

ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

นันทน์ภัส เลียงพันธุ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กุมภาพันธ์ 2560

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล อาจารย์ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษา ร่วม ที่กรุณาเสียสละเวลาในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง และแก้ไขข้อบกพร่อง ต่าง ๆ ด้วยความละเอียดถี่ถ้วนและเอาใจใส่ด้วยดีเสมอมา รวมทั้งคณาจารย์ในสาขาการพยาบาลเด็ก ทุก ๆ ท่าน ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ ทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ ในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีคุณภาพ พร้อมทั้งข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์

ขอขอบพระคุณจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ผู้อำนวยการ กลุ่มงานการพยาบาล ท่านผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ บุญชู ศิริจงกลทอง หัวหน้างาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องที่ให้ความช่วยเหลือด้านการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณหัวหน้างาน คุณทรงลักษณ์ ณ นคร และผู้ร่วมงานทุกคนที่ทำให้กำลังใจ คอยช่วยเหลือเกื้อกูลด้วยดี ตลอดจนบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อชัชวาลพงษ์ คุณแม่พัชรนันท์ เลี้ยงพันธุ์ และญาติพี่น้องที่คอยห่วงใย เป็นแรงใจสำคัญให้ผู้วิจัยมุ่งมั่น มีความพยายามพากเพียร อดทนต่ออุปสรรคต่าง ๆ และขอขอบคุณเพื่อน ๆ นิสิตที่ร่วมศึกษาเล่าเรียน ฝ่าฟันอุปสรรคต่าง ๆ มาด้วยกัน

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยบางส่วน จากสมาคมพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ ประเทศไทย ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

คุณค่าและประโยชน์ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญูแก่เวทิตาแด่ บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ทำให้ข้าพเจ้าเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจน ราบรื่นเท่าทุกวันนี้ ขอให้ผลงานที่มีคุณค่านี้เกิดประโยชน์แก่ทุก ๆ ท่านที่จะนำไปพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้มีประสิทธิภาพและมีความสุขต่อไป

นันทน์ภัท เลี้ยงพันธุ์

56910015: สาขาวิชา: การพยาบาลเด็ก; พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คำสำคัญ: ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา/ การรับรู้ความรุนแรงของโรค/ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล/ ระดับการศึกษาของบิดามารดา/ ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

นันทน์ภัส เลียงพันธุ์: ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วย

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (PREDICTORS OF UNCERTAINTY AMONG PARENTS OF CHILDREN WITH ACYANOTIC CONGENITAL HEART DISEASE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: นฤมล ชีระรังสีกุล, Ph.D., ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, Dr. P.H. 90 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวจำนวนมากขึ้น ส่งผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยในความเจ็บป่วยของบุตร การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย คือ บิดามารดาที่มีบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 82 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการสนับสนุนทางด้านข้อมูล และแบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่นของแอลฟาครอน บาค เท่ากับ .80 .83 .91 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า บิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 96.31, SD = 10.80$ ) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยทำนายเดียวที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำนายได้ร้อยละ 4.7 ( $R^2 = .047, F_{(1, 80)} = 3.971, p < .05$ )

ผลการศึกษานี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพควรให้ข้อมูลอาการ การดำเนินและความรุนแรงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในเด็กป่วยอย่างชัดเจนเพื่อลดความคลุมเครือ และส่งผลให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วย

56910015: MAJOR: PEDIATRIC NURSING; M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)  
 KEYWORDS: PERCEPTION OF ILLNESS SEVERITY, INFORMATION SUPPORT,  
 EDUCATION OF PARENT, AND CONFIDENCE IN HEALTHCARE STAFF  
 NUNNAPAT LIENGPUN: PREDICTORS OF UNCERTAINTY AMONG PARENTS  
 OF CHILDREN WITH ACYANOTIC CONGENITAL HEART DISEASE. ADVISORY  
 COMMITTEE: NARUMON TEERARUNGSIKUL, Ph.D., SIRIYUPA SANANREANGSAK,  
 Dr.P.H. 90 P. 2017.

In Thailand, the incidence of children with acyanotic congenital heart disease has been increased resulting in parental uncertainty about their child illness. This study aimed to examine predictors of uncertainty among parents of children with acyanotic congenital heart disease. A simple random sampling was used to recruit a sample of 82 parents of children with acyanotic congenital heart disease receiving care at Thammasat Chalermprakeit University Hospital from February to June 2016. Research instruments included a demographic data questionnaire, the questionnaires of parental uncertainty, perception of patient illness, adequacy of information support, and trust in health care workers. Their Chronbach's alpha reliability were .80, .83, .91, and .80, respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's correlation and multiple regression analysis.

The result revealed that a total mean score of parental uncertainty in the child illness was at a moderate level ( $M = 96.31$ ,  $SD = 10.80$ ). Perception of illness severity was the only significant predictor of the parental uncertainty. It accounted for 4.7 % ( $R^2 = .047$ ,  $F_{(1, 80)} = 3.971$ ,  $p < .05$ ) in the prediction.

This finding suggests that nurses and health care personnels should provide explicit information about symptoms, process and severity of acyanotic congenital heart disease in the children to eliminate unclear conditions. Consequently, the parental uncertainty in the child illness would be lessened.

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย .....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ .....	จ
สารบัญ .....	ฉ
สารบัญตาราง .....	ช
สารบัญภาพ .....	ญ
บทที่	
1 บทนำ .....	1
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	5
สมมติฐานการวิจัย .....	6
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
ขอบเขตของการวิจัย .....	7
นิยามศัพท์.....	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในเด็ก.....	10
ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย.....	18
ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ไม่เขียว.....	24
ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่ กำเนิด .....	24
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	32
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	35
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	36
การเก็บรวบรวมข้อมูล .....	37
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	38

## สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย .....	39
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป .....	39
ส่วนที่ 2 คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ .....	44
ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ .....	46
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	49
การอภิปรายผล .....	50
ข้อเสนอแนะ .....	54
บรรณานุกรม .....	56
ภาคผนวก .....	63
ภาคผนวก ก .....	62
ภาคผนวก ข .....	75
ภาคผนวก ค .....	80
ภาคผนวก ง .....	85
ภาคผนวก จ .....	87
ประวัติย่อผู้วิจัย .....	90

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีการศึกษา ระดับการศึกษาอาชีพและรายได้ของครอบครัว .....	40
2	จำนวนและร้อยละของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำแนกตามประเภทผู้ป่วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรค .....	42
3	คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ทั้งโดยรวมและรายด้าน .....	45
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย ของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพของบิดามารดา เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว.....	46
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา.....	47
6	การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โดยรวม.....	48
7	การทดสอบ Normality ของค่าความคลาดเคลื่อน โดยสถิติ Kolmogorov-Smirnov .....	88

## สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
2	รูปแบบของการรับรู้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel.....	21



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยในเด็ก นับเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญลำดับต้น ๆ ของประเทศ พบบ่อยเกินร้อยละ 80-90 ของปัญหาโรคหัวใจเด็กทั้งหมด การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็กทั่วโลก พบประมาณ 8-10 คน จากเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน (บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, 2555; Knopper, Odle, & Costello, 2005) ข้อมูลการศึกษาล่าสุดในประเทศไทยปี 2557 พบ 10-13 คน จากเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน หรือประมาณร้อยละ 1 ของการเกิดมีชีวิตทั้งหมด (ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน, 2557; บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, 2555; สุขชม อัดนวนิช, 2552) จากข้อมูลของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีการรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมากที่สุดในประเทศไทย ประมาณ 1 ใน 4 ของเด็กโรคหัวใจทั่วประเทศ คือมากกว่า 1,300-1,400 ราย ในแต่ละปี (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2556) สถิติเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนผู้ป่วยแต่ละปี ดังนี้ 533, 826, 807 และ 875 ราย ตามลำดับ (หมวดศูนย์ ข้อมูลงานวิจัยสถาบันและสารสนเทศ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ, 2558) และพบว่า 2-3 คน ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 1,000 คน จะแสดงอาการระหว่าง 5 ปีแรก และแพทย์ต้องรับผู้ป่วยโรคหัวใจรักษาในโรงพยาบาลมากถึง ร้อยละ 80 และอาจพบภาวะหัวใจวาย ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในช่วงขวบปีแรก (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร, 2549; ศิริพร สังขมาลัย, 2551; Knopper et al., 2005)

เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกนับว่าเป็นภาวะวิกฤตหรือระยะที่คุกคามต่อชีวิต การดำเนินของโรคอาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และไม่คงที่ เป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เพราะมีโอกาสปรับเปลี่ยนจากโรคเรื้อรังกลายเป็นโรคที่มีอาการรุนแรง อาจมีช่วงที่อาการกำเริบ มีอาการของโรคเป็น ๆ หาย ๆ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบอย่างมากทั้งต่อเด็กป่วยและครอบครัว (บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, 2555; อมรรัตน์ เพชรดำรงสกุล และแพรวดาว พันธรัตน์, 2555; อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิษฐ์ และรัตนาวดี ขอนตะวัน, 2554) โดยเฉพาะบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีความไม่เข้าใจเกี่ยวกับ

การดำเนินของโรคและการรักษาที่บุตรได้รับ ไม่แน่ใจในความรุนแรงของโรค และไม่สามารถคาดเดาอนาคตการเจ็บป่วยของบุตรล่วงหน้าได้ (กานดา เลหาสิลป์สมจิตร อารียัวรรณ อ่วมธานี สุดา เลหาสิลปะ และณัฐพร ไพศาล, 2554) ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแต่ละระดับ อาจส่งผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยแตกต่างกัน เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวที่มีอายุน้อยกว่า 1 ปี และยังไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และภาวะหัวใจวาย เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้อาการของโรคหัวใจเลวลง และอาจทำให้เด็กเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ ก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ (บุญชู ศิริจงกลทอง, 2554; รัฐพล ว่องวันดี, 2554; สุเทพ วาณิชยกุล, 2552; อมรรัตน์ เพชรดำรงสกุล และแพรวดาว พันธุ์รัตน์, 2555; Knopper et al., 2005) เป็นผลทำให้บิดามารดา อาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพิ่มมากขึ้น เมื่อบิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร มีผลให้เกิดความเครียด ทำให้มีการปรับตัวไม่ได้ จนไม่สามารถควบคุมตนเองให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม ไม่สามารถตัดสินใจในสิ่งต่าง ๆ ตลอดจนบทบาทหน้าที่อื่นต่อสมาชิกในครอบครัวและสังคม (Mishel, 1988)

ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เนื่องจากบิดามารดาไม่สามารถตัดสินใจได้ว่า เหตุการณ์หรือสถานการณ์นั้นจะมีผลลัพธ์อย่างไร ซึ่งอาจเกิดจากการที่บิดามารดาไม่สามารถสร้างกรอบของความคิด (Cognitive scheme) ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงได้ตามการรับรู้และจะมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์และการเผชิญปัญหา ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1988) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือของสภาพความเจ็บป่วย (Ambiguity) 2) การขาดความชัดเจนในความหมายและขาดความเข้าใจในเนื้อหา (Lack of clarity) 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Lack of information) และ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์ของโรค (Unpredictability) เมื่อบิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร จะส่งผลให้บิดามารดาเกิดความเครียดและหาวิธีการเผชิญความเครียด การศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร พบทั้งในกลุ่มโรคเรื้อรังและภาวะวิกฤตดัง การศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนของ สุริภรณ์ สุวรรณ โอสธ (2547) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่ มีความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับปานกลาง และด้านที่สูงที่สุดคือ การไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค ส่วนการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤตของ นฤมล

ธีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ และอัญชัญ เตชะวีรากร (2545) พบว่า มารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง และความรู้สึกไม่แน่นอนด้านที่สูงที่สุด คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย

ส่วนปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทั้งทางตรงและทางอ้อมมี 3 ประการ ดังนี้คือ 1) กรอบสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) ประกอบด้วย แบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย (Symptom pattern) มีทั้งด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านความไม่แน่นอนของโรค และด้านความคลุมเครือของอาการ ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (Event familiarity) และความสอดคล้องของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและที่เกิดขึ้นจริง (Event congruence) ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย คือ เมื่ออาการเจ็บป่วยของบุตรคงที่ บิดามารดาที่มีความรู้สึกคุ้นเคยต่อสถานที่และสิ่งทีคาดหวังไว้ ตรงกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ย่อมลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลง 2) ความสามารถในการรับรู้หรือการใช้สติปัญญา เป็นความสามารถในการแปลข้อมูลเพื่อพิจารณาตัดสินใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Cognitive capacity) จึงมีผลทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร บิดามารดาที่มีความตั้งใจ มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีความพร้อมที่จะเรียนรู้ จะทำให้สามารถเข้าใจความหมายและสิ่งที่เกิดขึ้นได้ จึงมีส่วนช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้โดยตรง และ 3) แหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure provider) ประกอบด้วย ระดับการศึกษาของบิดามารดา แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล และบุคลากรทีมสุขภาพที่บิดามารดาเชื่อถือและยอมรับ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง (Mishel, 1988) หลายการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค (กนกกาญจน์ เมฆอนันต์วัช, 2556) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล (ภัทรนุช ภูมิพาน, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, ทศนี ประสบกิตติคุณ และกวีวรรณ ลิ้มประยูร, 2556; สุริภรณ์ สุวรรณ โอสด, 2547) ระดับการศึกษาของบิดามารดา (นฤมล ธีระรังสิกุล และคณะ, 2545) ความเชื่อถือและการยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ (ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ, 2556) ดังนั้นจึงนำปัจจัยทั้ง 4 นี้มาศึกษา

การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอน กล่าวคือ เมื่อมารดาเชื่อว่าบุตรมีระดับอาการรุนแรงที่มีความต่อเนื่อง มีลักษณะเป็นขั้นตอนมีความสม่ำเสมอ สามารถทำนายอาการที่จะเกิดขึ้นได้ จะส่งผลให้บิดามารดาที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง (Mishel, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกกาญจน์ เมฆอนันต์วัช (2556)

ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาที่มีบุตรรับการรักษาในหอพยาบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต ( $r = -.239, p < .05$ ) และเป็นปัจจัยทำนายที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยวิกฤตได้ร้อยละ 4.5 ( $R^2 = .045, F_{(1,74)} = 4.497, p < .05$ ) แต่หลายการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าได้ผลที่แตกต่างกัน (Mishel & Clayton, 2008) โดยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร (Santacroce, 2002; Tomlinson, Kirschbaum, Harbaugh, & Anderson, 1996) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ (2556) ในเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวก ( $r = .57, p < .001$ ) และสามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาได้ ร้อยละ 47.5 ( $R^2 = .475, \beta = .443, p < .001$ )

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล เป็นปัจจัยทางลบต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ได้แก่ การอธิบาย ชี้แนะ ให้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทำให้บิดามารดาได้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ ในการเจ็บป่วยของบุตร ทำให้เกิดความชัดเจนของแบบแผนอาการ การดูแลรักษา และระบบบริการต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจึงลดลง (Mishel, 1988) การศึกษาของ ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ (2556) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรัง ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ( $r = -.55, p < .001$ ) และสามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยได้ ร้อยละ 47.5 ( $R^2 = .475, \beta = -.364, p < .001$ )

ระดับการศึกษาของบิดามารดา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน คือ ถ้าบิดามารดามีระดับการศึกษาต่ำจะไม่เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ เป็นผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของบุตรมาก (Mishel, 1988) การที่บิดามารดามีระดับการศึกษาสูงจะทำให้เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับและสามารถดูแลบุตรที่ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งอาจลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของบุตรได้ จากหลายการศึกษาพบว่า การศึกษาของบิดามารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (นฤมล ชีระรังสิกุล และคณะ, 2545; Yotwongratsamee, 2006)

ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เป็นทัศนคติและมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน ซึ่งแสดงถึงความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความเชื่อมั่นของบิดามารดาเด็กป่วยที่มีต่อทีมบุคลากรสุขภาพในการดูแลรักษาบุตรที่ป่วย และจะช่วยให้วิเคราะห์สถานการณ์

ได้ชัดเจนขึ้น ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง (Mishel, 1988) นอกจากนี้การศึกษาใน บิดามารดาของเด็กป่วยเรื้อรังอายุระหว่าง 3 เดือน-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนัก ของโรงพยาบาลศิริราช พบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร ( $r = -.40, p < .001$ ) แต่ไม่สามารถ ทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาได้ (ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ, 2556)

จากการทบทวนวรรณกรรม โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีการดำเนินของโรคไม่คงที่ และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของเด็ก ส่งผลกระทบอย่างมากต่อบิดามารดา ซึ่งส่วนใหญ่ยังมีความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรค และการรักษาที่บุตรได้รับมีความคลุมเครือในความรุนแรงของโรค และไม่สามารถคาดเดาอนาคตการเจ็บป่วยของบุตรได้ การศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งพบทั้งกลุ่มโรคเรื้อรังและภาวะวิกฤต แต่การศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ในประเทศไทยยังไม่มีผู้ศึกษาโดยตรง และการศึกษาปัจจัยในด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวนี้ บางปัจจัยมีความสัมพันธ์ทางลบและบวก และสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตรได้และไม่ได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อศึกษาว่าปัจจัยใดที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ซึ่งคาดว่าผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลที่น่าไปใช้ในการศึกษาวิจัย และสามารถนำปัจจัยที่สามารถทำนายได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล เพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา ในความเจ็บป่วยของบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อันจะนำไปสู่การลดความเครียดของบิดามารดา และการปรับตัวเมื่อเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

### สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

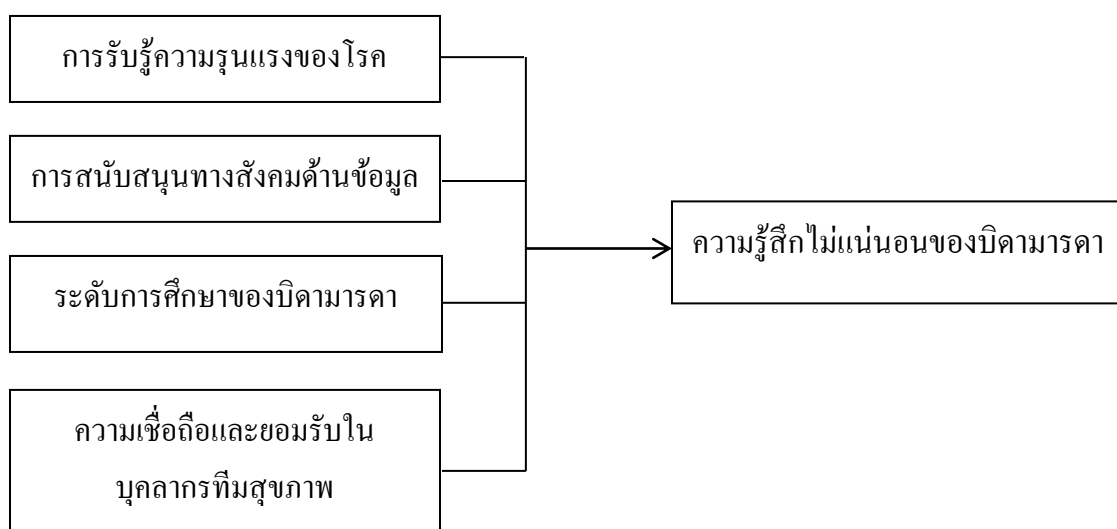
### กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Theory of uncertainty in illness) ของ Mishel (1988) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยที่ได้อธิบายถึงแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ไม่สามารถตัดสินใจเหตุการณ์หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความคลุมเครือของสภาพความเจ็บป่วย 2) การขาดความชัดเจนในความหมายและขาดความเข้าใจในการเจ็บป่วย 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และ 4) การไม่สามารถทำนายเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการพยากรณ์ของโรค (Mishel, 1988)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตรง ประกอบด้วย

1) กรอบสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) คือ แบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย (Symptom pattern) หรือการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบิดามารดา ประเมินได้จากอาการความรุนแรงของบุตรที่เกิดขึ้นระยะเวลาความต่อเนื่องที่เกิดอาการ ทำให้สามารถทำนายอาการที่จะเกิดขึ้นได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยจะลดลง 2) แหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure provider) เป็นแหล่งทรัพยากรที่ช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมายของกรอบสิ่งกระตุ้น ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล (Social support) บุคลากรทีมสุขภาพได้ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของบุตร เกี่ยวกับแบบแผนอาการเจ็บป่วย การดูแลรักษา และระบบบริการต่าง ๆ ทำให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจมากขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง ระดับการศึกษาของบิดามารดา (Education) มีผลทำให้แปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ชัดเจนขึ้น

บิดามารดาที่มีการศึกษาสูงมักจะเข้าใจข้อมูลต่าง ๆ และสามารถทำนายความรุนแรงของโรคได้ดีกว่า บิดามารดาที่มีการศึกษาน้อย ทำให้บิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของบุตรลดลง และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ (Credible authority) บิดามารดามีทัศนคติ ความไว้วางใจ เชื่อมั่นในระบบบริการของบุคลากรที่มีสุขภาพ ทำให้เกิดความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพมากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตรจะลดลง (Mishel, 1988) ซึ่งทั้งหมดนี้เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่แผนกกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 82 ราย

## นิยามศัพท์

**ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา** หมายถึง การรับรู้หรือความรู้สึกนึกคิดของบิดาหรือมารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความคลุมเครือของสภาพความเจ็บป่วย 2) ความไม่ชัดเจนของข้อมูลที่ได้รับเกี่ยวกับอาการของเด็กและระบบการให้บริการ 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และ 4) การไม่สามารถทำนายเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและผลของการเจ็บป่วยในอนาคต ที่เกิดขึ้นกับบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรของ นฤมล ชีระรังสิกุล, มณีรัตน์ ภาคฐป และเอมอร อาจารย์ตฤณกุล (2557) ที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดของ Mishel (1988)

**การรับรู้ความรุนแรงของโรค** หมายถึง การรับรู้ของบิดาหรือมารดาเกี่ยวกับอาการ และอาการแสดงในการเจ็บป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โดยแสดงออกมาเป็นความคิดหรือความเชื่อที่ประเมินจากการสังเกตเห็นการเปลี่ยนแปลง การดำเนินของโรค การเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค และผลกระทบต่อพัฒนาการเจริญเติบโตของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับอาการ/ อาการแสดงความเจ็บป่วย และระดับความรุนแรงของโรคของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

**การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล** หมายถึง การรับรู้ของบิดาหรือมารดาเกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือจากทีมบุคลากรสุขภาพ ในด้านคำแนะนำ การอธิบาย ชี้แนะ เอกสารข้อมูลต่าง ๆ ที่มีเนื้อหาครอบคลุมถึงเหตุผลของการเข้ารับการรักษา การวินิจฉัยโรค การรักษา ความจำเป็นในการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการรักษา เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย ระเบียบการดูแลต่าง ๆ และการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการของบุตรที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางด้านข้อมูลของ Yotwongratsamee (2006) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981)

**ระดับการศึกษาของบิดามารดา** หมายถึง ระยะเวลาเป็นปีที่ได้รับการศึกษาของบิดาหรือมารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

**ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ** หมายถึง ความเชื่อมั่นไว้วางใจของบิดาหรือมารดาในการบริการของบุคลากรทีมสุขภาพที่มีต่อการดูแลรักษา ความเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ



เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาของบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ความพึงพอใจในการดูแลรักษาบุตร ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพของ ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ (2556) ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Mishel (1988)

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในเด็ก
2. ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย
3. ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว
4. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

#### โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในเด็ก

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของโครงสร้างในหัวใจและหลอดเลือดของทารกขณะอยู่ในครรภ์มารดา ส่งผลกระทบต่อระบบการไหลเวียนเลือดและการทำงานของส่วนต่าง ๆ ของหัวใจและหลอดเลือด ตรวจพบได้ในทารกตั้งแต่แรกเกิด หรือพบอาการแสดงของเด็กในระยะต่อมา ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือพยาธิสภาพที่ผิดปกติ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด (พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด สามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554; สุขยม อัดนวนานิช, 2552; Ball & Bindler, 1995; Catherine & Julie, 2009) ที่พบบ่อยคือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวพบได้ถึงร้อยละ 60 ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งหมด โดยเฉพาะชนิด Ventricular Septal Defect (VSD) และ Atrial Septal Defect (ASD) คิดเป็นร้อยละ 38 และร้อยละ 20 ตามลำดับ (Hoffman & Kaplan, 2002) ในการศึกษาครั้งนี้จะกล่าวถึงเฉพาะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ดังนี้

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เกิดจากความผิดปกติในโครงสร้างของระบบหลอดเลือดและหัวใจที่เป็นมาตั้งแต่กำเนิด โดยไม่มีการผสมกันของเลือดดำและเลือดแดงทำให้ไม่เกิดอาการเขียว มีความผิดปกติที่ผนังกันหัวใจคือ มีรูลิ้นหัวใจปิดไม่สนิท (รั่ว) หรือเปิดไม่กว้างเท่าปกติ (ตีบ) หรือมีหลอดเลือดตีบเกินปกติ จำแนกตามพยาธิสภาพได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่มีการไหลลัดของเลือดจากหัวใจซ้ายไปขวา (Left to right shunt) จะมีรูรั่วทำให้มีการติดต่อระหว่างหัวใจห้องซ้ายและห้องขวา ทำให้มีการไหลลัดของเลือดจากหัวใจห้องซ้ายไปห้องขวา ส่งผลให้เวนตริเคิลขวาทำงานหนักขึ้น เนื่องจากมีปริมาณเลือดในเวนตริเคิลขวามากกว่าปกติ (Volume overload) ที่พบได้บ่อย ได้แก่ Ventricular septal defect, Atrial septal defect และ Patent Ductus Arteriosus (PDA)

2. กลุ่มที่มีการกั้นการไหลของเลือด (Obstructive lesions) การอุดตันอาจเกิดจากการตีบของลิ้นหัวใจหรือการคอด หรือตีบแคบของหลอดเลือด ทำให้เวนตริเคิลทำงานหนักขึ้น เนื่องจากมีความดันเลือดในเวนตริเคิลเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ (Pressure overload) ที่พบบ่อย ได้แก่ Aortic Stenosis (AS), Pulmonary stenosis และ Coarctation of Aorta (CoA)

#### สาเหตุการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 85-90 ไม่มีสาเหตุของการเกิดโรคหัวใจแต่กำเนิดชัดเจน มีเพียงร้อยละ 15 ที่พบเกิดจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อของมารดา มารดาได้รับยาหรือสารเคมีขณะตั้งครรภ์ ความเจ็บป่วยของมารดา ได้แก่ โรคเบาหวาน หรือโรคหัวใจแต่กำเนิด ภาวะแทรกซ้อนของมารดาขณะตั้งครรภ์ ความผิดปกติด้านพันธุกรรม ได้แก่ กลุ่มอาการดาวน์ (Down syndrome) กลุ่มอาการเทอร์เนอร์ (Turner syndrome) การพัฒนาของทารกในครรภ์ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ในขณะที่ตั้งครรภ์ เป็นต้น (กัญญา สุภักดิ์พร, 2554; อภิญา สุมนะไพศาล และศรีวรรณ ทาสันเทียะ, 2551; Knopper et al., 2005)

อาการและอาการแสดงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เมื่อเด็กมีความผิดปกติในโครงสร้างและการทำงานของหัวใจ ร่างกายไม่สามารถจะปรับชดเชยได้ จึงเกิดความผิดปกติที่แสดงอาการออกมา (พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554; วณิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2550; สุขยม อัดนวนนิช, 2552; Catherine & Julie, 2009) ดังนี้

1. ไม่มีอาการผิดปกติ (Asymptomatic) ตรวจพบแต่เสียงหัวใจผิดปกติโดยบังเอิญ ได้แก่ เสียงฟู่ของหัวใจ แต่อาจพบว่ามีติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายกว่าปกติ ได้แก่ มีน้ำมูก ไอ เป็นหวัด และภาวะติดเชื้อที่ปอดหรือปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นต้น

2. อาการเหนื่อยง่าย เนื่องจากร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เป็นผลมาจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ปกติ ในเด็กเล็กจะพบอาการเหนื่อยง่าย ขณะดูคนม ต้องหยุดหอบเป็นพัก ๆ และมีเหงื่อออกมากผิดปกติ ผิวหนังซี้นร่วมด้วย

3. การเต้นของหัวใจผิดปกติ เนื่องจากความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจ ทำให้หัวใจทำงานผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นเร็วเกินไป (Tachycardia) หัวใจเต้นช้าเกินไป (Bradycardia) หรือหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Arrythemia)

4. เหงื่อออกมากผิดปกติ (Excessive perspiration) เกิดจาก Sympathetic activity ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นกลไกการชดเชยของร่างกาย พบในรายที่มีภาวะหัวใจวาย ผู้ป่วยจะมีเหงื่อออกมากทั้งตัว ผิวหนังเปียกชื้นและเย็น โดยเฉพาะเด็กเล็กจะมีเหงื่อออกที่ศีรษะ จะมีเส้นผมเปียกชื้นเวลาอุณนม

5. การเจริญเติบโตช้า (Failure to thrive) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มักจะมีความผิดปกติของน้ำหนักมากกว่าความสูง การเกิดภาวะทุโภชนาการเกิดจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และการใช้พลังงานมากกว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการเบื่ออาหาร ท้องอืด ลำไส้เคลื่อนไหวช้ากว่าปกติ คลื่นไส้ อาเจียน เหนื่อยหอบ ทำให้อุณนมและรับประทานอาหารได้น้อย บางรายมีการดูดซึมสารอาหารจากลำไส้ผิดปกติ

6. การเกิดความดันเลือดในปอดสูง (Pulmonary hypertension) พบในเด็กโรคหัวใจชนิด ที่มีเลือดไปปอดมากกว่าปกติ และเป็นเวลานานจนเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ผนังของหลอดเลือดในปอดหนาตัวขึ้น มีความยืดหยุ่นน้อยลง ทำให้ความดันเลือดในปอดสูงอย่างถาวร เด็กจะมีอาการไอเป็นเลือด เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ หอบเหนื่อย เจ็บ และเป็นลมหมดสติได้

7. อาการหัวใจวาย (Congestive heart failure) จากการที่หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้น อาจเกิดจากปริมาณเลือดเกิน หรือความดันในห้องหัวใจเพิ่มสูงผิดปกติ กล้ามเนื้อหัวใจทำงานลดลง หรืออาจพบจากทั้งสองสาเหตุร่วมกัน อาการที่พบได้แก่ หายใจเร็ว เหนื่อยง่ายเวลาออกกำลังกาย ในเด็กเล็กมักอุณนมได้ครั้งละน้อย ๆ หุดพักบ่อย เหงื่อออกมาก ท่าทางกระสับกระส่าย น้ำหนักขึ้นช้า ตัวเล็กกว่าปกติ ทำให้มีพัฒนาการล่าช้าไม่สมวัย

8. เป็นลมหมดสติ (Syncope) ส่วนใหญ่อาการนี้พบในรายที่มีอาการตีบแคบอย่างรุนแรงของหลอดเลือดแดงในส่วนลิ้นหัวใจที่ไปเลี้ยงร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งเวลาออกกำลังกาย ในเด็กเล็กมักเกิดภายหลังร้องไห้ หรือเป็นไข้ เนื่องจากเวลาที่เด็กร้องไห้มาก จะมีความดันในปอดสูงทำให้ปริมาณเลือดไปปอดลดลง หรือขณะมีไข้ มีภาวะขาดน้ำ จะมีการลดลงของ Systemic vascular resistance อย่างรวดเร็ว ทำให้เลือดไปเลี้ยงร่างกายและสมองได้ไม่เพียงพอ ในผู้ป่วยโรคหัวใจถ้ามีอาการเป็นลมหมดสติขณะร้องไห้มาก หรือขณะออกกำลังกายให้นึกถึงการตีบแคบของหลอดเลือด Aortic Stenosis (AS) ที่รุนแรง

9. อาการเขียวของอวัยวะส่วนปลาย (Peripheral cyanosis) ผู้ป่วยจะมีอาการเขียวเฉพาะปลายมือปลายเท้า ส่วนริมฝีปาก กระพุ้งแก้ม ยังมีสีแดงหรือชมพูตามปกติ

10. ภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ (Respiratory infection) พบมากในชนิดที่มีเลือดไปปอดเพิ่มขึ้น มีอาการ ได้แก่ ไข้สูง ไอมาก หายใจหอบ มีการตีบของหลอดลมและปอดอักเสบ

ความรุนแรงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จากการประเมินโดย New York Heart Association (NYHA) และ New York University Pediatric Heart Failure ซึ่งประเมินจากระดับของความสามารถในการทำกิจกรรมของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่แสดงถึงการทำงานของหัวใจเด็กมีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 5 ปี ได้แบ่งความรุนแรงของโรคหัวใจในเด็กเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Johnson & Moller, 2001; Daphne & Gail, 2009)

ระดับ 1 เด็กสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ปกติ กรณีเด็กเล็กจะเป็นการดูคนมได้ปกติ โดยไม่มีอาการผิดปกติ

ระดับ 2 กรณีเด็กเล็ก มีภาวะหายใจเร็วเล็กน้อย และ/ หรือมีเหงื่อออกมากขณะดูคนม กรณีเด็กโตจะมีอาการหายใจลำบากเมื่อออกกำลังกายหรือออกกำลังกายมากขึ้น เช่น การวิ่ง และยกของหนัก เป็นต้น แต่เมื่อหยุดพักจะมีอาการดีขึ้น การเจริญเติบโตเป็นไปตามปกติ

ระดับ 3 เด็กมีอาการภาวะหายใจเร็วอย่างชัดเจน มีอาการเหนื่อยหอบ เมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ถึงแม้จะเป็นกิจกรรมที่ไม่ออกแรงมาก เช่น การเดิน มีเหงื่อออกมากขณะดูคนมหรือขณะออกกำลังกาย ใช้เวลาในการดูคนมนานขึ้น แต่เมื่อหยุดพักจะมีอาการดีขึ้น เริ่มมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ

ระดับ 4 ขณะที่เด็กพักจะแสดงอาการหายใจเร็ว มีอาการเหนื่อยหอบง่าย และจะมีอาการหนักขึ้นเมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือออกแรงเพียงเล็กน้อย มีเหงื่อออกมากขณะนั่งหรือนอน เด็กไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เมื่อมีอาการรุนแรงจะพบว่า มีหายใจเร็ว เหนื่อยง่ายตลอดเวลา หัวใจเต้นเร็วและแรงผิดปกติ เสียงฟู่ของหัวใจดังมากขึ้น ความดันโลหิตลดต่ำลง เหงื่อออกมากผิดปกติ ทำทางกระสับกระส่าย ปัสสาวะออกน้อยลง เป็นลมหมดสติ และอาจพบอาการเขียวได้ (บุญชู ศิริจงกลทอง, 2554; พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554)

การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีการรักษาได้หลายวิธี ดังนี้ ( บุญชู ศิริจงกลทอง, 2554; พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554; รัฐพล ว่องวันดี, 2554; Knopper et al., 2005)

1. รักษาด้วยยา (Medication treatment) เพื่อการประคับประคองอาการก่อน ใช้ในผู้ป่วยที่หัวใจ มีความผิดปกติไม่มากและอาจมีโอกาสหายได้เอง เช่น ภาวะผนังหัวใจห้องล่างรั่ว หรือในรายที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด ก็ยังคงต้องได้รับยาเพื่อควบคุมอาการ ได้แก่ ยาคลิจทาลิส เป็นยาที่ช่วยการหดตัวของหลอดเลือดและการบีบตัวของกล้ามเนื้อหัวใจ ยาต้านเกร็ดเลือด/ การแข็งตัวของเลือด (Antiplatelet/ Anticoagulant) ยาขับปัสสาวะ (Diuretic) เช่น Furosemide, Spironolactone ใช้เพื่อลดภาวะน้ำเกิน ยารักษาภาวะหัวใจวาย (Afterload reducing) ยาช่วยเปิด Ductus arteriosus ได้แก่ Prostaglandin E1 (PGE1) ยาที่ใช้ปิด PDA คือ Indomethacin หรือยาที่ใช้รักษาภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

2. การสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) ใช้ในผู้ป่วยบางโรคสามารถรักษาโดยการใส่อุปกรณ์ผ่านการสวนหัวใจ เช่น ภาวะผนังกันหัวใจห้องบนหรือห้องล่างรั่ว ภาวะเส้นเลือดที่เชื่อมเส้นเลือดหัวใจไม่ปิด ในผู้ป่วยที่มีอาการตีบของลิ้นหัวใจหรือเส้นเลือด ก็อาจทำการบอลลูนเพื่อขยายลิ้นหัวใจและเส้นเลือด หรือการใส่เครื่องมือพิเศษเข้าไปอุดรอยรั่ว ได้แก่ Patent ductus arteriosus coil, Atrial septostomy, การขยาย Coarctation of aorta และ การทำ ASD/ VSD device

3. การผ่าตัด (Surgery) เป็นวิธีที่ดีที่สุด ใช้ในรายที่เป็นมาก รักษาด้วยยาไม่ได้ผล การผ่าตัดหัวใจสามารถแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดได้เป็น 2 ประเภท คือ 1) การผ่าตัดแบบประคับประคอง (Palliative surgery) เพื่อบรรเทาอาการให้ลดลง ได้แก่ Systemic to pulmonary artery shunt, Pulmonary artery banding, Creation of ASD ทำได้ 2 วิธี คือ Balloon atrial septostomy และ Blalock-Hanlon shunt 2) การผ่าตัดชนิดถาวร (Corrective surgery) เป็นการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ เช่น Total correction, ASD closure, VSD closure และ Valve repairing ส่วนผลของการผ่าตัดจะได้ผลดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับระดับความผิดปกติของหัวใจและขนาดของร่างกาย ได้แก่ น้ำหนักตัวของผู้ป่วย

4. การรักษาอื่น ๆ (The preservation is other) เช่น การควบคุมชนิดของอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพในช่องปากและฟัน และการนัดตรวจติดตามเป็นระยะ ๆ เป็นต้น

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง อีกทั้งอาการของโรคยังมีโอกาสปรับเปลี่ยนจากโรคเรื้อรังกลายเป็นโรคที่มีอาการรุนแรง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย เช่น ภาวะติดเชื้อ ภาวะหัวใจวาย และภาวะหมดสติจากสมองขาดออกซิเจน เป็นต้น ซึ่งเป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของเด็กโรคหัวใจ จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและบิดามารดาของเด็กอย่างมาก (บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, 2555; ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร, 2553; สุเทพ วาณิชย์กุล, 2552)

### ผลกระทบต่อเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะคุกคามของโรคและการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน โดยส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเด็ก (กานดา เลาสิลป์สมจิตร และคณะ, 2554; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร, 2553; Nousi & Christou, 2010) ดังนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย ความสูง น้ำหนักไม่สมวัย การเจริญเติบโตล่าช้า มีข้อจำกัดทางร่างกาย เสี่ยงต่อการติดเชื้อง่าย
2. พัฒนาการด้านอารมณ์และสังคม มีอารมณ์รุนแรง ก้าวร้าว เอาแต่ใจตนเอง หงุดหงิด โมโหง่าย เกิดความเครียดเนื่องจากการรักษา อาจมีภาวะซึมเศร้า และการขาดการยอมรับทางสังคม
3. พัฒนาการด้านสติปัญญาและความคิด การเรียนรู้ การรับรู้ไม่ทันกับเพื่อนวัยเดียวกัน เพราะโอกาสน้อย เวลาส่วนมากจะใช้ไปกับการรักษาพยาบาล

### ผลกระทบต่อบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ไม่คงที่ จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องยาวนาน ซึ่งอาการและการรักษาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบิดามารดาของเด็กหลายด้าน (กานดา เลาสิลป์สมจิตร และคณะ, 2554; นฤมล ธีระรังสิกุล, 2558; ศิริพร สังขมัลย์, 2551; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร, 2553; Knopper et al., 2005) ดังนี้

1. มีภาระทางครอบครัวมากขึ้น (Family demands) ครอบครัวมีความต้องการในด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น ต้องทำงานหารายได้ ต้องการผู้รับผิดชอบดูแลเด็ก และต้องการข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยในการดูแลเด็ก เป็นต้น
2. ภาระในการดูแลเด็กมากขึ้น (Caregiving demands) ครอบครัวมีภาระเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะมารดาต้องดูแลเด็กเป็นพิเศษ มีความยุ่งยาก และใช้เวลาในการดูแลเด็ก ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า
3. ภาวะตึงเครียดทางจิตใจ (Psychological distress) เป็นสถานะและอาการแสดงของความไม่สมดุลของจิตใจ บิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร (Uncertainty in illness) ทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด ซึ่งนำไปสู่การปรับตัวไม่ได้และไม่สามารถควบคุมตนเองให้แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (Mishel, 1991)
4. การเผชิญปัญหา (Parental coping) บุคคลในครอบครัวรวมทั้งบิดามารดาต้องหาวิธีการจัดการกับปัญหาต่าง ๆ เพิ่มขึ้น บางครอบครัว อาจใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากมี

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ทำให้มีการจัดการกับอาการเจ็บป่วยของบุตรลดลง (Deatrick, Knafel, & Murphy-Moore, 1999)

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการรักษาโรคต่อเนื่องและเป็นเวลานาน อยู่ในประเภทความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นแต่กำเนิดและอาจเป็นความเจ็บป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิตร่วมด้วย โดยมีวิถีความเจ็บป่วยหลากหลายวิถึทาง มีภาวะเริ่มต้นและมีการเปลี่ยนแปลงที่ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องตามระยะเวลาของโรคที่เป็น อาจมีการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมา ซึ่งเรียกว่าเป็นวิถีความเจ็บป่วยเรื้อรัง (Trajectory illness) (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2558)

จากการศึกษาการจัดการวิถีการเจ็บป่วยของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงที่เปลี่ยนแปลง ไม่คงที่ หรืออาจมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว บิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแต่ละคน ต้องเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยที่สำคัญ แม้กระทั่งการเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ซึ่งสาเหตุสำคัญของการเกิดอาการต่าง ๆ คือ การขาดการดูแลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ (Kheirbek, et al., 2013; Zambroski, 2006) ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จึงต้องการการดูแลพิเศษกว่าเด็กปกติ ควรมีการจัดการกับอาการความเจ็บป่วย ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้

**การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร, 2553)**  
 พยาบาลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสรีรวิทยา การไหลเวียนเลือดที่ถูกต้อง และควรประเมินปัญหาผู้ป่วยที่เกิดขึ้นจากการเป็นโรคหัวใจได้ ดังนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก โดยการซักประวัติ การตรวจร่างกายตามระบบต่าง ๆ มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษ เช่น การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) พยาบาลต้องแปลผลตรวจที่ผิดปกติได้
2. การวางแผนการพยาบาล โดยนำข้อมูลจากการประเมินภาวะสุขภาพมากำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล
3. แนวคิดหลัก และแนวทางปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตามปัญหา/ภาวะวิกฤตที่สำคัญ ดังนี้

3.1 การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจวายที่ไม่ต้องอยู่โรงพยาบาล บิดามารดาควรได้รับคำแนะนำการดูแลบุตรอยู่กับบ้าน เพื่อรอเวลาที่จะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในช่วงเวลาต่อมา คำแนะนำต้องครอบคลุมในเรื่องต่อไปนี้ คือ

3.1.1 ดูแลให้อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ อาหารที่ให้บุตรรับประทานต้องเป็นอาหารที่มี



เกลือน้อยหรือเล็กน้อย ดูแลให้น้ำหรือนมในปริมาณที่จำกัด เพื่อป้องกันภาวะน้ำเกิน จนส่งผลให้หัวใจทำงานมากกว่าปกติ

3.1.2 ดูแลให้ยาตามแผนการรักษา เช่น กลุ่มยา Lanoxin เพื่อเพิ่มแรงบีบของกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้มีเลือดออกไปเลี้ยงร่างกายมากขึ้น ต้องเน้นว่ายาที่เป็นยาอันตรายมาก ต้องระมัดระวังในการให้ ต้องให้ถูกขนาด ถูกเวลา ไม่เพิ่มขนาดยาเอง อันตรายอย่างยิ่งถ้าเด็กอาเจียนหลังใช้ยาเกิน 10 นาที ไม่ควรให้ยาซ้ำ ไม่ควรผสมยาในนมหรืออาหารเพราะอาจทำให้เด็กได้ยาไม่ครบ ควรใช้กระบอกฉีดยา ดูดยาจากขวดในปริมาณที่ถูกต้อง กลุ่มยาขยายหลอดเลือด ต้องเตรียมยาด้วยความระมัดระวังเป็นอย่างมาก เช่น Captopril (12.5 มิลลิกรัม) ¼ เม็ด ผสมน้ำ 3 มิลลิลิตร ให้ครั้งละ 0.8 มิลลิลิตร ทุก 8 ชั่วโมง พยาบาลควรสอนสาธิตแก่บิดามารดาและผู้ดูแลและให้ลองทำให้ดูจนเกิดความมั่นใจ

3.1.3 ดูแลป้องกันการติดเชื้อที่ปอด เช่น ดูแลความสะอาดของช่องปาก หลีกเลียงใกล้ชิดกับบุคคลที่เป็นหวัด ไอ เจ็บคอ หรือหลีกเลี่ยงการพาบุตรไปที่ชุมชน หรือถ้าเด็กเริ่มเป็นหวัด ควรรีบรักษาให้หายโดยเร็ว

3.1.4 ส่งเสริมสนับสนุนให้บุตรได้ออกแรงหรือออกกำลังกาย เช่น การเล่นที่เหมาะสม และไม่เกิดอาการหายใจเร็วเหนื่อยหอบ และเกิดอาการเขียว เป็นต้น การส่งเสริมนี้จะช่วยให้บุตรมีพัฒนาการดีขึ้น บิดามารดาจะต้องคอยสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด เพื่อคอยปรับกิจกรรมที่ให้แก่บุตร

3.1.5 การสังเกตอาการที่ผิดปกติ เช่น หายใจเร็ว เหนื่อยหอบมาก ไม่ยอมดูคนมา ให้รีบมาพบแพทย์ทันที

3.1.6 การมาตรวจตามนัด เพราะการมาพบแพทย์แต่ละครั้งบุตรจะได้รับการประเมินปัญหาของโรคหัวใจ จะได้รับคำแนะนำการดูแลที่อาจปรับเปลี่ยน อาจจะได้รับ การปรับขนาดของยาที่ได้รับ ปรับปริมาณน้ำหรือนมที่ได้ และปรับเรื่องอาหารที่บุตรรับประทาน

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจที่มีภาวะหัวใจวายที่ต้องอยู่โรงพยาบาล เด็กมีภาวะรุนแรงและอาจเกิดอันตรายถึงแก่ชีวิต การพยาบาลในเด็กที่มีภาวะดังกล่าวนี้ มีดังนี้

3.2.1 ดูแลให้ออกซิเจนเพื่อเพิ่มปริมาณความเข้มข้นของออกซิเจนในร่างกาย

3.2.2 ดูแลให้นอนในท่าศีรษะสูง Fowler's position หรือ Semi-fowler's position การนอน ท่านี้จะช่วยให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ ส่งผลให้การนำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมากขึ้น

3.2.3 ดูแลให้น้ำและนมตามแผนการรักษา มีการบันทึกปริมาณน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ และบันทึกปริมาณปัสสาวะเป็นมิลลิลิตร เพื่อดูสมดุลน้ำในร่างกาย รวมทั้งการติดตามชั่งน้ำหนักเด็กทุกวัน

3.2.4 คูแลให้ยา Lanoxin ซึ่งเป็นยาที่ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจทำงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง พยาบาลจะต้องฟังอัตราการเต้นของหัวใจเต็ม 1 นาที ก่อนให้ยา ถ้าอัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่าที่กำหนดในแผนการรักษา ต้องดยาและรายงานแพทย์ และถ้ามีภาวะโปแตสเซียมในเลือดต่ำจะทำให้เกิดพิษจาก Lanoxin ได้ง่าย ดังนั้นต้องติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์ในเลือดเป็นระยะ ๆ

3.2.5 คูแลให้ยายายหลอดเลือด เช่น Captopril ยานี้อาจทำให้ความดันโลหิตลดลง ดังนั้นก่อนให้ยาต้องวัดความดันโลหิต ถ้าพบว่าความดันโลหิตโดยเฉพาะ Systolic blood pressure ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดในแผนการรักษา ต้องดยาและรายงานแพทย์ ยานี้มีผลให้โปแตสเซียมในเลือดสูงขึ้น ดังนั้นควรติดตามการเจาะเลือดหาโปแตสเซียมในเลือดด้วย

3.2.6 คูแลให้ยาขับปัสสาวะ ปัจจุบันให้ยา 2 ชนิด คือ Furosemide และ Spironodactone การออกฤทธิ์ที่ Glomerulus tubule คนละตำแหน่งกัน ทำให้มีการขับและเก็บ โปแตสเซียม จึงทำให้เกิดความสมดุลของโปแตสเซียม

3.2.7 การบันทึกสัญญาณชีพทุก 1-2 ชั่วโมง หรือทุก 4 ชั่วโมง แล้วแต่สภาวะและความรุนแรง ทั้งอัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ และความดันโลหิต เป็นสัญญาณชีพที่สำคัญในการประเมินและติดตามภาวะหัวใจวาย

3.2.8 ส่งเสริมสนับสนุนบิดามารดาที่อยู่ดูแลบุตร โดยให้คำแนะนำการช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด ให้กำลังใจเป็นระยะ ๆ ตลอดเวลา ที่รักษาในโรงพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ควรให้เวลารับฟังข้อมูลต่าง ๆ จากครอบครัวด้วยท่าทีที่เต็มใจ พร้อมเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้ระบายความรู้สึกซักถามปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลเด็ก ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับปัญหาของแต่ละครอบครัว เนื่องจากบิดามารดาเป็นบุคคลสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กโรคหัวใจได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ

### **ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Theory of uncertainty in illness)**

ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของ Mishel (Mishel's uncertainty in illness Theory) เป็นทฤษฎีทางการพยาบาลระดับกลาง (Middle range theory) ใช้อธิบายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุคคล ซึ่งได้พัฒนามาจากทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) ใช้อธิบายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุคคล

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถตัดสินใจ หรือให้ความหมายและคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ (Mishel, 1988) เป็นปรากฏการณ์ที่สามารถพบได้ในครอบครัว ที่มีความเจ็บป่วยรุนแรงและเรื้อรัง มีทั้งที่คุกคามและไม่คุกคามต่อชีวิต โดยเฉพาะในความเจ็บป่วยของบุตรเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิต ทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและชีวิตของบุตร เมื่อบุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บิดามารดามีความรู้สึกหลากหลายในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับบุตร ตั้งแต่ความรู้สึกไม่แน่ใจในการวินิจฉัยของแพทย์ เมื่อเห็นอาการป่วยทั้งที่รุนแรงหรือไม่รุนแรง บางครั้งอาการป่วยอาจดำเนินอย่างรวดเร็วและควบคุมยาก ไม่สามารถคาดเดาอนาคตของความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากแพทย์หรือพยาบาลอาจไม่ชัดเจน มีความคลุมเครือเกี่ยวกับการรักษาและการพยากรณ์โรค ทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ (นฤมล ชีระรังสิกุล, 2558)

ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร หมายถึง การที่บิดาหรือมารดาไม่สามารถระบุความหมายในเหตุการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรได้แน่ชัด หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุตรในอนาคตได้ นอกจากนี้ความไม่คุ้นเคยในเหตุการณ์ที่เผชิญ ไม่มีความเชื่อถือในการวินิจฉัยโรคและการรักษา และขาดความเข้าใจในแบบแผนการดำเนินของโรค ทำให้บิดามารดาเกิดความวิตกกังวล มีอารมณ์ซึมเศร้า และเกิดความทุกข์ ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด ไม่สามารถปรับตัวได้ และพยายามหาวิธีการเผชิญความเครียด เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร (Mishel, 1988; Smith & Liehr, 2008)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 4 ด้าน (Mishel, 1988) ดังนี้

1. ความคลุมเครือของสภาพความเจ็บป่วย (Ambiguity) ทั้งอาการของโรค การรักษา และอาการข้างเคียงของการรักษาที่ได้รับ เป็นความรู้สึกที่บิดามารดาไม่สามารถบอกสาเหตุที่ทำให้บุตรเจ็บป่วยได้ ไม่สามารถแยกแยะความแตกต่างของการรักษาของแต่ละชนิดได้ เป็นเหตุการณ์ที่คลุมเครือไม่ชัดเจน รวมทั้งการตรวจและการรักษาที่ซับซ้อนยากเกินที่บุคคลจะเข้าใจ ไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ทำให้ต้องทุกข์ทรมาน ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ของความคลุมเครือมักเป็นการใช้เครื่องมือที่มีเทคโนโลยีใหม่ ๆ ในการดูแลบุตร และการใช้อุปกรณ์ที่ซับซ้อน เป็นความรู้สึกคลุมเครือว่าอุปกรณ์ต่าง ๆ จะสามารถใช้รักษาได้สำเร็จหรือไม่

2. การขาดความชัดเจนในความหมายและขาดความเข้าใจในเนื้อหา (Lack of clarity) เกี่ยวกับอาการของบุตรและระบบการให้บริการ เป็นผลจากการได้รับการอธิบายที่ไม่ชัดเจนทั้งเกี่ยวกับความเจ็บป่วยผลการตรวจต่าง ๆ และผลการรักษา ความไม่ชัดเจนของข้อมูลทำให้ไม่สามารถแปลผล

ของการเกิดอาการต่าง ๆ ในแต่ละวันได้ บางครั้งเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ดูแลบุตรมีการสื่อสาร โดยการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ อาจทำให้บิดามารดาไม่สามารถเข้าใจได้ว่าอาการของบุตรดีขึ้นหรือไม่ หรือเป็นอย่างไรรวมถึงการขาดประสบการณ์ หรือการมีข้อจำกัดทางด้านสติปัญญาหรือด้านการศึกษา จึงทำให้บิดามารดาไม่เข้าใจในข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพได้อธิบาย

3. การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Lack of information) ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเกิดขึ้นเมื่อไม่ได้รับข้อมูล ไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือไม่ทราบข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ความรุนแรงของความเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้ไม่สามารถกำหนดเป้าหมายได้ การที่มีพยาบาลหมุนเวียนมาดูแลบุตร ทำให้บิดามารดาไม่ทราบว่าใครคือผู้รับผิดชอบดูแลโดยตรง รวมทั้งสภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วยที่ขาดความเป็นส่วนตัว และกลัวความจริงที่จะได้รับฟังจากแพทย์ ทำให้บิดามารดาไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่ทราบถึงผลการวินิจฉัยการรักษา หรือระยะเวลาของความเจ็บป่วย จะส่งผลทำให้บิดามารดาไม่สามารถสร้างความความคาดหวังถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นได้

4. การไม่สามารถทำนายการดำเนินพยากรณ์โรค (Unpredictability) ความเจ็บป่วยที่มีการดำเนินโรคไม่แน่นอนอาจมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นได้ และการพยากรณ์โรคที่ไม่แน่นอน เป็นผลให้บุคคลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลลัพธ์ของความเจ็บป่วยไม่สามารถคาดเดาเหตุการณ์ในอนาคตได้ (Mishel, 1988)

แนวคิดหลักของทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมิเชล มี 3 ประการ (Mishel, 1988) ดังแสดงในภาพที่ 2 ประกอบด้วย

1. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Antecedents of uncertainty) ได้แก่ กรอบสิ่งกระตุ้น ความสามารถในการรับรู้หรือใช้สติปัญญา และแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ
2. การประเมินการตัดสินใจความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Appraisal of uncertainty) ซึ่งอาศัย 2 กระบวนการ คือ การอ้างอิง (Inference) และการสร้างความเชื่อ (Illusion) และเมื่อประเมินแล้วจะเกิดผลลัพธ์ได้ 2 ลักษณะ คือ 1) ความท้าทายหรือเป็นโอกาส (Opportunity) การรับรู้ว่ามีผลทางบวก ซึ่งช่วยให้บุคคลมีความกระตือรือร้นเผชิญกับสถานการณ์นั้น มีความหวังต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเป็นแรงเสริมให้บุคคลปฏิบัติในทางที่ถูกต้อง และ 2) การคุกคามหรือประเมินว่าเป็นอันตราย (Danger) การรับรู้ว่ามีผลทางลบ บุคคลจะเกิดความกังวล ซึมเศร้า หมดหวัง ความสามารถในการจัดการปัญหาลดลง ทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด และหาวิธีการเผชิญความเครียด



1. กรอบสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) เป็นส่วนประกอบของสิ่งเร้า ได้แก่ การเจ็บป่วย หรือ เหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องในรูปแบบสิ่งเร้า ถ้ากรอบสิ่งกระตุ้นมีความชัดเจนจะช่วยให้บุคคลสามารถสร้างแบบแผนความรู้ความเข้าใจที่มีต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วยโดยตรง ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นลดลง (Mishel, 1988) ประกอบไปด้วย

1.1 แบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย (Symptom pattern) ประกอบไปด้วย 3 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านความไม่แน่นอนของโรค และด้านความคลุมเครือของอาการ เป็นระดับความต่อเนื่องและความรุนแรงของอาการแสดง ที่บุคคลรับรู้และให้ความหมาย ซึ่งประเมินได้จาก ความรุนแรงของอาการ ความถี่หรือจำนวนครั้งของการเกิดอาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการและตำแหน่งที่เกิดอาการความเจ็บป่วย หากลักษณะอาการที่เป็น ขั้นตอน มีความสม่ำเสมอ สามารถทำนายอาการที่จะเกิดขึ้นได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะลดลง แต่ถ้าความรุนแรงของโรครีรูปแบบของอาการไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถคาดเดาอาการได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะมากขึ้น (Mishel, 1988)

1.2 ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย (Event familiarity) เป็นความคุ้นเคย หรือการเกิดขึ้นซ้ำของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยในสภาพแวดล้อมการดูแลสุขภาพ ความคุ้นเคยในเหตุการณ์ช่วยให้บุคคลให้ความหมายกับเหตุการณ์ได้ และช่วยทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนลดลง แต่ความซับซ้อนและความแปลกใหม่ของเหตุการณ์ จะมีผลทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนสูงขึ้น

1.3 ความสอดคล้องของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและที่เกิดขึ้นจริง (Event congruence) ความรู้สึกไม่แน่นอนเกิดขึ้นได้ เมื่อความคาดหวังของผลการบำบัดรักษาถูกทำลาย โดยการเกิดขึ้นซ้ำของการเจ็บป่วยที่คาดไม่ถึง เช่นเดียวกันกับการไม่พบสิ่งที่คาดหวังในการบำบัดรักษาที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เมื่อผลของการรักษาไม่ประสบความสำเร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ล่วงหน้า

2. ความสามารถในการรับรู้หรือใช้สติปัญญา (Cognitive capacity) เป็นความสามารถของบุคคลในการแปลข้อมูลข่าวสารได้ถูกต้องกับเหตุการณ์ เป็นความสามารถในการรับรู้หรือใช้สติปัญญา มีผลต่อรูปแบบตัวกระตุ้น มีผลทางอ้อมกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยผ่านทางกรอบสิ่งกระตุ้น ความสามารถในการรู้คิดมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล และขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความผิดปกติในหน้าที่ของร่างกาย เช่น ความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบาย มีผลทำให้ความสามารถในการรู้คิดและการแก้ไขปัญหาลดน้อยลง ทำให้บิดามารดาไม่สามารถประเมินเหตุการณ์ได้ถูกต้อง

3. แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure provider) เป็นแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมายของกรอบสิ่งกระตุ้น เพื่อให้ความรู้สึกแน่นอนในความเจ็บป่วยลดลง เป็นปัจจัยทางตรงและทางอ้อมโดยผ่านกรอบสิ่งกระตุ้นกับความรู้สึกแน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ระดับการศึกษา การสนับสนุนทางสังคม และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

3.1 ระดับการศึกษา (Education) ผู้ที่มีการศึกษาสูงมักจะเข้าใจข้อมูลหรือรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากบุคลากรในโรงพยาบาลและสื่อต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ทำให้สามารถให้ความหมายสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหรือที่ต้องเผชิญ และสามารถทำนายแบบแผนของอาการแสดงหรือความรุนแรงของโรคได้ โดยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยผ่านกรอบสิ่งกระตุ้นกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

3.2 การสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นแหล่งสนับสนุนที่ได้จากบุคคลอื่น ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน และประสบการณ์ โดยการให้คำแนะนำ การให้คำปรึกษา ให้ข้อชี้แนะชี้แนวทาง และการให้ข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่าง ๆ ที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ ซึ่งอาจจะเป็นการสนับสนุนด้านข้อมูลที่ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้โดยตรง จะช่วยในการเชื่อมโยง แสวงหาข้อมูล ความคิดเห็น และประสบการณ์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้ความคลุมเครือและความซับซ้อนที่รับรู้ลดน้อยลง มีความเข้าใจและแปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ชัดเจนมากขึ้น

3.3 ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ (Credibile authority) เป็นความเชื่อมั่นและความไว้วางใจที่บุคคลมีต่อบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลและแพทย์ซึ่งจะสามารถช่วยเพิ่มความชัดเจนของกรอบสิ่งกระตุ้น ด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของอาการ และผลที่จะเกิดตามมาแก่ผู้ป่วย รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแล ภาวะเฝ้าระวัง ขั้นตอนการรับบริการ ซึ่งจะช่วยลดความคลุมเครือ ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในแบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย ทำให้เกิดความคุ้นเคย และมีความคาดหวังที่ตรงกับความเป็นจริง ช่วยให้มีมองสถานการณ์การเจ็บป่วยชัดเจนขึ้น เมื่อบิดามารดามีการยอมรับและเชื่อฟังคำชี้แนะต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัว ทำให้ลดความความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรได้

## ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน และอาการของโรคมักมีโอกาสปรับเปลี่ยนได้ตลอดเวลา การที่ต้องเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลหลาย ๆ ครั้ง การต้องรับประทานยาทุกวันอย่างต่อเนื่อง และการมีชีวิตภายใต้ข้อจำกัดต่าง ๆ จากสภาพร่างกายของเด็ก อีกทั้งบิดามารดาส่วนใหญ่ขาดความรู้เรื่องยาที่ใช้รักษาเพื่อควบคุมการทำงานของหัวใจ รวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ การดำเนินของโรคที่รุนแรง จึงทำให้บิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในผลลัพธ์การรักษาและการรอดชีวิตของบุตร ทำให้เกิดความเครียด และความวิตกกังวล (อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิษฐ์ และรัตนาวดี ชอนตะวัน, 2554; Nousi & Christou, 2010)

การที่บุตรป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกนับว่าเป็นภาวะวิกฤตหรือระยะที่คุกคามต่อชีวิต บิดามารดาอาจมีความคิด อารมณ์ ความรู้สึกที่หลากหลาย เมื่อทราบว่าบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น ตกใจ ปฏิเสธ เศร้า เสียใจ ไม่รู้ว่าจะต้องทำตัวอย่างไร มีคำถามที่ต้องการคำตอบ เป็นต้น และบิดามารดามีการตอบสนองต่อภาวะคุกคามทางสุขภาพของบุตรด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น แสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคอาการ การดำเนินของโรค และการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากบิดามารดาเกิดความไม่ชัดเจนเกี่ยวกับการดำเนินของโรค ไม่แน่ใจในความรุนแรงของโรค ไม่สามารถจัดการหรือคาดการณ์ในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (กานดา เลหาศิลป์สมจิตร และคณะ, 2554; น้ำทิพย์ แก้ววิชิต และกัลยาณี ทาจีน, 2550) การขาดความรู้และความชัดเจนในข้อมูล เกี่ยวกับอาการ การรักษา อาการข้างเคียงของการรักษา และความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งจะส่งผลเสียต่อการตัดสินใจในการดูแล และก่อให้เกิดความไม่ไว้วางใจที่มีต่อบุคลากรสุขภาพ (ศิริธร ยิ่งแรงเรียง และประกริต รัชชัตร์, 2557) ยิ่งทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

## ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การศึกษาที่สนับสนุนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพดังนี้

**การรับรู้ความรุนแรงของโรค** คือ การรับรู้ของบิดามารดาต่ออาการ และอาการแสดงในการเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งการรับรู้เป็นความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจความเป็นจริงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยแสดงออกมาเป็นความคิด ความเชื่อ เป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์



ของบุคคลนั้น ๆ (Wehmeier, 2000) บิดามารดาสามารถรับรู้ความรุนแรงของโรค ในความเจ็บป่วยของบุตรจากระดับความรุนแรงและความต่อเนื่องของอาการแสดงที่รับรู้และให้ความหมายได้ ซึ่งประเมินได้จาก ความรุนแรงของอาการ ความถี่ของการเกิดอาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการ และตำแหน่งที่เกิดอาการ ลักษณะของความเจ็บป่วยที่มีอาการทรุดลงและมีความรุนแรงมากขึ้น อาการแสดงที่ไม่สม่ำเสมอ ทำให้ไม่สามารถประเมินเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ โดยรูปแบบของอาการแสดงที่ปรากฏ ถ้าเป็นรูปแบบที่ชัดเจนจะมีผลทำให้ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วยลดลง แต่ถ้ารูปแบบของอาการไม่ชัดเจนหรือมีการเปลี่ยนแปลงจะทำให้บิดามารดาไม่สามารถคาดเดาอาการได้ ทำให้เกิดความคลุมเครือ และความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น (Mishel, 1988) ในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ไม่สามารถวิเคราะห์แบบแผนอาการเจ็บป่วยหรือความรุนแรงของโรคได้ เพราะมีอาการแสดงที่ไม่คงที่ การดำเนินของโรคอาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (ศิริพร สังขมาลย์, 2551; อมรรัตน์ เพชรดำรงสกุล และแพรวดา พันธรัตน์, 2555) เกิดความคลุมเครือ ไม่สามารถคาดเดาอาการ ทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมากขึ้น

การศึกษาของ กนกกาญจน์ เมฆอนันต์วิช (2556) ได้ศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาที่มีบุตรรับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลนพรัตน์ราชธานี กรุงเทพฯ จำนวน 76 ราย พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาที่มีบุตรรับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต ( $r = -.239, p < .05$ ) และสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยวิกฤตได้ร้อยละ 4.5 ( $R^2 = .045, F_{(1,74)} = 4.497, p < .05$ ) แต่มีบางการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร (Santacrocce, 2002; Tomlinson et al., 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทธนู ภูมิพาน และคณะ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาของเด็กป่วยเรื้อรังอายุระหว่าง 3 เดือน-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักของโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 80 คน พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา ( $r = .57, p < .001$ ) และสามารถร่วมทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ ร้อยละ 47.5 ( $R^2 = .475, \beta = .443, p < .001$ ) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Madeo, O'Brian, Bernhardt, and Biesecker (2012) ในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน

ของบิดามารดาที่มีบุตรป่วย ในระหว่างรอรับการวินิจฉัยโรคระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดา จำนวน 225 คน ทำการสำรวจผ่านเว็บไซต์ในประเทศออสเตรเลีย อเมริกา อังกฤษ นิวซีแลนด์ ไอร์แลนด์ และแคนาดา ระยะเวลา 1 ปี พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยอยู่ระหว่างรอรับการวินิจฉัยโรคระยะเวลาอย่างน้อย 2 ปี ( $r = 1.797, p < 0.05$ )

**การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล** มีความเกี่ยวข้องทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ผลทางตรง คือ ช่วยให้ผู้ปกครองวิเคราะห์เหตุการณ์ และทบทวนสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ ในทางอ้อม คือ การที่มีบุคคลให้ข้อมูลช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจในอาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนของเด็กป่วย ด้วยการได้รับข้อมูลจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์และพยาบาล มีการสื่อสาร และถ่ายทอดข้อมูล เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล ช่วยให้เกิดความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และมีการเข้าใจในการรักษาพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1988) ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว หากผู้ดูแลไม่ทราบว่ สิ่งที่ควรกระทำมีอะไรบ้าง และจะกระทำอย่างไร จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความไม่แน่ใจในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว และอาจทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยได้ การศึกษาของ กานดา เลหาศิลป์สมจิตร และคณะ (2554) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีความต้องการการสนับสนุนด้านข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการของโรค การรักษาที่บุตรได้รับความรุนแรงของโรค และการพยากรณ์โรค ส่วนการศึกษาของ ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ (2556) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรัง ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ( $r = -.55, p < .001$ ) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ( $\beta = -.364, t = -2.817, p = .006$ ) และสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยได้ ร้อยละ 47.5 ( $R^2 = .475, F_{(4,75)} = 16.960, p < .001$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุริภรณ์ สุวรรณ โอสด (2547) เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอน การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 100 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอน ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง ( $r = -.42, p < .01$ )

ระดับการศึกษาของบิดามารดา มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่บ่งชี้พื้นฐานของความรู้ของบุคคล ระดับการศึกษามีผลให้บิดามารดาแปลความหมายของแบบแผนของสิ่งเร้าได้ง่าย โดยตรงจากข้อมูลที่รับรู้ จะช่วยขยายความรู้เดิมหรือพื้นฐานความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยให้ชัดเจนเพิ่มขึ้นและเกิดความหมายมากขึ้น ส่วนผลทางอ้อมจะช่วยให้สามารถทำนายแบบแผนของอาการแสดงมีความคุ้นเคยกับเหตุการณ์ที่ประสบอยู่ และความคาดหวังมีความสอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง บิดามารดาที่มีการศึกษาสูงมักจะเข้าใจข้อมูล และรับรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและจากสื่อต่าง ๆ ได้ดีกว่าบิดามารดาที่มีการศึกษาน้อย และช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของบุตร (Mishel, 1988) โดยเฉพาะโรคหัวใจในเด็กที่มีรายละเอียดและซับซ้อนมาก จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจอย่างมากในการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเมื่อบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีระดับการศึกษาสูง จะทำให้มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค การดำเนินของโรค การรักษาที่ได้รับและข้อมูลต่าง ๆ ได้ดีขึ้น ทำให้บิดามารดาสามารถดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีคุณภาพ และช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของบุตร การศึกษาของ นฤมล ชีระรังสิกุล และคณะ (2545) ได้ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย และวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 84 คน พบว่า ระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ( $r = -.239, p < .05$ ) คือ บิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของบุตรต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yotwongratsamee (2006) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดา มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร

ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นความไว้วางใจและความศรัทธาที่มีต่อผู้ให้การดูแลทางสุขภาพ ทำให้ยอมรับและเชื่อฟังคำชี้แนะต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการปฏิบัติตัว ทั้งยังช่วยแปลความหมายอาการแสดงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ลดความรู้สึกไม่แน่นอนได้โดยตรง และผลทางอ้อมทำให้เข้าใจ และสามารถสร้างกรอบของสิ่งเร้าได้ชัดเจนเพิ่มขึ้น จากการรับรู้ข้อมูลต่าง ๆ เกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษา ทำให้เกิดความคุ้นเคย และมีความคาดหวังตรงกับความเป็นจริง ช่วยเพิ่มความชัดเจนของกรอบสิ่งกระตุ้น ช่วยลดความคลุมเครือ ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในแบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย ช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร (Mishel, 1988) การให้ข้อมูลรวมถึงการทำความเข้าใจขั้นตอนการผ่าตัด การสร้างความมั่นใจ ความเชื่อมั่น และการแสดงความเห็นอกเห็นใจของบุคลากรทางการแพทย์มีต่อผู้ป่วยและญาติ เป็นอีกปัจจัย

หนึ่งที่จะช่วยในการตัดสินใจของบิดามารดา ที่จะให้บุตรได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจ (กานดา เลหาสิลปัสสมจิตร และคณะ, 2554) บิดามารดาแม้จะไม่เข้าใจในสถานการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น เกี่ยวกับการรักษาของบุตรที่ได้รับ แต่เมื่อมีความมั่นใจในระบบบริการ เกิดความเชื่อถือและยอมรับใน บุคลากรสุขภาพ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรก็จะลดลง (Mishel, 1988) สอดคล้อง กับการศึกษาของ ภัทธนูช ภูมิพาน และคณะ (2556) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน ของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรัง ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหอ อภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักของ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 80 คน พบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากร ทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วย เรื้อรัง ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ( $r = -.40, p < .001$ ) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ ความรู้สึกไม่แน่นอน ( $\beta = -.364, t = -2.817, p = .006$ ) แต่ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของ บิดามารดา

สรุป โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง ที่นับเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ที่สำคัญของประเทศ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือพยาธิสภาพที่ผิดปกติ และเป็นสาเหตุ สำคัญของการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด โดยเฉพาะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดไม่เขียวที่พบบ่อยมากที่สุด แม้อัตราการเสียชีวิตจะมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากความเจริญก้าวหน้า ทางการแพทย์ที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาล สามารถทำให้เด็กป่วยโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้นก็ตาม แต่การดำเนินของโรคหรือพยาธิสภาพที่รุนแรงซับซ้อน ทำให้ผู้ป่วย ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ต้องได้รับความทุกข์ทรมานจากภาวะคุกคามของโรค ซึ่งมีอาการเปลี่ยนแปลงรวดเร็ว ไม่คงที่ และมีโอกาสเกิด ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องยาวนาน ส่งผลกระทบต่อร่างกายและ จิตใจของผู้ป่วยและบิดามารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่เขียว การที่บิดามารดาไม่เข้าใจเกี่ยวกับ การวินิจฉัยโรค อาการและอาการแสดง การดำเนินของโรค การรักษาที่บุตรได้รับ เนื่องจากมีความ คลุมเครือในความรุนแรงของโรค ขาดข้อมูลที่ชัดเจน และไม่สามารถคาดเดาอนาคตการเจ็บป่วยของ บุตรล่วงหน้าได้ ทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ทำให้เกิด ความเครียด การเผชิญความเครียดหรือการแก้ปัญหาไม่เหมาะสม ซึ่งจะมีผลต่อบุตรอาจทำให้ไม่ สามารถดูแลบุตรได้ถูกต้อง จากการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วย ของบุตร พบทั้งกลุ่มโรคเรื้อรังและวิกฤต ทั้งในประเทศและต่างประเทศ แต่ยังไม่พบการศึกษา ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา ที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จากการ

ทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่วนใหญ่ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา และบางปัจจัยสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วย โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะสามารถไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนปฏิบัติพยาบาล เพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่เขียวให้มีประสิทธิภาพต่อไป

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพ ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ บิดาหรือมารดาที่มีบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้แก่ กลุ่มที่มีการไหลลัดของเลือดจากหัวใจซ้ายไปขวา (PDA, VSD, และ ASD) และกลุ่มที่มีการกั้นการไหลของเลือดจากการตีบของลิ้นหัวใจ หรือตีบแคบของหลอดเลือด (AS, PS, และ CoA) และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาที่มีบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 82 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ดังนี้

1. บิดาหรือมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุแรกเกิด-5 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคมมาแล้วไม่เกิน 5 ปี และไม่มีความพิการอื่นร่วมด้วย รายที่เป็นผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาไม่เกิน 3 วัน
2. บิดาหรือมารดามีอายุ 18 ปี ขึ้นไป
3. บิดาหรือมารดาสามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
4. บิดาหรือมารดายินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

### ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ มีการคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Tabachnick and Fidell (2007) การศึกษานี้มีตัวแปรทำนายที่สนใจศึกษาทั้งสิ้น 4 ตัวแปร นำมาแทนค่าจากสูตรคำนวณ ดังนี้

$$N \geq 50 + 8m$$

$$N \geq 50 + 8(4)$$

$$N \geq 82$$

N คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

m คือ จำนวนตัวแปรต้น

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งหมด 82 ราย

### การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ดังนี้

1. บิดาหรือมารดาที่มีบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เข้ารับการรักษาที่แผนกกุมารเวชกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะทางโรคหัวใจ และที่ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เก็บข้อมูลในวันจันทร์ และวันพุธ เวลา 8.00-16.00 น. ทำการสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด และทำการสุ่มตามลำดับเลขที่ ที่มารับบริการของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว และเข้ารับการรักษาที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจในเด็ก สุ่มได้เลขที่

2. บิดาหรือมารดาที่มีบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในกุมารเวชกรรม ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 5 หน่วยงาน ได้แก่ งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ (เด็กเล็ก) งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) งานการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤต (High risk) และงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (PICU) เก็บรวบรวมข้อมูลในวันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. ทำการสุ่มตามลำดับเลขที่ ที่มารับบริการของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว และเข้ารับการรักษาแล้วไม่เกิน 3 วัน สุ่มได้เลขที่

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกและแบบสอบถามจำนวน 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป** สร้างโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามเป็นข้อคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาหรือมารดา ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว
2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน การวินิจฉัยโรคหัวใจครั้งแรก ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจครั้งแรก ถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งที่พักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ และการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา

แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจาก แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรของ นฤมล ชีระรังสิกุล และคณะ (2557) ซึ่งได้พัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Mishel (1988) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิสอบความตรงของเนื้อหา 4 ท่าน และรายงานค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งชุด ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ คำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ โดยข้อความด้านบวก 11 ข้อ คือ ข้อ 6, 9, 11, 19, 23, 25, 27, 28, 29, 30, 31 จาก 1-5 ตั้งแต่ 1 จริงที่สุด จนถึง 5 ไม่จริงที่สุด ในทางกลับกันข้อความด้านลบ 20 ข้อ จาก 1-5 จริงที่สุดให้ 5 ถึงไม่จริงที่สุดให้ 1

การแปลผล ใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553) โดยค่าคะแนนรวมเฉลี่ยเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม	ความหมาย
31-72	หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับต่ำ
73-114	หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง
115-155	หมายถึง ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง



แบบสอบถามความรู้สึกลึกไม่แน่นอนของบิดามารดาประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 31 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านความคลุ้มเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย มี 13 ข้อ ช่วงคะแนน 13 - 65 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ดังนี้

13.00-30.33	หมายถึง	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนด้านความคลุ้มเครือระดับต่ำ
30.34-47.67	หมายถึง	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนด้านความคลุ้มเครือระดับปานกลาง
47.68-65.00	หมายถึง	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนด้านความคลุ้มเครือระดับสูง

2. ด้านการขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการของบุตรและระบบการให้บริการ มี 9 ข้อ ช่วงคะแนน 9-45 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ดังนี้

9.00-21.00	หมายถึง	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนด้านการขาดความชัดเจนระดับต่ำ
21.01-33.00	หมายถึง	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนด้านการขาดความชัดเจนระดับปานกลาง
33.01-45.00	หมายถึง	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนด้านการขาดความชัดเจนระดับสูง

3. ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย มี 5 ข้อ ช่วงคะแนน 5-25 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ดังนี้

5.00-11.66	หมายถึง	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนด้านการขาดข้อมูลระดับต่ำ
11.67-18.33	หมายถึง	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนด้านการขาดข้อมูลระดับปานกลาง
18.34-25.00	หมายถึง	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนด้านการขาดข้อมูลระดับสูง

4. ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค มี 4 ข้อ ช่วงคะแนน 4-20 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ดังนี้

4.00-9.33	หมายถึง	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรกระดับต่ำ
9.34-14.67	หมายถึง	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรกระดับปานกลาง
14.68-20.00	หมายถึง	ความรู้สึกลึกไม่แน่นอนด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรกระดับสูง

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค

แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดง การดำเนินของโรค การเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค และผลกระทบต่อพัฒนาการเจริญเติบโตของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ จาก 1 -5 ตั้งแต่ 1 รุนแรงน้อยที่สุด จนถึง 5 รุนแรงมากที่สุด

การแปลผลใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553) ช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ดังนี้

9.00-21.00	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับต่ำ
21.01-33.00	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง
33.01-45.00	หมายถึง	การรับรู้ความรุนแรงของโรคในระดับสูง

### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมทางด้านข้อมูล

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพของ Yotwongratsamee (2006) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิสอบความตรงของเนื้อหา 5 ท่าน และรายงานค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .83 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ จาก 1-4 ตั้งแต่ 1 ไม่ได้เลย จนถึง 4 ได้รับมาก

การแปลผลใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553) ช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-28 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ดังนี้

7.00-14.00	หมายถึง	บิดาหรือมารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลน้อย
14.01-21.00	หมายถึง	บิดาหรือมารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลปานกลาง
21.01-28.00	หมายถึง	บิดาหรือมารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลมาก

## ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลการทีมสุขภาพ

แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลการทีมสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมา จากแบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลการทีมสุขภาพของ ภัทรรุช ภูมิพาน และคณะ (2556) โดยมีโครงสร้างของคำถามสร้างจากนิยามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลการสุขภาพ ซึ่งพัฒนาตาม กรอบแนวคิดของ Mishel (1988) โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิสอบความตรงของเนื้อหา 3 ท่าน และรายงาน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .91 ประกอบด้วยข้อ คำถามทั้งหมด 4 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ จาก 1-5 ตั้งแต่ 1 ไม่จริงที่สุด จนถึง 5 จริงที่สุด

การแปลผลใช้หลักการแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ โดยนำคะแนนสูงสุดลบคะแนนต่ำสุด แล้วนำไปหารด้วยจำนวนระดับขั้นที่แบ่ง (ชูศรี วงศ์รัตนะ, 2553) ช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4 - 20 คะแนน มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3 ระดับ ดังนี้

4.00-9.33	หมายถึง	บิดาหรือมารดาที่มีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลการ ทีมสุขภาพในระดับต่ำ
9.34-14.67	หมายถึง	บิดาหรือมารดาที่มีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลการ ทีมสุขภาพในระดับปานกลาง
14.68-20.00	หมายถึง	บิดาหรือมารดาที่มีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลการ ทีมสุขภาพในระดับสูง

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

### 1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ในการวิจัยครั้งนี้ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาของ นฤมล ชีระรังสิกุล และคณะ (2557) แบบสอบถามการสนับสนุนทางด้านข้อมูลของ Yotwongratsamee (2006) และ แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลการทีมสุขภาพของ ภัทรรุช ภูมิพาน และคณะ (2556) ซึ่งได้ผ่านการทดสอบความตรงตามเนื้อหาจากการศึกษาครั้งก่อนเรียบร้อยแล้ว ในการศึกษาครั้งนี้ จึงไม่ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ส่วนแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็น แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้น ได้ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ด้านโรคหัวใจในเด็ก 1 ท่าน พยาบาลผู้มีความรู้และเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ 2 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลสาขากุมารเวชศาสตร์ 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและคำนวณหา

ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .88 โดยจำนวนคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4 มีจำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ จากข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่ค่าคะแนนน้อยกว่าระดับ 3 คือ ข้อที่ 9 มีปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมคือ เพิ่มรายละเอียดแยกกลุ่มอายุของเด็กให้ชัดเจน หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติมให้ มีความเหมาะสมชัดเจนตามคำแนะนำ และนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อนำไปทดลองใช้

## 2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล และแบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับบิดามารดาที่มีลักษณะคล้ายกับการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach'alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .81 .80 .84 และ .80 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80 .83 .91 และ .80 ตามลำดับ

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยเสนอขอการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมและเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูล พร้อมอธิบายการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า มีสิทธิที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ ในการรวบรวมข้อมูลไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ แล้วจึงลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะทำลายหลังจากเผยแพร่งานวิจัยแล้ว โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. เมื่อ โครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสเลขที่ 05-09-2558 และคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสเลขที่ 112/ 2558 แล้ว จึงนำหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอผู้อำนวยการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2. หลังได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยของแผนกกุมารเวชกรรมทั้ง 7 หน่วยงาน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย

3. สำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ดังนี้

3.1 ผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม เก็บข้อมูลในวันจันทร์และวันพุธ เวลา 8.00-16.00 น. ทำการสำรวจและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตามลำดับเลขที่ของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่เข้ารับการรักษาที่แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจในเด็ก สุ่มได้เลขที่ จากนั้นเตรียมพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูล

3.2 ผู้ป่วยใน แผนกกุมารเวชกรรม 5 หน่วยงาน ได้แก่ งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ (เด็กเล็ก) งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมพิเศษ งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด (NICU) งานการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดกึ่งวิกฤต (High risk) และงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม (PICU) เก็บรวบรวมข้อมูลในวันอังคาร วันพฤหัสบดี และวันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น. ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย ตามลำดับเลขที่ ที่มารับบริการของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว สุ่มได้เลขที่ จากนั้นเตรียมพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูล

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างรายบุคคล สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูล พร้อมอธิบายการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

5. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยแจกเอกสารชี้แจงและใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วให้ลงนามในใบยินยอมตามแบบฟอร์มจริยธรรมการวิจัย หลังจากนั้นทำการเก็บข้อมูล ดังนี้

5.1 ผู้ป่วยนอก ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้ง 5 ชุด โดยไม่มีการจำกัดเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด ผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณใกล้เตียงที่กลุ่มตัวอย่าง สามารถมองเห็นและเรียกสอบถามได้หากมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถาม มีบางรายที่ต้องสัมภาษณ์เนื่องจากบิดาหรือมารดาต้องการดูแลบุตร และยินดีในการสัมภาษณ์มากกว่า โดยใช้เวลาสัมภาษณ์ภายในเวลา 15-20 นาที

5.2 ผู้ป่วยใน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ทั้ง 5 ชุด โดยไม่มีการจำกัดเวลา ผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณใกล้เตียงที่กลุ่มตัวอย่าง สามารถมองเห็นและเรียกสอบถามได้หากมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถาม

6. เมื่อผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลได้ครบตามจำนวน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว จึงนำข้อมูลที่ได้นำไปวิเคราะห์ทางสถิติขั้นต่อไป

### การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา และเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว วิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพวิเคราะห์ โดยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของแผนกกุมารเวชกรรม ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 82 ราย ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยาย ตามลำดับ ดังนี้

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน ของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอน ของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นมารดาของบุตรป่วย (ร้อยละ 85.4) มีอายุระหว่าง 32-39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.3) รองลงมาอายุ > 25-32 ปี (ร้อยละ 40.3) อายุเฉลี่ย 32.62 ปี ( $SD = 5.60$ ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 92.7) จำนวนปีการศึกษามากที่สุด 10-12 ปี (ร้อยละ 34.2) รองลงมา 13-16 ปี (ร้อยละ 28.0) เฉลี่ย 11.01 ปี ( $SD = 3.68$ ) สำเร็จการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 37.8) รองลงมา ระดับปวส. (ร้อยละ 28.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 28.0) รองลงมา ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท (ร้อยละ 24.4) รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001 ถึง 20,000 บาท (ร้อยละ 32.9) และพอเพียง (ร้อยละ 67.1) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำแนกตามความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย อายุ สถานภาพสมรส จำนวนปีการศึกษา ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของครอบครัว ( $n = 82$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย</b>		
มารดา	70	85.4
บิดา	12	14.6
<b>อายุ (ปี)</b>		
18-25 ปี	5	6.1
> 25-32 ปี	33	40.3
> 32-39 ปี	38	46.3
> 39-46 ปี	6	7.3
$(M = 32.62$ ปี, $SD = 5.60$ , range = 18-42 ปี)		
<b>สถานภาพสมรส</b>		
คู่	76	92.7
หย่า/ แยกกันอยู่	5	6.1
หม้าย	1	1.2
<b>จำนวนปีการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา		
4-6 ปี	2	2.4
7-9 ปี	17	20.7
10-12 ปี	7	8.6
13-16 ปี	28	34.2
17-19 ปี	26	31.7
$(M = 11.01$ ปี, $SD = 3.68$ , range = 0-19 ปี)		



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ไม่ได้ศึกษา	2	2.4
ระดับประถมศึกษา	17	20.7
ระดับมัธยมศึกษา	31	37.8
ระดับ ปวช.	4	4.9
ระดับ ปวส.	23	28.1
ระดับปริญญาตรี	3	3.7
ระดับสูงกว่าปริญญาตรี	2	2.4
<b>อาชีพ</b>		
ไม่ประกอบอาชีพ	23	28.0
พนักงานบริษัท	20	24.4
รับจ้าง	19	23.2
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	9	11.0
อื่น ๆ	7	8.5
ค้าขาย	4	4.9
<b>รายได้ของครอบครัว (บาท)</b>		
น้อยกว่า/ เท่ากับ 10,000	21	25.6
10,001-20,000	27	32.9
20,001-30,000	8	9.8
30,001-40,000	16	19.5
> 40,000	10	12.2
$(M = 22,170, SD = 12260.3, \text{range} = 5,000-43,000)$		
<b>รายได้ของครอบครัว</b>		
พอเพียง	55	67.1
ไม่พอเพียง	2	32.9

## 2. ข้อมูลส่วนบุคคลของบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

บุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่รักษาในหอผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 67.1) และผู้ป่วยใน (ร้อยละ 32.9) เป็นเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากันคือ 41 คน (ร้อยละ 50.0) มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.7) รองลงมาอายุระหว่างมากกว่า 1 ถึง 2 ปี (ร้อยละ 26.8) อายุเฉลี่ย 2.62 ปี ( $SD = 1.64$ ) ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นแบบ 2 ชนิดร่วมกัน คือ PDA ร่วมกับ VSD/ ASD มากที่สุด (ร้อยละ 53.6) รองลงมาเป็น VSD (ร้อยละ 24.4) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรก ตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปี (ร้อยละ 86.6) เฉลี่ย 1.2 ปี ( $SD = 0.64$ ) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจครั้งแรกจนกระทั่งถึงปัจจุบันมากที่สุด น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี (ร้อยละ 42.7) เฉลี่ย 2.06 ปี ( $SD = 1.18$ ) และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี ด้วยโรคหัวใจส่วนใหญ่ 1 ครั้ง (ร้อยละ 62.2) ได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัดร่วมกันมากที่สุด (ร้อยละ 34.1) รองลงมาได้รับยาอย่างเดียว (ร้อยละ 29.3) และมีระดับความรุนแรงของโรคมามากที่สุด คือ ระดับ 2 (ร้อยละ 50.0) รองลงมาระดับ 3 (ร้อยละ 23.2) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำแนกตามประเภทผู้ป่วย เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก การรักษาที่ได้รับ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระดับความรุนแรงของโรค ( $n = 82$ )

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>ประเภทผู้ป่วย</b>		
ผู้ป่วยนอก	55	67.1
ผู้ป่วยใน	27	32.9
<b>เพศ</b>		
ชาย	41	50.0
หญิง	41	50.0
<b>อายุ</b>		
แรกเกิด-1 ปี	26	31.7
> 1 ปี-2 ปี	22	26.8

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
> 2 ปี-3 ปี	13	15.9
> 3 ปี-4 ปี	8	9.8
> 4 ปี-5 ปี	13	15.8
<i>(M = 2.62 ปี, SD = 1.64, range = 0-5 ปี)</i>		
<b>การวินิจฉัยโรค</b>		
มี 2 ชนิดร่วมกัน (PDA ร่วมกับ VSD/ ASD)	44	53.6
VSD	20	24.4
PDA	10	12.2
ASD	8	9.8
<b>อายุที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก</b>		
≤ 1 ปี	71	86.6
> 1 ปี-2 ปี	8	9.8
> 2 ปี-3 ปี	1	1.2
> 3 ปี-4 ปี	1	1.2
> 4 ปี-5 ปี	1	1.2
<i>(M = 1.2 ปี, S.D.= 0.6, range = 0-4.4 ปี)</i>		
<b>ระยะเวลาในการเจ็บป่วย</b>		
≤ 1 ปี	35	42.7
> 1 ปี-2 ปี	24	29.3
> 2 ปี-5 ปี	9	11.0
> 3 ปี-4 ปี	11	13.4
> 4 ปี-5 ปี	3	3.6
<i>(Mean = 2.06 ปี, SD = 1.18, range = 0-5 ปี)</i>		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี</b>		
1 ครั้ง	51	62.2
2 ครั้ง	21	25.6
3 ครั้ง ขึ้นไป	10	12.2
<b>การรักษาปัจจุบัน</b>		
ยา และการผ่าตัด	28	34.1
ยา	24	29.3
ไม่มี	19	23.2
ยา สวนหัวใจ และการผ่าตัด	5	6.1
สวนหัวใจ	4	4.9
การผ่าตัด	2	2.4
<b>ระดับความรุนแรงของโรค</b>		
ระดับ 1	15	18.3
ระดับ 2	41	50.0
ระดับ 3	19	23.2
ระดับ 4	7	8.5

**ส่วนที่ 2 คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน ของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล และความเชื่อถือ และยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ**

คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว พบว่า บิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 96.31 ( $SD = 10.80$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทั้ง 4 ด้าน มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีคะแนนเฉลี่ย 40.01

( $SD = 6.68$ ) ด้านการขาดความชัดเจนของข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ย 32.48 ( $SD = 3.67$ ) ด้านการขาดข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ย 14.46 ( $SD = 2.88$ ) และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค มีคะแนนเฉลี่ย 9.35 ( $SD = 3.45$ ) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 33.81 ( $S.D. = 7.94$ ) ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลอยู่ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 22.73 ( $S.D. = 3.84$ ) และค่าคะแนนความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพอยู่ระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 15.64 ( $S.D. = 2.62$ ) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 3 คะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จริง ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ทั้งโดยรวมและรายด้าน ( $n = 82$ )

ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา ในความเจ็บป่วยของบุตร	คะแนน ที่เป็นไปได้ ได้พิสัย	คะแนนจริง		ระดับ ความรู้สึก ไม่แน่นอน	
		พิสัย จริง	ค่า เฉลี่ย เบี่ยงเบน มาตรฐาน		
โดยรวม	31-155	66-124	96.31	10.80	ปานกลาง
รายด้าน					
1. ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการ เจ็บป่วย	13-65	21-54	40.01	6.68	ปานกลาง
2. ด้านการขาดความชัดเจนของข้อมูล	9-45	12-41	32.48	3.67	ปานกลาง
3. ด้านการขาดข้อมูล	5-25	7-22	14.46	2.88	ปานกลาง
4. ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนิน ของโรค	4-20	4-17	9.35	3.45	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย ของการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพ ของบิดามารดา เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ( $n = 82$ )

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่าพิสัย	ระดับ
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	33.81	7.94	14-44	สูง
การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล	22.73	3.84	12-28	สูง
ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ	15.64	2.62	8-20	สูง

### ส่วนที่ 3 ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอน ของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จากตัวแปรทำนาย คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพ ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณ ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นของสถิติถดถอยพหุคูณ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มีการวัดที่ระดับช่วงมาตรา (Interval scale) ได้มาจากการสุ่มตัวแปรต้นและตัวแปร ซึ่งมีการแจกแจงแบบปกติ (Normality) (ตารางที่ 7 ภาคผนวก) ความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) (ภาพที่ 3 ภาคผนวก) ไม่มี Outlier, Linear relationship ไม่มี Multicollinearity ระหว่างตัวแปรทำนาย โดยที่ตัวแปรทำนายมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson's product moment correlation coefficients) ไม่สูงกว่า .85 ดังแสดงในตารางที่ 5 มีความเป็นอิสระต่อกัน แล้วไม่เกิด Autocorrelation ทดสอบโดยหาค่าสถิติ Durbin-watson ได้ค่า 1.72 ซึ่งค่าที่ได้ อยู่ระหว่าง 1.5-2.5 จึงเป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติถดถอยพหุคูณ จากนั้นวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย

ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) เพื่อหาอำนาจการทำนายร่วมของตัวแปรทุกตัว ผลการวิเคราะห์พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นตัวแปรทำนายเพียงตัวเดียว ที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวโดยรวมได้ร้อยละ 4.7 ( $R^2 = .047, F_{(1, 80)} = 3.971, p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r) แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา ( $n = 82$ )

ตัวแปร	r				
	ความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวม	ด้านความคลุมเครือ	ด้านขาดชัดเจน	ด้านขาดข้อมูล	ด้านการพยากรณ์โรค
1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.217*	.090	.279*	.169	.246*
2. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล	.106	.075	.058	.221*	.000
3. ระดับการศึกษาของบิดามารดา	-.097	-.118	-.113	-.065	.087
4. ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ	.073	.018	.124	-.137	.218*

\* ( $p < .05$ )

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ (Stepwise multiple regression) เพื่อหาปัจจัยทำนาย  
ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวโดยรวม  
( $n = 82$ )

ตัวแปรทำนาย	B	SE	Beta	<i>t</i>	<i>p</i> -value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.313	.157	.217	1.993	.050
Constant = 76.44, $R^2 = .047$ , $R^2_{\text{Adjusted}} = .035$ , $F_{(1, 80)} = 3.971$ , $p < .05$					



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ มีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดไม่เขียว ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 82 ราย คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว แบบสอบถามการสนับสนุนทางด้านข้อมูล และแบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .80 .83 .91 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

#### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 82 ราย ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 85.4) มีอายุระหว่าง 32-39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.3) รองลงมาอายุ > 25-32 ปี (ร้อยละ 40.3) อายุเฉลี่ย 32.62 ปี ( $SD = 5.60$ ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 92.7) จำนวนปีการศึกษามากที่สุด 10-12 ปี (ร้อยละ 34.2) รองลงมา 13-16 ปี (ร้อยละ 28.0) เฉลี่ย 11.01 ปี ( $SD = 3.68$ ) สำเร็จการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด (ร้อยละ 37.8) รองลงมา ระดับปวส. (ร้อยละ 28.1) ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 28.0) รองลงมา ประกอบอาชีพพนักงานบริษัท (ร้อยละ 24.4) รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001 ถึง 20,000 บาท (ร้อยละ 32.9) มีจำนวนมากที่สุด และพอเพียง (ร้อยละ 67.1)

1.2 ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวทั้งหมด 82 ราย ส่วนใหญ่รักษาในหอผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 67.1) และผู้ป่วยใน (ร้อยละ 32.9) มีเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากันคือ 41 คน (ร้อยละ 50.0) มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.7) รองลงมา อายุมากกว่า 1 ถึง 2 ปี (ร้อยละ 26.8) อายุเฉลี่ย 2.62 ปี ( $SD = 1.64$ ) ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นแบบ

2 ชนิดร่วมกัน คือ PDA ร่วมกับ VSD/ ASD (ร้อยละ 53.7) และส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปี (ร้อยละ 86.6) เฉลี่ย 1.2 ปี ( $SD = 0.64$ ) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจครั้งแรกจนกระทั่งถึงปัจจุบันมากที่สุดน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 42.7) เฉลี่ย 2.06 ปี ( $SD = 1.18$ ) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี ด้วยโรคหัวใจส่วนใหญ่ 1 ครั้ง (ร้อยละ 62.2) โดยได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัดร่วมกันมากที่สุด (ร้อยละ 34.1) และมีระดับความรุนแรงของโรคมามากที่สุด คือ ระดับ 2 (ร้อยละ 50.0) รองลงมา ระดับ 3 (ร้อยละ 23.2)

2. คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวโดยรวม พบว่า มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 96.31 ( $SD = 10.80$ ) เมื่อพิจารณาคะแนนเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ย 40.01 ( $SD = 6.68$ ) ด้านการขาดความชัดเจนของข้อมูลมีคะแนนเฉลี่ย 32.48 ( $SD = 3.67$ ) ด้านการขาดข้อมูล มีคะแนนเฉลี่ย 14.46 ( $SD = 2.87$ ) และด้านการไม่สามารถทำนายและการดำเนินของโรค มีคะแนนเฉลี่ย 9.35 ( $SD = 3.44$ ) ซึ่งคะแนนความรู้สึกไม่แน่นอนทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 33.81 ( $SD = 7.94$ ) ค่าคะแนนการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 22.73 ( $SD = 3.84$ ) และค่าคะแนนความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 15.64 ( $SD = 2.62$ )

3. ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นตัวแปรทำนายเพียงตัวเดียว ที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 4.7 ( $R^2 = .047, F_{(1, 80)} = 3.971, p < .05$ )

## การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยสามารถอภิปราย เรียงตามสมมติฐาน ดังนี้

1. ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว บิดามารดาส่วนใหญ่ มีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 96.31 ( $SD = 10.80$ ) อภิปรายได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เนื่องจากบิดามารดาไม่สามารถตัดสินใจได้ว่า ความเจ็บป่วยของบุตรจะมีผลลัพธ์อย่างไร โดยเฉพาะโรคหัวใจที่บุตรเป็นอยู่มักจะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ไม่คงที่ บิดามารดาไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีอาการซ้ำหรือกำเริบ เป็นการรับรู้ความคลุมเครือใน

ความเจ็บป่วย การขาดความชัดเจนของข้อมูล ทำให้บิดามารดาไม่สามารถที่จะให้ความหมายและคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1988) ผลการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรที่ได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัดมาแล้ว (ร้อยละ 34.1) ทำให้บิดามารดาได้เห็นผลลัพธ์ความเจ็บป่วยที่มีการแก้ไขไปเบื้องต้นแล้ว และบิดามารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลอยู่ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 22.73 ( $SD = 3.84$ ) ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยเรื้อรังของ นฤมล ชีระรังสิกุล และคณะ (2557) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรป่วยเรื้อรังมีความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง บิดามารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับปานกลาง (สุริภรณ สุวรรณ โอสด, 2547)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้านการขาดความชัดเจนของข้อมูล ด้านการขาดข้อมูล และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค อยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายได้ว่า ความคลุมเครือเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทั้งอาการของโรคและการรักษา เป็นเหตุการณ์ที่คลุมเครือไม่ชัดเจน ไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ การขาดความชัดเจนของข้อมูลเกี่ยวกับอาการของบุตรและระบบการให้บริการ เป็นผลจากการได้รับการอธิบายที่ไม่ชัดเจนทั้งเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ผลการตรวจต่าง ๆ และผลการรักษา ความไม่ชัดเจนของข้อมูลทำให้ไม่สามารถแปลผลของการเกิดอาการต่าง ๆ ในแต่ละวันได้ บางครั้งเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพที่ดูแลบุตรมีการสื่อสารโดยการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ อาจทำให้บิดามารดาไม่สามารถเข้าใจได้ว่าอาการของบุตรเป็นอย่างไร เมื่อบิดามารดาขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย ไม่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ทำให้บิดามารดาไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทำให้ไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรคและพยากรณ์โรคได้ เป็นผลให้บิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร (Mishel, 1988) และผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาที่บุตรป่วยนานเฉลี่ย 2 ปี ( $M = 2.06$ ,  $SD = 1.18$ ) ส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัดร่วมกันมากที่สุด (ร้อยละ 34.1) ทำให้บิดามารดาได้รับข้อมูลที่พอจะชัดเจนและแปลผลได้ แต่อย่างไรก็ตามเรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวเป็นเรื่องที่ยากและซับซ้อน เนื่องจากส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นแบบ 2 ชนิดร่วมกัน คือ PDA ร่วมกับ VSD/ ASD (ร้อยละ 53.7) จึงทำให้บิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในระดับปานกลาง

เพราะโรคหัวใจเป็นเรื่องยากสำหรับบิดามารดาที่จะเข้าใจ จดจำสาเหตุของโรคหัวใจเนื่องจากสาเหตุของการเกิดโรคมีหลายสาเหตุ มีความซับซ้อน และการให้ความรู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคนั้น แพทย์พยาบาล ส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลในครั้งแรกของการเข้ารับการรักษา ซึ่งการรับรู้ความไม่ชัดเจนของข้อมูล ทำให้บิดามารดาไม่สามารถที่จะให้ความหมายและคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล ชีระรังสิกุล และคณะ (2557) พบว่าบิดามารดาที่มีบุตรป่วยเรื้อรังมีความรู้สึกไม่แน่นอนในทุกรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของ สุริภรณ์ สุวรรณโอสถ (2547) พบว่า ผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็งมีความรู้สึกไม่แน่นอนด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับสภาวะความเจ็บป่วยของบุตรอยู่ในระดับปานกลาง

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอน ของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอน ของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว คือ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ ร้อยละ 4.7 ( $R^2 = .047, F_{(1,80)} = 3.971, p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา หมายความว่า บิดามารดาที่รับรู้ความรุนแรงของโรคสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนสูงมากขึ้นเช่นกัน ทั้งนี้จากการอธิบายของ Mishel (1988) ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค ประเมินได้จากความรุนแรงของอาการ จำนวนครั้งของการเกิดอาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการและตำแหน่งที่เกิดอาการความเจ็บป่วย สามารถทำนายอาการที่จะเกิดขึ้นได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะลดลง นั่นคือการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา แต่การศึกษาครั้งนี้บิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไม่ชัดเจนหรือแน่ชัด ไม่สามารถวิเคราะห์แบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วยได้ เพราะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมีอาการแสดงที่ไม่คงที่ การดำเนินของโรคมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ (ศิริพร สังฆมาลย์, 2551; อมรรัตน์ เพชรดำรงสกุล และแพรวดาว พันธุ์รัตน์, 2555) อีกทั้งการที่เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เป็นโรคเรื้อรังซึ่งมีลักษณะวิถีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งบิดามารดาต้องมีการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่ด้วยความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร (Mishel, 1983) รวมทั้งเมื่อบิดามารดาทราบว่าโรคที่บุตรเป็นมีความรุนแรงของโรคในระดับสูง จะรู้สึกคลุมเครือ

ไม่แน่ชัดในอาการของโรค จึงทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mishel (1983) เกี่ยวกับการรับรู้ความไม่แน่นอนของบิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยในโรงพยาบาล ในกลุ่มบิดามารดา 272 คน โดยแบ่งเป็นบิดามารดาที่มีบุตรได้รับการรักษาด้วยยา 126 คน รักษาด้วยการผ่าตัด 96 คน และอยู่ระหว่างการวินิจฉัย 50 คน ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมี่ความสัมพันธ์ทางบวก กับความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมของบิดามารดา ( $r = .16, p < .004$ ) ทำนองเดียวกับการศึกษาของภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ (2555) เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต ที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กหนักของโรงพยาบาลศิริราช พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา ( $r = .57, p < .001$ ) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ ( $\beta = .443, t = .881, p < .001$ )

การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ อภิปรายได้ว่า บิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลสูงจากทีมสุขภาพ ข้อมูลได้รับส่วนใหญ่เกี่ยวกับระบบบริการและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย บิดามารดาต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กป่วย แต่ข้อมูลที่รับนั้นอาจไม่ตรงกับที่บิดามารดาต้องการ และมีการให้ข้อมูลมากเกินไป การให้ข้อมูลที่แตกต่างกันของทีมสุขภาพ อาจให้ข้อมูลแบบย่อ ๆ สั้น ๆ เกินไป อาจทำให้ไม่เข้าใจ มีความคลุมเครือและไม่ชัดเจน เนื่องจากโรคหัวใจเป็นเรื่องยากที่จะจดจำและเข้าใจ รวมทั้งบิดามารดามีความต้องการคำตอบหลายอย่างจากทีมสุขภาพ ซึ่ง บางเรื่องแพทย์ ไม่สามารถให้คำตอบที่แน่ชัดได้ ต้องดูจากอาการเปลี่ยนแปลงของเด็กเป็นระยะ ๆ ทำให้ไม่สามารถทำนายอาการของโรคได้

ระดับการศึกษา ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวนปีการศึกษาของบิดามารดามากที่สุด 10-12 ปี (ร้อยละ 34.2) รองลงมา 13-16 ปี (ร้อยละ 28.0) และเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีอาการแสดงที่ไม่คงที่ การดำเนินของโรคอาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีการดำเนินโรคไม่แน่นอน อาจมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นได้ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ มากมาย บิดามารดาทุกคนมีความสนใจในอาการของบุตรมาก ทำให้พบว่า การศึกษาของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ไม่ว่าจะระดับใด ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรได้ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ กนกกาญจน์ เมฆอนันต์วัช (2556) พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนได้ และจากการศึกษาของ ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ (2556) พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดา ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ อภิปรายได้ว่า บิดามารดามีความเชื่อมั่นไว้วางใจในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลที่ดูแลบุตรป่วย มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาที่มีความน่าเชื่อถือ โดยบิดามารดาพอใจกับการรักษาที่บุตรได้รับจากแพทย์และพยาบาลเป็นอย่างดี ซึ่งโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูล เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (HA: Hospital Accreditation) มีชื่อเสียงและประสบการณ์ในการดูแลรักษาเด็กป่วยโรคหัวใจมานานมากกว่า 10 ปี มีทีมแพทย์และบุคลากรทีมสุขภาพที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาเด็กกลุ่มนี้ ทำให้บิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ( $M = 15.64, SD = 2.62$ ) ไม่ว่าจะมีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมากหรือน้อยเพียงใด ก็ไม่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรนุช ภูมิพาน และคณะ (2556) พบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรัง ที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้

## ข้อเสนอแนะ

### การนำผลวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลในการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ไม่คลุมเครือเกี่ยวกับแบบแผนของอาการแสดงของโรคและความต่อเนื่องของโรค เพื่อให้บิดามารดามีความเข้าใจลักษณะการดำเนินของโรค อันจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

2. ด้านการศึกษา อาจารย์ในสถาบันการศึกษา สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลแก่นักศึกษา โดยเฉพาะแบบแผนของอาการแสดงของโรค ความรุนแรงของโรค โดยการให้ข้อมูลอาการและการดำเนินของโรคอย่างชัดเจน ถูกต้อง ซึ่งจะมีผลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา ที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดทั้งชนิดเขียวและไม่เขียว เพื่อจะทราบระดับความรู้สึกไม่แน่นอนของความเจ็บป่วยได้ตรงความเป็นจริงในชนิดของโรคนั้น ๆ
2. ควรมีการศึกษาแบบกึ่งทดลองโดยการสร้างโปรแกรมการให้ข้อมูลถูกต้อง ครอบคลุม ชัดเจน และการดำเนินของโรค เพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป
3. ควรมีการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเพิ่มเติม โดยพิจารณาเครื่องมือที่ใช้ โดยเฉพาะแบบแผนของอาการแสดงโรค ให้ครอบคลุมทุกด้าน ไม่ใช่เฉพาะระดับความรุนแรงของโรคเพียงด้านเดียว

## บรรณานุกรม

- กนกกาญจน์ เมฆอนันต์ธวัช. (2556). *ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของมารดาที่มีบุตรรับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤต*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- กานดา เลาทิสป์สมจิตร, อารีย์วรรณ อ่วมธานี, สุดา เล่าห์สัณณะ และณัฐพร ไพบาล. (2554). ประสบการณ์ของพ่อ/แม่ที่ลูกได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(2), 106-116.
- กัญญา ทศนสุวรรณ. (2548). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหัวใจและไหลเวียนเลือด. ใน พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็กเล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 4; หน้า 275-366). นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- กัญญา ศุภปิติพร. (2554). พันธุศาสตร์และโรคหัวใจแต่กำเนิด. ใน พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ และ วิชัย เบญจชลมาศ (บรรณาธิการ), *โรคหัวใจแต่กำเนิด* (หน้า 1-12). กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- จุฑารัตน์ จองแก. (2550). *ผลของการสนับสนุนข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬาลักษณ์ บาร์มี. (2555). *การวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณสถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.
- ฉัตรชญา พะยอมหอม. (2556). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 24(1), 31-43.
- ชญาภา วันทุม. (2555). การเสริมสร้างสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 1-9.
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2553). *การเขียนเค้าโครงการวิจัย: แนวทางสู่ความสำเร็จ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: ไทยนิรมิตกิจ อินเตอร์ โพรเกรสซิฟ.
- ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน. (2557). *Congenital heart disease*. เข้าถึงได้จาก [http://www.dmsrsu.thaikm4u.com/bookmark/chaisit\\_s](http://www.dmsrsu.thaikm4u.com/bookmark/chaisit_s)



- ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร. (2549). Congestive heart failure. ใน จารุพิมพ์ สูงสว่าง, ประพันธ์  
อ่านเป็รื่อง, วาณี วิสุทธิ์เสีรวิงศ์, พิมล ศรีสุภาพ และกวีวรรณ ถีมประยูร (บรรณาธิการ),  
*The essentials in pediatric emergency* (หน้า 45-57). กรุงเทพฯ: เฮาแคนดู.
- ชนะรัตน์ ulyangkur. (2549). Non-cyanotic congenital heart disease. ใน ศรีสุกัลกษณ์ สิงคาลวณิช,  
ชัยสิทธิ์ แสงทวิสิน, สมจิต ศรีอุดมขจร และสมใจ กาญจนางศ์กุล (บรรณาธิการ),  
*ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย* (หน้า 109-118). กรุงเทพฯ: กรุงเทพเวชสาร.
- ชนะรัตน์ ulyangkur. (2555). โรคหัวใจแต่กำเนิดที่มีการขาดขวางทางเดินเลือดหัวใจฝั่งซ้าย.  
ใน บุญชู ศิริจงกลทอง (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ* (หน้า 151-156). กรุงเทพฯ:  
ไอกรู๊ป เพรส.
- นฤมล ชีระรังสิกุล. (2558). *การพยาบาลเด็กป่วยเรื้อรัง*. ชลบุรี: บางแสนการพิมพ์.
- นฤมล ชีระรังสิกุล, มณีรัตน์ ภาครูป และเอมอร อัจรัตนกุล. (2557). ปัจจัยทำนายวิธีการเผชิญ  
ความเครียดของบิดามารดาที่มีเด็กป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยเด็ก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(3), 1-13.
- นฤมล ชีระรังสิกุล, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ และอัญชัญ เตชะวีรากร. (2545). ความรู้สึกไม่แน่นอนใน  
ความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญความเครียดของมารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนดเข้ารับ  
การรักษาในหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดวิกฤต. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*,  
10(2), 17-31.
- น้ำทิพย์ แก้ววิชิต และกัลยาณี ทำจิน. (2550). ความรู้และบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตร  
โรคหัวใจ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(4), 273-282.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ:  
ยูแอนดีไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญชู ศิริจงกลทอง. (2554). กลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดขวางกั้นทางเดินเลือดหัวใจฝั่งซ้าย.  
ใน สุกระวรรณ อินทรขาว, สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ, บุญชู ศิริจงกลทอง, สิริระ นันทพิศาล และ  
สุดาทิพย์ โฆสิตะมงคล (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ทันยุค* (หน้า 75-88). กรุงเทพฯ:  
ไอกรู๊ป เพรส.
- บุญชอบ พงษ์พานิชย์. (2553). *ปัญหาโรคหัวใจในเด็กในประเทศไทย*. เข้าถึงได้จาก  
<http://www.doctordek.com/index.php>

- บุญชอบ พงษ์พานิชย์. (2555). โรคหัวใจเด็กในประเทศไทย. ใน บุญชู ศิริจงกลทอง (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ* (หน้า 1-4). กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส.
- พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ. (2554). โรคหัวใจแต่กำเนิด. ใน พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ และวิชัย เบญจชลมาศ (บรรณาธิการ), *โรคหัวใจแต่กำเนิด* (หน้า 1-12). กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- แพรวดาว พันธุ์รัตน์. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้และการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(4), 46-53.
- ภัทรนุช ภูมิพาน, ฟองคำ ติลกสกุลชัย, ทศนี ประสบกิตติคุณ และกวีวรรณ ลี้มประยูร. (2556). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 30(3), 15-24.
- รัชนก ทรงทรัพย์. (2554). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพและความรู้สึกไม่แน่นอนของสมาชิกครอบครัวขณะรอผู้ป่วยผ่าตัดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัฐพล ว่องวันดี. (2554). กลุ่มโรคหัวใจชนิดไม่เขียวที่มีเลือดไปปอดเพิ่มขึ้น. ใน สุกระวรรณ อินทรขาว, สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ, บุญชู ศิริจงกลทอง, สิริระ นันทพิศาล และสุดาทิพย์ โฆสิตะมงคล (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ทันยุค* (หน้า 75-88). กรุงเทพฯ: โอกรูป เพรส.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์. (2550). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาหาระบบหัวใจและหลอดเลือด. ใน บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี และศรีสมบุญ มุสิกสุคนธ์ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก* (หน้า 745-803). กรุงเทพฯ: พีริ-วัน.
- ศิริธร ยิ่งแรงเริง และประกริต รัชวดีร์. (2557). การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 20(1), 5-14.
- ศิริพร สังขมาลัย. (2551). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ. ใน พัชรวาลย์ ดันติเศรษฐ (บรรณาธิการ), *เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรระยะสั้นการพยาบาลโรคเด็ก* (หน้า 210-264). กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.

- ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด: หลักการและแนวทางปฏิบัติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 28(2), 13-22.
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2556). *ศูนย์โรคหัวใจ*. เข้าถึงได้จาก <http://www.childrenhospital.go.th/html/2014/th/บริการเด่น/ศูนย์โรคหัวใจ>.
- สุกษม อัดนวนานิช. (2552). *โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด*. กรุงเทพฯ: ไอเดีย อินสแตนท พรินท์ติ้ง.
- สุภาพร บุญกองรัตน์. (2551). *ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของผู้ปกครองเด็กป่วยภาวะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาพร ไรยมนิ และรัชชัช กิระวิทยา. (2555). กลุ่มโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเลือดไปปอดเพิ่มขึ้น. ใน บุญชู ศิริจงกลทอง (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ* (หน้า 130-150). กรุงเทพฯ: ไอกรู๊ป เพรส.
- สุริภรณ์ สุวรรณ โอสธ. (2547). *ความรู้สึกล้มเหลวในผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม และวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคมะเร็ง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุเทพ วาณิชย์กุล. (2552). การวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. ใน สุกษม อัดนวนานิช (บรรณาธิการ), *โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด* (หน้า 1-15). กรุงเทพฯ: ไอเดีย อินสแตนท พรินท์ติ้ง.
- หมวดศูนย์ข้อมูลงานวิจัยสถาบันและสารสนเทศ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. (2558). *สถิติผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดปี 2554-2557*. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ.
- อภิญา สุนนะไพศาล และศรีวรรณ ทาสันเทียะ. (2551). Intensive nursing care of the pediatric heart disease. ใน สุดารัตน์ ไวยชีตา, ธิดิดา ชัยศุภมงคล และเรณู พุกบุญมี (บรรณาธิการ), *Advanced pediatric critical care nursing* (192-201). กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- อมรรัตน์ เพชรดำรงสกุล และแพรวดาว พันธุ์รัตน์. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด. ใน บุญชู ศิริจงกลทอง (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ* (หน้า 505-514). กรุงเทพฯ: ไอกรู๊ป เพรส.

- อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิศย์ และรัตนาวดี ขอนตะวัน. (2554). การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดใน  
ระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ: ผลกระทบต่อครอบครัว. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*,  
29(2), 7-18.
- อาวุธ แก้วอมร. (2552). โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็กขวบปีแรก: สเปคตรัมและการดูแลรักษา  
ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. เข้าถึงได้จาก  
<http://www.dlibrary.childrenhospital.go.th/handle/6623548333/69>.
- Ball, J. W., & Bindler, R. C. (1995). *Pediatric nursing: Caring for children*. New York: Appleton  
& Lange.
- Catherine, G. B., & Julie, M. (2009). Cardiovascular disorders. In C. Burns, A. Dunn, M. Brady,  
N. Starr, & C. G. Blosser (Eds.), *Pediatric primary care* (pp. 727-766). New York:  
Springer.
- Chrisman, N. J. (1990). Uncertainty and adjustment during radiotherapy. *Nursing Research*,  
39(1), 17-20.
- Daphne, T. H., & Gail, D. P. (2009). *Heart failure in children part I: History, etiology, and  
pathophysiology*. Retrieved from <http://circheartfailure.ahajournals.org>.
- Deatrck, J., Knafl K., & Murphy-Moore, C. (1999). Clarifying the concept of normalization.  
*Journal of Nursing Scholarship*, 31(3), 209-214
- Hoffman, J. I., & Kaplan, S. (2002). The incidence of congenital heart disease. *Journal of Am Coll  
Cadiology*, 39(1), 890-900.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison-Wesley.
- Johnson, W. H., & Moller, J. H. (2001). *Pediatric Cardiology*. Philadelphia: Lippicott William &  
Wilkins.
- Kheirbek, R. E., Alemi, F., Citron, B. A., Afaq, M. A., Wu, H., & Fletcher, R. D. (2013). Trajectory  
of illness for patients with congestive heart failure. *Journal of Palliative Medicine*,  
16(5), 478-484.
- Knopper, M., Odle, T. G., & Costello, A. M. (2005). Congenital heart disease. In K. M. Krapp, &  
J. J. Wilson (Ed.), *The Gale encyclopedia of children's health: Infancy through  
adolescence* (pp. 483-493). Farmington Hills: Thomson Gale.

- Lawoko, S., & Soares, J. J. F. (2002). Distress and hopelessness among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases, and parents of healthy children. *Journal of Psychomatic Research, 52*, 193-208.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer
- Lewandoski, L. A. (1980). Stress and coping styles of parents of children undergoing open heart surgery. *Critical Care Quarterly, 3*(75), 84-91.
- Madeo, A. C., O'Brian, K. E., Bernhardt, B. A., & Biesecker, B. B. (2012). Factor Associated with Perceived Uncertainty among parents of children with undiagnosed medical conditions. *American Journal of Medical Genetics, 158*(8), 1877-1884.
- Mishel, M. H. (1983). Parent's perception of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research, 32*(6), 324-330.
- Mishel, M. H. (1988). Uncertainty in illness. *Image Journal of Nursing Scholarships, 20*(4), 225-232.
- Mishel, M. H. (1991). Response to "Validation of the Swedish version of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 5*, 67-70.
- Mishel, M. H., & Clayton, M. F. (2003). Theories of uncertainty in illness. In M. J. Smith, & P. R. Liehr, (Eds.), *Middle range theory for nursing* (pp. 55-84). New York: Springer.
- Nousi, D., & Christou, A. (2010). Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal, 4*(2), 94-100.
- Santacroce, S. (2002). Uncertainty, anxiety, and symptoms of posttraumatic stress in parents of children recently diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing, 19*(3), 104-111.
- Smith, M. J., & Liehr, P. R. (2008). *Middle range theory for nursing*. New York: Springer Publishing.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson/ Allyn & Bacon.
- Tomlinson, P. S., Kirschbaum, M., Harbaugh, B., & Anderson, K. H. (1996). The influence of illness severity and family resources on maternal uncertainty during critical pediatric hospitalization. *American Journal of Critical Care, 5*(2), 140-146.

- Yotwongratsamee, R. (2006). *Factors influencing uncertainty in illness of parents with children admitted in intensive care unit*. A thesis of master of nursing science, Pediatric nursing, Faculty of graduate studies, Mahidol University.
- Wehmeier, S. (2000). *Oxford advanced Learner's dictionary of current English* (6<sup>th</sup> ed). Oxford: Oxford University Press.
- Zambroski, C. H. (2006). Managing beyond an uncertain illness trajectory: Palliative care in advanced heart failure. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(12), 566-573.

ภาคผนวก

**ภาคผนวก ก**

หนังสือขอความอนุเคราะห์ใช้เครื่องมือ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย





## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. ๒๘๓๖  
ที่ ศธ ๖๖๐๗/๑๙๘๖ วันที่ ๒๓ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๕๘  
เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ด้วย นางสาวนันทน์ภัส เลี้ยงพันธุ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล อีระรังสิกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมคุณภาพวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “ปัจจัยทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่มีเด็กป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยเด็ก” ของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล อีระรังสิกุล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา พ.ศ. ๒๕๕๗ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๒๒๗๒

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๗ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวนันทน์ภัส เลี้ยงพันธุ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามการสนับสนุนทางด้านข้อมูล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาต่อความเจ็บป่วยของบุตรที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก” ของ คุณรัตนสุตา ยศวงศ์ศรีศรี นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๙ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘๖-๓๒๒๓๐๖๓



ที่ ศธ ๖๖๐๗/ ๒๒๗๑

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา  
ต. แสนสุข อ. เมือง จ.ชลบุรี ๒๐๑๓๑

๒๑ กรกฎาคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือเพื่อการวิจัย

เรียน คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย นางสาวนันท์นภัส เลียงพันธุ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้รับอนุมัติเค้าโครงวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ธีระรังสิกุล เป็นประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต” ของ คุณภัทรนุช ภูมิพาน หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก พ.ศ. ๒๕๕๕ เพื่อนำมาใช้ในการเก็บข้อมูลการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.นุจรี ไชยมงคล)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

งานบริการการศึกษา (บัณฑิตศึกษา)

โทรศัพท์ ๐-๓๘๑๐-๒๘๔๕, ๐-๓๘๑๐-๒๘๓๖

โทรสาร ๐-๓๘๓๙-๓๔๗๖

ผู้วิจัยโทร ๐๘๖-๓๒๒๓๐๖๓

รหัสเลขที่ .....
------------------

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบคำถามเกี่ยวกับตัวท่าน โดยทำเครื่องหมาย (✓) ลงหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน

##### ส่วนที่ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา

1. ท่านเกี่ยวข้องกับ.....ของผู้ป่วย

( ) บิดา                      ( ) มารดา                      ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

2. อายุ.....ปีบริบูรณ์ (เศษเกิน 6 เดือนให้นับเป็นปี เศษน้อยกว่า 6 เดือนให้ตัดทิ้ง

3. สถานภาพสมรส

( ) คู่                                      ( ) หม้าย  
( ) หย่า หรือแยกกันอยู่              ( ) อื่นๆ ระบุ.....

4. จำนวนปีที่ได้รับการศึกษา ..... ปี (สำหรับผู้วิจัยลงข้อมูล)

ระดับการศึกษา.....

( ) ไม่ได้ศึกษา                      ( ) ระดับประถมศึกษา                      ( ) ระดับมัธยมศึกษา  
( ) ระดับ ปวช.,ปวส.                      ( ) ระดับปริญญาตรี                      ( ) ระดับสูงกว่าปริญญาตรี

## 5. อาชีพ

- ( ) ไม่ประกอบอาชีพ                      ( ) รับจ้าง                      ( ) ค้าขาย  
 ( ) รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ                      ( ) เกษตรกรรม                      ( ) พนักงานบริษัท  
 ( ) อื่น ๆ ระบุ.....

## 6. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท

- ( ) พอเพียง    ( ) ไม่พอเพียง

**ส่วนที่ 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว**

(สำหรับผู้วิจัยลงข้อมูล)

7. เด็กเพศ ( ) ชาย                      ( ) หญิง  
 8. อายุ .....ปี .....เดือน .....วัน ระบุวันเดือนปีที่เกิด.....  
 9. การวินิจฉัยโรค .....  
 10. ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจครั้งแรก อายุ .....  
 11. รวมระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจครั้งแรกจนกระทั่งถึงปัจจุบัน.....  
 12. จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ..... ครั้ง (นับรวมครั้งนี้ด้วย)  
 14. การรักษาที่ได้รับปัจจุบันหรือเคยได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)  
       ( ) ยา                      ( ) การสวนหัวใจ  
       ( ) ผ่าตัด                      ( ) อื่น ๆ ระบุ.....  
 15. ระดับความรุนแรงของโรค.....

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา

**คำชี้แจง** แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาที่บุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เป็นแบบสอบถามที่ต้องการทราบความรู้สึกของท่านในวันนี้ เกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้แต่ละข้อ แล้วใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียง 1 ข้อ โดยถือเกณฑ์ดังนี้

- |   |               |         |                                   |
|---|---------------|---------|-----------------------------------|
| 5 | จริงที่สุด    | หมายถึง | ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด  |
| 4 | จริง          | หมายถึง | ตรงกับความรู้สึกของท่านมาก        |
| 3 | ไม่แน่ใจ      | หมายถึง | ตรงกับความรู้สึกของท่านปานกลาง    |
| 2 | ไม่จริง       | หมายถึง | ตรงกับความรู้สึกของท่านน้อย       |
| 1 | ไม่จริงที่สุด | หมายถึง | ตรงกับความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด |

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	จริงที่สุด	จริง	ไม่แน่ใจ	ไม่จริง	ไม่จริงที่สุด
1. ฉันไม่รู้ว่าลูกป่วยเป็นอะไร					
2. ฉันมีคำถามมากมายที่หาคำตอบไม่ได้					
3. ฉันไม่ทราบว่าอาการป่วยของลูกจะดีขึ้นหรือเลวลง					
4. ฉันไม่รู้ว่าลูกจะเจ็บป่วยมากหรือไม่					
5. ฉันไม่เข้าใจคำอธิบายของแพทย์และพยาบาลในเรื่องความเจ็บป่วยของลูก					
6. ฉันรู้สึกมุ่งมั่นหมายการรักษาแต่ละอย่างที่คุณได้รับ ชัดเจนขึ้น					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
10. ....					
11. ....					
.....					

ข้อความ	ระดับความรู้สึก				
	จริง ที่สุด	จริง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ จริง	ไม่จริง ที่สุด
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
30. หมอได้ยืนยันว่า อาการเจ็บป่วยของคุณนั้นรุนแรงเพียงใด					
31. หมอและพยาบาลใช้คำพูดง่าย ๆ ที่ฉันเข้าใจได้					

### ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค

**คำชี้แจง** แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ต้องการทราบถึงการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เมื่อบุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขอให้ท่านพิจารณาการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรแล้วใส่เครื่องหมายถูก (✓)

ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียง 1 ข้อ โดยถือเกณฑ์ดังนี้

- |              |         |   |
|--------------|---------|---|
| 5 มากที่สุด  | หมายถึง | ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของบุตรมีความรุนแรงมากที่สุด                    |
| 4 มาก        | หมายถึง | ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของบุตรมีความรุนแรงมาก                          |
| 3 ปานกลาง    | หมายถึง | ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของบุตรมีความรุนแรงปานกลาง                      |
| 2 น้อย       | หมายถึง | ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของบุตรมีความรุนแรงน้อย                         |
| 1 น้อยที่สุด | หมายถึง | ท่านรู้สึกว่าการเจ็บป่วยของบุตรมีความรุนแรงน้อยที่สุด<br>หรือไม่มีอาการ |

ข้อความ	การรับรู้ความรุนแรง				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านรู้สึกว่าบุตรของท่านมีอาการหายใจเร็วและแรงผิดปกติ					
2. ท่านรู้สึกว่าบุตรของท่านมีอาการเหนื่อยง่ายหรือน้อยมากขึ้น ขณะมีกิจกรรม เช่น ดูนม เดินเล่น เป็นต้น					
3. ท่านรู้สึกว่าบุตรของท่านมีหัวใจเต้นเร็วและแรงผิดปกติ					
4. ท่านรู้สึกว่าบุตรของท่านมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้แก่ เป็นหวัด มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ปอดอักเสบได้ง่ายกว่าปกติ					
5. ท่านรู้สึกว่าบุตรของท่านมีเหงื่อออกมากผิดปกติ ผิวหนังเปลือกขึ้นและเย็น มีเส้นผมเปลือกขึ้น					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					



#### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูล

**คำชี้แจง** แบบสอบถามการสนับสนุนด้านข้อมูลต้องการทราบว่าตั้งแต่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ท่านได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สุขภาพมากน้อยเพียงใด

ขอให้ท่านพิจารณาการรับสนับสนุนด้านข้อมูลแต่ละข้อจากแพทย์และพยาบาลว่าท่านได้รับมากน้อยเพียงใดและทำเครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องว่างที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดของท่านมากที่สุดเพียง 1 ข้อ โดยมีเกณฑ์ดังนี้

- 4 มาก หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในข้อดังกล่าวมาก  
 3 ปานกลาง หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในข้อดังกล่าวปานกลาง  
 2 น้อย หมายถึง ท่านได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในข้อดังกล่าวน้อย  
 1 ไม่ได้เลย หมายถึง ท่านไม่เคยได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลในข้อดังกล่าวเลย

การสนับสนุนด้านข้อมูล	ระดับการได้รับการสนับสนุน			
	มาก	ปานกลาง	น้อย	ไม่ได้เลย
1. แพทย์และ/หรือพยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย				
2. แพทย์และ/หรือพยาบาลอธิบายถึงเหตุผลที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยให้ฉันเข้าใจ				
3. แพทย์และ/หรือพยาบาลอธิบายถึงการวินิจฉัยโรค การรักษาของบุตรให้ฉันเข้าใจ				
4. แพทย์และ/หรือพยาบาลอธิบายถึงความสำคัญและความจำเป็นในการใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ ในการรักษาบุตรให้ฉันเข้าใจ				
5. ....				
6. ....				
7. ....				

### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ต้องการทราบว่าท่านมีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพ คือ แพทย์ และพยาบาลที่ดูแลบุตรของท่าน เมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด

ขอให้ท่านพิจารณาข้อความต่อไปนี้ แล้วใส่เครื่องหมายถูก (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียง 1 ข้อ โดยถือเกณฑ์ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวในระดับมากที่สุด
เห็นด้วยมาก	หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวในระดับมาก
เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอ ๆ กัน	หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวในระดับปานกลาง
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง มีความรู้สึกตรงกับข้อความดังกล่าวในระดับน้อย
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง มีความรู้สึกไม่ตรงกับข้อความดังกล่าว

ข้อความ	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยมาก	เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยพอๆกัน	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันเชื่อมั่นใจและวางใจในการรักษาพยาบาลของแพทย์ที่รักษาลูกของฉัน					
2. ฉันเชื่อมั่นและวางใจในการดูแลที่ลูกของฉันได้รับจากพยาบาล					
3. ....					
4. ....					

**ภาคผนวก ข**

เอกสารพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง



### เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

รหัสจริยธรรมการวิจัย 05-08-2558

ชื่อผู้วิจัย นางสาวนันทน์ภัส เลียงพันธุ์

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อ ศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพ รวมทั้งศึกษาปัจจัยการทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจาก ท่านมีบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่มีอายุแรกเกิด – 5 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวเป็นครั้งแรกมาแล้วไม่เกิน 5 ปี

เมื่อท่านเข้าร่วมการวิจัยแล้ว สิ่งที่ท่านจะต้องปฏิบัติคือ ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ พร้อมให้ข้อมูลและตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับตัวท่านและบุตร ในแบบสอบถามทั้งหมด 5 ชุด

ประโยชน์ที่จะได้รับในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่สุขภาพในการวางแผนการพยาบาล เพื่อลดความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว และนำผลวิจัยนำไปใช้ในการศึกษาทางการพยาบาล สำหรับนิสิต นักศึกษาพยาบาล และผู้สนใจ เพื่อใช้ในการวางแผนแก้ปัญหาความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้อย่างเหมาะสมต่อไป

การเข้าร่วมการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธ หรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา ข้อมูลที่ได้จากท่านถือเป็นความลับ ในการรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของท่าน เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการ

วิจัยและลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ และจะทำลายหลังจากเผยแพร่  
งานวิจัยแล้ว โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยครั้ง  
นี้เท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการ  
รวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวนันท์นภัส  
เลี้ยงพันธุ์ หมายเลขโทรศัพท์ 086-322-3063 หรือที่ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล ชีระรังสิกุล อาจารย์  
ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 087-552-8514

นางสาว นันท์นภัส เลี้ยงพันธุ์  
ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



## ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

---

หัวข้อวิทยานิพนธ์ เรื่อง ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วย  
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

วันที่ทำยินยอม วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง  
วัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียดและมีความเข้าใจดี  
แล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกการเข้าร่วม  
ในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่ปิดบัง ซ่อนเร้นจน  
ข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้าจะถูกเก็บเป็นความลับและจะเปิดเผยในภาพรวมที่เป็น  
การสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามใน  
ใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

-2-

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่านหนังสือได้ แต่ผู้วิจัยได้อ่านข้อความในใบยินยอมนี้ให้ข้าพเจ้าฟัง จนข้าพเจ้าเข้าใจดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงลงนามหรือประทับลายนิ้วมือของข้าพเจ้าในใบยินยอมนี้ ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(.....)

**ภาคผนวก ค**

**แบบรายงานผลการพิจารณาโครงการวิจัย และจริยธรรมการวิจัย**





แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว  
Predictors of Uncertainty among Parents of Children with Acyanotic Congenital Heart Disease

ชื่อนิสิต นางสาวนันทน์ภัส เลี้ยงพันธุ์

รหัสประจำตัวนิสิต 56910015      หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 05 - 09 - 2558

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ บิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 82 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี แผนกกุมารเวชกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะทางโรคหัวใจ ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด และหอผู้ป่วยในแผนกกุมารเวชกรรม

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2559

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 30 เดือน กันยายน พ.ศ. 2558

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เพิ่มเติม)

1. ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว  
Predictors of Uncertainty among Parents of Children with Acyanotic Congenital Heart Disease

2. ชื่อนิติกร นางสาวนันทน์ภัส เลียงพันธุ์

รหัสประจำตัวนิติกร 56910015      หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชา การพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคปกติ)

3. ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย (เพิ่มเติม)

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 05 - 09 - 2558  
ให้เพิ่มเติม คือ เปลี่ยนสถานที่เก็บข้อมูล จากเดิม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และ  
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เป็น โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ แห่งเดียว

4. วันที่ให้การรับรอง: 26 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2558

ลงนาม..... 

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



คณะอนุกรรมการวิจัยจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์  
อาคารราชสุดา ชั้น 1 ภายในศูนย์วิจัยฯ คณะพยาบาลศาสตร์ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง จ.ปทุมธานี 12121  
โทรศัพท์: 0-2986-9213 ต่อ 7373 โทรสาร: 0-2516-5381 E-mail: ecsctu3@nurse.tu.ac.th

COA No. 073/2559

### ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ : 112/2558  
ชื่อโครงการวิจัย : ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว  
: PREDICTORS OF UNCERTAINTY AMONG PARENTS OF CHILDREN WITH ACYANOTIC CONGENITAL HEART DISEASE.  
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวนันทน์ภัส เลียงพันธุ์  
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะอนุกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 ได้พิจารณาโดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice (ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์)  
ประธานคณะอนุกรรมการ

ลงนาม.....  
(อาจารย์ ดร.สารรัตน์ วุฒิอากาศ)  
อนุกรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 24 กุมภาพันธ์ 2559

วันหมดอายุ : 24 กุมภาพันธ์ 2560

กำหนดส่งรายงานความก้าวหน้า: ครั้งที่ 1: 24 สิงหาคม 2559

#### เอกสารที่คณะอนุกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของประชากร/กลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ประวัติผู้วิจัย
- 4) เอกสารเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการวิจัย เป็นต้นว่า แบบสอบถาม
- 5) เอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารประชาสัมพันธ์ เป็นต้น

ที่ ศธ ๐๕๑๖.๑๐/ ๓๒๘๔



โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ  
๙๕ หมู่ ๘ ต.คลองหนึ่ง อ.คลองหลวง  
จ.ปทุมธานี ๑๒๑๒๐

๕

เมษายน ๒๕๕๙

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาการเก็บข้อมูลการทำวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตามที่ นางสาวนันท์นภัส เลียงพันธุ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล กำลังดำเนินวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว” มีความประสงค์ขอเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม – ๓๐ เมษายน ๒๕๕๙ จำนวน ๓๐ ราย และ ขอเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ จำนวน ๘๒ ราย ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่แผนกกุมารเวชกรรมผู้ป่วยนอกเฉพาะทางโรคหัวใจ, ศูนย์โรคหัวใจและหลอดเลือด, งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมสามัญ, งานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชกรรมพิเศษ, งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิด, งานการพยาบาลผู้ป่วยทารกแรกเกิดถึงวิกฤต, และงานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม ทั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ ๓ แล้วนั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พิจารณาแล้วอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม – ๓๐ เมษายน ๒๕๕๙ จำนวน ๓๐ ราย และ ขอเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ระหว่างวันที่ ๑ มีนาคม – ๓๑ สิงหาคม ๒๕๕๙ จำนวน ๘๒ ราย ตามแผนกดังกล่าวได้ และเมื่อเสร็จสิ้นแล้วให้ท่านดำเนินการดังนี้

๑. ส่งผลงานวิจัยที่สำเร็จแล้วมายังโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
๒. ระบุชื่อ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในกิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)
๓. ส่งสำเนางานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์วารสาร

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์จิตตินันต์ หะวานนท์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

หน่วยวิเคราะห์แผนงบประมาณและวิจัยสถาบัน

โทรศัพท์ ๐ ๒๙๒๖ ๙๔๕๑

**ภาคผนวก ง**  
**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์บุญชู ศิริจงกลทอง      กุมารแพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและ  
หลอดเลือดในเด็กสาขากุมารเวชศาสตร์  
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี                      ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชิตกมล สังข์ทอง                  อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
4. นางสาวชญาณี จตุรชัยเดช                                      พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
หอผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ  
โรงพยาบาลศิริราช
5. นางสาวประภาพร ดองโพธิ์                                      พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ  
งานการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจ  
และทรวงอก  
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

**ภาคผนวก จ**  
**ผลการวิเคราะห์ทางสถิติ**

## การทดสอบตกลงเบื้องต้นของสถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

1. ทำการทดสอบ Normality ของค่าความคลาดเคลื่อน โดยสถิติ Kolmogorov – Smirnov ซึ่งผลพบว่า  $p$  ที่มากกว่า .05 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีการกระจายแบบปกติ ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การทดสอบ Normality ของค่าความคลาดเคลื่อน โดยสถิติ Kolmogorov-Smirnov

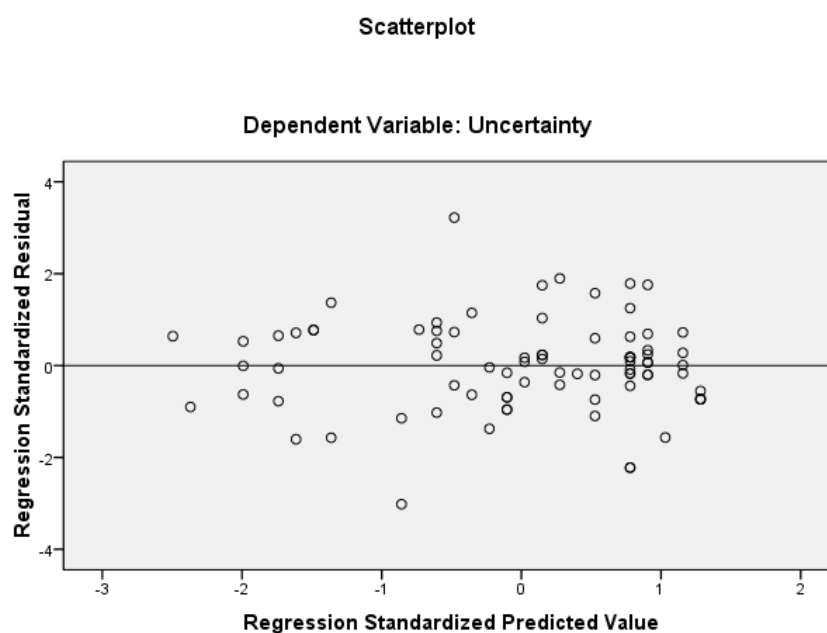
		Standardized Residual
N		82
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	.0000000
	Std. Deviation	.99380799
Most Extreme Differences	Absolute	.088
	Positive	.081
	Negative	-.088
Kolmogorov-Smirnov Z		.796
Asymp. Sig. (2-tailed)		.551

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.



2. การทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์มีค่าคงที่ (Homoscedasticity) ตรวจสอบได้จากการพิจารณาการกระจายของ Garph scatter plot ระหว่าง Residual score (Y Axis) กับ Predicted score (X Axis) จากภาพมีการกระจายของคะแนนออกไปจากเส้นตรงเท่า ๆ กัน แสดงว่า ความคลาดเคลื่อนมีความคงที่ (จุดที่มีการกระจายอยู่ระหว่าง -3 และ +3) ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 ภาพแสดงการทดสอบความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์มีค่าคงที่ (Homoscedasticity)