความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ซึ่งมักจะแยกออกโดยไม่สัมพันธ์กันไม่ได้

4. เนื้อหาสาระในแต่ละเรื่อง จะมีเนื้อหาสาระที่มีลักษณะพิเศษเฉพาะ ถ้าเป็นเนื้อหาสาระที่ง่ายก็อาจใช้วิธีการที่ง่าย เช่น วิธีการบรรยายหรือบอกเล่าธรรมดา แต่ถ้าเป็นเนื้อหาที่ยุ่งยากซับซ้อนก็อาจจะต้องใช้วิธีการบรรยายประกอบการสาธิตหรือวิธีศึกษาเฉพาะกรณีหรือการฝึกปฏิบัติเป็นต้น

5. เวลาและสิ่งอำนวยความสะดวก ถ้ามีเวลาเตรียมการมาก ผู้สอนสามารถที่จะเลือกวิธีที่ซับซ้อนและมีประสิทธิภาพได้ แต่ถ้ามีเวลาเตรียมการน้อยจำเป็นต้องเลือกวิธีง่าย และในช่วงเวลาของวันจะมีผลอย่างมากต่อการเลือกใช้วิธีการศึกษา เช่น ช่วงเวลาเช้าผู้รับฟังมีความกระปรี้กระเปร่า อาจใช้วิธีบรรยายหรืออภิปรายได้ แต่ช่วงบ่ายต้องเปลี่ยนเป็นวิธีการประชุมกลุ่มย่อย เพื่อให้ผู้รับฟังได้แสดงความคิดเห็นกันอย่างเต็มที่ นอกจากนี้ยังมีสิ่งอำนวยความสะดวกอื่นๆ เช่น สถานที่ อุปกรณ์ สื่อการสอน ไฟฟ้า เป็นต้น ถ้าสิ่งต่างๆ ดังกล่าวไม่พร้อมก็จะเป็นอุปสรรคและมีผลบังคับให้ต้องเลือกวิธีการที่ไม่เหมาะสมได้

ดังนั้นในการเลือกใช้วิธีการให้ศึกษาที่ถูกต้องและเหมาะสมจะทำให้ผู้รับฟังเกิดความเข้าใจเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นได้ทุกคนทุกสภาวะและตลอดชีวิต แต่การเรียนรู้แต่ละครั้งจำเป็นต้องใช้หลายวิธีผสมผสานกัน โดยใช้เวลา

ใช้ประสบการณ์ ใช้กระบวนการสอน สื่อการสอนต่างๆ ซึ่งจะทำให้เกิดการเรียนรู้ความเข้าใจ จำได้ ประทับใจและสามารถนำมาปฏิบัติได้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีการให้สุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. การให้สุขศึกษารายบุคคล โดยการบรรยาย ประกอบสื่อการสอน
2. การใช้สื่อการสอน ได้แก่ ภาพพลิก เอกสารแผ่นพับ

การให้สุขศึกษารายบุคคล

การให้สุขศึกษารายบุคคล เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพโดยมุ่งผลของการเรียนรู้การเกิดความเชื่อ การเปลี่ยนเจตคติและมีการปฏิบัติที่ถูกต้องทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดีของบุคคลแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ เพราะปัญหาสุขภาพบางอย่างจำเป็นต้องให้ความรู้แบบรายบุคคลจึงจะได้ผล เช่น ปัญหาส่วนตัวของบุคคล พฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นต้น การให้สุขศึกษารายบุคคลจึงเป็นการเข้าถึงผู้ป่วยหรือผู้เรียนได้มากที่สุด มีโอกาสที่จะสอดแทรกความรู้ได้ตลอดเวลา โดยการผสมผสานไปกับการให้บริการสามารถทำได้ทุกโอกาสและทุกสถานที่ ดังนั้นการให้สุขศึกษารายบุคคลจึงมีแนวคิดรวบยอดที่ควรคำนึงถึง ดังนี้คือ (สุรีย์ จันทรโมลี. 2527 : 9 -10)

1. สุขภาพของคนในครอบครัวและชุมชนจะดีขึ้นขึ้นอยู่กับสุขภาพของแต่ละบุคคลเป็นพื้นฐาน เริ่มจากการที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจ ให้ความร่วมมือในการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค ลดอัตราการปฏิบัติตัวที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาการเจ็บป่วย
2. ในกระบวนการเรียนการสอนแบบรายบุคคล สิ่งแรกที่จะต้องเน้นคือ กระบวนการทางด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้เรียน ไม่ใช่เน้นเฉพาะเนื้อหาความรู้ที่จะสอนเท่านั้น
3. การรับรู้ของบุคคลจะดีเพียงใดขึ้นอยู่กับประสบการณ์และธรรมชาติของสิ่งเร้า ซึ่งบุคคลมักจะเลือกรับรู้ ตอบสนองต่อความรู้ต่างๆ ไม่เหมือนกัน
4. มนุษย์มีความแตกต่างกันตามธรรมชาติทั้งในด้านรูปธรรม เช่น อายุ เพศ อาชีพ ครอบครัว ศาสนา สังคม เศรษฐกิจ การเจ็บป่วย เป็นต้น และในด้านนามธรรม เช่น ความรู้สึกนึกคิด เจตคติ ค่านิยม ความสามารถ ทักษะ ความจำ การเรียนรู้ เหตุผล ประสบการณ์ แนวคิดรวบยอดต่อสุขภาพ แรงจูงใจ สุขนิสัย ความสามารถในการปรับตัว เป็นต้น

นอกจากนี้การให้สุขศึกษารายบุคคลจะต้องศึกษาผู้ที่รับความรู้ก่อนว่ามีพฤติกรรมสุขภาพเป็นอย่างไรบ้าง มีสิ่งใดที่ปฏิบัติไม่ถูกต้องควรแก้ไข สิ่งใดที่ปฏิบัติถูกต้องเหมาะสม ควรส่งเสริมให้กำลังใจและควรมององค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย ตลอดจนความสอดคล้องกับการดำรงชีวิตและความสามารถที่จะนำความรู้ไปแก้ปัญหสุขภาพของ ตัวเองได้ดังนั้นความสำคัญของการให้สุขศึกษารายบุคคลจึงสรุปได้ดังนี้ (บุญยง เกี่ยวการค้า. 2530 : 380)

1. สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจแก่บุคคลได้อย่างละเอียด

2. สามารถช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวได้ โดยการวิเคราะห์ปัญหาและให้คำปรึกษาแนะนำเฉพาะบุคคล
3. ผู้รับความรู้มีโอกาสได้ซักถามเพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ตามต้องการ
4. สามารถชักชวนให้บุคคลทำตามในสิ่งที่ต้องการได้
5. สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการอธิบายเหตุผลและเสนอข้อมูลที่เป็นจริงให้รู้
6. ช่วยสอนทักษะพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแก่บุคคลเฉพาะรายได้

หลักการให้สุขศึกษารายบุคคลและข้อดี-ข้อเสียของการให้สุขศึกษารายบุคคล

หลักการให้สุขศึกษารายบุคคล ตลอดจนข้อดีและข้อเสียเกี่ยวกับการให้สุขศึกษารายบุคคลซึ่ง สूरีย จันทรโมลี ได้กล่าวไว้ดังนี้ (สूरีย จันทรโมลี. 2527 : 12)

หลักการให้สุขศึกษารายบุคคล

1. มีความรัก ความเห็นใจในตัวผู้รับความรู้หรือผู้ป่วย มีความพอใจเต็มใจที่จะให้ความรู้เพื่อแก้ปัญหาการเจ็บป่วย ต้องการให้ผู้รับความรู้หรือผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี
2. ควรจำชื่อและเรียกชื่อให้ถูกต้อง เพราะชื่อมีความหมายสำหรับบุคคล การจำชื่อได้และเรียกได้ถูกต้องเป็นการแสดงถึงความสนใจ ช่วยทำให้เกิดความอบอุ่นใจและเป็นกันเอง ควรรู้จักใช้สรรพนามในการเรียกชื่อ โดยพิจารณาตามอายุ
3. มีท่าทางเป็นกันเอง การยิ้มแย้ม ทักทาย สร้างบรรยากาศ ความเป็นกันเอง เป็นการให้เกียรติผู้รับความรู้หรือผู้ป่วย ช่วยให้เกิดความสบายใจ
4. ให้ความสนใจกระตือรือร้น พุดคุยด้วย เพื่อให้เห็นว่ามีคามยินดีและเต็มใจให้บริการ
5. รู้จักใช้คำถามนำ กระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือผู้รับความรู้ได้พูดถึงปัญหา การตัดสินใจ การให้ความร่วมมือและมีศิลปะในการฟัง

ข้อดีของการให้สุขศึกษารายบุคคล

1. ช่วยส่งเสริมบรรยากาศความเป็นกันเอง ช่วยลดความรู้สึกแปลกหน้าต่อกัน ทำให้มีความรู้สึกเหมือนพุดคุยกับคนที่ไว้วางใจ
2. ช่วยให้ผู้รับความรู้มีโอกาสได้วิเคราะห์ แยกแยะและสามารถระบุถึงปัญหาสุขภาพของตนเองได้ ช่วยให้เข้าใจถึงสาเหตุของปัญหา มองเห็นแนวทางการแก้ไขปัญหา เช่น ผู้ป่วยโรคกระเพาะ สามารถระบุถึงสาเหตุจากพฤติกรรมของตนเอง เช่น เนื่องจากกินอาหารไม่เป็นเวลา กินยาแก้ปวดเป็นประจำ เป็นคนขี้โมโหง่าย สุกดิบหรือจัด การที่ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุต่างๆ ที่มาสัมพันธ์กับการเจ็บป่วย จะได้พิจารณาเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ละอย่างได้

เหมาะสม

3. ช่วยให้ผู้สอนหรือเจ้าหน้าที่ได้ข้อมูลต่าง ๆ จากผู้เรียนหรือผู้ป่วยเป็นประโยชน์ในการนำมาประยุกต์ใช้ในการสอนสุขศึกษา ซึ่งแนะช่องทางการปรับตัวของผู้เรียนได้ถูกต้องได้ทราบถึงความต้องการ ความสนใจ ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติตัว ได้ฟังความคิดเห็น เข้าใจสภาพการณ์จิตใจ สามารถส่งเสริมให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้พยายามที่จะเอาชนะปัญหาการเจ็บป่วย ช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดี

4. ช่วยส่งเสริมมนุษยสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน แก้ไขปัญหาความเข้าใจผิดต่าง ๆ ได้

5. มีโอกาสได้ระบายความอัดอั้น ไม่สบายใจ ความรู้สึกคับข้องใจ ความทุกข์ปัญหาในเรื่องส่วนตัว พบว่าบุคคลต้องการซักถามเรื่องส่วนตัวเมื่ออยู่ตามลำพังกับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยบางคนไม่กล้าซักถามแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ในขณะที่อยู่กันเป็นกลุ่มต้องการหาโอกาสที่จะปรึกษาแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ในปัญหาการเจ็บป่วยตามลำพัง

6. การให้สุขศึกษารายบุคคล สามารถสอดแทรกผสมผสานได้ในทุกโอกาส ทุกเวลา ทุกสถานที่และให้ได้เมื่อเกิดปัญหาเฉพาะหน้า ไม่ต้องมีการเตรียมตัวก็สามารถให้ความรู้ได้ ทันทีทันต่อเหตุการณ์

7. บุคคลมีโอกาสดำเนินการผลการเรียนรู้ได้ทันที สามารถประเมินผลการเรียนรู้ความเข้าใจ ทราบถึงปัญหาและแนวทางในการแก้ไขปัญหา แก้ไขความเข้าใจผิด การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งผู้สอนหรือเจ้าหน้าที่มีโอกาสปรับปรุงการให้ความรู้ ความเข้าใจให้เหมาะสมกับบุคคลและสถานการณ์

ข้อเสียของการให้สุขศึกษารายบุคคล

1. เสียเวลาของเจ้าหน้าที่ในการพูด อธิบาย ชี้แจง ซึ่งต้องใช้เวลาในการรับฟังปัญหาการโต้ตอบข้อสงสัยต่าง ๆ การให้กำลังใจ

2. ถ้าพบผู้ป่วยซึ่งพูดซ้ำซาก ไม่มีสาระ ทำให้เสียเวลา

3. ในบางแห่งเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอที่จะให้บริการ

ดังนั้นการให้สุขศึกษารายบุคคลจะบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ได้นั้น ผู้ให้สุขศึกษาจะต้องมีบทบาทที่สำคัญคือ ต้องมีความรู้ มีความรักในการสอน มีความรู้ความเข้าใจในพื้นฐานวิชาจิตวิทยาการศึกษา พฤติกรรมศาสตร์ มีความเข้าใจคน ตลอดจนเข้าใจความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่างๆ เป็นอย่างดี (สุรีย์ จันทรโมลี. 2527 : 11-12)

ในการให้สุขศึกษารายบุคคลนั้นมีหลายรูปแบบ จำเป็นต้องเข้าใจถึงลักษณะของแต่ละรูปแบบ รวมถึงประโยชน์และข้อจำกัดของการใช้เป็นวิธีที่ดี ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการให้สุขศึกษาดังต่อไปนี้

การบรรยาย

การสอนแบบบรรยายเป็นวิธีการสอนที่มีความคุ้นเคยกันมาเป็นเวลานาน เป็นวิธีการสอนที่จัดทำได้ง่าย เพราะมีเพียงผู้บรรยายและผู้เรียน มีจุดมุ่งหมายให้ผู้เรียนได้ฟัง ได้คิด ได้พิจารณา ได้เข้าใจ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้

องค์ประกอบที่ควรคำนึงถึงในการสอนแบบบรรยาย (สุริย์ จันทรมล. 2527 : 63 - 64)

1. ตั้งจุดมุ่งหมายในการบรรยายแต่ละครั้ง
 2. ผู้บรรยายควรได้ศึกษาวิเคราะห์ผู้เรียนล่วงหน้า เพื่อเป็นประโยชน์ในการปูพื้นฐานความรู้ การเชื่อมโยงความรู้ที่จะให้การพิจารณาถึงโอกาสที่จะนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวัน โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้เรียนเป็นหลัก
 3. ผู้บรรยายจะต้องมีความรู้ในเรื่องที่จะบรรยายเป็นอย่างดี
 4. ในการบรรยายแต่ละครั้งไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง
 5. ในการบรรยายแต่ละครั้งไม่ควรครอบคลุมทุกหัวเรื่อง
 6. ในระหว่างที่บรรยายควรสร้างบรรยากาศให้มีความเป็นกันเอง มีอารมณ์ขันบ้าง
 7. ผู้บรรยายควรเตรียมโน้ตการสอนล่วงหน้า
 8. การบรรยายไม่ใช่เป็นการให้เนื้อหาความรู้ข้อมูลเพียงอย่างเดียว ควรเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถามข้อสงสัย
 9. การบรรยายจะเพิ่มความสนใจยิ่งขึ้น ถ้าใช้อุปกรณ์เป็นเครื่องมือช่วยประกอบในการบรรยาย
 10. ผู้บรรยายต้องรู้จักสังเกตมีความไวต่อความรู้สึกของผู้เรียนและความไม่สบายอารมณ์ของผู้เรียน สิ่งเหล่านี้ควรสังเกตหาสาเหตุเพื่อได้ปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงการสอนให้เหมาะสม
 11. เมื่อจบการบรรยายควรจะมีการประเมินผลเพื่อพิจารณาว่าผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ เพื่อปรับปรุงการบรรยายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- การให้สุขศึกษาไม่จำเป็นต้องถ่ายทอดความรู้โดยการบรรยายหรือสาธิตแต่อาจใช้อุปกรณ์ที่เป็นสื่อในการถ่ายทอดความรู้ได้ การสอนสุขศึกษาโดยใช้สื่อ เป็นการสอนที่ผู้สอนใช้อุปกรณ์เป็นสื่อกลาง ในการถ่ายทอดความรู้ทางด้านสุขภาพอนามัยไปยังผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากไม่รู้เป็นรู้ จากรู้น้อยเป็นรู้มากหรือจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการรับรู้ของผู้เรียนโดยผ่านประสาทสัมผัสทั้ง 5 คือ ตา หู จมูก ลิ้น และกาย

สื่อการสอน (Instruction media)

การเรียนการสอนจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุดได้ ผู้สอนจะต้องรู้จักเลือกวิธีการสอนและสื่อการสอนที่เหมาะสม โดยเฉพาะในเรื่องของสื่อการสอนจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในบทเรียน เกิดการเรียนรู้ได้มากยิ่งขึ้น จึงได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับสื่อการสอนไว้ดังนี้

สื่อการสอน หมายถึง เครื่องมือที่ใช้ประกอบการสอน ซึ่งทำให้ผู้เรียนเกิดความรู้ความเข้าใจทางด้านสุขภาพ มีเจตคติและสามารถนำไปปฏิบัติแก้ไขปัญหาวินิจฉัยได้ถูกต้อง ถูกต้อง ทันสมัย เชื่อถือได้ (กรมพลศึกษา. 2530 : 61)

สื่อการสอน หมายถึง วัตถุอุปกรณ์และวิธีการที่ประกอบการสอน ซึ่งใช้เป็นสื่อกลางในการสื่อความหมายที่ผู้สอนประสงค์จะส่งหรือถ่ายทอดไปยังผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งออกเป็น (ชัยยงค์ พรหมวงศ์ และคนอื่นๆ. 2521 : 90)

1. สิ่งสิ่งเปลี่ยนต่างๆ ซึ่งเรียกว่า “ วัสดุ ” ได้แก่ รูปภาพ แผนภูมิ แผนที่ ซอล์ก แบบเรียน फिल्मภาพยนตร์ เป็นต้น
2. เครื่องมือที่มีความคงทนถาวร ซึ่งเรียกว่า “ อุปกรณ์ ” ได้แก่ โต๊ะ เก้าอี้ กระดานดำ เครื่องฉาย เครื่องเสียงต่างๆ เป็นต้น
3. กระบวนการและวิธีการ ซึ่งรวมทั้งวิธีการใช้วัสดุอุปกรณ์และกระบวนการที่เป็นอิสระคือ ไม่ต้องใช้วัสดุอุปกรณ์อย่างใดเลย เช่น การฟังวิทยากร การศึกษานอกสถานที่ เป็นต้น

สื่อการสอนที่ดีมีลักษณะดังนี้ (สุนทรี ภานุทัตและคนอื่นๆ. 2526 : 17)

1. เหมาะสมกับระดับอายุและระดับสติปัญญาของผู้เรียน
2. เหมาะสมกับประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
3. เหมาะสมกับความต้องการและความสนใจของผู้เรียน
4. เหมาะสมกับเนื้อหาที่จะสอน
5. ตรงกับจุดมุ่งหมาย
6. มีลักษณะน่าสนใจ
7. ไม่ทำให้เสียเวลาในการใช้มากเกินไป
8. ให้ความถูกต้องและความแท้จริงของข้อสงสัย (สนเทศ)
9. ให้ความคิดรวบยอดง่ายไม่ซับซ้อนมากเกินไป
10. มีความชัดเจนและสภาพดี
11. ช่วยให้ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาวิชาได้ดียิ่งขึ้น
12. ช่วยเสริมสร้างเจตคติที่ดีให้แก่ผู้เรียน
13. ให้ผลต่อการเรียนการสอนมากที่สุด

14. ราคาไม่แพงจนเกินไป

จากความหมายของสื่อการสอนข้างต้น ผู้วิจัยได้นำสื่อการสอนหลายๆ อย่างมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ดังจะกล่าวรายละเอียดต่อไปนี้

ภาพพลิก (Flipcharts)

ภาพพลิก เป็นชุดของภาพถ่าย ภาพวาด แผนภูมิกราฟและรูปภาพ มีขนาดใหญ่ประมาณ 21 X 27 เซนติเมตร มีภาพจำนวน 15 ถึง 20 แผ่น นำมาจัดเรียงรวมกันเป็นเรื่อง ปกติทำด้วยกระดาษแข็ง ที่สันปกมีห่วงร้อยแผนภาพเหล่านี้เอาไว้ โดยเรียงภาพตามลำดับเรื่อง ผู้สอนสามารถวางตั้งและพลิกไปได้ทีละภาพ ด้านหลังของภาพมีคำบรรยายประกอบเหมาะสำหรับสอนผู้เรียนกลุ่มเล็กๆ (พรสุข หุ่นรินทร์. 2534 : 125)

ประโยชน์ของภาพพลิก

1. สามารถทำใช้เองได้และราคาไม่แพง
2. ง่ายต่อการเคลื่อนย้าย นำติดตัวไปได้
3. เป็นวิธีที่ดีในการเสนอข้อมูลโดยรูปภาพ เสนอเรื่องเรียงตามลำดับภาพ

แผ่นพับ (Leaflet or Brochure)

แผ่นพับ เป็นสื่อประเภทสิ่งพิมพ์เป็นกระดาษแผ่นเดียวที่พับหนึ่งครั้ง สองครั้ง หรืออาจมากกว่านั้น มีขนาดประมาณ 8 นิ้ว X 11 นิ้ว บรรจุเนื้อหาสาระที่สนใจเพียงเรื่องเดียวเรียงเป็นลำดับต่อเนื่องกันตั้งแต่หน้าแรกจนถึงหน้าสุดท้ายและอาจมีรูปภาพประกอบด้วยสำหรับใช้ในการพิมพ์นั้น อาจเป็นสีเดียวหรือหลายสีก็ได้ ขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมาย เนื้อหาและผู้รับความรู้ที่นำไปใช้ นอกจากนั้นแผ่นพับยังมีประโยชน์มากในการไขข้อข้องใจในด้านสุขภาพอนามัยหรือเรื่องอื่น ๆ ที่สนใจ เมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการความรู้บางอย่างเพื่อให้ได้คำตอบอย่างถูกต้อง แผ่นพับเป็นสิ่งพิมพ์ที่ทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถศึกษาได้ด้วยตนเองตลอดเวลา การสร้างแผ่นพับนั้น ควรให้มีความสนใจผู้อ่านทั้งสีรูปภาพและขนาด ใช้ประโยชน์สั้นๆ ที่ตรงไปตรงมา ชัดเจน อ่านง่าย นอกจากนี้ยังมีส่วนประกอบอื่นที่ช่วยให้ผู้อ่านขึ้น เช่น ขนาดของตัวอักษรและควรมีภาพประกอบที่เหมาะสมกับวัยของผู้เรียน เพราะจะทำให้เกิดความเข้าใจและสามารถจำได้ดีกว่าการใช้ตัวหนังสือเพียงอย่างเดียว การใช้แผ่นพับเป็นสื่อประกอบการสอนจะช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ด้วยตนเองตลอดเวลา สามารถอ่านเมื่อใดก็ได้ตามความต้องการของผู้เรียน นอกจากนี้ยังประหยัด ลงทุนน้อย สามารถนำติดตัวไปได้สะดวก ถ้าได้อ่านบ่อยๆ จะทำให้เกิดความรู้อย่างดีและสามารถจำได้ดียิ่งขึ้น (ณรงค์ สมพงษ์. 2530 : 151)

ข้อดีของแผ่นพับ

1. บรรจุเนื้อหาที่สำคัญและจำเป็นต้องรู้
2. เหมาะสมกับความแตกต่างของผู้เรียน
3. ผู้เรียนมีความเข้าใจและสามารถทบทวนเนื้อหาได้เมื่อต้องการ
4. สะดวกในการนำติดตัวไป

ข้อจำกัดของแผ่นพับ

1. ล้ำสมัยได้ง่าย
2. ยุ่งยากในการผลิตถ้าต้องการคุณภาพที่ดี
3. ใช้เงินมากถ้าต้องการพิมพ์ให้สวยงาม

จากที่ได้กล่าวมาข้างต้น เพื่อให้บิดาและมารดาได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของบุตรเกิดการคลายความวิตกกังวล ผู้วิจัยจึงใช้รูปแบบการให้สุขศึกษารายบุคคลแบบบรรยายและใช้สื่อการสอนได้แก่ แผ่นพับและภาพพลิก มาประยุกต์ใช้ในการให้สุขศึกษาครั้งนี้

บทบาทของพยาบาลในฐานะนักสุขศึกษา

บทบาทพยาบาลในฐานะนักสุขศึกษาในการให้คำแนะนำบิดา มารดาและญาติ โดยในปัจจุบันคำนึงถึงการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจของครอบครัว (Family centered care) ยึดหลักการดังนี้

1. การยอมรับว่าครอบครัวนั้นเป็นศูนย์กลางหลักในการตัดสินใจสำหรับชีวิตของเด็ก ระบบบริการทางสาธารณสุขและบุคลากรทางสาธารณสุขในระบบเป็นเพียงตัวเสริมที่แปรเปลี่ยนได้

2. การส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือระหว่างบิดามารดา ครอบครัวกับบุคลากรทางสาธารณสุขในทุกระดับ

3. การให้บิดามารดา ครอบครัว ได้รับทราบข้อมูลที่สมบูรณ์ ปราศจากอคติ เกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบริหารจัดการอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ด้วยวิธีการที่เหมาะสมและทำให้แสดงความเอื้ออาทรและเมตตากรุณา

4. การมีนโยบายและโครงสร้างที่เหมาะสมเพื่อสนองการบริการเบ็ดเสร็จที่ครอบคลุมถึงการช่วยเหลือเกื้อกูลในส่วนที่จำเป็นของครอบครัว ทางด้านจิตใจอารมณ์และทุนทรัพย์เมื่อมีการตกต่ำหรือขาดแคลน

5. การยอมรับว่าแต่ละครอบครัวจะมีความเข้มแข็งและความเป็นปัจเจกบุคคลอันเป็นลักษณะเฉพาะตนและต้องเคารพในวิธีการที่แต่ละครอบครัวจะใช้เผชิญกับความเครียดตามแบบของตน

6. การเข้าใจในสิ่งจำเป็นทางพัฒนาการของทารกและทางจิตใจอารมณ์ของบิดามารดา ครอบครัวและนำความต้องการเหล่านั้นมาจัดเข้าในระบบการให้บริการ

7. การส่งเสริมให้มีกลุ่ม พ่อแม่ช่วยพ่อแม่ หรือครอบครัวช่วยครอบครัวโดยฝึกแนะนำและให้กำลังใจ

8. การยึดรูปแบบของระบบบริการในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดที่มีบิดา มารดาและผู้ปกครองเข้าถึงได้ มีความยืดหยุ่นและมีการตอบสนองต่อความจำเป็นของบิดา มารดาและครอบครัว

แนวทางที่จะจัด Family-centered care ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

1. ผู้บริหารหอผู้ป่วยหนักและผู้บริหารระดับสูง ต้องศรัทธาในแนวคิดดังกล่าวนี้มีนโยบายและหาทรัพยากรเพื่อสนับสนุน

2. ระบบและกฎเกณฑ์ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดต้องมีความยืดหยุ่นโดย

2.1 เอื้ออำนวยความสะดวกต่อการสร้าง Bonding และ Attachment โดยสนับสนุนให้บิดามารดาครอบครัวได้มีโอกาสเห็น สัมผัสและมีส่วนในการช่วยดูแลทารกให้เร็วที่สุดในเวลาอันสมควร ส่งเสริมการให้นมแม่เลี้ยงทารก

2.2 เอื้ออำนวยความสะดวกให้บิดามารดา ครอบครัวได้แสดงบทบาทของตนในการเลี้ยงดูดูแลทารกในเวลาอันสมควร มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาหรือแม้แต่การจะหยุดรักษา มีการจัดให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการรักษา

2.3 อำนวยความสะดวกในการเข้าเยี่ยมหรือการถามข่าวคราวของทารก

3. โครงสร้างของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและบริการสำหรับบิดามารดาและครอบครัว ควรมีรูปแบบในการลดความเครียดและส่งเสริมให้เผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น เช่น

3.1 จัดหรือแนะนำที่พักอาศัยที่ทำให้สามารถอยู่กับทารกหรืออยู่ใกล้ๆ ทารกของตนได้ ให้คำปรึกษาแนะนำในเรื่องการเดินทางเส้นทางในกรณีที่ไม้อาจอยู่กับทารกได้

3.2 มีบริการหรือคำแนะนำในการหาอาหาร เครื่องดื่ม เครื่องอุปโภคและสุขภัณฑ์ที่จำเป็น

3.3 บริเวณที่พักรอมีความสะดวกสบายพอควร

3.4 จัดเวลาและสถานที่สำหรับการให้ข้อมูลข่าวสารของทารกอย่างสม่ำเสมอ

3.5 จัดเสนอแผ่นพับหรือสื่ออื่น ๆ เช่น เทปวิดีโอที่อธิบายถึงโครงสร้างระบบระเบียบของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ให้สามารถทำความเข้าใจและเข้าใจได้ในบริเวณที่พักรอหรือแจกให้ครอบครัว สื่อเหล่านี้อาจสอดแทรกความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคของทารกแรกเกิดที่พบบ่อย การรักษาและอุปกรณ์ในการรักษา รวมทั้งแหล่งทรัพยากรและองค์กรที่จะช่วยเหลือทารก

3.6 จัดห้องแยกเฉพาะเพื่อความเป็นส่วนตัว สำหรับการพบปะให้ข้อมูลคำปรึกษาเฉพาะรายหรือในการแจ้งข่าวร้ายที่บิดามารดา ครอบครัว อาจต้องการความเป็นส่วนตัวเพื่อปรึกษา แสดงความโศกเศร้าเสียใจหรือคร่ำครวญกับการสูญเสีย

4. บุคลากรของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดในการช่วยเหลือบิดามารดา ครอบครัว
ควรมีการเตรียมตัวในลักษณะดังนี้

4.1 ดำเนินงานเป็นกลุ่มโดยมีบุคลากรทั้งแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์
ที่มีความรู้สึกและมีความตั้งใจที่ดีต่อบิดามารดา ครอบครัว ในกลุ่มควรมีจิตแพทย์ร่วมเป็นที่
ปรึกษาที่อาจสามารถมาช่วยในกรณีที่บิดามารดาครอบครัวมีปัญหาความโศกเศร้ามาก
มีความเครียดที่รุนแรงหรือมีความรู้สึกเป็นปฏิกิริยาต่อหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดที่เกินความ
สามารถของบุคลากรประจำในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดที่จะเผชิญได้

4.2 จากบุคคลในกลุ่ม ควรมีคนที่สามารถปลื้มตัวให้เวลาทำตนเป็นผู้คุ้นเคย
ประจำบิดามารดา ครอบครัว แต่ละรายเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและมีความน่าเชื่อถือ

4.3 บุคลากรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดควรได้รับการฝึกอบรมและฝึกให้
มีความรู้และทักษะเหล่านี้

4.3.1 ปฏิบัติการต่อการเศร้าเสียใจว่ามีระยะรูปแบบอย่างไร วิธีที่จะประเมิน
บิดามารดา ครอบครัวว่ามีลักษณะพื้นฐานอย่างไร มีกลไกการเผชิญความเครียดเหล่านี้และวิธี
การที่จะเผชิญกับบิดามารดา ครอบครัวที่มีความรู้สึกและปฏิกิริยาที่ไม่ดีต่อหอผู้ป่วยหนักทารก
แรกเกิด

4.3.2 การสื่อสารกับบิดามารดา ผู้ปกครอง โดยยึดหลัก

- ข้อมูลต้องชัดเจนรวดเร็ว
- ภาษาต้องง่าย กระชับ
- ให้หวังไว้บ้าง อย่างน้อยให้รู้ว่าทารกได้การดูแลที่ดีที่สุดแล้ว
- การใช้ Body language สีสหน้าท่าทางที่แสดงถึงความร่วมรู้สึก แต่
อย่าทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกว่าตนน่าสมเพชหรือต่ำต้อย

- ไม่มีการลำเลิก แสดงความเป็นเจ้าบุญ นายคุณ
- เลี่ยงการขัดแย้งและหาทางบรรเทาข้อขัดแย้ง ใช้ความสงบสยบ
ความรุนแรง

- ให้ความรับฟังความรู้สึก ข้อคิดเห็นจากบิดามารดา ครอบครัว
และพยายามกระตุ้นให้บิดามารดา ครอบครัวพูด

- ให้โอกาสบิดามารดา ครอบครัว มีส่วนร่วมในการตัดสินใจให้
ข้อคิดเห็นหรือคำแนะนำในแผนการรักษาทารก

- รู้จังหวะและขั้นตอนที่เหมาะสมในการให้ข้อมูล
- ติดต่อสื่อสารกับบิดามารดา ครอบครัวต่อไปแม้ทารกจะตายหรือ
จำหน่ายจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

4.4 จัดกลุ่มช่วยเหลือจากกลุ่มบิดามารดา ครอบครัวด้วยตนเอง โดยเลือก
จากบิดามารดา ครอบครัวที่มีประสบการณ์ผ่านวิกฤติเหล่านี้มาแล้วและความสมัครใจเข้าร่วม

กลุ่มสัมพันธ์

4.5 จัดการสอนและฝึกทักษะบิดามารดา ครอบครัว สำหรับการดูแลทารกที่บ้านหลังจากจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

พยาบาลในฐานะนักศึกษามีส่วนช่วยในการให้คำแนะนำปรึกษา แสดงความเห็นอกเห็นใจ เข้าใจอารมณ์และความต้องการต่างๆของบิดา มารดาและญาติ ช่วยให้เกิดการคลายความวิตกกังวล

ทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความหมายของความวิตกกังวล

โรเจอร์ส (Rogers. 1951 : 42) กล่าวว่าความวิตกกังวลเป็นสภาวะวิกฤตทางจิตใจ ได้แก่ ความรู้สึกอัดอัด ไม่สบายใจ หวาดหวั่น ไม่แน่ใจและหวาดกลัวต่อสิ่งที่มาคุกคามตน โดยหาสาเหตุได้ไม่ชัดเจน ภาวะดังกล่าวเกิดจากความไม่กลมกลืนระหว่างตนตามการรับรู้กับประสบการณ์ของตนเองหรือความจริงที่เกิดขึ้น

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielbergere. 1970 : 177) กล่าวถึง ความวิตกกังวลว่าเป็นความรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ตื่นตระหนก ไม่สบายใจต่อสภาพการณ์ที่เผชิญอยู่และจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระวิทยาเกิดขึ้น ได้แก่ ใจสั่น ปวดศีรษะ มีปัสสาวะบ่อย เป็นต้น และถ้ามีความวิตกกังวลสูงจะมีความรู้สึกตื่นตระหนก หวาดกลัวสุดขีด

บลัคเกอร์ (Blucker. 1982 : 77-79) ได้กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นลักษณะของอารมณ์ที่ยากจะอธิบายและยากมากขึ้นในการที่กล่าวถึงลักษณะอาการที่แน่นอนเช่น

1. อาการทางประสาท มักใช้คู่กับคำว่า “วิตกกังวล” เกือบทุกคนมีอาการทางประสาทในเวลาใดเวลาหนึ่ง อาการประสาทสามารถรับรู้ได้ในความรุนแรงที่มีหลายระดับ

2. ความตึงเครียด เป็นอีกคำหนึ่งที่ใช้อธิบายอาการ ซึ่งตามปกติมักจะเป็นความวิตกกังวลในระดับต่ำ ซึ่งจะเห็นได้ในรูปของความรับรู้

3. ความกลัว เป็นระดับของความวิตกกังวลที่สูงขึ้นและจะมีผลอย่างรุนแรงต่อความสามารถในการเล่นกีฬา ความวิตกกังวลนั้นอาจเกิดจาก

3.1 ความวิตกกังวลจากจิตไร้สำนึก ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่บุคคลไม่ตระหนักรู้

3.2 ความวิตกกังวลที่เกิดได้อย่างอิสระ ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่รุนแรงอันอาจสังเกตเห็นได้และความวิตกกังวลนี้อาจย้อนกลับมาใหม่ได้อีก ควรตระหนักรู้ว่าในความวิตกกังวลเกิดขึ้นอย่างอิสระนั้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลจะรับรู้ได้ว่าเขาอยู่ภายใต้ความกดดันแต่ไม่สามารถเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล

4. การเสียขวัญ มักเป็นความวิตกกังวลที่รุนแรงที่สุด ซึ่งไม่ควรให้เกิดการเสียขวัญขึ้นและการเสียขวัญเป็นเงื่อนไขของความวิตกกังวลที่มีความรุนแรงจะทำให้บุคคลไม่สามารถ

ควบคุมตัวเองได้อย่างสมบูรณ์ และไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ วิธีที่จะจัดการกับบุคคล ที่ได้รับความกระทบกระเทือนจากการเสียชีวิตนั้น จะต้องใช้ความอ่อนโยนและความอดทน

สมศรี เชื้อหิรัญ (2525:6) กล่าวถึงความวิตกกังวลว่า เป็นสภาวะที่ไม่มีใครสามารถ หลีกเลี่ยงได้และก่อให้เกิดพฤติกรรมต่างๆ เป็นความรู้สึกไม่สบายใจและมักไม่รู้สาเหตุที่แท้จริง จะเกิดขึ้นเมื่อมีความรู้สึกไม่ปลอดภัย บางคนแสดงออกในรูปของความกลัวว่าจะมีเหตุร้ายเกิดขึ้น

จากความหมายและแนวคิดของความวิตกกังวลที่กล่าวมา สรุปได้ว่าความวิตกกังวล เป็นสภาวะการณ้อย่างใดอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในชีวิตประจำวันของบุคคล ทำให้เกิดความไม่สบายใจ ความคับข้องใจซึ่งแสดงออกทั้งทางร่างกายและจิตใจ

ประเภทของความวิตกกังวล

สปีลเบิร์กเกอร์ (Spielbergere. 1970 : 487-489) แบ่งความวิตกกังวลตามลักษณะที่ แสดงออกเป็น 2 ชนิดคือ

1. ความวิตกกังวลที่เป็นบุคลิกภาพประจำตัว (Trait Anxiety or A-Trait) คือ ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างจะคงที่และจะไม่ ปรากฏออกมาในลักษณะของพฤติกรรมโดยตรง แต่จะเป็นตัวเสริมหรือตัวประกอบของความ วิตกกังวลแบบภาวะ (A-State) เช่น เมื่อมีสิ่งเร้าที่ไม่พึงพอใจหรือจะเป็นอันตรายมากจะกระตุ้น บุคคลที่มีความวิตกกังวลเป็นบุคลิกภาพประจำตัวที่สูง จะรับรู้สิ่งเร้านั้นได้เร็วกว่าบุคคลที่มี ความวิตกกังวลเป็นบุคลิกภาพประจำตัวที่ต่ำกว่า

2. ความวิตกกังวลแบบภาวะ (State-Anxiety or A-State) คือ ความวิตกกังวลซึ่ง เกิดขึ้นในเวลาเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์เฉพาะ หรือสิ่งหนึ่งสิ่งใดที่ทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ หรือเกิดอันตรายมากกระตุ้นและแสดงพฤติกรรมโต้ตอบที่สามารถจะสังเกตเห็นได้ในช่วงระยะ เวลาที่ถูกกระตุ้นนั้น เป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกถึงความตึงเครียด หวาดหวั่น กระวนกระวาย ระบบประสาทอัตโนมัติตื่นตัวสูง ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดจะแตกต่างกันไปในแต่ละ บุคคลส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับลักษณะความวิตกกังวลแบบบุคลิกภาพและประสบการณ์ในอดีตของแต่ละ บุคคล

สาเหตุของความวิตกกังวล

ปาหนัน บุญหลง (2528:166) แบ่งสาเหตุของความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ใหญ่ๆ คือ

1. การคุกคามใดๆ ก็ตามที่ถูกคุกคามความปลอดภัยของแต่ละบุคคล จะทำให้บุคคล นั้นเกิดความวิตกกังวล การคุกคามนี้แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 การคุกคามการทำงานของร่างกาย รวมถึงสิ่งที่มีารบกวนต่อความพึงพอใจ ของความต้องการพื้นฐานทางด้านร่างกาย เป็นสิ่งคุกคามที่ทำให้เกิดความไม่สมดุลของการ ดำรงชีวิตหรือทำให้ความสามารถของบุคคลลดลง

1.2 การคุกคามต่อความเป็นตัวของตัวเอง โดยจะคุกคามต่อจุดมุ่งหมาย ความ คาดหวัง ความมีคุณค่าและศักดิ์ศรีในตนเอง เช่น การเปลี่ยนบทบาทเดิมไปสู่บทบาทใหม่

2. การสื่อถึงกันของความวิตกกังวล ความวิตกกังวลเมื่อเกิดขึ้นกับผู้ใดแล้วจะ ถ่ายทอดไปยังผู้อื่นซึ่งติดต่อสัมพันธ์กันในขณะนั้นได้ เช่น จากผู้ป่วยไปสู่พยาบาล เป็นต้น เป็นสาเหตุที่พบได้กับบุคคลที่มีการติดต่อกันหรือมีปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด ความ วิตกกังวลที่เกิดขึ้นจากการสื่อถึงกันนี้จะไม่รุนแรงเท่ากับสาเหตุการคุกคามความปลอดภัย

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ความวิตกกังวลเกิดจากสถานการณ์ที่คุกคาม ต่อสมดุลของร่างกายจิตใจ เมื่อมีสิ่งคุกคามจะทำให้บุคคลเกิดความคับข้องใจ รู้สึกขัดแย้งในใจ ซึ่งภาวะเหล่านี้มีผลให้บุคคลเกิดความวิตกกังวล

ผลของความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลมีผลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย ความคิดและพฤติกรรมซึ่งพอ สรุปผลของความวิตกกังวลดังนี้ (อนุช สลະชัยกุล. 2526 : 10 –12)

1. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีและสรีระวิทยา ในขณะที่มีความวิตก- กังวลร่างกายจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านชีวเคมี ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงนี้มีผลต่อการเปลี่ยน แปลงทางด้านสรีระวิทยา ความวิตกกังวลเป็นตัวกระตุ้นให้แคทีโคลามีน (Catecholamines) ถูก ขับออกมาสู่กระแสเลือดมากขึ้น แคทีโคลามีนที่สำคัญมี 2 ชนิดคือ อีพิเนฟริน (Epinephrine) และนอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine)

อีพิเนฟริน (Epinephrine) ทำให้หัวใจเต้นแรงและเร็วขึ้น ใจสั่น ขนลุก เหงื่อออก เพิ่มอัตราการเผาผลาญของร่างกาย เร่งการเปลี่ยนแปลงไกลโคเจนในตับ (Glycogenolysis) ทำให้น้ำตาลในเลือดสูงขึ้นนอกจากนี้ยังกระตุ้นต่อระบบประสาทส่วนกลางทำให้กระวนกระวาย ม่านตาขยายและหลอดเลือดขยายตัว

นอร์อีพิเนฟริน (Norepinephrine) ทำให้มีการหดตัวของหลอดเลือด ความดัน- โลหิตสูงขึ้น หัวใจเต้นช้าลง แต่ผลที่เกี่ยวกับอัตราการเผาผลาญของร่างกายต่อระบบประสาท ส่วนกลางและการขยายหลอดเลือดมีน้อยกว่าอีพิเนฟริน

การเปลี่ยนแปลงทางด้านชีวเคมีที่สำคัญอีกประการหนึ่งเมื่อมีความวิตกกังวล มี สารคอร์ติโคสเตียรอยด์ (Corticosteroids) ถูกขับออกมาสู่กระแสเลือดมากขึ้นคอร์ติโคสเตีย- รอยด์มีผลต่อร่างกายต่อไปนี้

1.1 ผลต่อการควบคุมความสมดุลของอิเล็กโทรไลต์ทำให้เกิดการคั่งของ โซเดียม

Handwritten signature

- 1.2 ผลต่อการเผาผลาญอาหารจำพวกโปรตีน ไขมันและน้ำ
- 1.3 ผลต่อไต ทำให้มีน้ำตาลในปัสสาวะ มีการขับยูริค แอซิด (Uric Acid) ทางปัสสาวะเพิ่มขึ้น
- 1.4 ผลต่อเอ็นไซม์ โดยเฉพาะในกระเพาะอาหาร ทำให้น้ำย่อยเพิ่มขึ้น มีกรดมากขึ้น เป็นแผลในกระเพาะอาหาร
- 1.5 ผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ทำให้นอนไม่หลับ กระวนกระวายมีอาการทางจิตประสาทได้
- 1.6 ผลต่อระบบการทำงานของหัวใจ ทำให้ปริมาณเลือดที่ขับออกจากหัวใจเพิ่มขึ้น
- 1.7 ผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระดับคอร์ติซอลที่สูงทำให้ร่างกายขาดความต้านทานโรค
- 1.8 ผลต่อการเพิ่มหรือลดลงของการหลั่งฮอร์โมน เกี่ยวกับการเจริญเติบโต แต่ส่วนใหญ่จะลดมากกว่า
2. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ ความวิตกกังวลทำให้นักแสดงเกิดความรู้สึกหวาดหวั่น ความตึงเครียดและความกลัว ซึ่งบุคคลอาจแสดงออกมาในลักษณะต่างๆ เช่น ตกใจง่าย หงุดหงิด โกรธ กระสับกระส่าย โศกเศร้าเสียใจ ร้องไห้ง่าย เบื่อหน่าย เป็นต้น
3. ผลต่อการเปลี่ยนแปลงด้านความคิดความจำและการรับรู้ ได้แก่ ลืมง่ายประสิทธิภาพในการจำลดลง ระบบความคิดถูกรบกวน เช่น สับสน หงุดหงิด ย้ำคิด ย้ำทำ การตัดสินใจได้ช้า ความคิดแคบและไม่ยืดหยุ่นในการแก้ปัญหา ความสนใจลดลง ขาดสมาธิ การรับรู้ผิดพลาด บุคคลที่มีความวิตกกังวลมีแนวโน้มที่จะคิดไปในทางลดคุณค่าของตนเอง
4. ผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกเมื่อเกิดความวิตกกังวลขึ้น พฤติกรรมการแสดงออกโดยมากจะเป็นพฤติกรรมอัตโนมัติ พฤติกรรมเหล่านี้จำแนกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ คือ
 - 4.1 พฤติกรรมที่แสดงความรู้สึกภายในออกมา ทั้งอย่างเปิดเผยและอย่างซ่อนเร้น เช่น ความหงุดหงิด โมโหง่าย กระสับกระส่ายไม่อยู่นิ่ง ความรู้สึกขุ่นเคืองไม่เป็นมิตร เป็นต้น และอาจแสดงออกในรูปอื่น เช่น พฤติกรรมของโรคจิต โรคประสาททั้งหลาย
 - 4.2 พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนความสนใจจากภาวะวิตกกังวล ไปสู่อาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีอาการทางร่างกาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากจิตใจ (Psychosomatic)ทั้งหลายซึ่งทำให้ความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ น้อยลงและเกิดพฤติกรรมหลักหนีสืบเนื่องตามมา เพื่อนำตนเองออกจากสภาพการณ์ที่ไม่พึงพอใจนี้
 - 4.3 การชะงักงันอยู่ในภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล พฤติกรรมแสดงออกได้แก่ การถอนตัวหนีจากเหตุการณ์ การเก็บความรู้สึกไว้ภายในและกลายเป็นอาการซึมเศร้า มีพฤติกรรมถดถอยไปสู่พัฒนาการในวัยต้นๆ
 - 4.4 พฤติกรรมที่พยายามทำความเข้าใจถึงสาเหตุของความวิตกกังวลและวิธี

การที่ตนเองใช้ เพื่อจัดการภาวะวิตกกังวลซึ่งทำให้ตนอึดอัดไม่สบายนั้นเสีย

จากทฤษฎีและแนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวลกังวลดังกล่าว สามารถสรุปถึงปัจจัยก่อให้เกิดความวิตกกังวลแก้อบิดามารดาผู้ป่วยทารก ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดได้ดังนี้

1. ด้านสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย เมื่อบิดา มารดาและญาติได้เข้าเยี่ยมบุตรหลาน จะพบกับสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ที่มีเสียงสัญญาณภาพและบางครั้งจะมีเสียงเตือนดังเป็นระยะ การได้พบเห็นทารกคนอื่นๆ ที่เจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลที่ทารกคนอื่นได้รับ
2. ด้านสภาพที่ปรากฏของบุตร ได้แก่ การที่บุตรใส่ท่อทางเดินหายใจได้รับสารน้ำทางเส้นเลือด มีท่อระบายออกจากร่างกาย สภาพร่างกายที่อ่อนแอของทารก
3. ด้านพฤติกรรมของบุตร ได้แก่ การที่บุตรหยุดหายใจ กระสับกระส่าย จากความเจ็บปวดหรือร้องไห้
4. ด้านกิจกรรมการรักษาต่างๆ ได้แก่ การเจาะเลือด ฉีดยา ดูดเสมหะ เป็นต้น
5. ด้านการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ได้แก่ การได้ข้อมูลไม่เพียงพอ ใช้ศัพท์ทางการแพทย์ ฟุดเร็วเกินไป
6. ด้านพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ความเร่งรีบ ขาดความนุ่มนวล ไม่สนใจบิดามารดา
7. ด้านจิตใจและการแสดงบทบาทการเป็นบิดามารดา ได้แก่ การแยกจาก ความไม่แน่นอนจากความเจ็บป่วยและผลของความเจ็บป่วย ค่ารักษาพยาบาล และการดูแลสมาชิกคนอื่น
8. ด้านการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การขาดการสนับสนุนช่วยเหลือด้านจิตใจจากสมาชิกในครอบครัวและเพื่อน

ดังนั้นเราในฐานะนักศึกษาศึกษาสามารถช่วยเหลือบิดามารดา ลดความวิตกกังวลได้ดังนี้

1. การชี้แนะ เป็นการช่วยเหลือเพื่อให้บิดามารดาใช้ความสามารถที่มีอยู่ภายใต้สถานการณ์ของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น โดยร่วมกันประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของทารกพร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข โดยพยาบาลจะเป็นผู้ชี้แนะหรือให้ข้อมูลต่างๆที่บิดามารดาต้องการ ชี้แนะแหล่งประโยชน์ด้านบุคคล ข้อมูล วัตถุประสงค์ต่างๆ ชี้แนะถึงวิธีการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น โดยบิดามารดาจะเป็นผู้เลือกวิธีการแก้ปัญหา เลือกใช้แหล่งประโยชน์และความวิตกกังวลด้วยตนเอง
2. การสนับสนุน เป็นการส่งเสริมให้บิดามารดาเกิดแรงจูงใจมีความหวังในการเผชิญความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นและมีการพัฒนาความสามารถที่มีอยู่แม้จะตกอยู่ในภาวะวิตก-

กังวล โดยการสนับสนุนอาจเป็นคำพูดที่ทำให้กำลังใจหรืออธิบายถึงผู้ป่วยอื่นที่มีอาการเช่นเดียวกับบุตรภายหลังรับการรักษา แล้วมีอาการดีขึ้นหรือหายเป็นปกติ สนับสนุนด้านอารมณ์โดยเปิดโอกาสให้บิดามารดาระบายความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น สนับสนุนด้านการแสดงบทบาทของบิดามารดา โดยจัดให้บิดามารดาเข้าเยี่ยมทารกโดยเร็วและสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำการปฏิบัติบทบาทของบิดามารดาในสถานการณ์ของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

3. การสอน เป็นการช่วยให้บิดามารดาพัฒนาความรู้เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์และเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น โดยเปิดโอกาสให้พบแพทย์ผู้รักษาเพื่อให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการ ความรุนแรง การบำบัดรักษา ผลของการบำบัดรักษาในระยะสั้นและระยะยาว โดยการให้ข้อมูลดังกล่าวจะช่วยให้บิดามารดามีความเข้าใจ สามารถยอมรับผู้ป่วยตามสภาพความเป็นจริง ช่วยให้บิดามารดาประเมินสถานการณ์ได้ดีขึ้น

4. การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมให้บิดามารดาพัฒนาความสามารถในการปรับความรู้สึกนึกคิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการเปิดโอกาสให้บิดามารดาระบายความรู้สึกในสถานที่สงบ เปิดโอกาสให้บิดามารดาพบแพทย์ผู้รักษา อำนวยความสะดวกในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ในกรณีที่มารดายังไม่จำหน่ายจากโรงพยาบาล อำนวยความสะดวกในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ ประสานปัญหาของบิดามารดาให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ

กิจกรรมในการช่วยเหลือบิดามารดาดังกล่าว นอกจากจะช่วยให้บิดามารดาพัฒนาศักยภาพในด้านต่างๆ ที่มีอยู่ภายใต้สภาวะของความวิตกกังวลแล้ว ยังช่วยให้บิดามารดาประเมินตัดสินใจเหตุการณ์ใหม่ ภายหลังได้รับข้อมูลเพิ่มเติม โดยการให้ความหมายของข้อมูลใหม่ เพื่อลดความวิตกกังวลลง

การประเมินความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลสามารถประเมินได้ 3 วิธี (สุเทพ สันติวรานนท์. 2541 : 19-20)

คือ

1. การประเมินโดยการให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง ซึ่งอาจจะเป็นด้วยวาจา รายงานด้วยการเขียนหรือตอบแบบสอบถาม เช่น แบบวัดความวิตกกังวลแบบเอสทีเอไอ (STAI) แบบวัดความวิตกกังวลแบบดีอีเอสทีเอ (DESTA) หรือแบบวัดความวิตกกังวลแบบซีเอสเอไอ-2 (CSAI-2) หรือแบบวัดความวิตกกังวลแบบซีเอสเอคิว (CSAQ) หรือแบบวัดความวิตกกังวลแบบเอชอีที (SCAT) ซึ่งปัจจุบันมีมากมายหลายแบบ การประเมินความวิตกกังวลด้วยวิธีนี้สามารถใช้ได้สะดวกและได้ผลดี

2. ประเมินผลจากสภาพทางสรีระวิทยา โดยการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากระบบประสาทอัตโนมัติถูกกระตุ้น จากการตรวจหาความเกร็งของผิวหนัง ระดับความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อ อัตราการหายใจ อุณหภูมิในร่างกายและการตรวจคลื่นสมอง เป็นต้น โดยต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการ

แปลผลที่ได้จากการตรวจทางสรีรวิทยา

3. ประเมินจากลักษณะการแสดงออกของพฤติกรรมของบุคคล โดยการสังเกตพฤติกรรมโดยตรงและโดยทางอ้อม การสังเกตโดยตรง เช่น การสังเกตการหายใจแรง มือสั่น เหงื่อออก กัดริมฝีปาก ถอนหายใจ ลักษณะการพูดเปลี่ยนไป เช่น พูดเร็วขึ้นหรือพูดช้าลง เป็นต้น ส่วนการสังเกตพฤติกรรมทางอ้อมเพื่อประเมินความวิตกกังวล โดยการให้บุคคลแสดงบทบาทสมมติแล้วสังเกตพฤติกรรมความวิตกกังวล เช่น Behavioral Avoidance Test : BAT เป็นต้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้การประเมินโดยการให้บุคคลรายงานความรู้สึกวิตกกังวลของตนเอง โดยประยุกต์ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์

ภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Perinatal asphyxia)

ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด หมายถึง ภาวะที่ประกอบด้วยเลือดขาดออกซิเจน คาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูงและเลือดเป็นกรดเนื่องจากการระบายอากาศที่ปอดและการไหลเวียนของเลือดไม่เพียงพอหรือไม่มี ภายหลังทารกคลอดแล้วหลายๆ นาที ส่งผลให้อวัยวะต่างๆ ภายในร่างกายมีเลือดและออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอ เป็นเหตุให้เซลล์และอวัยวะต่างๆ สูญเสียหน้าที่หรือตาย (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. 2542 : 246.)

สาเหตุ

การหยุดหายใจที่เกิดขึ้นมักเป็นผลเนื่องจากภาวะขาดออกซิเจน ซึ่งมีมาก่อนแล้วตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ อาจจะเป็นระยะก่อนคลอดหรือขณะคลอดก็ได้หรือและร่วมกับการที่ศูนย์การหายใจของทารกทำงานไม่ดีอันเนื่องมาจากยาที่ใช้ในมารดา รวมถึงยาสลบที่ใช้ในขณะผ่าตัดหรือทำคลอด ดังได้กล่าวมาจึงสรุปได้ว่าสาเหตุของภาวะนี้พบได้บ่อยในการคลอดที่มีอัตราเสี่ยงสูง ความผิดปกติอาจอยู่ที่ตัวแม่ ทารกหรือรก หรืออาจแบ่งสาเหตุได้ดังนี้ (สุนทร อ้อเผ่าพันธ์. 2540 : 35)

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการคลอด
 - ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกราน
 - คลอดติดไหล่
 - สายสะดือถูกกด
 - ครรภ์แฝด
 - ทารกท่าผิดปกติ
 - คลอดลำบาก เช่น ใช้คีมช่วยคลอด
2. ปัจจัยทางด้านมารดา
 - ตกเลือด

- อายุมาก
- เบาหวาน
- รกเกาะต่ำ
- รกลอกตัวก่อนกำหนด
- ภาวะพิษแห่งครรภ์
- ความดันเลือดต่ำ
- ชีตมาก
- เคยคลอดมาแล้วหลายครั้ง
- ใตยาแก้ปวดหรือยาสลบจำนวนมาก

3. ปัจจัยเกี่ยวกับทารก มักเป็นภาวะที่ทำให้ทารกคลอดออกมาแล้วเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Asphyxia) ได้ง่ายขึ้น เช่น

- ภาวะติดเชื้อมาตรรก
- ความพิการแต่กำเนิด
- ทารกที่คลอดก่อนกำหนด
- เด็กบวมน้ำ (Erythroblastosis fetalis)

การวินิจฉัยโรค อาศัยประวัติและการตรวจร่างกาย ดังนี้ (สุนทร อ้อเผ่าพันธ์. 2540 : 32 - 35.)

1. การเปลี่ยนแปลงของลักษณะและอัตราการเต้นของหัวใจ
2. ตรวจภาวะขาดอากาศของทารกขณะอยู่ในครรภ์มารดา (Fetal distress)
3. ประวัติการคลอดลำบาก
4. การใช้ Ultrasounds ดูการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์มารดา
5. การตรวจทางชีวเคมี เพื่อตรวจหาระดับ Estriol ในเลือดหรือในปัสสาวะ
6. น้ำคร่ำมีสีเขียว
7. pH ของเลือดจากทารกในครรภ์

สรีระวิทยาของ Perinatal asphyxia

Primary apnea เมื่อทารกขาดออกซิเจนจะเริ่มหายใจเร็วขึ้นในระยะแรก ถ้าภาวะ asphyxia ยังดำเนินต่อไปจะมีการหยุดหายใจ อัตราการเต้นของหัวใจจะช้าลง ในระยะนี้ถ้าทารกได้รับออกซิเจนและถูกกระตุ้นจะสามารถกลับมาหายใจเองได้

Secondary apnea ถ้าภาวะ asphyxia ดำเนินต่อไปทารกจะหายใจเฮือกเล็กๆ อัตราการเต้นของหัวใจจะช้าลงอีก ความดันโลหิตลดต่ำลง การหายใจแผ่วลงเรื่อยๆ จนหยุดหายใจ ในระยะนี้ทารกจะไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น จำเป็นต้องช่วยหายใจด้วยความดันบวกทันที

Secondary apnea นานเท่าใดโอกาสเกิดอันตรายต่อสมองสูงมากเท่านั้น นอกจากนี้ระบบและอวัยวะสำคัญที่ถูกกระทบกระเทือน ได้แก่ หัวใจและหลอดเลือด ปอด ไตและกระเพาะปัสสาวะเลือด (Hematological system) เมตาบอลิซึม ทางเดินอาหาร

กลไกของการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Perinatal asphyxia)

1. การไหลเวียนของเลือดทางสายสะดือขัดข้อง เช่น สายสะดือถูกกดหรือสายสะดือถูกมัดเป็นปม
2. ไม่มีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนทางรก เช่น รกลอกตัวก่อน
3. ออกซิเจนหรือสารอาหารจากแม่ผ่านมายังรกมายังลูกไม่เพียงพอ เช่น แม่ที่มีความดันโลหิตสูง
4. ปอดเด็กขยายไม่เพียงพอและการไหลเวียนของเลือดไม่เปลี่ยนแปลงเป็นแบบเด็กหลังคลอดปกติ ยังคงเป็นแบบทารกในครรภ์ (Persistent fetal circulation)
5. มีความผิดปกติของ Maternal oxygenation เช่น มารดาเป็นโรคไตหรือโลหิตจางอย่างมาก
6. ความล้มเหลวของระบบหัวใจและหายใจของทารก เช่น ทารกที่มีภาวะ RDS

ภาวะแทรกซ้อน (พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์. 2532 : 1190)

1. กลุ่มอาการหายใจลำบาก (Idiopathic Respiratory Distress Syndrom : IRDS) ในทารกคลอดก่อนกำหนด
2. สูตสำลักซีเทา (Meconium aspiration syndrome) หรือภาวะความดันในปอดสูงกว่าหัวใจ (Persistent fetal circulation) ในทารกคลอดครบกำหนดหรือเกินกำหนด
3. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Myocardial ischemia หรือ Cardiogenic shock)
4. ชัก (Seizure)
5. ลำไส้เน่า (Necrotizing enterocolitis)
6. ไตขาดเลือด (Acute tubular necrosis หรือ Bilateral cortical necrosis)
7. น้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia)
8. แคลเซียมในเลือดต่ำ (Hypocalcemia)
9. โพแทสเซียมในเลือดสูง (Hyperkalemia)

การรักษา แบ่งเป็น 2 ระยะคือ

1. การรักษาทันที คือ การช่วยหายใจ (Resuscitation) อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อแก้ไขให้ได้เร็วที่สุด จุดประสงค์ คือ ช่วยให้เด็กหายใจได้เองอย่างสม่ำเสมอ ปัจจัยสำคัญ คือ การคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะต้องช่วยหายใจและการเตรียมอุปกรณ์ บุคลากรให้พร้อม

2. การรักษาทารกในระยะที่ฟื้นจาก Asphyxia

การป้องกัน

การป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Perinatal asphyxia) เป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ โดยการคาดหมายล่วงหน้าตั้งแต่ระยะก่อนคลอดว่าทารกคนใดมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด หากมีความเสี่ยงสูงต้องทำการติดตามทารกในครรภ์มารดาอย่างใกล้ชิด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดต้องช่วยให้การคลอดดำเนินไปอย่างราบรื่น มีการเตรียมความพร้อมในการช่วยฟื้นคืนชีพ (บุคลากรและอุปกรณ์) เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการลดความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. 2540 : 20) ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดสามารถป้องกันได้เมื่อมีการฝากครรภ์ที่ดี คลอดโดยสูติแพทย์ที่มีความชำนาญมีกุมารแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการแก้ไขเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันพบว่ามีการใช้เครื่องติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (Fetal rate monitoring) ช่วยให้ตรวจพบการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ได้แต่เนิ่นๆ จึงสามารถแก้ไขได้ทัน แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้ยังมีราคาแพงยังปฏิบัติกันอย่างไม่แพร่หลายในประเทศกำลังพัฒนา ดังนั้นอัตราการป่วยและอัตราการตายยังคงสูงอยู่

การตรวจหาภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด

การประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ว่ามีภาวะขาดออกซิเจนให้ได้ก่อนที่จะมีการทำลายเนื้อเยื่ออย่างถาวรเป็นอย่างที่สำคัญที่สุด ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้สูติแพทย์มีเครื่องมือที่ทันสมัยมากมายที่เชื่อว่าจะช่วยสืบค้นหาภาวะนี้ได้ แต่จริงๆ แล้วก็ยังไม่มียุติวิธีวิธีหนึ่งที่ทั้ง Reliability, Sensitivity และ Specificity จึงจำเป็นที่จะต้องใช้ทุกวิธีเท่าที่ สถานการณ์และสภาพแวดล้อมจะอำนวยให้วิธีต่างๆ เหล่านี้ได้แก่

1. การนับทารกดิ้น เป็นวิธีดั้งเดิมที่ใช้กันมานานแต่ก็ยังใช้ได้ดี ไม่มีเครื่องมือยุ่งยาก ไม่มีค่าใช้จ่าย แต่ก็มีความคล่องตัวแปรอื่นๆ ได้มาก ทำให้มีรายงานทั้งที่พบว่าช่วยและไม่ช่วยลดการตายคลอด ในปัจจุบันมีวิธีนับอยู่สองวิธี วิธีแรกให้มารดานับว่าทารกดิ้น 10 ครั้งใช้เวลาเท่าใด ปกติควรไม่เกิน 2 ชั่วโมงแต่มีบางรายงานว่าได้ถึง 12 ชั่วโมง อีกวิธีหนึ่งให้มารดานับว่าในหนึ่งชั่วโมงดิ้นกี่ครั้ง ปกติควรเกิน 3 ครั้ง ที่โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ใช้วิธีที่สองซึ่งพบว่าป็นวิธีตรวจกรองที่ดี

2. เครื่องติดตามทารกแรกเกิด (Electronic fetal monitoring : EFM) ในระยะตั้งครรภ์โดย Non-stress test (NST) หรือ Fetal acoustic test ใช้ตรวจดูการทำงานของหัวใจทารกแรกเกิดว่าเต้นเร็วขึ้นเมื่อทารกดิ้นหรือถูกกระตุ้นด้วยเสียงหรือไม่ การทำ Contraction stress test ใช้ตรวจดูการทำงานของหัวใจทารกแรกเกิดว่าเต้นช้าลงเมื่อทำให้มดลูกบีบตัวหรือไม่ ถ้าเป็นในระยะเจ็บครรภ์คลอดก็ดูว่ามีอัตราการเต้นหัวใจของทารกแรกเกิดมีการเปลี่ยน

แปลงบ่อย (Fetal heart variability) หรือ หัวใจเต้นช้า (Bradycardia) เป็นเครื่องบอกภาวะการขาดออกซิเจนได้

3. การตรวจด้วยเครื่องคลื่นเสียงความถี่สูง เป็นเครื่องมือที่กำลังมีบทบาทมากขึ้นในการประเมินสุขภาพทารก

3.1 การดูปฏิกิริยาของทารกในครรภ์อย่างแท้จริง (Biophysical profile : BPP) โดยให้คะแนนจาก ความตึงตัวของอวัยวะ (Fetal tone), การเคลื่อนไหว (Fetal movement), การหายใจ (Fetal breathing) ร่วมกับการทำ NST ซึ่งเป็นการดูการขาดออกซิเจนในระยะเฉียบพลันและดูปริมาณน้ำคร่ำซึ่งบอกถึงภาวะเรื้อรัง เดิมเชื่อว่าการทำ BPP จะเป็นตัวที่บอกภาวะขาดออกซิเจนได้ดี แต่ต่อมาพบว่าคะแนนโดยรวมไม่สัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนควรพิจารณาแต่ละส่วน (Parameter) ซึ่งจะบอกความผิดปกติของแต่ละระบบได้ดีกว่า

3.2 การวัดอัตราการไหลของเลือด (Doppler velocimetry) พบว่าเป็นเครื่องมือที่สามารถลดอัตราการตายปริกำเนิดลงได้เฉพาะในการตั้งครรภ์ที่เสี่ยง หลอดเลือดที่ใช้วัดได้แก่ สายสะดือ (Umbilical), เส้นเลือดเลี้ยงมดลูก (Uterine) และ เส้นเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองส่วนกลาง (Middle cerebral artery) มีผู้รายงานว่า Doppler velocimetry ไม่เพียงแต่มีประโยชน์ในการช่วยชี้ตั้งแต่ระยะแรกว่าทารกในครรภ์มีปัญหาแล้วยังช่วยบอกความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจนและความยุ่งยากในการดูแลทารกในหออภิบาลทารกแรกเกิดด้วย

4. การเจาะเลือดจากสายสะดือมาตรวจได้ทั้ง ความเป็นกรด-ด่าง (pH, Acid-base) การวิเคราะห์ก๊าซในเลือด (Blood gas) ซึ่งสามารถบอกภาวะเลือดเป็นกรดได้แน่นอน แต่การทาก็เป็นการทำหัตถการที่ล่วงล้ำเข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วย (Invasive technique) ผู้ทำต้องมีความชำนาญ มีอัตราการยุติการตั้งครรภ์ (Pregnancy loss) ประมาณร้อยละ 1.3 จะนำมาเอามาเป็นการคัดกรอง (Screening test) ไม่ได้ คงนำมาใช้เฉพาะในรายที่การทดสอบอื่นผิดปกติแต่ทารกยังไม่สมควรจะคลอด เท่านั้น

5. การตรวจมารดาที่มานอนรักษาในห้องคลอด (Admission test) เป็นการตรวจคัดกรองว่าทารกจะมีปัญหาขาดออกซิเจนหรือไม่ กลุ่มที่การทดสอบแสดงผลว่าทารกมีภาวะขาดออกซิเจน ก็จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิดหรือส่งต่อให้ผู้เชี่ยวชาญดูแลต่อไป

6. ภาวะเลือดเป็นกรด (Scalp blood pH) เป็นการตรวจสอบในผู้ป่วยที่อยู่ในระยะใกล้คลอด (Active labor) ในทารกที่พบความผิดปกติแต่ไม่รุนแรงและทารกมีโอกาสจะคลอดเองได้ในเวลาอันสั้น แต่ในปัจจุบันการทำ Scalp blood pH เสื่อมความนิยมลง

7. การใช้เครื่องติดตามความอิ่มตัวของออกซิเจนทารกในครรภ์ (Fetal oxygen saturation monitoring : SpO₂) โดยนำตัวสัญญาณ (Sensor) สำหรับสอดเข้าไปวางที่ข้างศีรษะทารกเพื่อวัดความอิ่มตัวของออกซิเจนทารกในครรภ์ วิธีนี้จะสามารถมาใช้แทนการเจาะเลือดจากศีรษะทารกได้ ทำให้สามารถตัดสินใจทำคลอดได้ก่อนที่ทารกจะมีภาวะขาดออกซิเจนอย่างรุนแรง

8. การใช้คอมพิวเตอร์ประเมินภาวะของทารกในครรภ์ (Automated methods of fetal assessment) เป็นการวินิจฉัยที่ถูกต้องมากที่สุด แต่วิธีนี้เครื่องมือราคาแพงและการวิเคราะห์โปรแกรมยังไม่สมบูรณ์จึงคงยังต้องใช้เวลาในการพัฒนาอีกนานกว่าจะมีการใช้กันทั่วไป

ทั้งหมดนี้เป็นวิธีการตรวจภาวะการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ที่มีใช้อยู่แต่สำหรับประเทศไทย คิดว่าวิธีที่ง่าย ราคาไม่แพง ไม่ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญพิเศษ ที่ควรนำมาใช้ นอกจากการซักประวัติหรือทำ Risk screening ได้แก่ การนับทารกดิ้น การทำ EFM การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูงและ Admission test ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการขาดออกซิเจนระยะปริกำเนิดได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

งานวิจัยในต่างประเทศ

ไทคี, บราม, เมเยอร์และแรทเทน (Tichy, Braam, Meyer & Rattan. 1988 :40 – 42) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดา มารดาของผู้ป่วยจำนวน 10 คน โดยการสัมภาษณ์ ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด 9 ข้อเป็นแนวทางเกี่ยวกับปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากที่สุดของบิดา มารดา คือ ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเด็ก ปัจจัยทางด้านจิตใจและปัจจัยทางด้านสังคม ตามลำดับ

ริดเดิล, เฮนเนสซี, เอเบอร์ลี, คาร์เตอร์และไมล์ส (Riddle, Hennessey, Eberly, Carter & Miles. 1989 : 221 – 234) ได้ศึกษาถึงการรับรู้ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในบิดา มารดาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พบว่าบิดา มารดาของผู้ป่วยรับรู้ถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลคล้ายคลึงกัน คือ พฤติกรรมและสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยเด็ก การเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดา มารดาและการติดต่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ โดยมารดาจะมีคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากกว่าบิดาและพบว่ามารดามีความวิตกกังวลมากกว่าบิดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ลามอนแทงและพอว์ลัก (Lamontagne & Pawlak. 1990 : 416 – 421) ได้ศึกษาปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และการเผชิญความวิตกกังวลในบิดา มารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลมากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงบทบาทของบิดา มารดา รองลงไป คือ ความรู้สึกไม่แน่นอนและความต้องการข้อมูล ตามลำดับ ส่วนกลวิธีเผชิญความวิตกกังวลบิดา มารดาใช้ทั้งการมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นและมุ่งแก้ไขอารมณ์ที่เป็นทุกข์โดยวิธีที่ใช้มากที่สุด คือ การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและการประเมินในทางที่ดี

แจมเมอร์สันและคณะ (Jamerson et al. 1996 : 467 –474) ได้ศึกษาประสบการณ์ของครอบครัวที่มีสมาชิกเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต เป็นการวิจัยเชิงสำรวจย้อน

หลังเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติของผู้ป่วย 20 คน ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์ของญาติจัดเข้ากลุ่มได้ 4 ประเด็น คือ

1. ภาวะเคืองแค้น เป็นความรู้สึกในระยะแรก คือ สับสน เครียด และไม่แน่ใจในตัวผู้ป่วยในขณะที่รอเยี่ยม ไม่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ตรงไหน จะถามข้อมูลจากใครและจะปฏิบัติตัวอย่างไร
2. การเสาะหาข้อมูล เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย
3. การติดตามเหตุการณ์ เป็นกระบวนการในการสังเกต วิเคราะห์ ประเมินการดูแลผู้ป่วยและภาวะของผู้ป่วย การสังเกตของครอบครัวผู้ป่วยนี้รวมถึงเครื่องมือที่ใช้ในหอผู้ป่วย ลักษณะของการให้การพยาบาลและการตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกาย จิตใจและการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล
4. การรวบรวมแหล่งทรัพยากรเป็นการหาในสิ่งที่ครอบครัวผู้ป่วยต้องการ ทรัพยากรรวมทั้งความต้องการด้านร่างกาย เช่น อาหาร การพักผ่อน ความเป็นส่วนตัว สิ่งที่ต้องการตอบสนองในความต้องการด้านจิตใจ เช่น การช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังใจจากครอบครัวอื่นๆ เพื่อนและผู้ให้การดูแล

งานวิจัยในประเทศ

มาลี ล้วนแก้ว (2522) ได้ศึกษาความวิตกกังวลในญาติของผู้ป่วยที่มีอาการหนัก โดยศึกษาลักษณะของญาติผู้ป่วยที่มีอาการหนักกับระดับความวิตกกังวลและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับความวิตกกังวลในญาติผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นญาติของผู้ป่วยที่มีการศึกษาสูง มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลสูงกว่าญาติที่มีการศึกษาน้อย แต่ค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อายุของญาติที่แตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพียงสองคู่ คือ กลุ่มอายุ 15 – 25 ปี กับกลุ่มอายุ 41 – 60 ปี ความสัมพันธ์ของญาติที่มีต่อผู้ป่วยในลักษณะที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยของความวิตกกังวลไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

พิกุล ดันดิธรรม (2533) ได้ศึกษาผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต โดยให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล โดยเป็นการวิจัยเชิงทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการเตรียมกับไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน โดยทำการศึกษาญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตทางอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 52 ราย ใช้แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลของ Spielbergere ผลการศึกษาพบว่า ระดับความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามะเร็งในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤต กลุ่มที่ได้รับการเตรียมและไม่ได้รับการเตรียมอย่างมีแบบแผน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ระดับความวิตกกังวลหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยของญาติทั้ง 2 กลุ่ม ลดลงกว่าก่อนเข้าเยี่ยม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อารีย์ บุญบรรณกุล (2538) ได้ศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองความต้องการของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษศัลยกรรม โรงพยาบาลรามารับดี จำนวน 90 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูงและความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความต้องการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ความต้องการที่ญาติผู้ป่วยให้ความสำคัญมากที่สุดคือ ลดความวิตกกังวล รองลงมาคือต้องการข้อมูล ส่วนด้านที่ต้องการน้อยที่สุดคือ กำลังใจและระบายความรู้สึก

ปาริชาติ ศิลประเสริฐ (2542) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดา มารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤต ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังบิดา มารดาได้รับความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวล บิดา มารดา กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะเผชิญต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และบิดา มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยรวม และด้านการจัดการกับอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม

จากผลการวิจัยที่กล่าวมาเห็นได้ว่า การที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเป็นภาวะที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นในบิดาและมารดาของผู้ป่วย โดยสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ซึ่งการที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดจะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นในบิดาและมารดาของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับประเพณีและการรับรู้ต่อเหตุการณ์ของบุคคลรวมทั้งการใช้กลวิธีเผชิญความวิตกกังวลหรือความเครียดก็แตกต่างกันไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นแนวทาง โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการตามลำดับ ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. แบบแผนการวิจัย
3. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า
 - ลักษณะของเครื่องมือ
 - เกณฑ์ในการให้คะแนนและแปลความหมาย
 - ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ
 - การหาคุณภาพของเครื่องมือ
4. การเก็บรวบรวมข้อมูล
5. การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล
6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ บิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวนประมาณ 8-14 คนต่อเดือน เฉลี่ยประมาณ 11 คนต่อเดือน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ บิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ.2544 ถึง 31 มกราคม พ.ศ.2545 ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 40 คนซึ่งได้มาโดยการเลือกอย่างเจาะจง แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คนและในแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นบิดา 10 คน มารดา 10 คน โดยมีเกณฑ์ในการเลือกตัวอย่างดังนี้

1. เป็นบิดามารดาที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลทารก

2. ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน การมองเห็น หรือการพูด สามารถติดต่อสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย

3. พำนักอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑลระหว่างการทดลอง

แบบแผนการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบแผนการทดลองแบบ The Pretest – Posttest Control Group Design ดังปรากฏตามภาพประกอบ 2 (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2538 : 67)

T_1	x	T_2	กลุ่มทดลอง
T_1	$\sim x$	T_2	กลุ่มควบคุม

ภาพประกอบ 2 แสดงแบบแผนการทดลองแบบ The Pretest-Posttest Control Group Design

สัญลักษณ์ที่ใช้ในแบบแผนการทดลอง

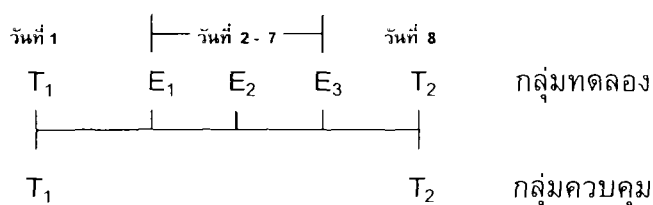
- T_1 แทน การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง
- T_2 แทน การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง
- X แทน การให้สุขศึกษา
- $\sim X$ แทน การได้รับสุขศึกษาปกติ

แบบแผนการดำเนินการทดลอง มีดังนี้

การดำเนินการทดลองแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มทดลอง (Experimental Group) ได้แก่ บิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด จำนวน 20 คน ซึ่งจะได้รับสุขศึกษาแบบรายบุคคลตามแบบแผนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
2. กลุ่มควบคุม (Control group) ได้แก่ บิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด จำนวน 20 คน ซึ่งจะได้รับสุขศึกษาตามปกติของพยาบาลประจำการ

ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจะได้ทำแบบทดสอบความวิตกกังวล จำนวน 2 ครั้ง ครั้งแรกเป็นการตอบแบบทดสอบความวิตกกังวลก่อนการทดลอง ครั้งที่ 2 เป็นการตอบแบบทดสอบความวิตกกังวลหลังการทดลอง โดยปรากฏตามภาพประกอบ 3



ภาพประกอบ 3 แสดงแผนดำเนินการทดลอง

สัญลักษณ์ที่ใช้ในแบบแผนการทดลอง

- | | | |
|-------|-----|---------------------------|
| T_1 | แทน | การเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง |
| T_2 | แทน | การเก็บข้อมูลหลังการทดลอง |
| E_1 | แทน | การให้สุศึกษา ครั้งที่ 1 |
| E_2 | แทน | การให้สุศึกษา ครั้งที่ 2 |
| E_3 | แทน | การให้สุศึกษา ครั้งที่ 3 |

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ในการให้สุทธศึกษารายบุคคลแบบมีแบบแผน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ลักษณะของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่การให้สุขศึกษารายบุคคลแบบมีแบบแผนประกอบไปด้วย ดังนี้

1.1 กิจกรรมการบรรยายประกอบภาพพลิกและการแจกแผ่นพับ โดยครอบคลุมเนื้อหาที่ใช้ในการให้สุขศึกษา ประกอบด้วยแผนการให้สุขศึกษาแบบมีแบบแผนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับกลุ่มทดลอง

1.2 อุปกรณ์ประกอบการสอน ได้แก่ ภาพพลิกประกอบการให้สุศึกษา และ
ใช้แผ่นพับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบการให้ข้อมูล

การสร้างเครื่องมือในการทดลอง

1. ศึกษาเนื้อหา จากตำรา เอกสารการวิจัยต่าง ๆ

2. นำไปให้คณะกรรมการที่ปรึกษาพิจารณา จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อความชัดเจนเกี่ยวกับการใช้ภาษาและความเหมาะสมของเนื้อหา (Face Validity)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบ่งเป็น 2 ตอนได้แก่

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของบิดาและมารดา ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส วิธีเสียค่ารักษา ประสพการณ์เดิม มีลักษณะเป็นแบบสำรวจรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามโดยประยุกต์ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ ซึ่งมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ

เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลความหมาย

1. แบบสอบถามวัดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ที่มีภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เป็นสถานการณ์ที่บิดาหรือมารดาเผชิญอยู่ แบบวัดนี้ผู้ตอบสามารถประเมินได้ด้วยตนเองมีทั้งหมด 40 ข้อ แต่ละข้อแบ่งระดับความรู้สึกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1.1 ข้อความที่มีความหมายทางบวก เกณฑ์ในการให้คะแนนความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับคำตอบ ให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	ให้ 1 คะแนน
มีบ้าง	ให้ 2 คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้ 3 คะแนน
มากที่สุด	ให้ 4 คะแนน

1.2 ข้อความที่มีความหมายทางลบ เกณฑ์ในการให้คะแนนความวิตกกังวลขึ้นอยู่กับคำตอบ ให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	ให้ 4 คะแนน
มีบ้าง	ให้ 3 คะแนน
ค่อนข้างมาก	ให้ 2 คะแนน
มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน

คำถามที่แสดงความวิตกกังวลในทางบวก (Positive) มีทั้งหมด 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18

คำถามที่แสดงความวิตกกังวลในทางลบ (Negative) มีทั้งหมด 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20

ขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากตำรา เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ นำมาสร้างเครื่องมือให้ครอบคลุมเนื้อหา วัตถุประสงค์และถูกต้องตามหลักการ
2. ศึกษาแบบสอบถามความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์และคณะ ฉบับปรับปรุง จากปี ค.ศ.1970 (Spielbergere, et al. 1977)
3. สร้างแบบสอบถามโดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ นำมาปรับปรุงสำนวน ให้คณะกรรมการที่ปรึกษาพิจารณา จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้คำถามมีความชัดเจนและถูกต้องแล้วจึงนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ที่อาคารรวมบริการ 2 และอาคารรวมบริการ 4ก. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 10 คน แล้วนำมาปรับปรุงภาษาที่ใช้ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

การหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามวัดความวิตกกังวลที่ประยุกต์มาจากแบบความความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ ไปให้กรรมการควบคุมปริญญาบัตรพิจารณาในขั้นต้น จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมขึ้น แล้วนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาและตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงด้านเนื้อหา (Face validity) โดยใช้ดุลยพินิจของผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำแบบสอบถามความวิตกกังวลที่ผู้เชี่ยวชาญพิจารณา เสนอแนะให้ปรับข้อความบางประการ มาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมขึ้นกว่าเดิม ก่อนนำไปทดลองใช้ ซึ่งแบบวัดความวิตกกังวลที่นำไปทดลองใช้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยนำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อขอความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยติดต่อผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและคณะกรรมการวิจัยในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อขออนุมัติทำการวิจัยและชี้แจงขั้นตอนการทําวิจัย ซึ่งใช้เวลา 4 เดือน

3. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขอความร่วมมือและชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเจาะจง จำนวน 40 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คนและในแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นบิดา 10 คน มารดา 10 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้
5. ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสอบถามบิดาและมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เฉลี่ยเดือนละ 11 คน
6. ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 4 เดือน ตามแผนการทดลองการให้สุขศึกษา
7. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งสุดท้ายแล้วนำมาจัดกระทำและวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินการทดลอง

โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด

1. กลุ่มทดลอง แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยกับบิดาและมารดาตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อขอคัดเลือกเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน ที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
2. กลุ่มควบคุม แจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัยกับบิดาและมารดาตามเกณฑ์ที่กำหนด เพื่อขอคัดเลือกเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน ที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วดำเนินการทดลองดังต่อไปนี้

กลุ่มทดลองได้รับคำปรึกษาเป็นรายบุคคลจากผู้วิจัย ซึ่งปฏิบัติตามขั้นตอนดังนี้

1. บิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดหลังคลอดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ได้รับการทดสอบก่อนให้คำปรึกษาสุขศึกษาในวันที่ 1 - 2 หลังบุตรเข้ารับการรักษาในรายผู้ป่วยหนักและดำเนินการให้สุขศึกษา แบบรายบุคคลอย่างน้อย 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์หลังบุตรเข้ารับการรักษา ใช้เวลาครั้งละ 15-20 นาที โดยกิจกรรมสุขศึกษาที่ให้

1.1 เตรียมบิดาและมารดาก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วย โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมต่างๆ ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด กฎระเบียบและวิธีการเข้าเยี่ยม การติดต่อกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ โดยการอธิบายและใช้แผ่นพับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบการให้ข้อมูล

1.2 ส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาและทารก โดยเปิดโอกาสให้บิดาและมารดาเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ตามความต้องการและความเหมาะสมกับสถานการณ์ ชี้แนะและสนับสนุนบิดาและมารดาถึงวิธีการจับต้องสัมผัสและการพูดกับผู้ป่วย

1.3 เปิดโอกาสให้บิดาและมารดาได้พบแพทย์เพื่อซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับผู้ป่วย ได้แก่ โรค อาการ ความรุนแรง การรักษา ผลของการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้น โดยก่อนพบแพทย์ผู้วิจัยซักถามเกี่ยวกับข้อสงสัยที่เกิดขึ้นกับบิดามารดาและซักถามถึงสาเหตุของความสงสัย เพื่อให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจในสิ่งที่ตนเองต้องการและสามารถสื่อสารในสิ่งที่บิดามารดาสงสัยไปยังแพทย์ได้ตรงกับความต้องการ ผู้วิจัยอยู่ร่วมกับบิดาและมารดาขณะซักถามข้อสงสัยกับแพทย์และภายหลังพบแพทย์ ผู้วิจัยให้คำปรึกษาอธิบายเพิ่มเติมหรือเปิดโอกาสให้พบแพทย์ซ้ำเมื่อบิดาและมารดายังไม่กระจ่างถึงข้อมูลที่ได้รับ

1.4 เปิดโอกาสให้บิดาและมารดาระบายความรู้สึก ในสถานที่สงบที่จัดเตรียมไว้ ให้ความสนใจฟังความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับบิดาและมารดา รวมทั้งยอมรับความรู้สึกและพฤติกรรมของบิดามารดาที่เกิดขึ้น ซึ่งเกี่ยวกับบทบาทของบิดาและมารดาของทารกป่วย เศรษฐกิจ สังคม การช่วยเหลือ

1.5 ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีแก่บิดามารดา โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพและอารมณ์ของมารดาหลังคลอดเพื่อให้บิดาเกิดความเข้าใจมารดามากขึ้น

1.6 เปิดโอกาสให้บิดาและมารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ปัญหา อันเป็นผลกระทบจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ผู้วิจัยและบิดามารดาด้วยกันประเมินปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไข

1.7 ส่งเสริมให้บิดาและมารดาตั้งความหวังที่ตรงกับสภาพความเป็นจริง โดยคำนึงถึงความพร้อมของการยอมรับของบิดาและมารดา ได้แก่ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของทารกตามความเป็นจริงและแจ้งให้บิดาและมารดาทราบเมื่อมีความเปลี่ยนแปลงของภาวะเจ็บป่วยทั้งในทางดีและไม่ดีอย่างสม่ำเสมอ

1.8 ร่วมกันประเมินแหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่บิดาและมารดามีทั้งที่เป็นแหล่งประโยชน์จากครอบครัวและจากสังคม โดยให้บิดาและมารดาเป็นผู้ตัดสินใจเลือกใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ด้วยตนเอง

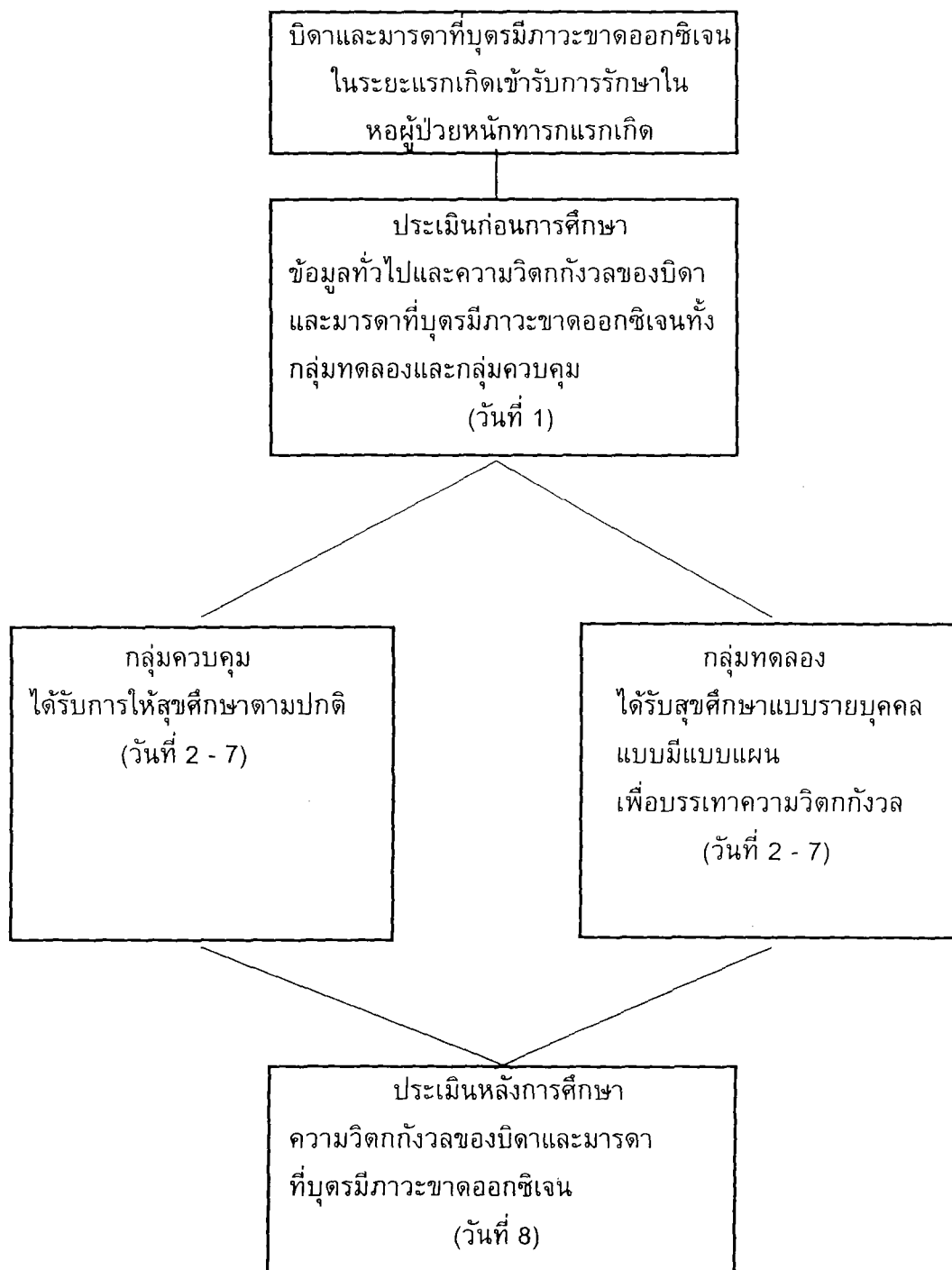
1.9 แนะนำบิดาและมารดาถึงวิธีการบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้น ได้แก่ การนำประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดมาใช้ในการออกกำลังกาย การระบายความรู้สึก

2. ผู้วิจัยทำการทดสอบหลังการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมในวันที่ 8 กับบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดหลังคลอดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดจนครบ 20 คน

กลุ่มควบคุมได้รับการปฏิบัติดังนี้

1. บิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดหลังคลอดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ได้รับการทดสอบก่อนให้สุศึกษาในวันที่ 1 - 2 หลังบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก จากนั้นได้รับการให้คำปรึกษาตามปกติจากพยาบาลประจำตึกอย่างน้อย 3 ครั้งใน 1 สัปดาห์ หลังบุตรเข้ารับการรักษาใช้เวลาครั้งละ 15 - 20 นาที

2. ผู้วิจัยทำการทดสอบอีกครั้ง โดยใช้แบบสอบถามชุดเดิมในวันที่ 8 กับบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดหลังคลอดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดจนครบ 20 คน



ภาพประกอบ 4 แผนการทดลองให้สุศึกษา

การจัดกระทำและการวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเป็นขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับและตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

2. คำนวณหาค่าสถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าวนสถิติที่ใช้ในการทดสอบเครื่องมือ และค่าวนสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐาน

3. ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 1,2 เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกก่อนการทดลองและหลังการทดลองในกลุ่มบิดา มารดาและกลุ่มบิดาและมารดา โดยใช้การทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank Test)

4. ทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3,4 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารก ระหว่างกลุ่มบิดา มารดาและกลุ่มบิดาและมารดาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบแมน - วิทนี (Mann – Whitney Test)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐานที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1.1 ค่าร้อยละ

1.2 ค่าคะแนนเฉลี่ย (Average) โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. 2540 : 53)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{n}$$

เมื่อ $\bar{X}$ แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum X$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้สูตร (ล้วน สายยศและอังคณา สายยศ. 2540 : 103)

$$S = \sqrt{\frac{N\sum x^2 - (\sum x)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum x^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum x)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลัง
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติสำหรับการทดสอบสมมติฐาน

2.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนสอบก่อนและหลังโดยใช้การทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank Test) นำข้อมูลมาคำนวณหาค่าสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

2.2 ทดสอบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบแมน - วิทนี (Mann – Whitney Test) นำข้อมูลมาคำนวณหาค่าสถิติด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ได้ใช้สัญลักษณ์ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยดังนี้

n	แทน	จำนวนคนในกลุ่มทดลอง
$\bar{X}$	แทน	ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
S	แทน	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น (Probability)
z	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบซี
*	แทน	นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนแล้ว ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มาทำการวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์และใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส วิธีเสียค่ารักษา ประสบการณ์เดิม

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลเป็นลำดับขั้น ดังนี้

2.1 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลต่อสภาพการณ์หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 การวิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส วิธีเสียค่ารักษา ประสบการณ์เดิม จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน และในแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นบิดา 10 คน มารดา 10 คน

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของบิดาและมารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	บิดา	มารดา	ร้อยละ	บิดา	มารดา	ร้อยละ
อายุ						
16 – 25 ปี	2	3	25.00	2	5	35.00
26 – 35 ปี	3	4	35.00	3	2	25.00
36 – 45 ปี	5	3	40.00	5	3	40.00
รวม	10	10	100.00	10	10	100.00
ศาสนา						
พุทธ	9	9	90.00	10	9	95.00
อิสลาม	1	1	10.00	0	1	5.00
รวม	10	10	100.00	10	10	100.00
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2	1	15.00	2	0	10.00
มัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3	2	1	15.00	1	2	15.00
มัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6	1	5	30.00	4	1	25.00
อนุสัญญา /						
ประกาศนียบัตร	0	1	5.00	2	3	25.00
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	2	35.00	1	4	25.00
รวม	10	10	100.00	10	10	100.00
อาชีพ						
ทำงานบ้าน	0	5	25.00	1	2	15.00
รับจ้าง	4	3	35.00	7	4	55.00
ค้าขาย	1	1	10.00	2	1	15.00
เกษตรกร	0	0	0.00	0	0	0.00
รับราชการ /	5	1	30.00	0	3	15.00
พนักงานรัฐวิสาหกิจ						
รวม	10	10	100.00	10	10	100.00

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	บิดา	มารดา	ร้อยละ	บิดา	มารดา	ร้อยละ
รายได้						
ต่ำกว่า 2,500 บาท	1	1	10.00	0	1	5.00
2,501 – 5,000 บาท	2	4	30.00	5	2	35.00
5,001 – 7,500 บาท	3	1	20.00	1	2	15.00
7,501 – 10,000 บาท	0	2	10.00	4	3	35.00
10,000 บาทขึ้นไป	4	2	30.00	0	2	10.00
รวม	10	10	100.00	10	10	100.00
สถานภาพสมรส						
คู่	10	9	95.00	9	9	90.00
ม่าย	0	0	0.00	0	0	0.00
หย่า	0	0	0.00	0	0	0.00
แยกกันอยู่	0	1	5.00	1	1	10.00
รวม	10	10	100.00	10	10	100.00
การจ่ายค่ารักษาพยาบาล						
จ่ายเองทั้งหมด	3	3	30.00	7	7	70.00
เบิกได้ทั้งหมด	5	2	35.00	0	2	10.00
เบิกได้บางส่วน	0	2	10.00	1	0	5.00
สังคมสงเคราะห์ช่วย –						
เหลือบางส่วน	2	3	25.00	2	1	15.00
รวม	10	10	100.00	10	10	100.00
ประสบการณ์เดิม						
เคย	1	1	10.00	1	1	10.00
ไม่เคย	9	9	90.00	9	9	90.00
รวม	10	10	100.00	10	10	100.00

จากตาราง 1 แสดงว่าบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมีอายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส วิธีเสียค่ารักษา ประสบการณ์เดิม ดังนี้

อายุ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 36 – 45 ปี คิดเป็นร้อยละ 40.00

ศาสนา ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 90.00

ระดับการศึกษา ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จบปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 35.00 ส่วนกลุ่มควบคุมจบเท่ากัน 3 ระดับ คือ มัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6 ,อนุปริญญาหรือประกาศนียบัตรและปริญญาตรีหรือสูงกว่า แต่ละระดับคิดเป็นร้อยละ 25.00

อาชีพ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 35.00 และ 55.00 ตามลำดับ

รายได้ ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวระหว่าง 2,501 – 5,000 บาทและ 10,000 บาทขึ้นไป แต่ละช่วงคิดเป็นร้อยละ 30.00 ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวระหว่าง 2,501 – 5,000 บาทและ 7,501 – 10,000 บาท แต่ละช่วงคิดเป็นร้อยละ 35.00

สถานภาพสมรส กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 95.00 และ 90.00 ตามลำดับ

การจ่ายค่ารักษาพยาบาล กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เบิกค่ารักษาพยาบาลได้ทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 35.00 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 70.00

ประสบการณ์เดิม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ไม่เคยมีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก คิดเป็นร้อยละ 90.00

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ความแตกต่างของคะแนนความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของบิดากลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการให้สุขศึกษารายบุคคล

ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์	n	$\bar{X}$	S	z	p
ก่อนให้สุขศึกษา	10	59.10	6.26		
บิดากลุ่มทดลอง				2.807*	.002
หลังให้สุขศึกษา	10	44.10	7.94		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 แสดงว่าความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของบิดากลุ่มทดลองภายหลังได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกมีระดับลดลงกว่าก่อนเข้ารับสุขศึกษารายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการให้สุขศึกษาแบบรายบุคคลสามารถให้ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของบิดาลดลงได้ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

ตาราง 3 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของบิดากลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการให้สุขศึกษาตามปกติ

ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์	n	$\bar{X}$	S	z	p
ก่อนให้สุขศึกษา	10	54.80	11.34		
บิดากลุ่มควบคุม				1.310	.091
หลังให้สุขศึกษา	10	52.10	8.90		

จากตาราง 3 แสดงว่าความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของบิดากลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับสุขศึกษาตามปกติมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกไม่แตกต่างกัน

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของมารดาทดลอง ก่อนและ
หลังการให้สุขศึกษารายบุคคล

ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์	n	$\bar{X}$	S	z	p
ก่อนให้สุขศึกษา	10	64.10	11.12		
มารดากลุ่มทดลอง				2.805*	.002
หลังให้สุขศึกษา	10	47.40	8.83		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 แสดงว่าความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของมารดากลุ่มทดลองภายหลังได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกมีระดับลดลงกว่าก่อนเข้ารับสุขศึกษารายบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการให้สุขศึกษาแบบรายบุคคลสามารถให้ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของมารดาทดลองได้ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ตาราง 5 เปรียบเทียบคะแนนความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของมารดาควบคุม ก่อนและ
หลังการให้สุขศึกษาตามปกติ

ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์	n	$\bar{X}$	S	z	p
ก่อนให้สุขศึกษา	10	62.50	10.01		
มารดากลุ่มควบคุม				2.524*	.006
หลังให้สุขศึกษา	10	56.80	10.27		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 5 แสดงว่าความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของมารดากลุ่มควบคุมภายหลังได้รับสุขศึกษาตามปกติมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกมีระดับลดลงกว่าก่อนเข้ารับสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าการให้สุขศึกษาตามปกติสามารถให้ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของมารดาทดลองได้แต่น้อยกว่าในมารดากลุ่มทดลอง

ตาราง 6 เปรียบเทียบความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ก่อนการทดลองระหว่างบิดากลุ่มทดลองและบิดากลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	z	p
บิดากลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	20	56.95	9.19	1.061	.144
บิดากลุ่มควบคุม					

จากตาราง 6 แสดงว่าก่อนการทดลอง บิดากลุ่มทดลองและบิดากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ไม่แตกต่างกันแสดงว่า ก่อนการทดลองนั้นบิดากลุ่มทดลองและบิดากลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ใกล้เคียงกัน

ตาราง 7 เปรียบเทียบความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ก่อนการทดลองระหว่างมารดากลุ่มทดลองและมารดากลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	z	p
มารดากลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	20	63.30	10.33	.265	.395
มารดากลุ่มควบคุม					

จากตาราง 7 แสดงว่าก่อนการทดลอง มารดากลุ่มทดลองและมารดากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ไม่แตกต่างกันแสดงว่า มารดากลุ่มทดลองและมารดากลุ่มควบคุมมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ใกล้เคียงกัน

ตาราง 8 เปรียบเทียบความวิตกกังวลต่อสถานการณ์หลังการทดลองระหว่างบิดากลุ่มทดลองและบิดากลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	z	p
บิดากลุ่มทดลอง					
หลังการทดลอง	20	48.10	9.18	1.669*	.048
บิดากลุ่มควบคุม					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 8 แสดงว่าหลังการทดลอง บิดากลุ่มทดลองและบิดากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า บิดากลุ่มทดลองที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์น้อยกว่าบิดากลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3

ตาราง 9 เปรียบเทียบความวิตกกังวลต่อสถานการณ์หลังการทดลองระหว่างมารดากลุ่มทดลองและมารดากลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{X}$	S	z	p
มารดากลุ่มทดลอง					
หลังการทดลอง	20	52.10	10.50	1.931*	.026
มารดากลุ่มควบคุม					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 9 แสดงว่าหลังการทดลอง มารดากลุ่มทดลองและมารดากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า มารดากลุ่มทดลองที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์น้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สังเขปความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

ความมุ่งหมายในการศึกษาค้นคว้า

เพื่อศึกษาผลของการให้สุขศึกษาแบบรายบุคคลแบบมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

สมมติฐานของการศึกษาค้นคว้า

1. หลังการทดลองบิดาที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลองมารดาที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่าก่อนการทดลอง
3. บิดากลุ่มทดลองที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวล ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม
4. มารดากลุ่มทดลองที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวล ซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คนและในแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นบิดา 10 คน มารดา 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองในการให้สุขศึกษารายบุคคลแบบมีแบบแผนประกอบไปด้วยกิจกรรมบรรยายประกอบภาพพลิกและการแจกแผ่นพับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นซึ่งได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อความชัดเจนเกี่ยวกับการใช้ภาษาและความเหมาะสมของเนื้อหา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามโดยประยุกต์ใช้แบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ ซึ่งได้ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงทางเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อความเหมาะสมขึ้นกว่าเดิม และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้แล้วนำมาปรับปรุงภาษาที่ใช้ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมแบบสอบถามก่อนการทดลองและหลังการทดลองเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละฉบับและตรวจสอบให้คะแนนข้อคำถามแต่ละข้อตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพการสมรส วิธีเสียค่ารักษา ประสพการณ์เดิม โดยนำมาหาค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างคะแนนก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank Test)
4. วิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การทดสอบแมน – วิทนี (Mann – Whitney Test)

สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า

1. บิดาของบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกภายหลังทำการทดลองน้อยกว่าก่อนทำการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. มารดาของบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกภายหลังทำการทดลองน้อยกว่าก่อนทำการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
3. บิดาของบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่าบิดาของบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
4. มารดาของบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดที่ได้รับสุขศึกษารายบุคคลมีความวิตกกังวลซึ่งเกิดจากความเจ็บป่วยของทารกน้อยกว่ามารดาของบุตรที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพ - เด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่าการให้สุขศึกษาแบบรายบุคคลและมีแบบแผนสามารถช่วยลดความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่มีบุตรเข้ารับรักษาตัวในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมากกว่า

การให้สุขศึกษาตามปกติซึ่งไม่มีความต่อเนื่องในการให้สุขศึกษา ขาดความเห็นอกเห็นใจกัน และขาดสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับบิดาและมารดา แต่การให้สุขศึกษาตามปกตินั้นก็สามารถลดความวิตกกังวลได้ในระดับหนึ่งแต่ไม่มากซึ่งต้องใช้ระยะเวลานานกว่าการให้สุขศึกษารายบุคคลที่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้า ซึ่งผลการศึกษาของไมล์และคาเตอร์ (Miles & Carter. 1983 : 358) ที่พบว่าเมื่อบิดาและมารดาประสบกับเหตุการณ์ที่บุตรเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้บิดาและมารดารู้สึกว่าตนกำลังถูกคุกคาม อาจเกิดอันตราย และการสูญเสียเกิดความวิตกกังวลขึ้น แต่ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบิดามารดาจะลดลงในระยะเวลา 3 – 7 วันหลังจากได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพเช่นเดียวกับการศึกษาของอุไรพร พงศ์พัฒนาวุฒิ (2532) พบว่าบิดาและมารดาต้องการบุคลากรทางการแพทย์มาช่วยเหลือเป็นกำลังใจก่อให้เกิดความไว้วางใจได้ระบายความรู้สึกเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในขณะนั้นลงและยังสอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล ดันติธรรม (2533) ที่ศึกษาผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวล พบว่าระดับความวิตกกังวลภายหลังเข้าเยี่ยมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตของญาติทั้งสองกลุ่ม ลดลงกว่าก่อนเข้าเยี่ยม และสอดคล้องกับแนวคิดของสมจิต หนูเจริญกุล (2537: 112) ที่กล่าวว่า การให้ความรู้แก่บิดามารดา จะช่วยให้บิดามารดาพัฒนาความสามารถในการเผชิญความเครียดหรือความวิตกกังวลได้ดี ทำให้เกิดการปรับตัวที่ดี ทั้งด้านบทบาท หน้าที่สังคม มีขวัญกำลังใจ และมีสุขภาพดี นั่นคือ บิดามารดาสามารถรู้จักใช้วิธีการที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาและจัดการกับอารมณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของปาริชาติ ศิลประเสริฐ (2542 : 59 – 65) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกในหน่วยบำบัดวิกฤต พบว่าบิดามารดาที่ได้รับการรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวล มีความวิตกกังวลลดลงกว่าบิดามารดาที่ได้พูดคุยกับบุคลากรทางสุขภาพตามปกติ

สรุปผลจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า การให้สุขศึกษารายบุคคลมีผลทำให้บิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดมีความวิตกกังวลลดลงมาก เนื่องมาจากการให้สุขศึกษารายบุคคลสามารถให้ความรู้ได้ละเอียด สร้างสัมพันธภาพที่ดี ช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวได้ ให้คำปรึกษาแนะนำเฉพาะบุคคล เปิดโอกาสให้ระบายความคับแค้นใจและซักถามให้เกิดความเข้าใจได้ตามต้องการ ซึ่งเป็นวิธีการช่วยลดความวิตกกังวล ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การให้สุขศึกษารายบุคคลที่ผู้วิจัยนำมาใช้ช่วยลดความวิตกกังวลในบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้พบว่า การให้สุขศึกษารายบุคคลที่ผู้วิจัยนำมาใช้ สามารถลดความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดได้ดีกว่าบิดามารดาที่ได้รับสุขศึกษาตามปกติ ผู้วิจัยขอเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. ควรนำแนวทางการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในหน่วยงาน เพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีแก่บิดาและมารดากับเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข ไม่เกิดปัญหาความไม่พึงพอใจหรือการฟ้องร้องที่พบเห็นกันได้ในปัจจุบัน
2. สร้างสัมพันธ์ภาพกับบิดาและมารดาด้วยการทักทาย มีสีหน้ายิ้มแย้ม แนะนำตัวเองเสนอตัวช่วยเหลือและยินดีรับฟังปัญหาของบิดามารดา เพื่อก่อให้เกิดความคุ้นเคยและไว้วางใจ
3. เพื่อให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคลมีประสิทธิภาพ ควรจัดเตรียมสถานที่ บรรยากาศ อุปกรณ์และเอกสารประกอบการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาให้พร้อมและเพียงพอ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลในกลุ่มบิดาหรือมารดาเด็กป่วยกลุ่มอื่นๆ เช่น ในมารดาที่ไม่สามารถมาเยี่ยมบุตรได้หลังคลอดจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
2. ศึกษาความวิตกกังวลของบิดามารดาในช่วงเวลาต่างๆ ขณะผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยเรื้อรังที่บิดามารดาต้องเฝ้านานๆ เมื่อเตรียมจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้สุขศึกษาบิดามารดาในระยะยาว

บรรณานุกรม

บรรณานุกรม

- กรมพลศึกษา. (2530). *เทคนิคการสอนวิชาสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมพลศึกษา.
- เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. (2536). *การดูแลระบบหายใจในทารกแรกเกิด*. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- . (2540). " Perinatal asphyxia," ใน *กุมารเวชศาสตร์*. มนตรี ตูจันดาและคณะ. หน้า 246 – 253. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.
- คณินัด บุรีเทศน์. (2540). *ผลของการใช้การพยาบาลสนับสนุนครอบครัวในหอผู้ป่วยภาวะวิกฤตต่อระดับความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วย : ศึกษาเฉพาะกรณีในโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี*. วิทยานิพนธ์ พย.ม. กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์. (2521). *ระบบสื่อการสอน*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2537). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพฯ : ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ณรงค์ สมพงษ์. (2530). *สื่อเพื่อการส่งเสริมและเผยแพร่*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- นิภา มนูญปัจ. (2528). *การวิจัยทางสุขศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : อักษรบัณฑิต.
- บุญยง เกี่ยวการค้า. (2530). " *วิธีการสุขศึกษา*," ใน *เอกสารประกอบการสอนสุขศึกษา* หน่วยที่ 8 – 15. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. (2542). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤตทารกแรกเกิด*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.(พยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปาหนัน บุญหลง. (2528). *การพยาบาลจิตเวช*. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์เชียงใหม่สหนวกิจ.
- ประคอง กรรณสุด. (2538). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. ฉบับปรับปรุงแก้ไข พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ : เจริญผล.
- พรสุข หุ่นนิรันดร์. (2534). *การพัฒนาหลักสูตรสุขศึกษา*. กรุงเทพฯ : คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2538). *วิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่6. กรุงเทพฯ : ฟิงเกอร์ ปรีน แอนด์ มีเดีย.
- พิกุล ดันติธรรม. (2533). *ผลการเตรียมญาติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อระดับความวิตกกังวล*. วิทยานิพนธ์ วท.ม.

- (พยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พิมลรัตน์ ไทยธรรมยานนท์. (2532). "ภาวะขาดออกซิเจนในระยะปริกำเนิดและการแก้ไข,"
ใน ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 3. สำหรับ จิตตินันท์ และเสาวนีย์ จำเดิมเมื่อดิจิก.
หน้า 118 – 122. กรุงเทพฯ : ยูนิตีพับลิเคชั่น.
- มาลี ล้วนแก้ว. (2522). ความวิตกกังวลในญาติของผู้ป่วยหนัก. วิทยานิพนธ์ พม.
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- มาลี สุดสวนสี. (2539). ผลของการสอนสุขศึกษาเป็นรายกลุ่มโดยใช้แผ่นพับในผู้สูงอายุที่มี
ภาวะความดันโลหิตสูง ตำบลสันพระนคร อำเภอสนทราย จังหวัดเชียงใหม่.
วิทยานิพนธ์ สศ.ม. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
ถ่ายเอกสาร.
- ลักษณะ ยอดกลกิจ. (2540). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดา
ในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กวัยก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์
กศ.ม. (วิชาเอกสุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทร-
วิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- ล้วน สายยศ และ อังคณา สายยศ. (2540). สถิติวิทยาทางการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาสน์.
- วัลลภ ปิยะมโนธรรม. (2528). การรักษาโรคประสาทด้วยตนเอง. กรุงเทพฯ : เบียร์บุค
พับลิชเชอร์
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล.
พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมศรี เชื้อหิรัญ. (2525). สภาวะจิตสังคมของผู้ป่วยและการประเมิน. กรุงเทพฯ : อักษรไทย.
- สุขอรุณ วงษ์ทิม. (2541). ผลของการศึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มตามแนวของโรเจอร์ที่มีต่อ
การลดความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลบาราศนราดรุ. วิทยานิพนธ์ -
นพนธ์ กศ.ม. (วิชาเอกสุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.
- สุนทร อ้อเผ่าพันธ์. (2540). "Perinatal asphyxia," ใน ปัญหาทารกแรกเกิด.
วิไล รัตติสวัสดิ์และสุนทร อ้อเผ่าพันธ์. หน้า 32 – 41. กรุงเทพฯ : พี.เอ.ลีฟวิ่ง
จำกัด.
- สุนทรี ภาณุทัต และคณะ. (2526). เปรียบเทียบประสิทธิผลของการสอนญาติผู้ป่วยโรคปอด
อักเสบ ในโรงพยาบาลรามารบิตี ระหว่างการสอน 2 วิธี. กรุงเทพฯ :
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนันทา อริยกุลนิมิต. (2542). ประสิทธิภาพการให้คำปรึกษารายบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม
การปฏิบัติของสตรีหลังคลอดที่ติดเชื้อในโรงพยาบาลวชิระ. วิทยานิพนธ์ กศ.ม.

(วิชาเอกสุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

สุเทพ สันติวรานนท์. (2541). รายงานการวิจัยสภาพความวิตกกังวลของนักเรียนมัธยมศึกษา
ปีที่ 3 เขตการศึกษา 2. สงขลา : คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตปัตตานี.

สุพรรณี นาคทอง. (2539). ผลของการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลตามแนวของโรเจอร์ที่มีต่อ
การลดความวิตกกังวลของผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะมีอาการ โรงพยาบาลบาราศนราดรุ.
ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม. (วิชาเอกสุขศึกษา). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร. ถ่ายเอกสาร.

สุรีย์ จันทรมโนลี. (2527). วิถีทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ดวงกมล.

อนงค์ ลีละชัยกุล. (2529). การศึกษาเปรียบเทียบความวิตกกังวลของหญิงครรภ์แรกที่มีอายุ
ระดับการศึกษาและฐานะเศรษฐกิจแตกต่างกัน. วิทยานิพนธ์ คศ.ม. กรุงเทพฯ :
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล. (2538). ความวิตกกังวล ความต้องการ และการตอบสนองความ
ต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(พยาบาล). กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรุณ บุญประกอบ. (2542). "Family-centered Care in The NICU," ใน *Neonatal Care In
The Year 2000(the prevention of Morbidities)*. สาธิตย์ โหตระกิตย์. หน้า34-41.
กรุงเทพฯ : ธนาเพลส แอนด์ กราฟฟิค จำกัด.

อัมพร ศรีสำรวล. (2541). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษารายบุคคลโดยประยุกต์ทฤษฎี
ความสามารถตนเองของแบนดูราในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันกามโรค
ของหญิงอาชีพพิเศษ โรงพยาบาลบางรัก. ปริญญาณิพนธ์ กศ.ม.(วิชาเอกสุขศึกษา).
กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
ถ่ายเอกสาร.

Alvarez C, Malan S. (1992). "Psychological Support in Critical Care," in *Principle
of Critical Care*. p. 531 - 539. New York : MrGraw-Hill.

Bartz C. (1995). "Families in Critical Care : Environment, Need, and Barriers to
Care," in *Textbook of Critical Care*. p. 1747 – 1751. Philadelphia :
Saunders.

Coffman, S., Levitt, M.J., & Frango, N.C. (1993). "Mothers' Stress and Close
Relationships Correlates with Infant Health Status," *Pediatric Nursing*.
19(2) : 135 – 140.

Fiser DH. (1992). "The Family is the Patient," in *Pediatric Critical Care*. p.35 – 38

- St. Louis : Mosby Year Book Inc.
- Frader JE. (1992). " Ethics in Pediatric Intensive care," in *Pediatric Critical Care*.
p. 70 – 75. St. Louis : Mosby Year Book Inc.
- Gennare, S. (1986). " Anxiety and Problem Solving Ability in Mother of Preterms
Infant," *JOCNN*. 15 (2) : 160 – 164.
- Goldberger, L., & Brenitz, B. (1982). *Handbook of Stress Theoretical and Clinical
And Aspects*. New York : Free press.
- Jamerson, P.A. et al. (1996, November – December). " Experience, in the ICU. The
Experiences of Families with Relative in the Intensive Care Unit," *The
Journal of Critical Care Heart & Lung*. 25 (6) : 467 – 474.
- Johnson, B.S. (1993). *Psychiatric Mental Health Nursing : Adaptation and Growth*.
3rd ed. Philadelphia : JB Lippincott Company.
- Lamontagne, L.L.& Pawlak, R.A. (1990, July – August). " Stress and Coping of
Parents of Children in a Pediatric Intensive Care Unit," *The Journal of
Critical Care Heart & Lung*. 19 (4) : 416 – 421.
- Lazarus, L.S.,& Folkman, S. (1984). *Stress. Appraisal. and Coping*. New York :
Springer Company.
- Lookinland S. (1995). " Stress Management of Staff, Family, and Patients," in
Textbook of Critical Care. p. 1741 – 1747. Philadelphia : Saunders.
- Melynk, B.M. (1994). "Coping with Unplanned Childhood Hospitalization : Effects
Of Informational Interventions on Mothers and Child," *Nursing Research*.
43 (1) : 50 – 55.
- Miles, M.S.,& Carter, M.C. (1983). "Assessing Parental Stress in Intensive Care
Units," *MCN*. 8 : 354 – 359.
- Molter, N.C. (1979, March – April). " Need of Relatives of Critically ill Patients :
A Descriptive Study," *The Journal of critical care Heart & Lung*.
8 (2) : 332 – 339.
- Riddle, Hennessey, Eberly, Carter & Miles. (1989). " Stressors in the Pediatric
Intensive Care Unit as Perceived by Mothers and Fathers," *Maternal –
Child Nursing Journal*. 18 (3) : 221 – 234.
- Rogers, Carl R. (1951). *Client – Centered Therapy : A Theory of Personality and
Behavior*. Massachusette : The Riberside Press.
- Seideman, R.Y., Watson, M.A., Cerff, K.E., Odle, P., Ltaase, J.,& Bowerman, J.L.

(1997). " Parent Stress and Coping in NICU and PICU," *Journal of Pediatric Nursing*. 12 (3) : 169 – 177.

Spielbergere, C.D. et al. (1970). *STAI Manual*. California : Cousulting Pyschologist Press, Inc.

Spielbergere, C.D. et al. (1977). *Self – Evalution Questionnaire*. CA : Counsulting Pyschologist Press, Inc.

Tichy, Braam, Meyer & Rattan. (1988). " Stressors in Pediatric Intensive Care Unit," *Journal of Pediatric Nursing*. 11 (1) : 10 – 12.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

หนังสือขอความอนุเคราะห์
รายนามผู้เชี่ยวชาญ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ บัณฑิตวิทยาลัย มสว โทร. 258-4119, 664-1000 ต่อ 5644

ที่ ทบ. 1012/2664

วันที่ 12 กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์

เนื่องด้วย นางสาวรลักษ์ วงศ์อิศเรศ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันสปีทมาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ อาจารย์ทัศน ทองภักดี เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจน ในระยะแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวรลักษ์ วงศ์อิศเรศ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

(ศาสตราจารย์ ดร. เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ที่ ทม 1012/ ๒ 665



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

12 กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววรลักษณ์ วงศ์อิสระ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นางรุ่งทิwa อัศวินานนท์ พยาบาลวิชาชีพ 7วช. และ นางศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ พยาบาลวิชาชีพ 7วช. เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววรลักษณ์ วงศ์อิสระ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119



ที่ ทม 1012/ 2666

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

/2 กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน หัวหน้างานกุมารเวชกรรม สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญ นายแพทย์วิบูลย์ กาญจนพัฒนกุล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาววรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์.ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119



บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

ที่ ทม 1012/266 ๗

12 กรกฎาคม 2544

เรื่อง ขอเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลพระบรมราชชนนี กรุงเทพฯ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวรลัทกษณ์ วงศ์อิสเรศ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ บัณฑิตวิทยาลัยขอเรียนเชิญนางจันทร์เพ็ญ สันตวาจา พยาบาลวิชาชีพ 6 เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสอบถามผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ข้าราชการในสังกัดเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ นางสาวรลัทกษณ์ วงศ์อิสเรศ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644

โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ ๖๖4๒



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๖ กันยายน 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาววรลักษณ์ วงศ์อิสรเสถ์ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการให้สุศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อพัฒนาเครื่องมือการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้บิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ณ อาคารรวมบริการ 4 ก จำนวน 5 คน เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามผลของการให้สุศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในระหว่างเดือนกันยายน 2544

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาววรลักษณ์ วงศ์อิสรเสถ์ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644 โทรสาร. 258-4119

ที่ ทม 1012/ 3503



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

๑๘ กันยายน 2544

เรื่อง ขอความร่วมมือเพื่อการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม

เนื่องด้วย นางสาวรลักษ์ณ์ วงศ์อิศเรศ นิสิตระดับปริญญาโท วิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการทำปริญญานิพนธ์เรื่อง “ผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี” โดยมี รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์วินัส ปัทมภาสพงษ์ เป็นคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญานิพนธ์ ในการนี้ นิสิตมีความจำเป็นต้องเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยขออนุญาตใช้สถานที่ และขอให้บิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จำนวน 40 คน ตอบแบบสอบถามผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในระหว่างเดือนตุลาคม 2544 – มกราคม 2545

จึงเรียนมาเพื่อขอความอนุเคราะห์ ได้โปรดพิจารณาให้ นางสาวรลักษ์ณ์ วงศ์อิศเรศ ได้เก็บข้อมูลในการทำปริญญานิพนธ์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพการศึกษา และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์ ดร.เสริมศักดิ์ วิศาลาภรณ์)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

สำนักงานคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 664-1000 ต่อ 5726, 5644 โทรสาร. 258-4119

รายนามผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. อาจารย์ทัศน ทอภักดี | อาจารย์ประจำสถาบันวิจัยพฤกษศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| 2. นายแพทย์วิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล | นายแพทย์ 8
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 3. ดร. จันทรเพ็ญ สันตวาจา | พยาบาลวิชาชีพ 6
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ |
| 4. นางสาวรุ่งทิพา อัครินานนท์ | พยาบาลวิชาชีพ 7
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |
| 5. นางสาวศิริลักษณ์ ถาวรวัฒนะ | พยาบาลวิชาชีพ 7
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี |

ภาคผนวก ข

- แผนการให้สุขศึกษา
- ภาพพลิก
- แผ่นพับ

แผนการให้สุศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้วิจัยกับบิดา และมารดา	ขั้นการให้ข้อมูล 1. การสร้างสัมพันธภาพ สวัสดิ์ค๊ะ ดิฉันชื่อ นิสิตปริญญาโท การศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทร- วิโรฒ ทำวิจัยเกี่ยวกับผลของการให้สุศึกษารายบุคคลเกี่ยวกับ ความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจน ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จึงใคร่ขอความร่วมมือจากคุณใน การเข้าร่วมการวิจัย ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่ส่งผลต่อบุตรของคุณ คุณจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย บุคลากรที่ ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เครื่องมือ อุปกรณ์ที่ ใช้กับผู้ป่วยพอสังเขป อากการและการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย วิธีการที่บิดาและมารดาจะสามารถมีส่วนร่วมในการให้การช่วย เหลือผู้ป่วย รวมทั้งเปิดโอกาสให้บิดาและมารดาได้ระบายนาม รู้สึกที่ไม่สบายใจและสามารถซักถามข้อสงสัยได้	ก่อนบิดาและมารดาจะเข้าเยี่ยมผู้ป่วย ผู้วิจัยกล่าวทักทายด้วยใบหน้าที่ยิ้มแย้ม แจ่มใสพร้อมทั้งแนะนำตัวเองและขอ ความร่วมมือในการวิจัย - ซึ่งแจ้งการเข้าร่วมวิจัยพอสังเขป พร้อมทั้งประเมินความพร้อมของบิดาและ มารดาในการเข้าร่วมการวิจัย โดยการ สังเกตสีหน้าท่าทาง การพูดโต้ตอบกับผู้ วิจัย		

แผนการให้สุศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้บิดาและมารดาผู้ป่วยทราบถึงสภาพแวดล้อมทางกายภาพของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยเพื่อลดความวิตกกังวลของบิดาและมารดาของผู้ป่วยในการเข้ามาในสถานที่ที่ไม่คุ้นเคย	2. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษาทารกซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤตเกี่ยวกับระบบหายใจและระบบอื่นๆ ที่จำเป็นต้องดูแลอย่างใกล้ชิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดสามารถรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลได้ทั้งหมด 8 – 10 เตียง อายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 เดือน ภายในหอผู้ป่วยประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์และมีการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์พิเศษพร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การเข้าเยี่ยม บิดาและมารดาสามารถเข้าเยี่ยมได้ในช่วง เวลา 09.00 – 21.00 น. โดยมีการปฏิบัติตัวในการเข้าเยี่ยมดังนี้ 1. กดกรังบริเวณหน้าหอผู้ป่วย นั่งรอติดต่อเจ้าหน้าที่แสดงบัตรเข้าชม เห็นชื่อในสมุดเยี่ยม 2. ให้บิดา/มารดาเข้าเยี่ยมได้ 1 ครั้ง/วัน ส่วนญาติให้ผู้ป่วยที่ห้องกระจกด้านนอกตึกซึ่งสามารถเห็นผู้ป่วยได้ 3. เปลี่ยนรองเท้าและสวมเสื้อคลุมผูกสายคาดเอวให้เรียบร้อยก่อนเข้าห้องผู้ป่วยด้านใน 4. เพื่อป้องกันการติดเชื้อและอันตรายต่อการติดเชื้อผู้ป่วย บิดา/มารดาควรถอดแหวน นาฬิกา เครื่องประดับต่าง ๆ บริเวณข้อมือเก็บให้เรียบร้อยแล้วจึงล้างมือด้วยสบู่เหลวฆ่าเชื้อโรค	- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ภายในโรงพยาบาลและภายในหอผู้ป่วย เครื่องมือที่มักจะได้เห็น บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยและการเข้าเยี่ยม - มอบแผ่นพับ (ซึ่งมีภาพประกอบ) - ให้เวลาบิดาและมารดา ผู้ป่วยศึกษาแผ่น พับ แล้วเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย	แผ่นพับ	ถามย้อนกลับ บิดา/มารดา สามารถอธิบาย ได้

แผนการให้ชุดศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	5. เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาด 6. บิดา/มารดาสามารถสัมผัส ลูบตามแขน ขา ลำตัว หรืออุ้มผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค โดยมีเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกและอธิบายวิธีสัมผัสผู้ป่วย 7. ขณะเยี่ยมผู้ป่วย บิดา/มารดาสามารถซักถามข้อสงสัยกับแพทย์หรือพยาบาลได้ตลอดเวลา 8. ล้างมือ เก็บเสื้อคลุมและเปลี่ยนรองเท้าให้เรียบร้อย ก่อนออกจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด บุคลากรภายในเด็ก 1. แพทย์ สวมเสื้อกาวน์สีขาว 2. พยาบาลวิชาชีพสวมเสื้อสีเขียว 3. ผู้ช่วยเหลือคนใช้สวมเสื้อสีเหลือง 4. คนงานสวมเสื้อสีน้ำเงิน			

แผนการเรียนรู้สู่ศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เรียนได้รู้จักเครื่องมือพิเศษที่ใช้ในหอผู้ป่วยพลสังเขป	3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วย เครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในหอผู้ป่วยหนักการเกิดที่ฉุกเฉินให้เห็นมีหลายอย่าง คือ 3.1 เครื่องช่วยหายใจ มีลักษณะสี่เหลี่ยมขนาดใหญ่ตั้งอยู่ข้างเตียงผู้ป่วย มีสายต่อกับท่อช่วยหายใจซึ่งอยู่ที่ปากของผู้ป่วย เครื่องนี้จะมีการส่งเสียงดังตามจังหวะการหายใจของผู้ป่วย จะใช้เครื่องนี้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถหายใจได้เองหรือหายใจได้เองแต่ไม่เพียงพอ 3.2 เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน เครื่องนี้วางอยู่บนเหนือศีรษะผู้ป่วยด้านหน้าของเครื่องจะมีจอภาพแสดงจำนวนครั้งการเต้นของหัวใจและความอิ่มตัวของออกซิเจนบริเวณผิวหนังของผู้ป่วย 3.3 ตู้อบเด็กและWarmer เป็นที่นอนที่ให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายผู้ป่วย 3.4 เครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำและของเหลวเมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับยา น้ำเกลือชนิดพิเศษหรือสารเหลวอื่น ๆ ที่ต้องควบคุมให้ได้ปริมาณที่ถูกต้องและละเอียดที่สุด เครื่องนี้มีลักษณะสี่เหลี่ยม ติดอยู่กับเสาน้ำเกลือข้างเตียงผู้ป่วย	ชี้ภาพเครื่องช่วยหายใจ ในภาพพลสังเขป และอธิบายประกอบพลสังเขป ชี้ภาพเครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน ในภาพพลสังเขป และอธิบายประกอบพลสังเขป ชี้ภาพตู้อบเด็กและWarmer ในภาพพลสังเขป และอธิบายประกอบพลสังเขป ชี้ภาพเครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำและของเหลว ในภาพพลสังเขป และอธิบายประกอบพลสังเขป	ภาพเครื่องช่วยหายใจในภาพพลสังเขป ภาพเครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน ในภาพพลสังเขป ภาพตู้อบเด็กและWarmer ในภาพพลสังเขป ภาพเครื่องควบคุมการหยดของสารน้ำและของเหลวในภาพพลสังเขป	

แผนการให้สุศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	3.5 เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ชีพจรและความดันโลหิตอัตโนมัติ เครื่องนี้จะวางอยู่ด้านเหนือศีรษะผู้ป่วยด้านหน้าของเครื่องจะมีจอภาพแสดงคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ตัวเลขแสดงอัตราชีพจรและความดันโลหิตของผู้ป่วย จะมีสัญญาณเสียงและสัญญาณไฟกระพริบเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้น เครื่องนี้ไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดแต่อย่างใด 3.6 เครื่องวัดความดันโลหิต 3.7 ไฟส่องรักษาดาวเทียม เป็นแสงไฟที่ช่วยให้การดูดาวเทียมลดลง	ศึกษาเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ชีพจรและความดันโลหิตอัตโนมัติ ในภาพพลิกและอธิบายประกอบพอสังเขป ศึกษาเครื่องวัดความดันโลหิต ในภาพพลิกและอธิบายประกอบพอสังเขป ศึกษาไฟส่องรักษาดาวเทียม ในภาพพลิกและอธิบายประกอบพอสังเขป	ภาพเครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ ชีพจรและความดันโลหิตในภาพพลิก ภาพเครื่องวัดความดันโลหิตในภาพพลิก ภาพไฟส่องรักษาดาวเทียม	

แผนการเรียนรู้สู่ผู้ศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม สามารถอธิบายผู้ป่วยพอ สังเขป	4. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ขณะนี้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคขาด ออกซิเจนในระยะแรกเกิด ภาวะการขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Perinatal asphyxia) ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด หมายถึง ภาวะที่ เลือดขาดออกซิเจนและมีคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดสูง ทำให้ เลือดเป็นกรดเนื่องจากมีการระบายอากาศที่ปอดและการไหล เวียนของเลือดไม่เพียงพอหรือไม่มีภายหลังทารกคลอดแล้ว หลาย ๆ นาทีส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ภายในร่างกายมีเลือดและ ออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงไม่เพียงพอเป็นเหตุให้เซลล์และอวัยวะ ต่าง ๆ สูญเสียหน้าที่หรือตาย สาเหตุ 1. ปัจจัยที่เกี่ยวกับการคลอด - ศีรษะทารกไม่ได้สัดส่วนกับเชิงกราน - คลอดติดไหล่ - สายสะดือถูกกด - ครรภ์แฝด - ทารกทำผิดปกติ - คลอดลำบาก เช่น ใช้คีมช่วยคลอด	ผู้วิจัยให้ข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับการ การเจ็บป่วย ให้แก่บิดาและมารดา		

แผนการให้สัตวศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	2. ปัจจัยทางด้านมารดา - ตกลูก - อายุมาก - เบาหวาน - รกเกาะต่ำ - รกลอกตัวก่อนกำหนด - ภาวะพิษแห่งครรภ์ - ความดันเลือดต่ำ - ซีดมาก - เคยคลอดมาแล้วหลายครั้ง - "ได้ยาแก้ปวดหรือยาหลับจำนวนมาก 3. ปัจจัยเกี่ยวกับทารก - ภาวะติดเชื้อในครรภ์ - ความผิดปกติแต่กำเนิด - ทารกที่คลอดก่อนกำหนด - เด็กบวม (Erythroblastosis fetalis) ภาวะแทรกซ้อน 1. กลุ่มอาการหายใจลำบาก ในทารกคลอดก่อนกำหนด			

แผนการให้สัตวศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	2. สัตว์เล็กที่หาหรือภาวะความดันโลหิตสูงกว่าหัวใจในทารกคลอดครบกำหนดหรือเกินกำหนด 3. กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด 4. ชัก 5. ลำไส้เน่า 6. ไตขาดเลือด 7. น้ำตาลในเลือดต่ำ 8. แคลเซียมในเลือดต่ำ 9. ไปแทสเซียมในเลือดสูง การรักษา แบ่งเป็น 2 ระยะคือ 1. การรักษาทันที คือ การช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้เร็วที่สุด จุดประสงค์ คือ ช่วยให้เด็กหายใจได้อย่างสม่ำเสมอ ปัจจัยสำคัญ คือการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าจะต้องช่วยหายใจและการเตรียมอุปกรณ์ บุคลากรให้พร้อม 2. การรักษาทางในระยะที่พ้นจาก Asphyxia การป้องกัน การป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดเป็นสิ่งสำคัญที่สุด เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่ออวัยวะต่างๆ			

แผนการเรียนรู้สู่ศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	โดยการจดหมายล่วงหน้าตั้งแต่ระยะก่อนคลอดว่าทารกคนใดมีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด หากมีความเสี่ยงสูงต้องทำการติดตามทารกในครรภ์มารดาอย่างใกล้ชิด เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดต้องช่วยในการคลอดตำแหน่งไปอย่างราบรื่น มีการเตรียมความพร้อมในการช่วยพื้นคื่นชีพ (บุคลการและอุปกรณ์) เป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งในการลดความรุนแรงของภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด ภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิดสามารถป้องกันได้เมื่อมีการฝากครรภ์ที่ดี คลอดโดยสูติแพทย์ที่มีความชำนาญมีการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการแก้ไขเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปัจจุบันพบว่ามีการใช้เครื่องติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ช่วยให้ตรวจพบการขาดออกซิเจนของทารกในครรภ์ได้แต่เนิ่นๆ จึงสามารถแก้ไขได้ทัน แต่อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้ยังมีราคาแพงยังปฏิบัติกันอย่างไม่แพร่หลายในประเทศกำลังพัฒนา ดังนั้นอัตราการป่วยและอัตราการตายยังคงสูงอยู่ อาการของผู้ป่วยขณะนี้ ปัญหาของผู้ป่วยขณะนี้คือ แผนการรักษาและการพยาบาลที่ได้รับคือ เครื่องมือที่ใช้กับผู้ป่วยขณะนี้คือ			

แผนการให้สัตยาบัน

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้บิดาและมารดาได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตามความต้องการและเหมาะสมกับอาการของผู้ป่วย	ขั้นการได้อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย บิดาและมารดาสามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ทันที แต่เมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้นอกเวลาที่ทางหอผู้ป่วยกำหนดไว้ได้ แต่เมื่อแพทย์ทำการรักษาผู้ป่วยหรือมีกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อความสะดวกในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ บิดาและมารดาอาจจะออกไปรอข้างนอกสักครู่ แล้วจึงเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วยใหม่เมื่อกิจกรรมนั้นเสร็จแล้ว บิดาและมารดาควรล้างมือให้สะอาดก่อนเข้าเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเมื่อบิดาสามารถสัมผัสผู้ป่วยเมื่อเข้าเยี่ยมผู้ป่วย บิดาและมารดาสามารถจับมือผู้ป่วยสัมผัสผู้ป่วย เรียกชื่อผู้ป่วย บอกผู้ป่วยให้ทราบว่าดูแลเขาเป็นอย่างดี	ผู้วิจัยแนะนำและจัดให้บิดาและมารดาผู้ป่วยได้เข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้บ่อยครั้งขึ้น และระยะเวลาตามความต้องการของญาติ โดยไม่รบกวนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ผู้วิจัยชี้ตำแหน่งของอ่างล้างมือให้บิดาและมารดาดู ผู้วิจัยนำบิดาและมารดาของผู้ป่วยไปที่เตียงผู้ป่วย และนำการเรียกและการพูดคุยกับผู้ป่วยแม้ว่าผู้ป่วยจะไม่รู้สึกตัวก็ตาม		

แผนการให้สุขศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้บิดาและมารดาของผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการให้การดูแลผู้ป่วย เพื่อให้บิดาและมารดาารู้สึกสบายใจที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้	ขั้นการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 1. การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้านร่างกายที่บิดาและมารดาสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เช่น การเปลี่ยนผ้าปัสสาวะ อุจจาระ ทำความสะอาดหลังผู้ป่วยขับถ่าย โดยใช้สาลี่แห้งที่ทางหอผู้ป่วยจัดไว้ให้ประจำเตียงผู้ป่วย ชุบน้ำต้มสุกเช็ดคราบสกปรกต่างๆให้หมดและทิ้งในถังที่จัดเตรียมไว้ให้ ช่วยเหลือจัดทำผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว	ผู้วิจัยอธิบายถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทางด้านร่างกายที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือได้ ผู้วิจัยแนะนำ สวัสดิการปฏิบัติและร่วมกันกับบิดามารดาของผู้ป่วย กระทำกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านร่างกาย เปิดโอกาสให้ญาติผู้ป่วยตอบคำถามเป็นระยะ ๆ		
เพื่อให้บิดาและมารดาทราบถึงวิธีการติดต่อสื่อสารและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย	2. การช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ ในขณะที่บิดาและมารดาเข้ามาเยี่ยมผู้ป่วย ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือรับรู้ได้เนื่องเป็นทารกแรกเกิด นอกจากบิดาและมารดาใช้มือลูบไล้สัมผัสร่างกายเป็นภาษาทางกายแสดงถึงความห่วงใยประกอบกับพูดคุยกับผู้ป่วย	ผู้วิจัยให้คำแนะนำแก่บิดาและมารดาผู้ป่วยในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย การให้กำลังใจกับผู้ป่วยโดยการสัมผัสและการพูดคุยกับผู้ป่วย		

แผนการให้สุขศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
เพื่อให้บิดาและมารดาได้มีโอกาสระบายความรู้สึกที่ไม่สบายใจ กับข้อใจ และชักถามปัญหาข้อสงสัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	ขั้นการให้กำลังใจและระบายความรู้สึก 1. จัดเวลาและสถานที่ในการพูดคุยกับบิดาและมารดา ผู้ป่วยหลังจากที่บิดาและมารดาผู้ป่วยเรียบร้อยแล้ว เชิญบิดาและมารดาผู้ป่วยนั่งในสถานที่ที่จัดไว้โดยเฉพาะ ผู้วิจัยบอกบิดาและมารดาผู้ป่วยว่าจะขอเวลาประมาณ 15 – 20 นาที เพื่อให้บิดาและมารดาซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึกและพูดคุยถึงปัญหาของบิดาและมารดาผู้ป่วยที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2. เปิดโอกาสให้บิดาและมารดาได้ระบายความรู้สึก ผู้วิจัยพูดคุยกับบิดาและมารดาว่า " คุณเป็นบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยในกรณีที่ช่วยให้อุปกรณ์มีกำลังใจและหายจากโรคได้เร็วขึ้นซึ่งความไม่สบายใจของบิดาและมารดาจะส่งผลถึงตัวผู้ป่วยได้ ดังนั้นพร้อมที่จะรับฟังความไม่สบายใจของคุณ เมื่อคุณระบายความไม่สบายใจออกมา อาจทำให้คุณรู้สึกดีขึ้น " 3. การให้คำปรึกษาและแนวทางในการแก้ปัญหา 3.1 ผู้วิจัยร่วมกับบิดาและมารดาผู้ป่วยค้นหาปัญหาโดยผู้วิจัยถามบิดาและมารดาว่า " การเจ็บป่วยของบุตรในครั้งนั้นทำให้เกิดปัญหาอะไรกับคุณบ้าง " 3.2 ผู้วิจัยร่วมกับบิดาและมารดาผู้ป่วยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยผู้วิจัยถามบิดาและมารดาว่า " คุณคิดว่าปัญหาใดมีความสำคัญกับคุณมากที่สุด เพราะอะไรและปัญหาใด	ผู้วิจัยจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัวพูดคุยกับบิดาและมารดาผู้ป่วย เปิดโอกาสให้บิดาและมารดาผู้ป่วยได้ซักถามปัญหาและระบายความรู้สึกโดยผู้วิจัยรับฟังด้วยความตั้งใจและสนใจ มองหน้าและสบตากับบิดาและมารดาผู้ป่วยขณะพูดคุย แสดงท่าทีเห็นอกเห็นใจ ตอบคำถามด้วยความเต็มใจและพูดคุยให้กำลังใจแก่บิดาและมารดาผู้ป่วย		

แผนการให้สุขศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	มีความสำคัญรองลงมา .. 3.3 ผู้วิจัยกับบิดาและมารดาผู้ป่วยทางเลือกลงในการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยพูดคุยและถามบิดามารดาผู้ป่วยว่าในปัญหาที่คุณคิดว่าสำคัญที่สุดนั้นคุณคิดว่าคุณมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาอย่างไร 3.4 ผู้วิจัยพูดคุยกับบิดาและมารดาผู้ป่วยและร่วมพิจารณาข้อดีและข้อเสียของทางเลือกในการแก้ปัญหา ผู้วิจัยถามบิดาและมารดาผู้ป่วยว่าทางเลือกในการแก้ไขปัญหานั้นแต่ละทางเลือกคุณคิดว่ามีข้อดีและข้อเสียอย่างไร 3.5 ผู้วิจัยกับบิดาและมารดาผู้ป่วยช่วยกันสรุปวิธีการแก้ปัญหา โดยผู้วิจัยพูดว่า " ตกลงคุณคิดว่าปัญหาที่สำคัญที่สุดของคุณในขณะนี้คือ และการแก้ไขปัญหานั้นดีที่สุดสำหรับคุณคือ 4. การปล่อยใจและให้กำลังใจ ผู้วิจัยพูดคุยกับบิดาและมารดาผู้ป่วยด้วยท่าทีที่เป็นกันเอง พูดพลบใจว่า " ถึงแม้คุณจะมีปัญหาจากการเจ็บป่วยของคุณในตอนนี้ แต่คุณก็สามารถพบหนทางในการแก้ไขปัญหาก็ได้ คุณควรมีกำลังใจที่เข้มแข็งและรักษาสุขภาพของคุณให้แข็งแรง เพื่อให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับปัญหาต่างๆ และให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ต่อไป ในภาวะที่คุณไม่สบายใจ การสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ หรือทำพิธีทาง			

แผนการให้สุขศึกษา

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
	ศาสนาที่คุณเคารพนับถือ อาจจะช่วยให้จิตใจของคุณสงบขึ้น ทำให้คุณมีสติ มีกำลังใจที่ดีขึ้นและสามารถคิดหาหนทางในการ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดิฉันขอเป็นส่วนหนึ่งที่เอาใจช่วยและ เป็นกำลังใจให้คุณค่ะ "			

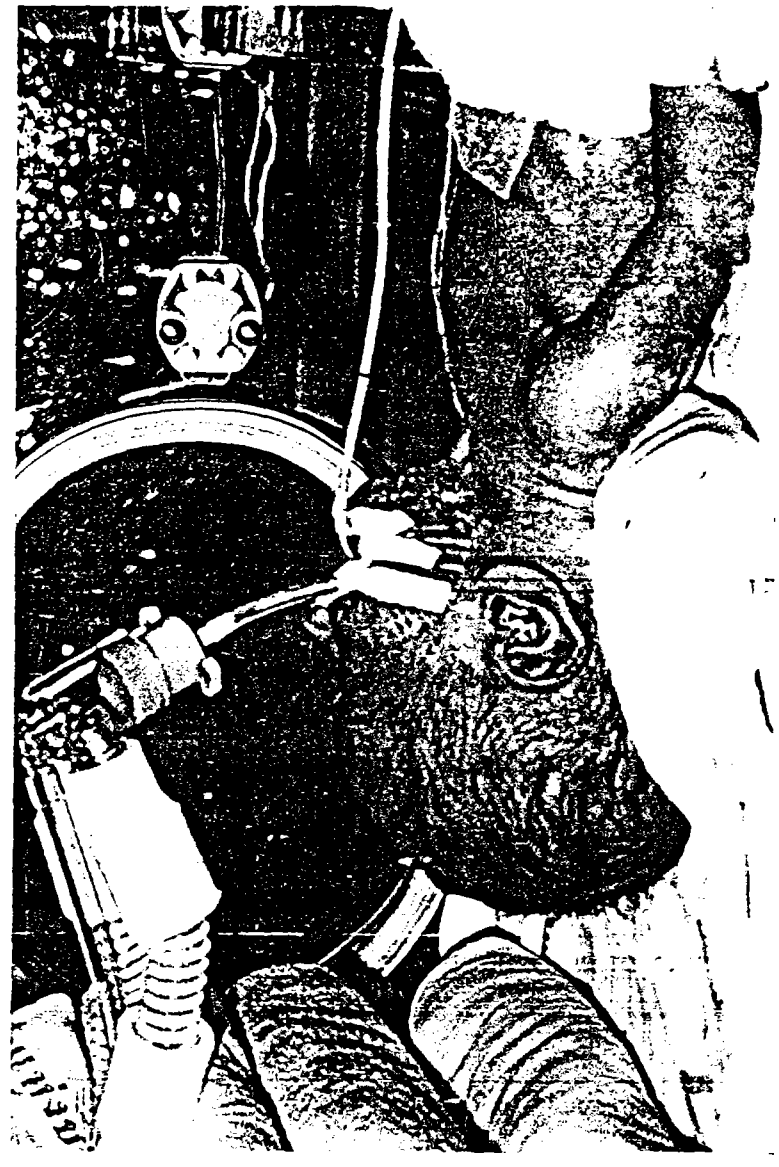
นางสาววรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ

ZICD

นางสาววรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เป็นสถานที่ให้การดูแลทารกในระยะวิกฤติ
จากการเปลี่ยนแปลงง่ายต่อการดูแลใกล้ชิด



การให้ปรึกษา

1. ใช้อุปกรณ์ต่างๆช่วยชีวิต เช่น
เครื่องช่วยหายใจ

2. อาการไม่คงที่ อาจเกิดความรุนแรง
ได้ทุกขณะ

3. หลังผ่าตัดอวัยวะสำคัญ

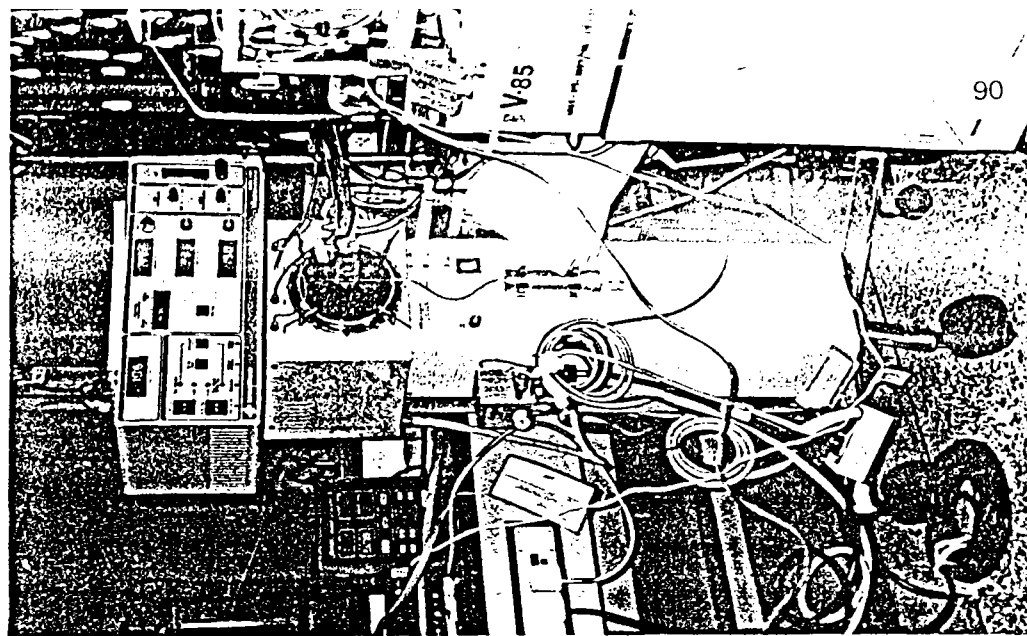
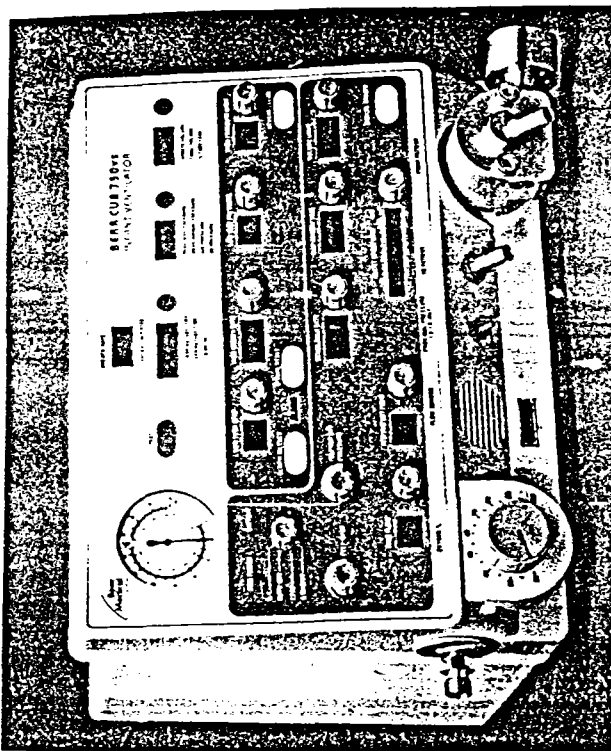
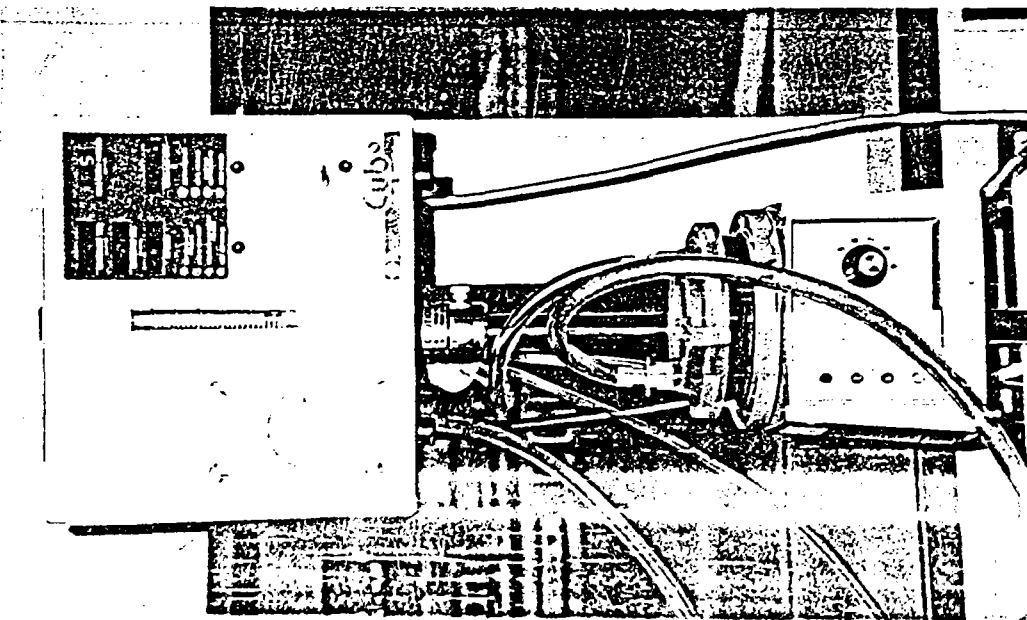
4. มีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ภาคบริหารงาน

- แพทย์ ใสชุดสีขาว
- พยาบาลวิชาชีพ ใสชุดสีเขียว
- ผู้ช่วยเภสัชคนไข้ ใสชุดสีเหลือง
- คนงาน ใสชุดสีน้ำเงิน

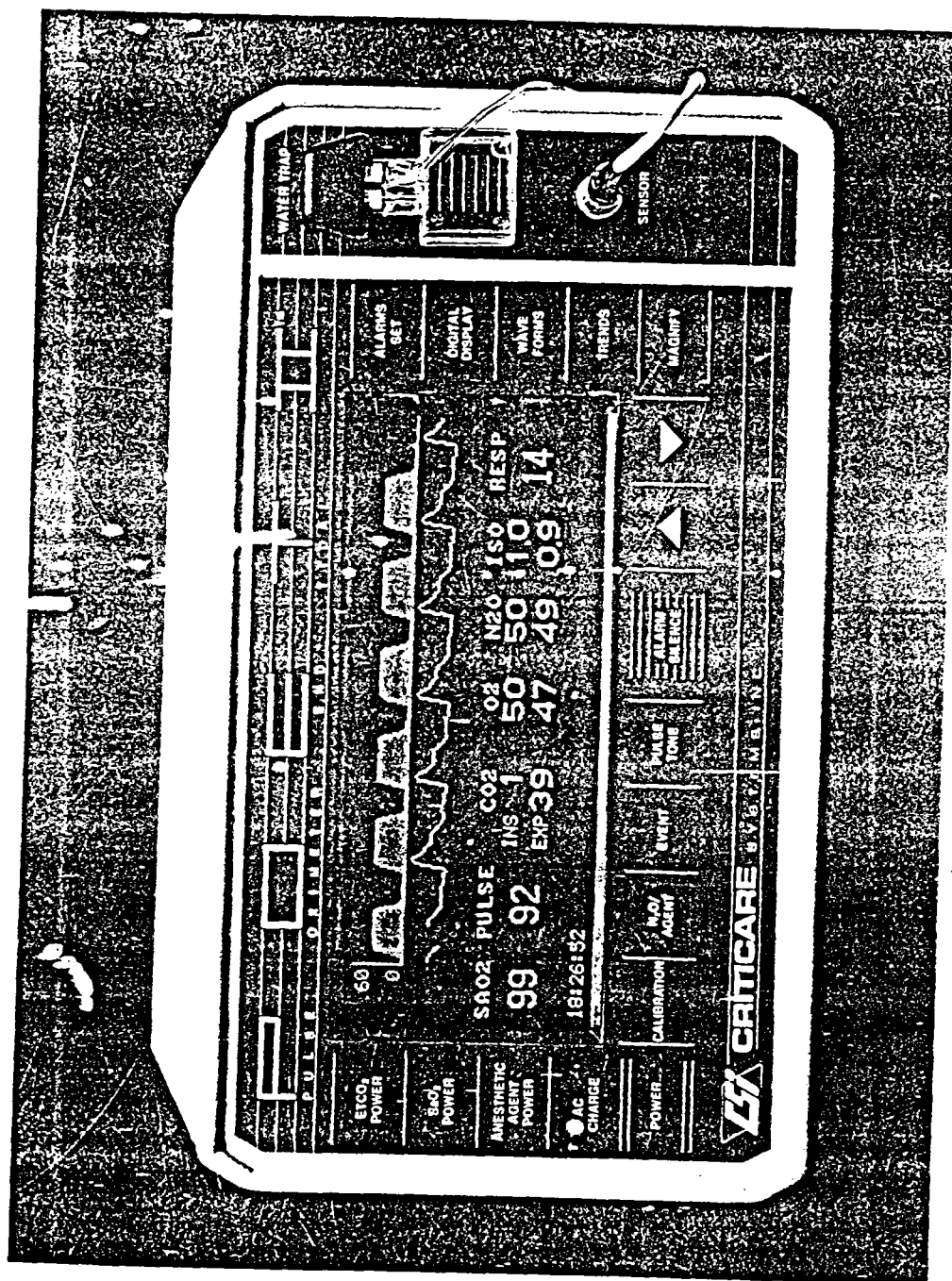
ทุกคนเต็มใจและตั้งใจให้บริการ

การขับไล่แมลง

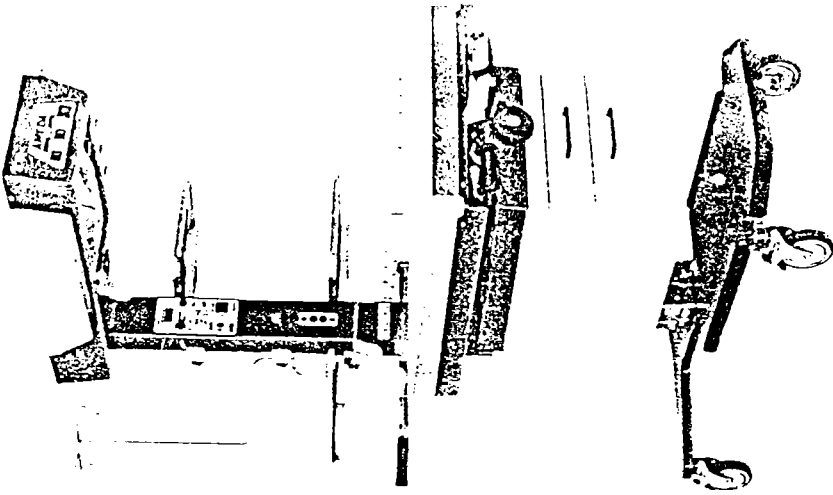


เครื่องช่วยหายใจ

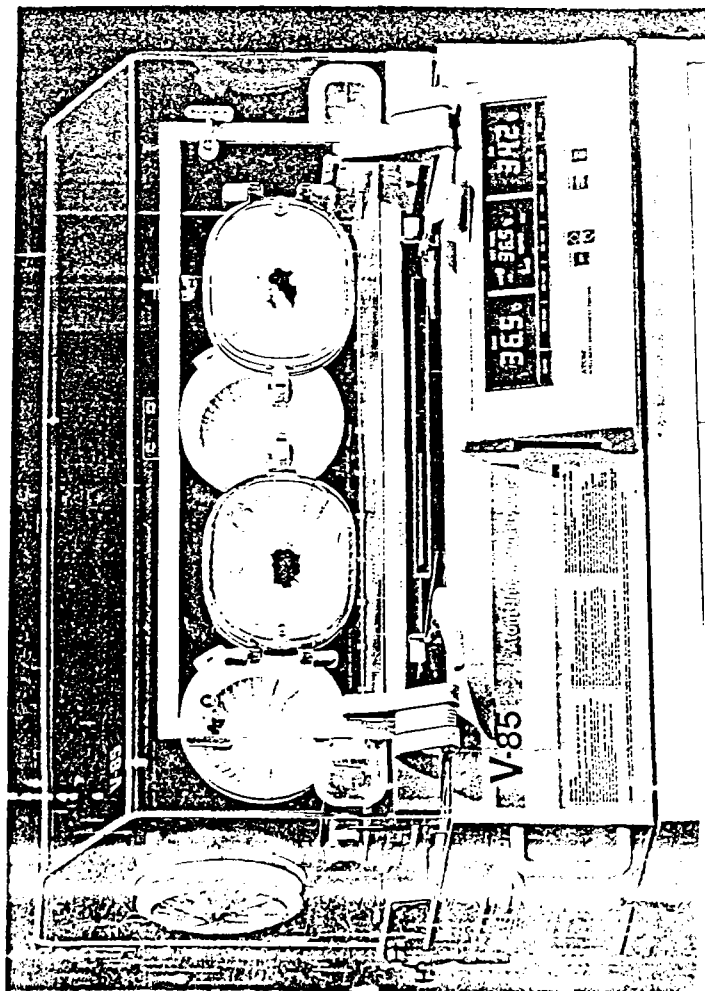
เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน



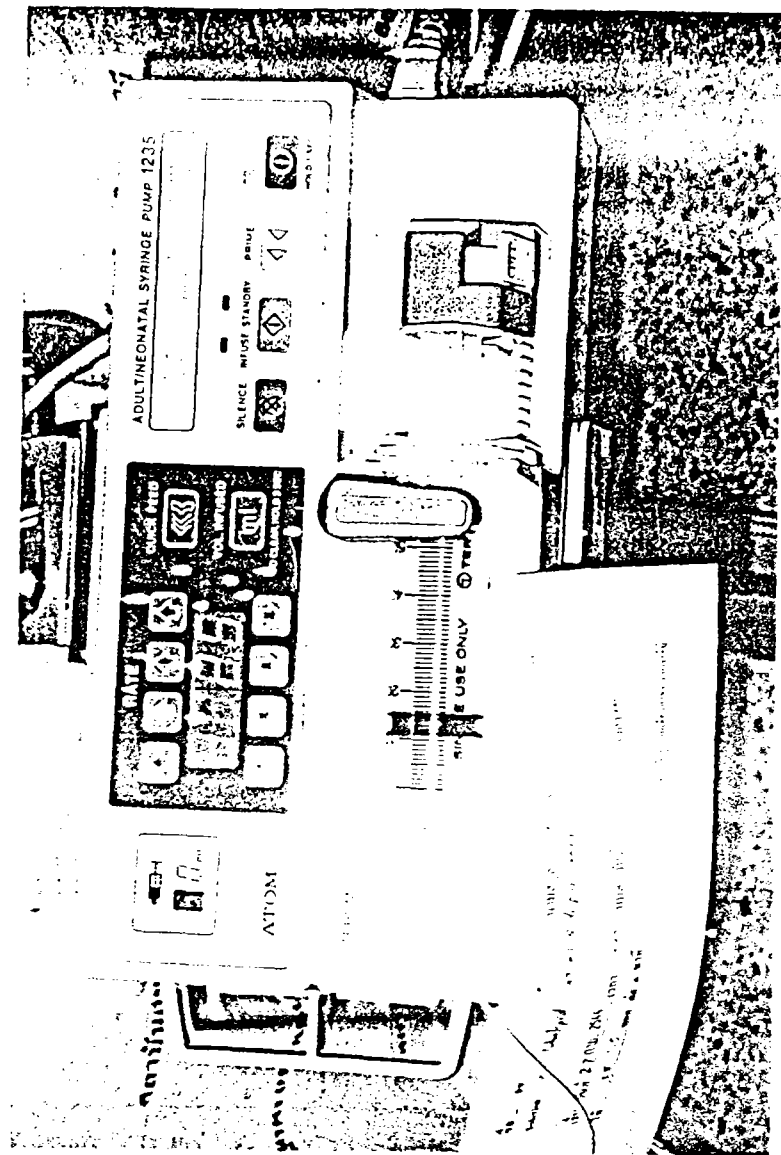
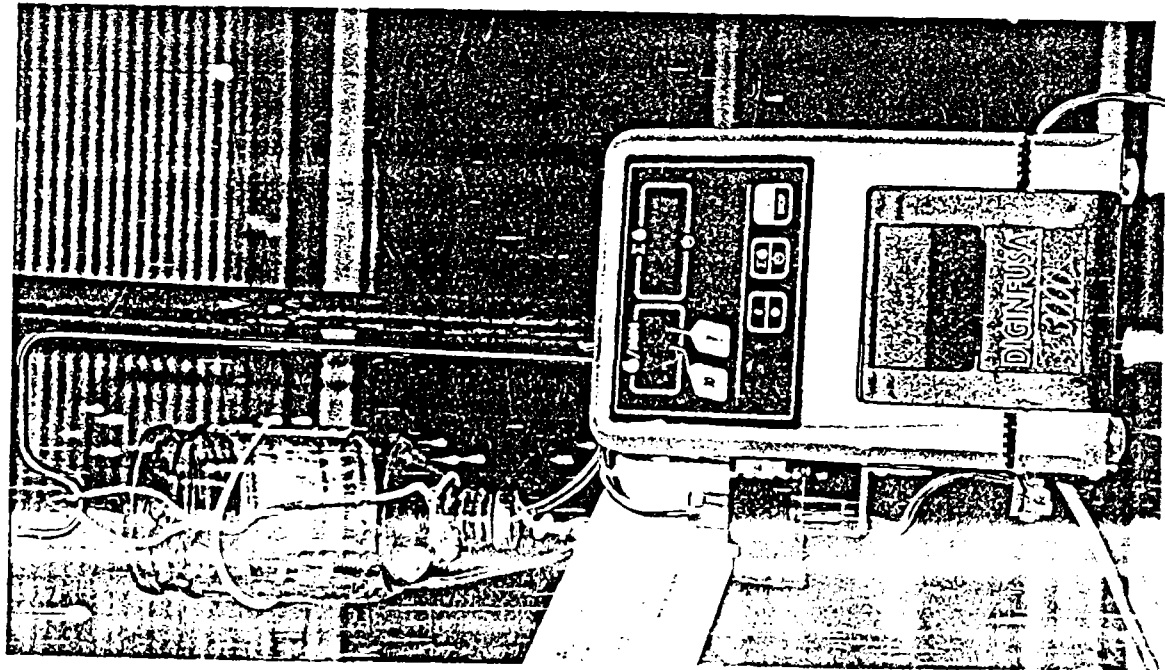
Aluminum



செயல்பாடு

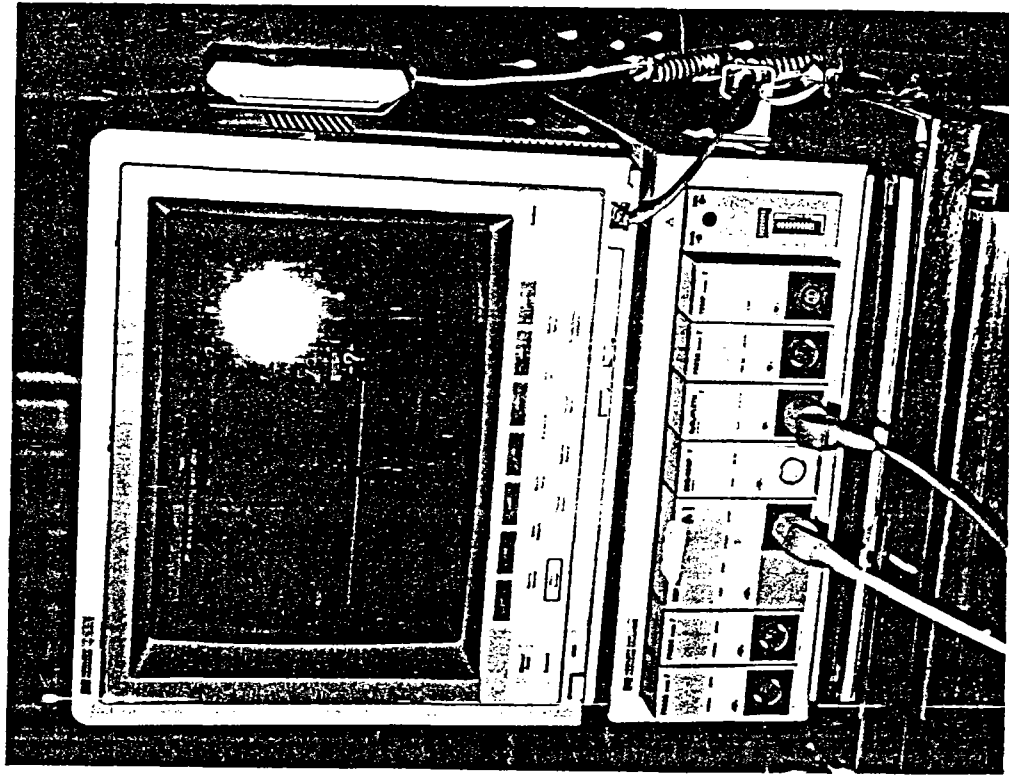


เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำ



เครื่องควบคุมการไหลของนม

เครื่องติดตามการเต้นของหัวใจ เครื่องวัดความดันโลหิตและชีพจรอัตโนมัติ



95



ฟอสเฟตจากคลอง



แผนปฏิบัติการประกอบกาให้ข้อมูล

6.ขณะเย็บผู้ป่วย บิดา/มารดาสามารถชักถามข้อสงสัย
กับแพทย์หรือพยาบาลได้ตลอดเวลา
7.ถ้ายังมี กับเรื่องอื่นๆและเปลี่ยนของเก่าให้
เรียนร่อยก่อนออกจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

หมายเหตุ

ได้ตรวจนำเด็กมาเยี่ยมพยาบาล

บิดา/มารดาที่มีสิทธิเบิกค่ารักษา

๑ โปรดแจ้งการมีสิทธิการเบิกค่ารักษาและแสดงบัตรให้

พยาบาลทราบทันที

๑ เบิกต้นสังกัด ใช้ออกสารดังต่อไปนี้

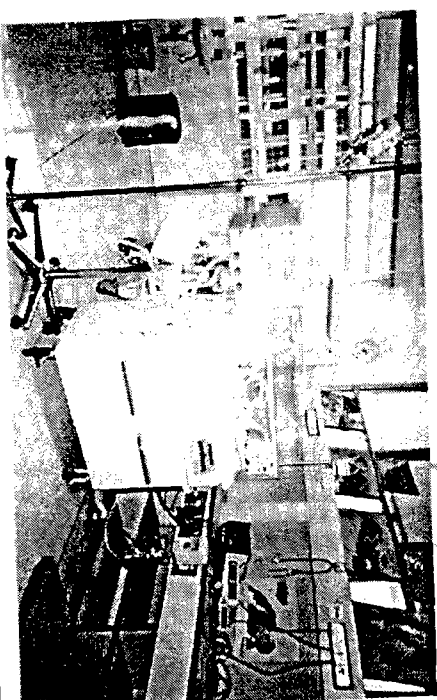
- † หนังสือต้นสังกัด
- † สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อเด็ก
- † สำเนาบัตรประชาชนของบิดาหรือมารดาที่มีสิทธิเบิก

หรือใช้สิทธิบัตรอาหรหรือสิทธิบัตรที่มีบัตรทอง (บัตร 30 บาท)
ใช้ออกสารต่อไปนี้

- บัตร 30 บาทของมารดาหรือของเด็กและสำเนา
- สำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อมารดาและเด็ก
- สูติบัตรและสำเนา
- หนังสือส่งตัว (ถ้ามี)

หมายเหตุ

บิดา - มารดา ที่มีปัญหาด้านค่ารักษาพยาบาล
โปรดติดต่องานสังคมสงเคราะห์หรือพยาบาลประจำตัว



แผนฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของปฏิญญาพนธ์

เรื่อง

“ ผลของการให้สุติภินมารายบุคคลต่อความวิตกกังวล
ของบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจน
ในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี”

หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขศึกษา

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี



โดย...

นางสาววรลักษณ์ วงศ์อัครเศ

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์จุฑามาศ เทพชัยศรี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์นิต ปัทมภาสพงษ์

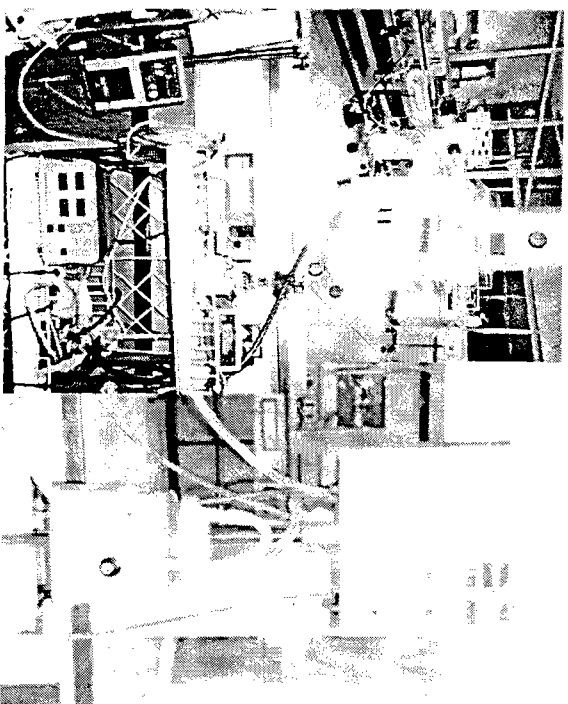
หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาตินิมหาราชิไน



หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาตินิมหาราชิไน เป็นหอผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลรักษา

ทารกในภาวะวิกฤตเพื่อให้การรักษาทันทีและปลอดภัยสามารถรับผู้ป่วยไว้ในความดูแลได้ทั้งหมด 8-10 เตียง ภายในหอผู้ป่วยประกอบด้วยพยาบาลที่มีประสบการณ์พร้อมให้การช่วยเหลือผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น กรณีผู้ป่วยหนักตัวน้อยกว่า 2.000 กรัม จะย้ายไปอาศารรวมบริการ 4ก. (หอผู้ป่วยน้ำหนักน้อย) กรณีผู้ป่วยหนักตัวมากกว่า 2.000 กรัมจะย้ายไปอาศารรวมบริการ 2 (หอผู้ป่วยน้ำหนักตัวมากกว่า 2.000 กรัม)

ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดคือ ผู้ป่วยทารกที่มีอายุน้อยกว่า 1 เดือนที่อยู่ในภาวะวิกฤต มีขนาดน้ำหนักต่างกัน ส่วนใหญ่เป็นทารกที่มีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิดและมักต้องใส่ท่อช่วยหายใจต่อเข้ากับเครื่องช่วยหายใจ



ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

โดยทั่วไปมักจะต้องใช้อุปกรณ์ต่างๆในการรักษาและช่วยชีวิตได้แก่ ตู้บดเด็ก เครื่องช่วยหายใจ เครื่องวัดความอิ่มตัวของออกซิเจน เครื่องควบคุมการไหลของสารน้ำหรือนม อุปกรณ์เหล่านี้แสดงถึงการวัดเป็นตัวเลขบริเวณด้านหน้าของเครื่อง มีไฟกระพริบและสัญญาณเตือนเมื่อค่าที่วัดได้สูงหรือต่ำกว่าปกติ ดังนั้นถ้าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงจะสามารถช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที

การเข้าเยี่ยมผู้ป่วย

บิดา-มารดาสามารถเข้าเยี่ยมได้ในช่วงเวลา 09.00-21.00น.

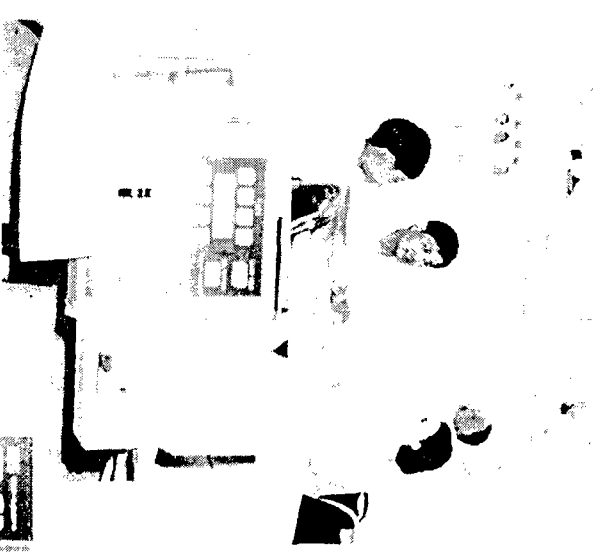
หรือในช่วงเวลาอื่นที่ไม่มีมีการปฏิบัติการด้านการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนภายใต้การดูแลของพยาบาลทารกแรกเกิด โดยมีการปฏิบัติงานในการเข้าเยี่ยมดังนี้

1. ให้บิดา/มารดาเข้าเยี่ยมได้ 1 ครั้งวัน ส่วนญาติให้ดูผู้ป่วยที่ห้องกระจกด้านนอกตึกซึ่งสามารถเห็นผู้ป่วยได้

2. เปลี่ยนรองเท้าและสวมเสื้อคลุมสุกสะอาดเอาไว้ให้เรียบร้อยก่อนเข้าห้องผู้ป่วยด้านใน

3. เพื่อป้องกันการใช้มือถือและอันตรายต่อการติดเชื้อผู้ป่วย บิดา/มารดาสามารถถอดแหวน นาฬิกา เครื่องประดับต่างๆบริเวณข้อนิ้วมือก่อนให้เรียบร้อย แล้วจึงล้างมือด้วยสบู่เหลวฆ่าเชื้อโรค

4. เช็ดมือให้แห้งด้วยผ้าสะอาด



5. บิดา/มารดาสามารถสัมผัส ลูบตามแขน ขา ลำตัวหรืออุ้มผู้ป่วยได้ตามความเหมาะสมกับพยาธิสภาพของโรค โดยมีพยาบาลอำนวยความสะดวกและอธิบายวิธีสัมผัสผู้ป่วย

ภาคผนวก ค

แบบสอบถาม

แบบสอบถาม

เรื่อง ผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็ก - แห่งชาติมหาราชินี

คำชี้แจง

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัวของบิดาและมารดา

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามโดยประยุกต์ใช้แบบความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์

แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลของการให้สุขศึกษารายบุคคลต่อความวิตกกังวลของบิดาและมารดาที่บุตรมีภาวะขาดออกซิเจนในระยะแรกเกิด ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อนำข้อมูลมาศึกษาวิจัยประกอบการศึกษาระดับมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา เท่านั้น การตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อท่านและบุตรแต่อย่างใดทั้งสิ้น

ขอขอบคุณที่ร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

นางสาววรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ

นิสิตปริญญาโท การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

แบบสอบถาม

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวของบิดาหรือมารดา

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมข้อความ ตัวเลขลงใน ช่องว่างที่มีอยู่

1. มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น

() บิดา	() มารดา
----------	-----------
2. อายุ ปี
3. ศาสนา

() พุทธ	() คริสต์
() อิสลาม	() อื่นๆ โปรดระบุ
4. สถานภาพสมรส

() คู่	() หม้าย
() หย่า	() แยกกันอยู่
5. ระดับการศึกษา

() ประถมศึกษา	() มัธยมศึกษา 1-3
() มัธยมศึกษา 4-6	() อนุปริญญา / ประกาศนียบัตร
() ปริญญาตรี หรือ สูงกว่า	
6. อาชีพ

() ทำงานบ้าน	() รับจ้าง
() ค้าขาย	() รับราชการ / พนักงานรัฐวิสาหกิจ
() เกษตรกรรม	
7. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน

() ต่ำกว่า 2,500 บาท	() 2,501 – 5,000 บาท
() 5,001 – 7,500 บาท	() 7,501 – 10,000 บาท
() ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป	
8. การจ่ายค่ารักษาพยาบาล

() จ่ายเองทั้งหมด	() เบิกได้ทั้งหมด
() เบิกได้บางส่วน	() สงคมสงเคราะห์ช่วยเหลือบางส่วน
9. ในครอบครัวของท่านมีสมาชิกประกอบด้วย

() บิดา มารดา และบุตร	
() บิดา มารดา บุตรและญาติพี่น้องอื่นๆ เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย ฯลฯ	

10. ท่านมีประสบการณ์เกี่ยวกับบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่
() เคย () ไม่เคย
11. ท่านคิดว่าบุตรของท่านเจ็บป่วยรุนแรงเพียงใด
() รุนแรงมาก () รุนแรงปานกลาง
() รุนแรงน้อย
12. วิธีการเดินทางมาเยี่ยมบุตร
13. เวลาที่มาเยี่ยมบุตรได้สะดวก คือ

ตอนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวลของบิดาหรือมารดา

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ล้อมรอบตัวเลขด้านขวาของข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของบุตรของท่าน ในขณะนี้ มากที่สุด

ข้อความ	ไม่รู้สึก เลย	รู้สึก บ้าง	รู้สึก ปาน กลาง	รู้สึก มาก
1. ข้าพเจ้ารู้สึกสงบ	1	2	3	4
2. ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง	1	2	3	4
3. ข้าพเจ้ารู้สึกเครียด	1	2	3	4
4. ข้าพเจ้ารู้สึกว่ามีความกดดัน	1	2	3	4
5. ข้าพเจ้ารู้สึกสบาย ๆ	1	2	3	4
6. ข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิดและว้าวุ่นใจ	1	2	3	4
7. ข้าพเจ้ากำลังกังวลกับเคราะห์ร้ายที่คิดว่าอาจเกิดขึ้นกับบุตร	1	2	3	4
8. ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจและอึดใจกับอาการของบุตร	1	2	3	4
9. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นตระหนกเกี่ยวกับอาการบุตร	1	2	3	4
10. ข้าพเจ้ารู้สึกสุขสบาย	1	2	3	4
11. ข้าพเจ้ารู้สึกมีความเชื่อมั่นในตนเอง	1	2	3	4
12. ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้นง่าย	1	2	3	4
13. ข้าพเจ้ารู้สึกตกใจง่าย	1	2	3	4
14. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่กล้าตัดสินใจเกี่ยวกับบุตร	1	2	3	4
15. ข้าพเจ้ารู้สึกผ่อนคลาย ไม่มีความกังวล	1	2	3	4
16. ข้าพเจ้ารู้สึกพอใจเกี่ยวกับอาการบุตร	1	2	3	4
17. ข้าพเจ้ารู้สึกเป็นห่วงและกังวลใจ	1	2	3	4
18. ข้าพเจ้ารู้สึกมีพลังและสับสน	1	2	3	4
19. ข้าพเจ้ารู้สึกไม่หวั่นไหว	1	2	3	4
20. ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส สบายใจ	1	2	3	4

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ล้อมรอบตัวเลขด้านขวาของข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของท่าน ตามปกติทั่วไป ของท่านมากที่สุด ซึ่งไม่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรในขณะนี้

ข้อความ	เกือบ ไม่เคย รู้สึก	รู้สึก เป็น บ้าง ครั้ง	รู้สึก บ้าง	รู้สึก เกือบ ตลอด เวลา
21.ข้าพเจ้ารู้สึกแจ่มใส สบายใจ	1	2	3	4
22.ข้าพเจ้ารู้สึกตื่นเต้นและกระวนกระวายง่าย	1	2	3	4
23.ข้าพเจ้ารู้สึกพึงพอใจในตนเอง	1	2	3	4
24.ข้าพเจ้าอยากมีความสุขเหมือนคนอื่น ๆ	1	2	3	4
25.ข้าพเจ้ารู้สึกล้มเหลวในชีวิต	1	2	3	4
26.ข้าพเจ้ารู้สึกสงบสุข	1	2	3	4
27.ข้าพเจ้าเป็นคน " สงบ เยือกเย็น และสุขุม "	1	2	3	4
28.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าความยุ่งยากกำลังทับถมจนไม่สามารถเอาชนะได้	1	2	3	4
29.ข้าพเจ้าเป็นคนกังวลเกินกว่าเหตุ	1	2	3	4
30.ข้าพเจ้ามีความสุข	1	2	3	4
31.ข้าพเจ้ามีความคิดบางอย่างที่รบกวนจิตใจอยู่	1	2	3	4
32.ข้าพเจ้าเป็นคนขาดความมั่นใจในตนเอง	1	2	3	4
33.ข้าพเจ้ารู้สึกมั่นคง	1	2	3	4
34.ข้าพเจ้าสามารถตัดสินใจอะไรได้โดยง่าย	1	2	3	4
35.ข้าพเจ้ารู้สึกว่าตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอ	1	2	3	4
36.ข้าพเจ้าเป็นคนที่มีความพอใจในตนเอง	1	2	3	4
37.ข้าพเจ้ามีเรื่องที่ไม่สำคัญเข้ามารบกวนจิตใจอยู่เสมอ	1	2	3	4
38.ข้าพเจ้ารู้สึกผิดหวังง่าย	1	2	3	4
39.ข้าพเจ้าเป็นคนหนักแน่น	1	2	3	4
40.ข้าพเจ้ารู้สึกตึงเครียดและยุ่งยากใจเมื่อนึกถึงเรื่องที่ต้องเกี่ยวข้องหรือเรื่องที่สนใจอยู่	1	2	3	4

ประวัติย่อผู้วิจัย

ประวัติย่อผู้วิจัย

ชื่อ	นางสาววรลักษณ์ วงศ์อิศเรศ
เกิดวันที่	27 สิงหาคม 2516
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	19 / 19 ซ. อีสระภาพ 27 แขวงวัดท่าพระ เขตบางกอกใหญ่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2539	ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า
พ.ศ. 2546	การศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ