

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล
และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

ปณัฏดา แก้วเปรม

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2556

Copyright by Mahidol University

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

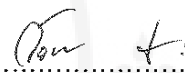
เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล
และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

ปัทมา แก้วเปรม

นางสาวปัทมา แก้วเปรม

ผู้วิจัย



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วุฒิยา ธรรมพนิชวัฒน์,

Ph.D. (Nursing)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



อาจารย์สุดาภรณ์ พัทธมเรือง,

ปร.ค. (การพยาบาล)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล



ผู้ช่วยศาสตราจารย์วันดี เสนะสุทธิพันธุ์,

Ph.D. (Nursing)

รักษาการประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล
และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 11 ตุลาคม พ.ศ. 2556

ปัทมา แก้วเปรม

นางสาวปัทมา แก้วเปรม

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์วราภรณ์ ชัยวัฒน์,

D.N.S.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์นงลักษณ์ จินตนาติก,

D.N.S.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง

ปร.ด. (การพยาบาล)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. ออร์โธปิดิกส์

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์,

Ph.D. (Nursing)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์พรทิพย์ อาปนกะพันธ์,

ก.ม. (วิจัยการศึกษา)

รักษาการแทนคณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความเอาใจใส่อย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ในรายละเอียดทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนการปลูกฝังการเป็นนักวิชาการที่ดีให้กับผู้วิจัย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง อีกทั้งขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร. สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ที่ให้ความกรุณาเอื้อเฟื้อ ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ และให้กำลังใจที่ดีกับผู้วิจัยเสมอมา รองศาสตราจารย์ ดร. นงลักษณ์ จินตนาดีลก ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขวิทยานิพนธ์นี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่งมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์บุญเพียร จันทวัฒนา ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นอันทรงคุณค่าในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี หัวหน้ากลุ่มงานภารกิจบริการวิชาการ หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญ และเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยสามัญของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี ตลอดจนบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กทุกท่านที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

ท้ายที่สุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดาและมารดา ที่คอยสนับสนุนส่งเสริมและเป็นกำลังใจที่ดีให้กับผู้วิจัยเสมอมา รวมถึงสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน ที่คอยให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์นี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี ตลอดจนคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในทุกๆ ด้านแก่ผู้วิจัย และเพื่อนๆ พี่ๆ ร่วมรุ่นรหัส 51 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED IMPORTANCE OF INFORMATION, UNDERSTANDING OF INFORMATION, AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN IN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY

PANATDA KAEWPRAM 5137205 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANLAYA THAMPANICHAWAT, Ph.D. (NURSING), SUDAPORN PAYAKKARAUNG, Ph.D. (NURSING)

ABSTRACT

This was a descriptive study aimed to examine perceived importance of information; understanding of information, and parental anxiety; and the relationship between perceived importance of information, understanding of information, and the anxiety of parents of children in the recovery phase after cardiac surgery. The study sample is comprised of 64 parents of children in the recovery phase after cardiac surgery who were transferred from the intensive care unit to general wards. Questionnaires and interviews were used for data collection. Descriptive statistics and Spearman's rank correlation were used for data analysis.

The findings of the study revealed that the sample had a high mean score on perceived importance of information (Mean=128.36, SD=6.68), a moderate mean score on understanding of information (Mean=95.88, SD=16.84) and a moderate mean score on state anxiety (Mean=46.19, SD=9.46). Moreover, the relationship between the perceived importance of information and parental anxiety showed no statistical significance ($r_s = 0.180$, $p > .05$), while the relationship between understanding of information was found to be negatively relative to parental anxiety with statistical significance ($r_s = -0.273$, $p < .05$).

KEY WORDS: PERCEIVED IMPORTANCE OF INFORMATION/

UNDERSTANDING OF INFORMATION/ PARENTAL ANXIETY/

PEDIATRIC PATIENTS AFTER CARDIAC SURGERY

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED IMPORTANCE OF INFORMATION, UNDERSTANDING OF INFORMATION, AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN IN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY

ปณัฏฐา แก้วเปรม 5137205 NSPN/M

พย. ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, Ph.D. (NURSING), สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง, ประ.ด. (การพยาบาล)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 64 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในระดับมาก (Mean = 128.36, SD = 6.68) มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลในระดับปานกลาง (Mean = 95.88, SD = 16.84) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญในระดับปานกลาง (Mean = 46.19, SD = 9.46) นอกจากนี้ ยังพบว่า การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.180, p > .05$) และความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.273, p < .05$)

คำสำคัญ: การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล/ ความเข้าใจข้อมูล/ ความวิตกกังวลของบิดามารดา / ผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	3
1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
1.4 สมมติฐานการวิจัย	4
1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย	4
1.6 ขอบเขตการวิจัย	6
1.7 นิยามตัวแปร	6
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม	8
2.1 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	8
2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและความวิตกกังวล	21
2.3 ความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตร เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	27
2.4 การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของผู้ดูแล	29
2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวล	33
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	37
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	37
3.2 สถานที่เก็บข้อมูล	38

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	39
3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	44
3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	45
3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	46
3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	47
บทที่ 4 ผลการวิจัย	49
บทที่ 5 การอภิปรายผล	57
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย	60
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาไทย	63
บทสรุปแบบสมบูรณ์ภาษาอังกฤษ	76
รายการอ้างอิง	91
ภาคผนวก	98
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	99
ภาคผนวก ข รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	109
ภาคผนวก ค การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	110
ภาคผนวก ง การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ สหสัมพันธ์เพียร์สัน	117
ภาคผนวก จ การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	120
ประวัติผู้วิจัย	128

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวนและร้อยละของบิดามารดา จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของบิดามารดา	50
4.2 จำนวนและร้อยละของบิดามารดา จำแนกตามแหล่งสนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก	51
4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัดหัวใจ และการผ่าตัดหัวใจครั้งที่	52
4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามระยะเวลาของการเข้ารับการรักษา ในหอผู้ป่วยหนัก และระยะเวลาของการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ	53
4.5 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา	54
4.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล และความเข้าใจข้อมูลของบิดามารดาเป็นรายด้าน	55
4.7 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา โดยใช้ Spearman's rank correlation	56
ง.1 ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test	117
จ. 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล จำแนกตามรายข้อ	120
จ. 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้าใจข้อมูล จำแนกตามรายข้อ	124

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ	หน้า
ง.1 ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล กับความวิตกกังวล ด้วยวิธี Scatter plot	118
ง.2 ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างความเข้าใจข้อมูลกับความวิตกกังวล ด้วยวิธี Scatter plot	119

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในเด็ก มีอุบัติการณ์ของโรคนี้ประมาณ 8 ใน 1,000 คน (สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์, 2545) และมากกว่า 80% ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด (วิชัย เบญจชลมาศ, 2543) จากสถิติการผ่าตัดหัวใจของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในปี พ.ศ. 2553, 2554, และ 2555 มีผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 259, 267, และ 257 ราย ตามลำดับ (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2556) โดยการผ่าตัดที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ อาจเป็นการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจทั้งหมด หรืออาจเป็นการผ่าตัดแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการหรือลดความรุนแรงของโรค ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดและความซับซ้อนของความผิดปกติของหัวใจที่ตรวจพบในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งปัจจุบันการผ่าตัดหัวใจสามารถทำได้มากขึ้น และผลของการผ่าตัดส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

หลังผ่าตัดหัวใจในช่วงแรก ผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อติดตามอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เช่น การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดจำนวนมาก (bleeding) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อย (low cardiac output) ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (cardiac arrhythmia) ภาวะหัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade) เป็นต้น โดยอาจเกิดขึ้น ภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้น ในระยะนี้ ผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องแยกจากบิดามารดา นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การนอนนิ่ง ไม่รู้สึกตัวจากการได้รับยาต่างๆ การมีท่อระบายเลือดและลมออกจากช่องอก เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้นได้ (Leventis, Versluis-Dan Bierman, Witenberg, Rogers, & Hess, 2001; Menahem, Poulakis, & Prior, 2008; Purcell, 1996; Wray & Sensky, 2004) กานดา เลหาสิลปัสมจิตร, อารีวรรณ อ่วมตานี, สุดา เลห์ สัตตะ และณัฐพร ไพศาล (2554) ศึกษาประสบการณ์ของบิดามารดาที่บุตรจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนผ่าตัด พบว่า บิดามารดามีความรู้สึกลัวและวิตกกังวลจากการผ่าตัดหัวใจของบุตรในหลายๆเรื่อง เช่น กลัวว่าบุตรจะไม่รอดชีวิต กลัวว่าบุตรไม่ฟื้น ตื่นจากยาสลบ กลัวว่าบุตรจะไม่เหมือนเดิม เป็นต้น นอกจากนี้ Rogers และคณะ (1984) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ

ความเครียดของมารดาผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัดหัวใจ (กลุ่มผ่าตัดหัวใจ) มารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ไม่ได้รับการผ่าตัด (กลุ่มผู้ป่วยใน) และมารดาที่พาเด็กมาตรวจที่คลินิกเด็ก (กลุ่มผู้ป่วยนอก) พบว่า ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มผ่าตัดหัวใจมีความเครียดไม่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ แต่เมื่อวัดความเครียดของมารดาอีกครั้งในช่วงเวลา 7 วัน หลังผ่าตัด พบว่า มารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ มีความเครียดมากกว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มอื่นๆ จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าหลังจากที่บุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจบิดามารดาจะมีความเครียดและความวิตกกังวลมาก

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยมากกว่า 10 ปี ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะอยู่ในหอผู้ป่วยหนักประมาณ 1-7 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยเด็กพ้นจากระยะวิกฤตและมีอาการดีขึ้น แพทย์จะอนุญาตให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักและไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ และในระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเด็กบางรายอาจได้รับการให้ออกซิเจน มีสายน้ำเกลือ มีแผลผ่าตัด หรือยังมีท่อระบายเลือดและลมออกจากช่องอก เป็นต้น จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าหลังย้ายผู้ป่วยเด็กออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญประมาณ 1-2 วัน บิดามารดาบางคนกลับมาสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งแสดงว่า บิดามารดาอาจมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นหลังย้ายผู้ป่วยเด็กออกจากหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Leith (1999) ที่พบว่า การย้ายผู้ป่วยผู้ใหญ่ออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผู้ใหญ่และครอบครัวจะเพิ่มขึ้นเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ (Coyle, 2001) ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากการขาดข้อมูลและการเตรียมความพร้อมต่อการย้าย จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ รวมทั้งขาดความมั่นใจในความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ (Burr, 1998; Chaboyer, James, & Kendall, 2005; Cutler & Garner, 1995; Hall-Smith, Ball, & Coakley, 1997; Leith, 1999) นอกจากนี้ในการพูดคุยกับบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า บิดามารดามีความกลัว วิตกกังวลและไม่กล้าให้การดูแลบุตร โดยเรื่องที่บิดามารดาวิตกกังวลได้แก่อาการปวดแผลผ่าตัด การร้องไห้ การไม่ยอมนอนของบุตร การหายใจ และการให้ยา เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pimelli (1981) ที่ศึกษาความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลบุตรที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยการสัมภาษณ์มารดาจำนวน 10 คน พบว่า มารดามีความวิตกกังวลในเรื่องโรคหัวใจและการผ่าตัดของบุตร ยา อาหาร น้ำหนักของบุตร การร้องไห้ของบุตร และการดูแลเด็กทั่วไป ดังนั้นจะเห็นได้ว่าข้อมูลเป็นสิ่งที่บิดามารดารับรู้ว่ามีคุณค่าและต้องการมากที่สุดในระยะนี้ (Stinson & McKeever, 1995)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยในต่างประเทศเพียงเรื่องเดียว ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล ของมารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ คือ งานวิจัยของ Stinson และ McKeever (1995) ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของมารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 30 คน ในระยะก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของมารดา พบว่า ก่อนออกจากโรงพยาบาล มารดามีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ อยู่ในระดับมากที่สุดถึง 26 ข้อ จากทั้งหมด 33 ข้อ ส่วนความเข้าใจข้อมูล พบว่า มารดามีความเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด 20 ข้อ จากทั้งหมด 33 ข้อ

ในปัจจุบันแม้ว่าโรงพยาบาลต่างๆ จะเน้นเรื่องการให้ข้อมูล แต่ข้อมูลที่ให้กับบิดามารดาผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลที่บุคลากรทางสุขภาพคิดว่าจำเป็นและมีความสำคัญต่อบิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ โดยขาดการประเมินการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล และความเข้าใจข้อมูลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจน้อยมาก รวมทั้งยังไม่พบว่ามี การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ มีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และมีความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด รวมทั้งมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อที่จะนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ในการพัฒนาการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อช่วยให้บิดามารดามีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจได้ และอาจจะทำให้ความวิตกกังวลลดน้อยลง

1.2 คำถามการวิจัย

1. บิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ มีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลอย่างไร
2. บิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด
3. การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

1.4 สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ
2. ความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

1.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับ ความเครียด (stress) การประเมิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) ของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่กล่าวว่า ความเครียด เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการใช้กระบวนการทางความคิด (cognitive appraisal) ในการประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) ว่าสถานการณ์เหล่านั้นไม่เกี่ยวข้อง หรือไม่ก่อให้เกิดผลดีผลเสียกับตน (irrelevant) ก่อให้เกิดผลดี (benign positive) หรือก่อให้เกิดความเครียด (stressful) เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญก่อให้เกิดความเครียด จะมีการประเมินว่าเป็นอันตรายหรือทำให้เกิดความสูญเสีย (harm & loss) คุกคาม (threat) หรือเป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) ที่คาดว่าจะจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญได้ ซึ่งในการประเมินขั้นปฐมภูมินี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมิน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญ และ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่ ความแปลกใหม่ของเหตุการณ์ ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ขณะเผชิญว่าคุกคามต่อตนเองแล้ว จะประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) ซึ่งเป็นการประเมินศักยภาพความสามารถของตน ได้แก่ ความสามารถของ

ร่างกายและอารมณ์ในการตอบสนองต่อความเครียด และแหล่งประโยชน์ทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำ แล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ในการลดระดับความเครียดให้น้อยลง บุคคลอาจตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาหรือมุ่งปรับอารมณ์ของตนเองก็ได้ (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งการประเมินในขั้นสุดท้ายนี้อาจเกิดหลังจากการประเมินขั้นปฐมภูมิหรืออาจเกิดขึ้นพร้อมกัน หากบุคคลได้ผ่านกระบวนการประเมินทั้งขั้นปฐมภูมิและขั้นทุติยภูมิแล้ว พิจารณาว่าอันตรายที่ตนเองได้รับนั้นยังคงอยู่ จะมีการประเมินซ้ำ (reappraisal) เนื่องจากได้รับข้อมูลใหม่จากสิ่งแวดล้อมหรือจากแหล่งข้อมูลอื่นเพิ่มเติม จะเห็นได้ว่าการประเมินสถานการณ์ของบุคคลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดการปรับตัวที่ดีส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ (Lazarus & Folkman, 1984)

เมื่อบิดามารดาเผชิญกับสถานการณ์การย้ายผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ร่วมกับการที่ตนเองต้องให้การดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นนี้ บิดามารดาจะมีการประเมินในขั้นปฐมภูมิ โดยการประเมินความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ว่าเป็นการคุกคามต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ หากประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญนั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพของตน จะทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด ซึ่งแสดงออกด้วยความวิตกกังวล บิดามารดาจะประเมินขั้นทุติยภูมิ โดยประเมินถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เดิมกำลังความสามารถพร้อมทั้งพยายามที่จะเผชิญกับความเครียดเพื่อลดความวิตกกังวลนั้น โดยการมุ่งแก้ไขปัญหาและจัดการกับอารมณ์ที่เป็นทุกข์ ด้วยวิธีการหลากหลายที่ขึ้นกับปัจจัยต่างๆและแหล่งประโยชน์ของบุคคล รวมทั้งการประเมินเหตุการณ์ใหม่ เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลใหม่จะเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ดังนั้นถ้าบิดามารดามีความเข้าใจข้อมูลที่ดี ก็จะสามารถนำข้อมูลมาจัดการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลน้อยลง (Lazarus & Folkman, 1984) ในขณะเดียวกันหากบิดามารดาขาดความรู้ความเข้าใจข้อมูล ก็อาจไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการจัดการแก้ไขปัญหาได้ ส่งผลให้มีความเครียดและความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้

1.6 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือน เมษายน พ.ศ. 2556

1.7 นิยามศัพท์

ความวิตกกังวลของบิดามารดา หมายถึง อารมณ์และความรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจ เป็นทุกข์และกระวนกระวายใจ ของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งเกิดจากการประเมินเหตุการณ์การย้ายผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญตั้งแต่ 24-48 ชั่วโมง โดยสามารถประเมินระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาได้จากแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y-1) (SAI) ของบุญเพียร จันทิมา, นงลักษณ์ จินตนาดิกล, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร และเมลินี เบอร์นาเดตี (2544) ซึ่งแปลมาจาก แบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberg, Gorsuch, Lushene, Vagg และ Jacobs ที่สร้างในปี ค.ศ. 1977 โดยแบบสอบถามนี้มีจำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ พิสัยคะแนนอยู่ในช่วง 20-80 คะแนน คะแนนมาก แสดงว่า บิดามารดาที่มีความวิตกกังวลสูง

การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล หมายถึง การรับรู้ของบิดามารดาเกี่ยวกับความสำคัญของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจในเรื่อง ผลจากการผ่าตัดหัวใจ การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลทั่วไป การขอความช่วยเหลือและการมาตรวจตามนัด สามารถประเมินได้โดยแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Mothers' Information Needs Instrument I (MINI I) ของ Stinson และ Mckeever (1995) มีข้อคำถามจำนวน 34 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ พิสัยคะแนนอยู่ในช่วง 34-136 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า บิดามารดาที่รับรู้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจมีความสำคัญมาก

ความเข้าใจข้อมูล หมายถึง ความเข้าใจของบิดามารดาเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจในเรื่อง ผลจากการผ่าตัดหัวใจ การใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกัน การติดเชื้อ การดูแลทั่วไป การขอความช่วยเหลือและการมาตรวจตามนัด สามารถประเมินได้โดยแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Mothers' Information Needs Instrument II (MINI II) ของ Stinson และ McKeever (1995) มีข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ พิสัยคะแนนอยู่ในช่วง 32-128 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่าบิดามารดามีความเข้าใจข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจมาก

1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพทราบถึงการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ
2. เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวข้อง เช่น การให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ ในระยะก่อนย้ายผู้ป่วยเด็กออกจากหอผู้ป่วยหนัก

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรม

การศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหา
ดังต่อไปนี้

1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและความวิตกกังวล
3. ความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่
กำเนิด
4. การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของผู้ดูแล
5. ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวล

2.1 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) เป็นโรคหัวใจที่เกิดจากความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจ โดยความผิดปกติเกิดขึ้นขณะทารกอยู่ในครรภ์มารดาในช่วงที่มีการสร้างห้องหัวใจและหลอดเลือด (พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554) เป็นผลให้การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือดเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ โดยส่งผลกระทบต่อระบบการไหลเวียนเลือดรวมทั้งการทำงานของส่วนต่างๆ ของหัวใจและหลอดเลือดภายหลังได้ ความผิดปกตินี้อาจตรวจพบได้ในทารกตั้งแต่แรกเกิดหรืออาจพบอาการแสดงของเด็กในระยะต่อมา (วนิดา เสนาะสุทธิพันธุ์, 2552)

สาเหตุของการเกิดโรค (อภิญา สุนนะไพศาล และศรีวรรณ ทาสันเทียะ, 2551)

1. พันธุกรรม เป็นผลจากการเจริญของหัวใจและหลอดเลือดในช่วงตัวอ่อน (Embryo) ผิดปกติ มารดาที่มีบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแล้ว มีโอกาสที่บุตรคนต่อไปจะเป็นโรคนี้ได้
อีก

2. สภาพแวดล้อม เนื่องจากการดามโรคประจำตัวระหว่างการตั้งครรภ์ เช่น ดิซเซ็กชัลดเยอร์มัน ได้รับยาบางชนิด สอร์โโมนบางตัว หรือมารดาที่มีอายุมากตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงสูงที่จะให้กำเนิดบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ประเภทของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

โดยทั่วไป โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (Acyanotic congenital heart disease) และโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (Cyanotic congenital heart disease) (พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554)

1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (Acyanotic congenital heart disease) เป็นความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ทำให้หลอดเลือดแดงหรือเลือดที่มีความเข้มข้นของออกซิเจนสูง ไหลลัดจากหัวใจซีกซ้ายไปยังหัวใจซีกขวา (Left to right shunt) ส่งผลให้เวนทริเคิลซ้ายบีบตัวส่งเลือดแดงไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง โรคหัวใจชนิดนี้จะไม่มีการผสมกันระหว่างเลือดแดงกับเลือดดำ หรือเลือดที่มีความเข้มข้นของออกซิเจนต่ำ กล่าวคือ มีปริมาณเลือดที่ไหลออกไปเลี้ยงร่างกายต่อนาทีลดลง แต่มีค่าความเข้มข้นของออกซิเจนอยู่ในระดับปกติ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว สามารถจำแนกตามพยาธิสรีรภาพได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 กลุ่มที่มีการไหลลัดของเลือดจากหัวใจซีกซ้ายไปซีกขวา (Left to right shunt) จะมีทางติดต่อระหว่างหัวใจซีกซ้ายและซีกขวา ทำให้มีการไหลลัดของเลือดจากหัวใจซีกซ้ายไปซีกขวา ส่งผลให้เวนทริเคิลขวาทำงานหนักขึ้น เนื่องจากมีปริมาณเลือดในเวนทริเคิลขวามากกว่าปกติ (Volume overload) ได้แก่

1.1.1 Atrial Septal Defect (ASD) มีรูรั่วที่ผนังกั้นหัวใจห้องบน

1.1.2 Ventricular Septal Defect (VSD) มีรูรั่วที่ผนังกั้นหัวใจห้องล่าง

1.1.3 Patent Ductus Arteriosus (PDA) ความผิดปกติของการเชื่อมต่อระหว่างหลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) และ หลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery)

1.2 กลุ่มที่มีการอุดกั้นการไหลของเลือด (Obstructive lesions) การอุดกั้นอาจเกิดจากการตีบแคบของลิ้นหัวใจ การคอดหรือการตีบแคบของหลอดเลือด ทำให้เวนทริเคิลทำงานหนักขึ้น เนื่องจากมีความดันเลือดในเวนทริเคิลเพิ่มมากขึ้นกว่าปกติ (Pressure overload) ได้แก่

- 1.2.1 Aortic Stenosis (AS) การตีบแคบของลิ้นเอออร์ติก
- 1.2.2 Pulmonary Stenosis (PS) การตีบแคบของลิ้นปัลโมนารี
- 1.2.3 Coarctation of aorta (CoA) การคอดหรือการตีบแคบของหลอดเลือดเอออร์ตา

ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในกลุ่มที่มีอาการ จะพบว่ามีอาการของภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) ในเด็กเล็ก จะมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็ว คุณนมได้น้อย เหงื่อออกมาก เลี้ยงไม่โต น้ำหนักไม่ขึ้น ไม่สบายและมีการติดเชื้อในทางเดินหายใจบ่อยๆ ส่วนในเด็กโต จะมีอาการเหนื่อยง่ายกว่าเด็กทั่วไปขณะออกกำลังกาย (พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554)

2. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (Cyanotic congenital heart disease) เป็นความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือดที่ทำให้เลือดดำไหลลัดจากหัวใจซีกขวาไปยังหัวใจซีกซ้ายที่มีเลือดแดง (Right to left shunt) ทำให้เกิดการผสมระหว่างเลือดดำกับเลือดแดงส่งผลให้วนตรีกเล็ดซ้ายบีบตัวส่งเลือดผสม หรือเลือดที่มีความเข้มข้นของออกซิเจนลดลงกว่าระดับปกติไปเลี้ยงส่วนต่างๆของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเขียวได้ ความผิดปกติในระบบหัวใจและหลอดเลือดดังกล่าวอาจส่งผลให้มีปริมาณเลือดไหลออกไปเลี้ยงร่างกายก่อนที่ลดลง หรือมีปริมาณเลือดปกติก็ได้ แต่จะมีค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดลดลงกว่าระดับปกติ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวสามารถจำแนกตามพยาธิสภาพได้เป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

2.1 กลุ่มที่มีอาการเขียวที่มีเลือดไปปอดน้อย ผู้ป่วยมักมีอาการเขียว และอาจมีภาวะสมองขาดออกซิเจนอย่างเฉียบพลัน (Anoxic spells) ได้แก่

2.1.1 Tetralogy of Fallot (TOF) ความผิดปกติ 4 อย่างที่ทำให้เลือดไปปอดน้อยลง ได้แก่ มีการตีบหรือการอุดกั้นของทางออกของเวนตรีกเล็ดขวา ผนังระหว่างเวนตรีกเล็ดมีรูรั่ว (VSD) ขนาดใหญ่ ตำแหน่งของลิ้นเอออร์ติกเลื่อนไปทางด้านขวา (Overriding aorta หรือ Dextroposition of the aorta) และมีการหนาตัวของเวนตรีกเล็ดขวา (Right ventricular hypertrophy)

2.1.2 Pulmonic Atresia (PA) ลิ้นปัลโมนารีตัน

2.1.3 Tricuspid Atresia (TA) ลิ้นไตรคัสปิดตัน

2.2 กลุ่มที่มีอาการเขียวที่มีเลือดไปปอดมาก ผู้ป่วยมักมีอาการเขียว และมีภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) ร่วมด้วย ได้แก่

2.2.1 Transposition of the Great Arteries (TGA) การสลับที่กันของหลอดเลือดใหญ่ที่ออกจากหัวใจ คือ หลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) และหลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery)

2.2.2 Double Outlet Right Ventricle (DORV) หลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) และหลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery) ทั้งคู่ออกจากเวนตริเคิลขวา

2.2.3 Truncus Arteriosus หลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) และหลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery) รวมเป็นหลอดเลือดเดียวกัน

2.2.4 Total Anomalous Pulmonary Venous Return (TAPVR) หลอดเลือดดำปัลโมนารี (Pulmonary vein) มาต่อกับเอเทรียขวา

ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว นอกจากจะพบว่ามีอาการเขียว อาการทางหัวใจ ผู้ป่วยจะมีอาการ Hypoxic spells พบในพวกที่มี Decreased pulmonary blood flow ซึ่งพบบ่อยในโรค Tetralogy of Fallot โดยเด็กจะมีอาการเหนื่อยหอบและเขียวขึ้นทันที ในเด็กเล็กมักเป็นในเวลาเช้าหลังตื่นนอน ปัสสาวะที่กระดุน ได้แก่ การร้อง การครุ่นคิด การขับถ่ายหรือการไอหลายๆครั้งติดๆกัน นอกจากอาการ Hypoxic spells ในเด็กเล็กแล้ว ในเด็กโตจะพบลักษณะเฉพาะคือ Squatting เป็นการนั่งยองๆ ขณะที่มีอาการเหนื่อยหอบ หลังการเล่นหรือออกกำลังกาย ในบางรายที่เป็นมากแม้ในขณะที่พักก็จะอยู่ในท่านั่งยองๆ และอาการของภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) ที่พบในพวก Increased pulmonary blood flow ซึ่งมีผลทำให้เกิด Volume overload ต่อหัวใจ จนเกิดภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) ขึ้น ในเด็กเล็ก จะมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจแรง ครุ่นคิดได้ช้า เหงื่อออกมาก เลี้ยงไม่โต ป่วยเป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้บ่อยๆ มักเริ่มแสดงอาการดังกล่าวในช่วงอายุ 2-4 เดือน (พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554)

แนวทางการดูแลรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1. การดูแลรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นเรื่องของความผิดปกติในด้านโครงสร้าง (Anatomical defect) การรักษาเฉพาะในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คือ การแก้ไขความผิดปกติด้านโครงสร้าง (Anatomical defect) ให้กลับมาเป็นปกติ การให้ยารักษาจะเป็นเพียงการรักษาอาการของภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยให้ดีขึ้น แต่ความผิดปกติในด้านโครงสร้าง (Anatomical defect) ของผู้ป่วยจะยังคงอยู่ ยกเว้นในบางกรณี ที่ความผิดปกติในด้านโครงสร้าง (Anatomical defect) ของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปเองตามการดำเนินโรค เช่น ใน VSD ขนาดเล็กบางราย อาจจะค่อยๆ เล็กลงและปิดได้เองเมื่อผู้ป่วยโตขึ้น เป็นต้น ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในพวกที่ไม่มีอาการ จึงเป็น

การดูแลทั่วไป ได้แก่ การดูแลด้านโภชนาการ การแนะนำเรื่องการดูแลรักษาความสะอาดในช่องปากและฟันเพื่อป้องกันฟันผุ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเกิดการติดเชื้อในเยื่อหุ้มหัวใจ (Infective endocarditis) การแนะนำเรื่องการให้วัคซีนป้องกันโรคเหมือนเด็กทั่วไป เป็นต้น ต่อจากนั้นจึงพิจารณาทำการผ่าตัดแก้ไขเมื่อถึงเวลาที่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการของภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) นอกจากการดูแลทั่วไปที่ได้กล่าวแล้ว จำเป็นต้องได้รับยารักษาภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) ภายหลังจากที่ควบคุมอาการได้แล้ว จึงพิจารณาทำผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสมต่อไป (พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554) สำหรับการแก้ไขความผิดปกติด้านโครงสร้าง (Anatomical defect) ในแต่ละโรค ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการและชนิดของความผิดปกติในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนี้

1.1 Atrial Septal Defect (ASD) คือ การมีรูรั่วที่บริเวณผนังกันระหว่างเอเทรียม เนื่องจากมีการสร้างผนังกันเอเทรียมที่ไม่สมบูรณ์ ซึ่งส่วนใหญ่จะทำ Elective surgery เมื่ออายุประมาณ 2-5 ปี หรือบางรายที่มีอาการหอบเหนื่อยเร็ว ก็สามารถทำการผ่าตัดได้แม้จะอยู่ในช่วงวัยทารก โดยที่อัตราการตายจากการผ่าตัดต่ำมาก (ชนะรัตน์ ลยางกูร, 2549ก)

1.2 Ventricular Septal Defect (VSD) คือ การมีรูรั่วที่บริเวณผนังกันระหว่างเวนตริเคิลที่ไม่สมบูรณ์ ซึ่งในผู้ป่วยที่มี VSD ขนาดเล็ก และมีความดันในปอดปกตินั้น ไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัด เพราะอาจปิดได้เอง แต่ในผู้ป่วยที่มี VSD ขนาดปานกลางและมีความดันในปอดสูง ควรได้รับการผ่าตัดปิด VSD ตั้งแต่วัยแรกๆ ก่อนอายุ 2 ปี หากการผ่าตัดล่าช้า อาจเกิด Pulmonary vascular disease และพัฒนาเป็น Eisenmenger's complex ได้ จึงไม่ควรผ่าตัดปิด VSD เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ทันที ส่วนในรายที่มี VSD ขนาดใหญ่ และมักมีภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยยา จึงควรแนะนำให้รับการผ่าตัดปิด VSD ทุกราย เพราะการผ่าตัดในปัจจุบันได้ผลดีมากแม้ในเด็กเล็ก จึงสามารถทำผ่าตัดได้ทุกอายุ (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2552)

1.3 Patent Ductus Arteriosus (PDA) เป็นความผิดปกติของการเชื่อมต่อระหว่างหลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) และหลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery) ในผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) ยังไม่ควรทำผ่าตัดปิด PDA เพราะอาจจะปิดได้เองในช่วงอายุ 6-12 เดือน แต่ถ้าเด็กมีอายุ 1 ปี ขึ้นไป โอกาสที่ PDA จะปิดได้เองมีน้อย และอาจเกิดเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบได้มากขึ้น สำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) ให้รักษาด้วยยาแล้วทำการผ่าตัดปิด PDA ได้ทุกช่วงอายุ (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2552)

1.4 Aortic Stenosis (AS) คือ การตีบของลิ้นเอออร์ติก ทำให้เวนตริเคิลซ้ายบีบตัวส่งเลือดแดงผ่านลิ้นเอออร์ติกที่ตีบไปเลี้ยงร่างกายได้ไม่สะดวกหรือได้น้อยลง ส่งผลให้

สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจึงมีอาการเป็นลมหมดสติ (Syncope) ได้ ในเด็กเล็กที่มีอาการของภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) ควรพิจารณาทำการผ่าตัดขยายลิ้นเอออร์ติก โดยการตัดเนื้อเยื่อพังผืดหรือกล้ามเนื้อที่หนาตัวออก ในเด็กโตจะพิจารณาทำผ่าตัดเมื่อรูเปิดของลิ้นเอออร์ติกน้อยกว่า 0.5 ตารางเซนติเมตร /พื้นที่ผิวกายเป็นตารางเมตร (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2552)

1.5 Pulmonary Stenosis (PS) คือ การตีบของลิ้นพัลโมนารี ทำให้เวนทรีเกลียวบีบตัวส่งเลือดดำผ่านลิ้นพัลโมนารีที่ตีบไปปอดได้ไม่สะดวกหรือได้น้อยลง ในรายที่มีลิ้นพัลโมนารีตีบเล็กน้อย (Mild PS) ไม่จำเป็นต้องทำผ่าตัด ควรติดตามดูอาการต่อไป และแนะนำให้ป้องกันภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ ในรายที่มีลิ้นพัลโมนารีตีบปานกลาง (Moderate PS) หรือตีบมาก (Severe PS) ควรพิจารณาให้การรักษา สำหรับการผ่าตัดขยายลิ้นพัลโมนารีที่ตีบ (Valvulotomy) มักทำในรายที่ทำ Balloon valvuloplasty แล้วไม่ได้ผล (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2552)

1.6 Coarctation of aorta (CoA) คือ การคอดหรือการตีบแคบที่หลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) ตรงบริเวณหลอดเลือด Ductus arteriosus มาเชื่อมกับหลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) ทำให้เลือดไหลจากหลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) ไปเลี้ยงร่างกายส่วนบน และลงสู่ส่วนที่ไปเลี้ยงร่างกายส่วนล่างได้ไม่สะดวก ในรายที่เป็น Preductal coarctation และมีอาการของภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) ให้การรักษาจนทุเลาแล้วพิจารณาทำผ่าตัด Coarctectomy คือ การตัดส่วนที่ตีบแคบของหลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) ออก ส่วนในรายที่เป็น Postductal coarctation ให้ทำผ่าตัด Coarctectomy ในรายที่มีอาการ อย่างไรก็ตามควรพิจารณาทำผ่าตัดในผู้ป่วยเด็กก่อนอายุ 2 ปี (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2552)

2. การดูแลรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว เป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านโครงสร้าง (Anatomical defect) ความผิดปกตินี้ไม่สามารถหายได้เอง หรือไม่สามารถหายได้ด้วยการรักษาทางยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติ (พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554) ดังนั้นเมื่อพบเด็กที่มาด้วยอาการเขียว และให้การวินิจฉัยแล้ว จำเป็นต้องส่งต่อไปยังสถาบันที่สามารถให้การตรวจวินิจฉัยโรคและทำการผ่าตัดแก้ไขได้ต่อไป ซึ่งการรักษาเบื้องต้นในอาการทางหัวใจ ได้แก่ การรักษา Hypoxic spells และการรักษาภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure)

สำหรับการรักษาโดยการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวนั้น ในปัจจุบันสามารถทำการผ่าตัดรักษาโรคในกลุ่มนี้ได้เกือบทุกชนิด โดยที่การผ่าตัดอาจจะเป็นแบบประคับประคอง (Palliative) เพื่อบรรเทาอาการให้ลดลง หรือแก้ไขความผิดปกติทั้งหมดให้กลับเป็นปกติ (Total correction) ได้แก่

2.1 Tetralogy of Fallot (TOF) เป็นความผิดปกติ 4 อย่างที่ทำให้เลือดไปปอดน้อยลง ได้แก่ 1) มีการตีบหรือการอุดกั้นของทางออกของเวนตริเคิลขวา ซึ่งอาจมีการตีบลิ้นพัลโมนารี (Pulmonic stenosis) หรือการหดเกร็งของเนื้อเยื่อ Infundibulum บริเวณใต้ลิ้นพัลโมนารี (Infundibular stenosis) 2) ผนังระหว่างเวนตริเคิลมีรูรั่ว (VSD) ขนาดใหญ่ 3) ตำแหน่งของลิ้นเอออร์ติคเลื่อนไปทางด้านขวา (Overriding aorta หรือ Dextroposition of the aorta) และ 4) มีการหนาตัวของเวนตริเคิลขวา (Right ventricular hypertrophy) (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2552) ผู้ป่วยโรคนี้สามารถทำการผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ โดยจะพิจารณาทำผ่าตัดในเด็กเล็กที่มีหลอดเลือดแดงพัลโมนารี (Pulmonary artery) ขนาดเล็ก และผู้ป่วยมีอาการเขียวมาก มีฮีมาโตคริตสูงเกิน 65% และไม่ตอบสนองต่อการรักษาทางยา รวมทั้งในรายที่มี Hypoxic spells บ่อยๆ โดยการทำผ่าตัดเพื่อให้เลือดไปปอดมากขึ้น ได้แก่ Blalock-Taussig shunt จะต่อ Subclavian artery เข้ากับหลอดเลือดแดงพัลโมนารี (Pulmonary artery) หรือ Modified Blalock-Taussig shunt การใช้หลอดเลือดเทียมต่อระหว่าง Subclavian artery กับหลอดเลือดแดงพัลโมนารี (Pulmonary artery) เมื่อผู้ป่วยมีน้ำหนักมากขึ้นและหลอดเลือดแดงพัลโมนารี (Pulmonary artery) มีขนาดโตขึ้น จึงทำผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติทั้งหมด (Total correction) ในภายหลัง (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2552) หรือการทำผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติ โดยปิด VSD และขยายทางออกของเวนตริเคิลขวา โดยตัดเนื้อเยื่อ Infundibulum ส่วนที่ตีบออก การผ่าตัดอาจทำตั้งแต่ในวัยทารกที่มีอายุ 6 เดือนขึ้นไป หรือภายในขวบปีแรก แต่หลายแห่งในประเทศไทย ยังนิยมทำในเด็กที่มีน้ำหนักมากกว่า 10 กิโลกรัม เนื่องจากผลการผ่าตัดค่อนข้างดี (บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, 2539)

2.2 Pulmonic Atresia (PA) คือ การที่ลิ้นพัลโมนารีตันหรือตีบมากจนเลือดไม่สามารถผ่านไปสู่ปอดได้ มักพบเกิดร่วมกับความผิดปกติอื่นๆ ของหัวใจ เช่น VSD ซึ่งการผ่าตัดมีหลายวิธี ในรายที่เวนตริเคิลขวามีขนาดใหญ่ อาจทำเพียง Pulmonary valvulotomy หรือร่วมกับการทำ Blalock-Taussig shunt ตั้งแต่เล็ก แต่ถ้าเวนตริเคิลขวามีขนาดเล็กมาก และไม่อาจโตขึ้นได้พอในอนาคต อาจทำเพียง Blalock-Taussig shunt อย่างเดียว เพื่อรอให้โตแล้วพิจารณาทำการผ่าตัด Fontan อีกครั้งหนึ่ง (ชนะรัตน์ ulyangkur, 2549ข)

2.3 Tricuspid Atresia (TA) คือ การตันของลิ้นไตรคัสปิด ทำให้ไม่มีทางติดต่อระหว่างเอตริียมขวาและเวนตริเคิลขวา ทำให้เลือดดำไหลจากเอตริียมขวาลงสู่เวนตริเคิลขวาไม่ได้ แต่จะสามารถไหลผ่านไปฟอกที่ปอดได้ทาง Foramen ovale, ASD และ VSD หรือ PDA ในรายที่เป็นเด็กเล็กและมีอาการเขียวมากและมีเลือดไปปอดน้อย ควรพิจารณาทำการผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการโดยทำ Systemic pulmonary shunt ไว้ชั่วคราวก่อน จึงพิจารณาทำการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติ โดยการทำผ่าตัด Bidirectional Glenn operation โดยการนำ Proximal end superior vena

cava ต่อเข้ากับด้านข้างของ Right pulmonary artery การผ่าตัดนี้ไม่ควรทำในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน ส่วนการผ่าตัดขั้นสุดท้ายคือ การผ่าตัด Fontan นิยมทำในเด็กที่มีอายุมากกว่า 2 ปี (วนิดา เสนาะสุทธิพันธุ์, 2552)

2.4 Transposition of the Great Arteries (TGA) คือ มีการสลับที่กันของหลอดเลือดแดงใหญ่ที่ออกจากหัวใจ โดยหลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) ออกจากเวนทริเคิลขวาและหลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery) ออกจากเวนทริเคิลซ้าย เมื่อก่อนต้องรอผ่าตัดเมื่ออายุประมาณ 6-12 เดือน โดยการสลับทิศทางทางไหลของเลือดที่เข้ามาเข้าหัวใจที่ระดับของหัวใจห้องบนทั้ง 2 ข้าง (Mustard or Senning operation) ข้อเสียคือ ผลระยะยาวจะไม่ดีเพราะเวนทริเคิลขวายังคงทำหน้าที่เป็น Systemic ventricle ต้องสูบน้ำโลหิตแดงไปเลี้ยงร่างกายซึ่งมีความดันสูงเกิดหัวใจชกขวา (Right heart failure) ในเด็กที่อายุมากขึ้นได้ ในปัจจุบันเราจะทำการผ่าตัดโดยสลับเส้นเลือดที่ออกจากหัวใจทั้ง 2 เส้น (Arterial switch operation) คือ ทำการสลับ Aorta และ Main pulmonary artery ให้กลับมามีปกติ ซึ่งต้องทำผ่าตัดตั้งแต่อายุน้อย คือ ภายใน 1-2 สัปดาห์แรกหลังคลอด จะทำให้การไหลเวียนของเลือดกลับมาเหมือนปกติได้ แต่การผ่าตัดวิธีนี้ต้องอาศัยความชำนาญของแพทย์ผู้ทำการผ่าตัดเป็นอย่างมาก ถ้าผู้ป่วยมาพบแพทย์ภายหลังคลอด 2-3 สัปดาห์ไปแล้ว ความดันใน Pulmonary และเวนทริเคิลซ้าย ลดลงต่ำกว่าในหลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) มาก ทารกจำเป็นจะต้องได้รับการทำการผ่าตัดรัดหลอดเลือดที่ไปปอด (Pulmonary artery banding) ก่อน เพื่อฝึกการทำงานและเพิ่มความดันในเวนทริเคิลซ้าย ก่อนที่จะทำการผ่าตัดสลับเส้นเลือดที่ออกจากหัวใจทั้ง 2 อีกครั้งหนึ่ง (ชนะรัตน์ ulyangkur, 2549)

2.5 Double Outlet Right Ventricle (DORV) คือ การที่หลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) และหลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery) ออกจากเวนทริเคิลขวาทั้งคู่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมี VSD เป็นทางออกของเวนทริเคิลซ้าย และอาจพบการตีบที่บริเวณทางออกของหลอดเลือดแดงปัลโมนารี (PS) ร่วมด้วย ผู้ป่วยสามารถทำการผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ โดยทำ Modified Blalock-Taussig shunt เพื่อให้เลือดไปปอดมากขึ้น หรือทำการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติ ในผู้ป่วยที่มีฮีมาโตคริตสูงเกิน 65% และมีหลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery) โตพอ ก็จะทำการผ่าตัดและควรทำผ่าตัดในเด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี เพราะมีโอกาสเกิด Pulmonary vascular disease ได้ โดยการปิด VSD เพื่อให้หลอดเลือดเอออร์ตา (Aorta) ออกจากเวนทริเคิลซ้าย และหลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery) ออกจากเวนทริเคิลขวา และการแก้ไข PS โดยการขยายลิ้นหัวใจปัลโมนารีและตัดเนื้อเยื่อ Infundibulum ออก (วนิดา เสนาะสุทธิพันธุ์, 2552)

2.6 Truncus Arteriosus หมายถึง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเดียวที่มีเลือดไปปอดมาก โดยมีหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ออกจากหัวใจจำนวนหลอดเลือดเดียว ซึ่งทำ

หน้าที่ในการนำเลือดจากเวนทริเคิลส่งไปเลี้ยงร่างกายและส่งไปฟอกที่ปอด รวมทั้งนำเลือดไปสู่หลอดเลือดแดงโคโรนารี (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2552) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดตั้งแต่อายุประมาณ 2-3 เดือน โดยปิดรูรั่วที่ผนังหัวใจห้องล่าง แล้วทำทางออกจากหัวใจด้านขวาไปต่อเข้ากับหลอดเลือดแดงที่ไปปอดทั้ง 2 ข้าง ที่ตัดออกจาก Main trunk ซึ่งเป็นการผ่าตัดใหญ่ในเด็กเล็ก (ธนะรัตน์ ulyangkur, 2549) สำหรับผู้ป่วยที่มีสภาพร่างกายยังไม่พร้อม อาจพิจารณาทำผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ คือ Pulmonary artery banding ก่อน (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2552)

2.7 Total Anomalous Pulmonary Venous Return (TAPVR) คือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีเลือดไปปอดมาก โดยมีหลอดเลือดดำปัลโมนารี (Pulmonary vein) ทุกเส้นต่อกับเอเวรียมาขวา หรือเข้า Coronary sinus (Cardiac type) หรือเข้า Superior vena cava (Supracardiac type) หรือเข้า Inferior vena cava, Hepatic vein หรือ Portal vein (Infracardiac type) การรักษาหลักต้องอาศัยการผ่าตัดต่อ Common pulmonary veins ให้มาเข้าเอเวรียมาซ้ายตามปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องการการผ่าตัดตั้งแต่เล็กเพราะอาการรุนแรง ผลการผ่าตัดจึงมีอัตราเสี่ยงสูง แต่ถ้านิยามที่ไม่มี Pulmonary veins obstruction อาการจะเกิดช้ากว่า เด็กตัวโตกว่า และอาการรุนแรงน้อยกว่า การผ่าตัดจึงมักได้ผลดี (ธนะรัตน์ ulyangkur, 2549)

ปัญหาที่พบหลังผ่าตัดหัวใจ

1. Low cardiac output เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดและทำให้ผู้ป่วยถึงแก่กรรม หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายตามมา อาจเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น Cardiac arrhythmia, Hypovolemia (Low preload), Cardiac tamponade, Myocardial dysfunction, Anatomical heart lesions, Acute pulmonary hypertensive crisis ลักษณะของ Low cardiac output จะสังเกตได้จากการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น มีความดันโลหิตต่ำ, อุณหภูมิส่วนแขนขาต่ำกว่าอุณหภูมิส่วนกลาง (Core temperature) มากกว่า 2 องศาเซลเซียส, การหายใจผิดปกติ, ตัวเย็นซีด สีผิวซีดหรือคล้ำ, มีการเปลี่ยนแปลงของสถิติสัมพัทธ์ของ กระสับกระส่าย, ปัสสาวะออกน้อยลง (น้อยกว่า 0.5-1 ml/kg/hr) เป็นต้น ซึ่งการติดตามประเมินผู้ป่วยว่ามี Cardiac output เพียงพอหรือไม่ จึงมีความสำคัญ (อภิญา สุนะไพศาล และศรีวรรณ ทาสันเทียะ, 2551)

2. การหายใจไม่มีประสิทธิภาพและการแลกเปลี่ยนก๊าซในปอดบกพร่อง ผู้ป่วยอาจมีปัญหาระบบหายใจต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนผ่าตัด เช่น Recurrent pneumonia หรือ เกิดจากการผ่าตัด เช่น ผลจากการทำ Cardiopulmonary bypass ผลจากการดมยาสลบและการผ่าตัด ผลจากความเจ็บปวดบริเวณแผลผ่าตัด (อภิญา สุนะไพศาล และศรีวรรณ ทาสันเทียะ, 2551)

3. ความดันเลือดในปอดสูงขึ้นวิกฤต เป็นปัญหาที่มีความรุนแรงและคุกคามชีวิต เมื่อความดันเลือดในปอดสูงทำให้เกิด Right ventricular afterload จนมี Right ventricular failure ตามมาเลือดไปปอดลดลง และกลับสู่หัวใจลดลง เกิด Low cardiac output และมีความดันโลหิตต่ำ ในรายที่มี VSD ASD จะมี Right to left shunt ทำให้เกิด Hypoxemia ตามมา มักเกิดใน 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (อภิญา สุมนะไพศาล และศรีวรรณ ทาสันเทียะ, 2551)

4. ภาวะปัสสาวะออกน้อยและไตวาย ภาวะปัสสาวะออกน้อย หรือ Urine output ออกน้อยกว่า 0.5 ml/kg/hr เกิดขึ้นได้จาก Poor renal perfusion ในช่วงระหว่างผ่าตัดหรือ Low preload ในช่วงหลังผ่าตัด เป็นภาวะฉุกเฉินถ้ารักษาไม่ทันท่วงทีจะเกิดไตวายตามมา หรืออาจถึงแก่กรรมเนื่องจากสาเหตุของ Low cardiac output ไม่ได้รับการแก้ไข (วิเชาว์ กอจัญจิตต์, ธวัชชัย กิระวิทยา, และพันธ์พิชญ์ สาครพันธ์, 2545)

5. ภาวะเลือดออกมากกว่าปกติและภาวะช็อค ภาวะเลือดออกมากอาจเกิดจากการผ่าตัดโดยตรง, ปัญหาการแข็งตัวของเลือด ในช่วงหลังผ่าตัด ถ้ามีเลือดออกจากท่อระบายทรวงอกมาก อาจจำเป็นต้องกลับไปผ่าตัดซ้ำเพื่อห้ามเลือด ในกรณีที่ไม่มีปัญหาการแข็งตัวของเลือด (วิเชาว์ กอจัญจิตต์, ธวัชชัย กิระวิทยา, และพันธ์พิชญ์ สาครพันธ์, 2545)

6. ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ หัวใจเต้นช้า (Bradycardia) หัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) หัวใจเต้นช้าหรือเร็ว แต่ไม่มีชีพจร (Collapse) การที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะไม่ว่า หัวใจเต้นช้า (Bradycardia) หรือหัวใจเต้นเร็ว (Tachycardia) ต่างก็ทำให้ Cardiac output ลดลง โดยเฉพาะถ้าหัวใจมีจังหวะการเต้นไม่พร้อมกัน (Asynchronize) เช่น กรณีที่มี Bundle branch block, PVC ในบางกรณีถ้ามี Serious arrhythmia ผู้ป่วยอาจต้องการการรักษารีบด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นสาเหตุให้เสียชีวิตได้ (วิเชาว์ กอจัญจิตต์, ธวัชชัย กิระวิทยา, และพันธ์พิชญ์ สาครพันธ์, 2545)

7. Chylothorax หรือ Chylopericardium ปกติพบได้ไม่บ่อย น้อยกว่า 0.2-0.56 % Chylothorax พบได้ในการผ่าตัดที่ใกล้กับบริเวณ Thoracic duct เช่น การทำ Coarctation repair, การทำ Blalock-Taussig shunt เป็นต้น ถ้า Chylothorax เกิดขึ้นในขณะที่เด็กยังไม่ได้รับอาหารทางปาก ลักษณะของ Pleural effusion จะยังไม่เป็นสีขาวหรือสีนม แต่สามารถตรวจสอบดูเซลล์ โดยจะพบ Lymphocyte เป็นจำนวนมาก และมีระดับ Triglyceride ใน Pleural fluid ที่สูงขึ้นเกินกว่า 110 mg/dl (วิเชาว์ กอจัญจิตต์, ธวัชชัย กิระวิทยา, และพันธ์พิชญ์ สาครพันธ์, 2545)

8. ระบบ Central nervous system (CNS) ความผิดปกติของ CNS อาจเกิดจากความผิดปกติของสมองที่พบร่วมด้วย หรือเป็นผลแทรกซ้อนจากการผ่าตัด เช่น มี Neurologic injury, ความผิดปกติทาง Metabolic เช่น Hypoglycemia, Hypoxia, Low cardiac output, หรือได้รับยาที่ออกฤทธิ์ Sedate มากเกินไป โดยผลของ CNS injury ที่ตามมาอาจทำให้มีอาการชัก ซึ่งอาจเป็นได้ทั้ง

Focal หรือ Generalized ก็ได้ และมักเป็นในช่วง 4 วันแรกหลังผ่าตัด โดยจะเกิดในเด็ก Neonate และเด็กเล็กๆ โดยเฉพาะการผ่าตัดแก้ไข Complex lesion (วิเชาว์ กอจรัญจิตต์, ธวัชชัย กิระวิทยา, และ พันธุ์พิชญ์ สากรพันธ์, 2545)

9. ปัญหา Peripheral neuropathy ในการผ่าตัดบริเวณใกล้เคียงกับ Phrenic nerve เช่น การผ่าตัดปิด PDA, Coarctation repair อาจทำให้มี Phrenic nerve injury ได้ ทำให้หลังผ่าตัดพบ Hemidiaphragmatic paresis หรือ Paralysis ทำให้เด็กมีปัญหาด้าน Ventilation ในช่วงที่เด็กได้รับ Ventilator support อยู่ อาจจะมีวินิจัยได้ยาก แต่ในรายที่หายใจเอง การหายใจเข้าจะทำให้มี Negative intrathoracic pressure และ Diaphragm จะไม่ทำงาน Dome ของ Diaphragm จะสูงขึ้นให้เห็นได้ในฟิล์มเอกซเรย์ (วิเชาว์ กอจรัญจิตต์, ธวัชชัย กิระวิทยา, และ พันธุ์พิชญ์ สากรพันธ์, 2545)

10. ระบบทางเดินอาหาร ในเด็กหลังผ่าตัด อาจมีปัญหาในระบบทางเดินอาหารได้ เช่น ท้องอืด ซึ่งเกิดจากลำไส้บีบตัวไม่ดี มีลมในกระเพาะอาหารลำไส้มาก หรือท้องอืดในช่วงหลังผ่าตัด Coarctation repair ท้องเสีย เลือดออกจากทางเดินอาหาร และภาวะตัวเหลือง เป็นต้น (วิเชาว์ กอจรัญจิตต์, ธวัชชัย กิระวิทยา, และ พันธุ์พิชญ์ สากรพันธ์, 2545)

11. ปัญหาไข้และการติดเชื้อ หลังผ่าตัดที่ต้อง on bypass ร่างกายจะมีกลไกการอักเสบเกิดขึ้น และทำให้เกิดไข้ได้บ่อยในช่วงหลังผ่าตัด บางรายพบมีไข้ยาวนานถึง 1 สัปดาห์ โดยไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม ในรายที่มีไข้หลังผ่าตัดนานกว่า 48 ชั่วโมง หรือมีไข้ขึ้นมาจากภายหลัง หรือมีหลักฐานอื่นที่สงสัยการติดเชื้อ ควรปรับเปลี่ยนใช้ยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้าง และนำเชื้อได้ดีทันทีที่ทำ Septic workup เนื่องจากภูมิคุ้มกันของร่างกายจะลดลงมากหลังทำ Bypass และการมี Hemodynamic ที่เปลี่ยนแปลงได้รวดเร็ว จากภาวะติดเชื้อจะทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (วิเชาว์ กอจรัญจิตต์, ธวัชชัย กิระวิทยา, และ พันธุ์พิชญ์ สากรพันธ์, 2545)

การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ

หลังจากที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการผ่าตัดหัวใจ การดูแลหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เนื่องจากในช่วงของการผ่าตัด ผู้ป่วยเด็กจะมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในร่างกายมากมาย รวมถึงผลจากการดมยาสลบและการผ่าตัด สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดมีความซับซ้อน ทั้งนี้ผลการผ่าตัดไม่ได้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการผ่าตัดเท่านั้น แต่ยังขึ้นกับสภาพของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการดูแลหลังผ่าตัดอีกด้วย (วิเชาว์ กอจรัญจิตต์, ธวัชชัย กิระวิทยา, และ พันธุ์พิชญ์ สากรพันธ์, 2545) ซึ่งในที่นี้จะกล่าวเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้วเท่านั้น

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด

การดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัด สามารถแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ การดูแลผู้ป่วยในช่วงต้นและการดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะพักฟื้น (กฤตย์วิกรม ดุรงค์พิศุขกุล, 2554)

1. การดูแลผู้ป่วยในช่วงต้น

ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหัวใจ หมายถึง การผ่าตัดขณะที่หัวใจหยุดเต้น เพื่อซ่อมแซมเย็บปิดรูรั่วภายในหรือลิ้นหัวใจ เป็นต้น และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดโดยไม่ต้องเปิดหัวใจ เช่น การต่อเส้นเลือด หรือการผูกเส้นเลือดกิน ซึ่งการผ่าตัดทั้ง 2 ชนิด ผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลต่างกัน แต่โดยเฉลี่ยจะต้องอยู่ในหอผู้ป่วยหนักตั้งแต่ 1 ถึง 3 วัน และพักฟื้นในโรงพยาบาลอีก 5 ถึง 10 วัน ในกรณีที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ เมื่อออกจากห้องผ่าตัด จะถูกย้ายมาที่หอผู้ป่วยหนัก ผู้ป่วยยังต้องการใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อความปลอดภัยในช่วงแรก รวมทั้งจะมีอุปกรณ์หลายชนิดที่ช่วยในการเฝ้าระวังภาวะการทำงานของหัวใจ เช่น วัดความดันโดยใช้สายวัดทางหลอดเลือดแดง การวัดชีพจร สายวัดความดันที่ต่อโดยตรงมาจากห้องหัวใจ และสายที่ใช้ในการกระตุ้นหัวใจให้เต้นตามจังหวะ ในกรณีที่เกิดความผิดปกติของการเต้นของหัวใจ ตลอดจนมีท่อระบายเลือดจากช่องรอบหัวใจและช่องปอด เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยจะได้รับยาเพื่อคลายอาการเจ็บปวดและทำให้หลับ ในระยะนี้ ผู้ปกครองอาจจะถูกจำกัดเวลาการเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเต็มที่ ผู้ป่วยจะได้รับการถอดท่อช่วยหายใจ โดยให้หายใจเอง เมื่อแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยได้ฟื้นจากการดมยา และในระยะเวลา 1-2 วัน แพทย์จะค่อยๆ ถอดสายหรือท่อต่างๆ ที่ติดกับผู้ป่วยเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยได้ฟื้นจิตอันตราย และไม่จำเป็นต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดต่อไป ในช่วงระยะเวลานี้ แพทย์อาจพิจารณาให้ผู้ป่วยบางรายได้รับอาหารตามอายุ เช่น ให้น้ำหวานและนมในเด็กเล็ก หรืออาหารอ่อนในเด็กโต และเมื่ออาการดีขึ้น ผู้ป่วยก็จะสามารถย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญได้

2. การดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะพักฟื้น

เมื่อผู้ป่วยย้ายมาอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ จะใช้เวลาพักฟื้นตั้งแต่ 3 วัน ถึง 10 วัน ในช่วงนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะสามารถเริ่มรับประทานอาหารได้เอง แต่ในบางราย แพทย์อาจจะให้งดอาหารเต็ม เพราะจะมีปริมาณเกลือที่มากเกินไปความต้องการ ในช่วงนี้ผู้ป่วยอาจจะได้รับยาเพื่อช่วยในการกระตุ้นหัวใจ ยาขับปัสสาวะ หรือยาขยายหลอดเลือด นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางส่วนอาจจะต้องได้รับการทำกายภาพบำบัด เพื่อระบายเสมหะออกจากปอด เพราะการผ่าตัดหัวใจจะยังทำให้มีความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด ผู้ป่วยหลายรายจะไม่สามารถหายใจเพื่อให้ปอดขยายได้เต็มที่ จึงทำให้มีเสมหะค้างได้ ในเด็กโต แพทย์อาจให้ผู้ป่วยฝึกหายใจ เช่น เป่าทอลมหรือลูกโป่ง เป็นต้น

และเมื่อผู้ป่วยต้องกลับบ้าน คำแนะนำที่ควรให้แก่ผู้ปกครองก่อนกลับบ้าน ได้แก่ (กัญญา ทศนสุวรรณ, 2552)

1. การรับประทานยา ผู้ปกครองควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยต้องได้รับกลับไปรับประทานที่บ้าน ควรทราบชนิดของยา ขนาด เวลารับประทานและผลข้างเคียงของยา ถ้ามีข้อสงสัย ควรซักถามแพทย์หรือพยาบาล

2. กิจกรรมและการเคลื่อนไหว เด็กสามารถเล่นได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงดึงหรือกระชาก การกระโดด การขี่จักรยาน การว่ายน้ำ เป็นต้น เป็นเวลา 4-6 สัปดาห์ หลังออกจากโรงพยาบาล หรือจนกว่าแพทย์จะหายเป็นปกติ

3. การดูแลแผลผ่าตัดบริเวณกระดูกสันนอก กระดูกสันนอกที่ถูกตัดแยกจะเย็บปิดด้วยวัสดุคล้ายลวด ซึ่งจะไม่หลุดหรือละลายไป และรอยแยกของกระดูกสันนอกจะปิดสนิทภายใน 4 -12 สัปดาห์ ในระหว่างที่มีการสมานของกระดูกสันนอก ควรหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรง เช่น การขี่จักรยาน เป็นต้น ควรทำความสะอาดทุกวัน พร้อมกับสังเกตลักษณะรอยแผลผ่าตัด ถ้าพบความผิดปกติ เช่น บวมแดง เจ็บแผลมากกว่าเดิม ควรรีบไปปรึกษาแพทย์ และไม่ควรใช้ครีม โลชั่น หรือแป้งทาลงบนแผลจนกว่าแผลจะหายเป็นปกติ ในระยะแรก เด็กอาจจะยังคงมีความรู้สึกเจ็บปวดแผลได้ เมื่อหายใจลึกๆ หรือเปลี่ยนท่าทาง ผู้ปกครองสามารถให้รับประทานยาแก้ปวดได้ตามแพทย์สั่ง

4. การรับประทานอาหาร ควรเป็นอาหารอ่อนเคี้ยวง่ายย่อยง่าย มีคุณค่าอาหารสูง และครบถ้วน ลดอาหารที่มีรสจัดทุกชนิด โดยควรงดอาหารเค็ม หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีเกลือ เช่น ไข่เค็ม ของหมักดอง อาหารที่ปรุงแต่งด้วยผงชูรส ผงฟูหรือสารกันบูด และควรชั่งน้ำหนักตัวทุกวันในเวลาเดียวกันก่อนรับประทานอาหารเช้า ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น 1 กิโลกรัมในวันเดียวกัน ควรพบแพทย์และพยาบาล

5. การป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มหัวใจ ด้วยการดูแลรักษาสุขภาพภายในช่องปากและฟันให้สะอาด แปรงฟันให้ถูกวิธี พบทันตแพทย์เป็นระยะๆ บอกให้ทราบว่า เป็นโรคหัวใจ ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเยื่อหุ้มหัวใจ และถ้ามีอาการเตือนที่แสดงว่าอาจมีการติดเชื้อเกิดขึ้น คือ มีไข้ หนาวสั่น ใจสั่น เหงื่อออกมากเวลากลางคืน ปวดเมื่อยตามร่างกาย รู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ น้ำหนักลด เบื่ออาหาร ซึ่งอาการดังกล่าวนี้อาจเกิดขึ้นซ้ำๆ ค่อยเป็นค่อยไป หรือมีอาการรุนแรงทันทีก็ได้ ถ้ามีอาการดังกล่าว ควรรีบปรึกษาแพทย์ เพราะการติดเชื้อเยื่อหุ้มหัวใจ จะทำให้เชื้อโรคลุกลามไปที่ลิ้นหัวใจ ซึ่งเป็นทั้งลิ้นหัวใจแท้และลิ้นหัวใจเทียม และยังสามารถเกิดที่อื่นได้อีก เช่น บริเวณที่มีรูรั่วของผนังกันหัวใจ กล้ามเนื้อหัวใจต้องทำงานหนักเพิ่มขึ้นและขึ้นส่วนจากการเจริญผิดปกติของเนื้อเยื่อภายหลังการติดเชื้อ จะเปื่อยยุ่ยหลุดลอยเข้าไปในกระแสเลือดไปอุดตันหลอดเลือดเล็กในอวัยวะสำคัญได้ เช่น สมอง ปอด ทำให้เกิดความผิดปกติเฉียบพลันได้

จะเห็นได้ว่า โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นความผิดปกติของหัวใจทั้งชนิดที่มีความซับซ้อนและไม่ซับซ้อน และในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้สามารถรักษาความผิดปกติเหล่านี้ได้มากขึ้น โดยเฉพาะการผ่าตัด สามารถทำได้มากขึ้นทั้งชนิดที่มีความซับซ้อนและไม่ซับซ้อน และสามารถทำได้เกือบทุกช่วงอายุ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จึงสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น ทั้งนี้ผลของการผ่าตัดไม่ได้ขึ้นอยู่กับวิธีการผ่าตัดเพียงอย่างเดียวเท่านั้น การดูแลหลังผ่าตัดก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว ดังนั้นการให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดจึงเป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพควรตระหนักและให้ความสำคัญ

2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเครียดและความวิตกกังวล

ความเครียด

ความเครียด เป็นประสบการณ์พื้นฐานของมนุษย์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เกิดขึ้นได้ทุกเพศทุกวัย แม้ว่าความเครียดจะมีประโยชน์แต่ก็มีโทษ โดยจะมีผลกระทบต่อความสมดุลทางร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา (การรับรู้และความสามารถในการแก้ปัญหาเปลี่ยนแปลง) ตลอดจนทางด้านสังคมจะมีการเปลี่ยนแปลงสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Kozier & Erb, 1988)

แนวคิดของลาซารัสและฟอล์กแมน (Lazarus & Folkman, 1984) มองว่าการที่บุคคลจะเกิดความเครียดได้ จะต้องปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิต ต้องใช้แหล่งประโยชน์ของการปรับตัวมากกว่าที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นได้ ในการประเมินสถานการณ์ว่าเป็นภาวะเครียด บุคคลจะต้องผ่านกระบวนการประเมินโดยใช้สติปัญญา (Cognitive appraisal) ในการประเมินขั้นปฐมภูมิ (Primary appraisal) ว่าสถานการณ์นั้นมีผลกระทบต่อบุคคลอย่างไร แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ สถานการณ์นั้นไม่มีผลต่อตนเอง (Irrelevant) สถานการณ์นั้นมีประโยชน์และก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง (Benign positive) หรือสถานการณ์นั้นก่อให้เกิดความเครียดต่อตนเอง (Stressful) เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่มากระทบนั้นก่อให้เกิดความเครียด จะมองสถานการณ์แบ่งเป็น 3 ลักษณะคือ 1) เป็นอันตรายหรือก่อให้เกิดความสูญเสีย (Harm and loss) 2) เป็นภาวะคุกคาม (Threat) อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ หรือ 3) เป็นสิ่งท้าทาย (Challenge) หลังจากนั้นบุคคลจะประเมินแหล่งประโยชน์หรือทางเลือกที่ดีที่สุดในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดในขั้นทุติยภูมิ (Secondary appraisal) หากได้รับข้อมูลใหม่ๆ เพิ่มเติม อาจมีการประเมินซ้ำ (Reappraisal) ในการจัดการกับสถานการณ์นั้น ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นพลวัต (Dynamic) จนกว่าสถานการณ์นั้นจะสิ้นสุดลง

ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมินสถานการณ์ของบุคคลมี 2 ชนิด คือ ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านสถานการณ์ (Lazarus & Folkman, 1984)

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ได้แก่

1.1 ข้อผูกพัน (Commitments) ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีความสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลมากน้อยเพียงใด หากสถานการณ์นั้นมีความสำคัญและมีความหมายมาก บุคคลจะประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นอันตรายและก่อให้เกิดการสูญเสีย หรือเป็นภาวะคุกคามต่อตน

1.2 ความเชื่อ (Beliefs) หากบุคคลมีความเชื่อในความสามารถของตนเองว่าสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ ความเชื่อดังกล่าวจะทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์ว่าเป็นสถานการณ์ที่ท้าทายหรือก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง

1.3สติปัญญา (Intellectual) ผู้ที่มีสติปัญญาดีจะสามารถประเมินเหตุการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง และหาวิธีการแก้ไขได้เหมาะสม อาจทำให้เกิดความเครียดน้อยกว่าคนที่ไม่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ถูกต้อง

2. ปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) ได้แก่

2.1 ความแปลกใหม่ของสถานการณ์ (Novelty) หากบุคคลไม่เคยรับรู้หรือมีประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อน จะส่งผลให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นภาวะเครียดที่รุนแรง คุกคาม และก่อให้เกิดอันตรายหรือสูญเสีย

2.2 ความสามารถในการทำนายหรือคาดเดาสถานการณ์ (Predictability) หากบุคคลสามารถทำนายได้ว่าสถานการณ์ที่เผชิญนั้นจะส่งผลอย่างไรในอนาคต จะทำให้บุคคลประเมินความรุนแรงของสถานการณ์ดังกล่าวลดลง

2.3 ความไม่แน่นอนในสถานการณ์ (Event uncertainty) หากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา คลุมเครือไม่ชัดเจน จะส่งผลให้บุคคลประเมินสถานการณ์ที่เผชิญว่าเป็นภาวะคุกคามต่อตนเอง ก่อให้เกิดความเครียดได้

การเผชิญความเครียด (Coping) เป็นความพยายามทั้งความคิดและการกระทำที่จะจัดการกับความเครียด โดยใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มกำลังความสามารถ การเผชิญความเครียด มี 2 ลักษณะ (Lazarus & Folkman, 1984) คือ 1) การมุ่งแก้ปัญหา (Problem-focused coping) เป็นวิธีการเผชิญกับความเครียดที่กระทำโดยตรงเพื่อจัดการกับปัญหาที่ก่อให้เกิดความตึงเครียด โดยบุคคลจะใช้เวลาพยายามในการจำกัดขอบเขตของปัญหา ค้นหาหนทางแก้ปัญหาและพิจารณาถึงผลดีและผลเสียของแต่ละทางเลือกเหล่านั้น จากนั้นจึงตัดสินใจเลือกวิธีการและลงมือปฏิบัติ และ 2) การจัดการกับอารมณ์ (Emotional-focused coping) เป็นการมุ่งลดหรือปรับอารมณ์

ความรู้สึก รวมทั้งการใช้กลไกต่างๆ เช่น การหลีกเลี่ยง การบิดเบือนความจริง เพื่อช่วยบรรเทาความรุนแรงของเหตุการณ์ให้ลดลงตามความรู้สึก ซึ่งสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลง

วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียดมี 5 วิธี (Lazarus & Folkman, 1984) คือ 1) การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) เป็นความพยายามที่จะเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาเพื่อหาแนวทางแก้ไข 2) การกระทำโดยตรง (Direct action) เป็นการกระทำเพื่อที่จะจัดการกับเหตุการณ์ที่ประเมินว่าเป็นความเครียด 3) การหยุดยั้งการกระทำ (Inhibition of action) เป็นการหยุดยั้งการกระทำ เมื่อสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดความเสียหายหรือเป็นอันตราย 4) การใช้กลไกทางจิต (Intrapsychic) เป็นการปรับอารมณ์เพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีขึ้น เบี่ยงเบนความสนใจ แสวงหาความพึงพอใจจากสิ่งอื่น รวมทั้งการใช้กลไกป้องกันตนเอง เช่น ปฏิเสธ เก็บกด และ 5) การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง (Social support seeking) นอกจากนี้วิธีการที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียดยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางด้านแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในขณะนั้น (Coping resources) เช่น ภาวะสุขภาพ ความเชื่อในทางที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ทางด้านวัตถุ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคล ทักษะในการแก้ปัญหาซึ่งรวมทั้งความสามารถในการค้นหาข้อมูลและการวิเคราะห์สถานการณ์

ลาซารัสและเอเวอร์ริต (Lazarus & Averill, 1972) กล่าวว่า การประเมินเหตุการณ์ของบุคคลจะก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ โดยเมื่อบุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าเป็นภาวะคุกคามต่อตนเองจะเกิดความวิตกกังวล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสปีลเบิร์กเกอร์ (Spielberger, 1972) ที่เห็นว่า การที่บุคคลรับรู้เหตุการณ์นั้นเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจ และประเมินว่ากำลังถูกคุกคาม เหตุการณ์นั้นถือเป็นความเครียด และก่อให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ คือ ความวิตกกังวล แสดงให้เห็นว่าความเครียด กับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กันเนื่องจากมีต้นกำเนิดของความเครียดมักเป็นนามธรรม การวัดปริมาณความเครียดทำได้ยาก นักวิจัยหลายท่านจึงใช้ความวิตกกังวลเป็นตัวบ่งบอกความเครียดของบุคคล เพราะความเครียดเป็นเสมือนตัวนำให้เกิดความวิตกกังวล และความวิตกกังวลเป็นการแสดงออกให้เห็นผลที่เกิดจากความเครียดได้ (Carter, 1976) โดยเป็นอารมณ์ที่สำคัญที่สุดของความเครียด (Lazarus, 1976)

แนวคิดเกี่ยวกับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ที่พบได้ตั้งแต่วัยทารกและต่อเนื่องไปจนตลอดชีวิต ความวิตกกังวลเปรียบเสมือนสัญญาณเตือนภัยให้บุคคลทราบว่า เริ่มมีความไม่สมดุลเกิดขึ้นแล้วในจิตใจ จำเป็นที่บุคคลต้องกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรักษาสมดุลทางอารมณ์ไว้ (Stuart, 1995) ซึ่งความวิตกกังวลนี้มีการศึกษากันมาช้านาน มีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Wilson และ Kneisl (1992) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้บุคคลมีการแสดงอาการให้เห็น โดยจะมีอาการตึงเครียด หวั่นวิตกและกระวนกระวาย ซึ่งเป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นชั่วคราวตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

Isaacs (1996) กล่าวว่า ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความเครียด เป็นความรู้สึกหวั่นใจ หงุดหงิด ไม่สบายใจ ซึ่งเป็นผลมาจากการที่บุคคลถูกคุกคามหรือรับรู้ว่าจะถูกคุกคามจากสิ่งที่ทราบหรือไม่ทราบแน่ชัด และความรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่สุขสบายนี้สามารถเปลี่ยนแปลงไปตามระดับความรุนแรง

พานิ พิบูลย์เวช (2541) กล่าวว่า ความวิตกกังวลเป็นความรู้สึกตึงเครียดทางอารมณ์หรือความไม่สบายใจ หวาดหวั่น หวาดกลัว และกระวนกระวายใจต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ขณะนั้นหรือสภาวะที่อาจเกิดขึ้น และคาดว่าจะเป็อันตรายหรือก่อให้เกิดผลร้ายซึ่งบุคคลจะมีการแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์

สรุปได้ว่า ความวิตกกังวล เป็นความรู้สึกทางอารมณ์ที่ตอบสนองต่อความเครียด ในสถานการณ์ที่บุคคลเผชิญอยู่และประเมินว่าเป็นอันตรายต่อตนเองและถูกคุกคาม โดยสิ่งที่มาคุกคามนั้นอาจจะมีอยู่จริงหรือเกิดจากการคาดเดาเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง ทำให้บุคคลมีอาการตึงเครียด หงุดหงิด หวาดกลัว หวาดหวั่น ไม่สบายใจ ไม่แนใจ กระวนกระวายใจ โดยจะมีการแสดงออกทางร่างกายและอารมณ์

ประเภทของความวิตกกังวล

Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg และ Jacobs (1983) ได้แบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัว หรือความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะคงที่ในตัวบุคคล (Trait anxiety or A-Trait) ความวิตกกังวลประเภทนี้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลเป็นลักษณะนิสัยที่ได้รับจากความเครียด สถานการณ์ที่คุกคาม และมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์นั้นๆ รุนแรงขึ้น เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ต่างๆ ไป เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานานจนเป็นลักษณะนิสัยประจำตัว และเป็นส่วนหนึ่งของบุคลิกภาพของบุคคล เป็นลักษณะที่ค่อนข้างคงที่และจะเป็นตัวเสริมหรือเพิ่มความรุนแรงของความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน

2. ความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้น (State anxiety or A-State) เป็นความวิตกกังวลที่มีต่อสถานการณ์ขณะนั้น เป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้นชั่วคราว ทำให้บุคคลนั้นเกิด

ความรู้สึกตึงเครียด ไม่พอใจ โดยอาจแสดงเป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ซึ่งความรุนแรงและระยะเวลาที่เกิดอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ การเรียนรู้ ประสบการณ์ในอดีตของบุคคล และระดับของความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลนั้น

ระดับความวิตกกังวล

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในแต่ละบุคคล จะมีระดับความรุนแรงไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับอายุ ภาวะทางอารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต และภาวะสุขภาพ รวมทั้งสิ่งกระตุ้นความหมายของเหตุการณ์ และบุคลิกภาพของบุคคลนั้นๆ ด้วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (Stuart, 2005)

1. ความวิตกกังวลในระดับน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้เป็นความวิตกกังวลระดับปกติที่เกิดขึ้นเนื่องจากความเป็นอยู่ประจำวัน บุคคลที่มีความวิตกกังวลระดับนี้จะมีความตื่นตัว มีความสามารถในการรับรู้ของระบบประสาทต่างๆ ดีขึ้น ตลอดจนมีความสามารถในการจัดการกับต้นเหตุของความเครียด เรียนรู้และแก้ปัญหาได้ดีขึ้น สามารถคิดอย่างมีเหตุผลได้ มีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย รู้สึกไม่สุขสบายเล็กน้อย

2. ความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Moderate anxiety) เมื่อมีความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น จะมีผลทำให้ความสามารถในการรับรู้ของประสาทสัมผัสต่างๆ ลดลง ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง บุคคลมุ่งเฉพาะสิ่งที่ตนเองสนใจและกระทำอยู่ในขณะนั้น มีความลังเลใจหรือผัดวันประกันพรุ่ง มีการเปลี่ยนแปลงของระดับเสียงและความเร็วในการพูด สมาธิเสื่อมลง ถ้าได้รับการช่วยเหลือ จะทำให้ความวิตกกังวลลดลง ความสามารถต่างๆจะกลับดีขึ้น การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจะเพิ่มขึ้น เช่น กล้ามเนื้อตึงตัว หายใจเข้าออกแรง ปวดศีรษะ ปวดปัสสาวะบ่อย รู้สึกปั่นป่วนในกระเพาะอาหาร เป็นต้น

3. ความวิตกกังวลในระดับสูง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้ จะทำให้ความสามารถในการรับรู้ลดลงมาก การรับรู้และการคิดบิดเบือนไปจากความเป็นจริงมาก สนใจรายละเอียดที่ไม่สำคัญ ไม่สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างเหตุการณ์ได้ ไม่สามารถเรียนรู้หรือทำกิจกรรมที่มีเป้าหมายได้ ความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง บุคคลจะมีความไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ พฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกจะมีเป้าหมายเพื่อบรรเทาความวิตกกังวลที่เกิดขึ้น

4. ความวิตกกังวลในระดับรุนแรง (Panic anxiety) ความวิตกกังวลระดับนี้ ทำให้ความสามารถในการรับรู้ต่อสถานการณ์ต่างๆ บิดเบือนไปจากความเป็นจริง บุคคลจะตกอยู่ในความกลัวจนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ มีความผิดปกติทางความคิดและบุคลิกภาพ อาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนร่วมด้วย ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้อย่างเข้าใจ ความสามารถในการ

การเรียนรู้จะเสียไป นอกจากนี้อาจมีอาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง รับประทานอาหารไม่ได้ มีภาวะซึมเศร้า

การประเมินระดับความวิตกกังวล

การประเมินระดับความวิตกกังวลสามารถทำได้ 3 วิธี (Lader & Mark, 1971) คือ การวัดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (Physiological measures of anxiety) เช่น วัดอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจ ความดันโลหิต และวัดปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นจากการหดตัวของกล้ามเนื้อ อุณหภูมิของผิวหนัง การมีเหงื่อออก เป็นต้น การวัดจากการสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออก (Behavioral measures of anxiety) เช่น การร้องไห้ การกรีดร้อง ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อและคำพูดที่บ่งถึงความวิตกกังวล เป็นต้น และการวัดโดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measures of anxiety) โดยมีผู้สร้างแบบสอบถามขึ้นมาใช้ประเมินความวิตกกังวลไว้หลายรูปแบบ เช่น The State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Taylor Manifest Anxiety Scale (MAS) เป็นต้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-report measures of anxiety) โดยเลือกใช้แบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y-1) ของบุญเพียร จันทิมา และคณะ (2544) ซึ่งแปลมาจากแบบประเมินระดับความวิตกกังวลของ Spielberger และคณะ ที่สร้างขึ้นในปี ค.ศ. 1977 เนื่องจากแบบประเมินความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นแบบประเมินที่บุคคลสามารถประเมินความรู้สึกได้อย่างอิสระตามการรับรู้ที่แท้จริงของตนเอง และใช้เวลาสั้นในการประเมิน จึงเหมาะสำหรับการประเมินความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลในสถานการณ์ขณะนั้น นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่มีการใช้กันอย่างแพร่หลายในประเทศไทยและมีการศึกษาในหลายกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มบิดามารดาทารกแรกเกิด (ปาริชาติ ศิลประเสริฐ, 2542; วันเพ็ญ ปรีกลาง, 2546) กลุ่มบิดามารดาของผู้ป่วยเด็ก (Puntanit, 2002; Rattanasiri, 2005) และกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ (วรรณวิมล คงสุวรรณ, 2544) เป็นต้น ส่วนการวัดทางสรีรวิทยา ต้องมีการใช้เครื่องมือต่างๆช่วยในการวัด ซึ่งในปีค.ศ. 1975 Lader กล่าวว่า เป็นการลำบากในการวัดความวิตกกังวลโดยวิธีนี้ เนื่องจากระดับความวิตกกังวลอาจไม่สัมพันธ์กับอาการที่แสดงออกของบุคคล รวมทั้งการวัดความวิตกกังวลจากการสังเกต และในปีค.ศ. 1974 Rachman พบว่า การสังเกตความวิตกกังวลจากการแสดงออกทางสีหน้า ไม่สามารถแยกได้จากอารมณ์อื่นๆ เช่น ความกลัว ความเจ็บปวด นอกจากนี้การแสดงออกของพฤติกรรมยังขึ้นอยู่กับอายุ วัฒนธรรมและประสบการณ์พื้นฐานด้วย ดังนั้นจะเห็นได้ว่า การประเมินระดับความวิตกกังวลโดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองนั้นจึงมีความเหมาะสมกว่าวิธีอื่นๆ

2.3 ความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การที่บุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นสิ่งที่น่ากลัวมากสำหรับครอบครัว เพราะอาจหมายถึงการเสียชีวิตอย่างแน่นอน (Griffin, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่าบิดามารดาอาจจะมีอารมณ์ที่หลากหลายเมื่อทราบว่าบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น ตกใจ ปฏิเสธ เสรีเสียใจ เป็นต้น แม้ว่าในปัจจุบัน ความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้จะมีมากขึ้น และช่วยทำให้ผู้ป่วยเด็กมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังพบว่าบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ยังมีความเครียดและความวิตกกังวลเกิดขึ้น

Goldberg, Morris, Simmons, Fowler, และ Levison (1990) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการตอบสนองของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคซิสติกไฟโบรซิส บิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และบิดามารดาเด็กสุขภาพดี โดยการสัมภาษณ์ พบว่าบิดามารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีความเครียดมากกว่าบิดามารดาเด็กโรคอื่น

Clark และ Miles (1999) ได้ทำการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์ของบิดาที่บุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นครั้งแรก จำนวน 8 คน พบว่าบิดามีความรู้สึกที่ขัดแย้งกัน โดยความรู้สึกแรกคือ รู้สึกตื่นเต้นที่จะได้เป็นบิดา ต่อมาความรู้สึกนั้นก็เปลี่ยนเป็นความรู้สึกเศร้าเสียใจหลังจากทราบว่าเด็กเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด บิดาจะเริ่มดูแลและเอาใจใส่บุตรอย่างใกล้ชิดในขณะที่รู้สึกกลัวว่าตนจะต้องสูญเสียบุตรได้ตลอดเวลา เนื่องจากความไม่แน่นอนของโรค และบิดายังต้องพยายามซ่อนอารมณ์และความรู้สึกของตน โดยพยายามทำให้ตนเองเข้มแข็งเมื่ออยู่ต่อหน้าภรรยา

Rogers และคณะ (1984) ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของมารดาผู้ป่วยเด็กที่กำลังจะเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ (กลุ่มผ่าตัดหัวใจ) มารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ไม่ได้เข้ารับการผ่าตัด (ผู้ป่วยใน) และมารดาที่พาผู้ป่วยเด็กมาตรวจที่คลินิกเด็ก (ผู้ป่วยนอก) โดยให้มารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มผ่าตัดหัวใจและมารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มผู้ป่วยใน ทำแบบสอบถามในวันแรกและวันที่ 7 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 2 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล ส่วนมารดาของผู้ป่วยนอกให้ทำแบบสอบถามในวันที่พาเด็กมาตรวจ และ 7 วันหลังทำแบบสอบถามครั้งแรก และ 2 เดือนหลังตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 พบว่า ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มผ่าตัดหัวใจมีความเครียดไม่แตกต่างกับกลุ่มมารดาที่พาเด็กมาตรวจที่คลินิกเด็ก แต่หลังจากที่มารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มผ่าตัดหัวใจได้รับการผ่าตัดแล้ว 7 วัน และ 2 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่า มารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มผ่าตัดหัวใจมีความเครียดมากกว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มอื่น

Pinelli (1981) ศึกษาระดับความกังวลของมารดาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดขณะที่อยู่โรงพยาบาล และหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยสัมภาษณ์มารดาจำนวน 10 คน ที่มีบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป พบว่า มารดาที่มีความกังวลเพิ่มขึ้นหลังจำหน่ายผู้ป่วยเด็กออกจากโรงพยาบาล 1 เดือน โดยมีความกังวลกับสิ่งที่ตนเองต้องเรียนรู้และต้องจดจำเกี่ยวกับความต้องการของทารก ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการผ่าตัด ยา อาหารและการให้อาหาร น้ำหนักตัว การดูแลเด็กทั่วไป และการร้องไห้ของทารก

จากงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีความเครียดและความวิตกกังวลมาก และอารมณ์เหล่านี้ยังสามารถพบได้ในทุกช่วงระยะหลังจากบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การที่บุตรต้องได้รับการผ่าตัดหัวใจทั้งก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจทั้งในระยะก่อนจำหน่ายหรือหลังจำหน่ายผู้ป่วยเด็กออกจากโรงพยาบาล โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ บิดามารดาซึ่งรู้สึกว่าคุณเองมีความเครียดและความวิตกกังวลแม้ว่าจะได้รับข้อมูลจากทีมสุขภาพมาบ้างแล้วก็ตาม โดยบิดามารดาที่มีความกังวลในเรื่องต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นข้อมูลที่มีความเฉพาะและตรงกับความต้องการจริงของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ จึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก

ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดา

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดามีดังต่อไปนี้

1. อายุของบิดามารดา Lazarus และ Folkman (1984) กล่าวว่า บุคคลที่มีอายุมากกว่าจะมีประสบการณ์ต่างๆ ที่มากกว่า มีความคิด การตัดสินใจและการจัดการแก้ไขกับปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย ซึ่งการศึกษาของ Mile, Carter, Hennessey, Eberly, และ Riddle (1989) พบว่า บิดามารดาที่อายุน้อยจะมีความเครียดและความวิตกกังวลมากกว่าบิดามารดาที่อายุมาก

2. ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการจัดการแก้ไขกับปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ซึ่งผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถทำความเข้าใจและใช้ประโยชน์จากประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง ในการจัดการแก้ไขกับปัญหาหรือสถานการณ์ของความเครียดนั้นๆ ได้ดี (Board & Ryan-Wenger, 2003)

3. อาชีพและรายได้ จากการศึกษาของ ขนิษฐา ประสมศักดิ์ (2551) พบว่า บิดามารดาที่ประกอบอาชีพและมีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ทำให้กังวลเกี่ยวกับการขาดงาน ค่าใช้จ่ายใน

การดูแลรักษาพยาบาลจากการเข้าพักรักษาตัวของบุตรในโรงพยาบาลนานขึ้น บิดาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการหยูงานและเดินทางมาเยี่ยมบุตร ทำให้มีความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น โดยผู้ที่มีรายได้มากกว่า มีความสามารถในการต่อสู้กับความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้ น้อย (Lazarus & Folkman, 1984)

4. อายุของบุตร จากการศึกษาของ Miles และคณะ (1989) พบว่า อายุของบุตรมี ความสัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดา โดยอาจกล่าวว่า อายุของเด็กที่มีความแตกต่างกันนั้นมีผลต่อการพัฒนาการของเด็กในด้านต่างๆ เช่น ความคิด อารมณ์ การใช้ภาษา การตัดสินใจ อาทิเช่น เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 1 ปี ยังไม่สามารถสื่อสารได้ ยังไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ และยังไม่เข้าใจในเรื่องความเป็นเหตุผล ส่วนใหญ่เด็กวัยนี้ก็จะแสดงออกด้วยการ ร้องไห้ จึงอาจทำให้บิดามารดาที่มีบุตรอายุน้อยกว่า มีความเครียดและความวิตกกังวลมากกว่าบิดา มารดาที่มีบุตรอายุมากกว่า

2.4 การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของผู้ดูแล

ในสถานการณ์ที่สมาชิกครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย และต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลหรือต้องได้รับการผ่าตัดนั้น ถือว่าเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว ครอบครัวจะเกิด ความเครียดและความวิตกกังวล เนื่องจากขาดข้อมูลเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา ข้อมูลจึงเป็น สิ่งที่ครอบครัวส่วนใหญ่ต้องการ และมักจะแสวงหาหรือให้ความสนใจกับข้อมูลที่บุคคลรับรู้ว่ามี ความสำคัญและคุกคามต่อการมีชีวิตอยู่รอดของผู้ป่วยในสถานการณ์นั้นมากกว่าข้อมูลอื่น (Dodge, 1969; ชลลดา จันทรขาว, 2541) รวมทั้งพยายามที่จะเรียนรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา เพื่อหา แนวทางแก้ไข (Lazarus & Folkman, 1984) ดังนั้นการแสวงหาข้อมูลดังกล่าวนอกจากจะตอบสนอง ความต้องการของครอบครัวแล้ว ข้อมูลยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้และเข้าใจเกี่ยวกับปัญหา สามารถหา แนวทางในการแก้ไขปัญหา ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจ และสามารถตัดสินใจได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งช่วยส่งเสริมบทบาทในการดูแลผู้ป่วยและสามารถเผชิญกับความเครียดในสถานการณ์ที่มี การเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากเหตุผลดังกล่าวอาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ความสำคัญของ ข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล อาจเป็นตัวกำหนดความต้องการข้อมูล ดังนั้นจึงพบว่ามีผู้ที่ศึกษา เกี่ยวกับความต้องการข้อมูลในสถานการณ์ต่างๆ ดังนี้

Stinson และ McKeever (1995) ศึกษาการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจ ข้อมูลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 30 คน ในระยะก่อนและหลังจำหน่าย ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า มารดารับรู้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัด

หัวใจมีความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุดถึง 26 ข้อ จากทั้งหมด 33 ข้อ ทั้งในระยะก่อนและหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ส่วนความเข้าใจข้อมูล พบว่า มารดามีความเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด 20 ข้อ จากทั้งหมด 33 ข้อ ในระยะก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมารดาจำนวนครึ่งหนึ่งให้เหตุผลว่า ยังรู้สึกยังไม่สามารถจำอาการหัวใจวายและผลข้างเคียงของยาได้ ผู้วิจัยจึงรายงานให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยทราบ และจัดให้มีการสอนมารดาเพิ่มเติม หลังจากนั้นประเมินความเข้าใจของมารดาอีกครั้งหลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล พบว่า มารดามีความเข้าใจข้อมูลเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะข้อมูลด้านอาการและการแสดง นอกจากนี้มารดามีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ การให้อาหาร วัคซีน และการปวด

McLennan, Anderson, และ Pain (1996) ศึกษาความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่อยู่ในระยะฟื้นฟูและสมาชิกครอบครัว โดยศึกษา 2 ระยะ คือ ระยะที่อยู่ในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจำนวน 103 คนและสมาชิกครอบครัวจำนวน 54 คน และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจำนวน 75 คนและสมาชิกครอบครัวจำนวน 31 คน ผลการวิจัยพบว่า ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวมีความต้องการข้อมูลในระดับมากที่สุด โดยข้อมูลที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต้องการเหมือนกันมากที่สุดคือ ข้อมูลด้านการดูแลรักษา ทั้งในระยะที่อยู่ในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสำหรับข้อมูลด้านการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต้องการเหมือนกันมากที่สุดคือ การจดจำอาการ การเปลี่ยนแปลงของสุขภาพและผลิตภัณฑ์ทางด้านสุขภาพ นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวมีความต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ได้แก่ คำศัพท์ด้านการแพทย์ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย การรักษาและยาที่ใช้ ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล

Lindsay และคณะ (1997) ศึกษาความต้องการการเรียนรู้และการช่วยเหลือของผู้ป่วยผู้ใหญ่และสมาชิกในครอบครัว ระหว่างรอการผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 113 คน และสมาชิกครอบครัวจำนวน 87 คน พบว่า ทั้งผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว มีความกังวลเหมือนกันเกี่ยวกับผลของการผ่าตัด การเผชิญกับความเครียดระหว่างรอการผ่าตัด สภาพร่างกายของผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และการผ่าตัด ส่วนข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์คือ รายละเอียดเกี่ยวกับการผ่าตัด วิธีเผชิญกับความเครียดระหว่างรอการผ่าตัด สิ่งที่จะเกิดขึ้นระหว่างที่พักรักษาอยู่ในโรงพยาบาล และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการอยู่โรงพยาบาลและการฟื้นตัวของผู้ป่วย และสำหรับข้อมูลที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว มีความต้องการที่แตกต่างกันคือ สมาชิกครอบครัวมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งในระหว่างรอการผ่าตัดและเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านหลังผ่าตัด ส่วนข้อมูลที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวต้องการทราบเหมือนกัน ได้แก่ กิจกรรมหลังผ่าตัด ระยะเวลาในการดำเนินชีวิตตามปกติ การฟื้นตัว การเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัด และการจำกัดอาหาร ส่วนข้อมูลที่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัวให้ความสำคัญมากที่สุดคือ การรักษาสุขภาพในขณะนี้ การ

มีชีวิตรอดจากการผ่าตัด วันที่ต้องเข้ารับการผ่าตัด อาการที่รุนแรงในขณะที่รอการผ่าตัด หรือในระหว่างการผ่าตัด และการมีชีวิตรอดจนถึงการผ่าตัด

Falk, Wendt และ Klang (2008) ศึกษาความต้องการข้อมูลของครอบครัวผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี ที่ได้รับบาดเจ็บทางศีรษะในระดับเล็กน้อย จำนวน 57 ครอบครัว โดยใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นคำถามปลายเปิด 1 ข้อ พบว่าครอบครัวมีความต้องการข้อมูลดังนี้

1. ความต้องการข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บศีรษะ โดยแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 ต้องการข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการบาดเจ็บศีรษะ เช่น วิธีการรักษาและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

1.2 ต้องการข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อกลับบ้าน เช่น ข้อควรระวังหรือสิ่งที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ และข้อจำกัดต่างๆ ในกิจกรรมของเด็ก

2. ความต้องการการช่วยเหลือ โดยแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

2.1 ความต้องการความมั่นใจและการเผชิญกับความเครียด โดยครอบครัวต้องการทราบเกี่ยวกับการฟื้นหายของเด็ก ส่วนบิดามารดาที่มีบุตรอายุน้อยกว่า 5 ปี ก็ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการด้านร่างกายของผู้ป่วยเด็กด้วย

2.2 ความต้องการการช่วยเหลือด้านอารมณ์และความรู้สึก

Sciberras, Iyer, Efron และ Green (2010) ศึกษาความต้องการข้อมูลของบิดามารดาเด็กสมาธิสั้น จำนวน 99 คน พบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากกุมารแพทย์ และกุมารแพทย์เป็นแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ ใ้วางใจได้ เข้าใจง่ายและทันสมัยมากที่สุด สำหรับข้อมูลที่บิดามารดาให้ความสำคัญมากที่สุดในขณะที่บุตรได้รับการวินิจฉัยโรค คือ สาเหตุของโรคและอาการ นอกจากนี้ยังพบว่า บิดามารดาส่วนใหญ่ชอบที่จะได้รับข้อมูลจากการพูดคุยของกุมารแพทย์มากกว่าที่จะได้รับทางอินเทอร์เน็ตหรือจากสื่อต่างๆ การจัดเตรียมการให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อบทบาทและความรับผิดชอบของทีมนักสุขภาพ และเป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่อง แม้ว่าจะมีการใช้เทคโนโลยีต่างๆ มากขึ้น แต่ก็ยังไม่สามารถแทนที่มนุษย์ได้ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักถึงการให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการของบิดามารดา

จุฑารัตน์ มีสุขโข (2540) ศึกษาความต้องการข้อมูลและการช่วยเหลือสนับสนุนของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนดภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตแบบไม่มีโครงสร้าง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 12 ราย พบว่า มารดามีความต้องการข้อมูลหลังจำหน่ายทารกออกจากโรงพยาบาล ทั้งหมด 12 เรื่อง ได้แก่

1) การป้อนนมมารดาและให้นมผสมแก่ทารก

2) การให้อาหารเสริมทารก

- 3) การนอนหลับและการตื่นของทารก
- 4) การร้องไห้ของทารก
- 5) ปัญหาสุขภาพของทารก
- 6) การได้รับวัคซีนของทารก
- 7) ประโยชน์หรือความจำเป็นของการพาทารกมาตรวจตามนัด
- 8) การให้ยาทารก
- 9) การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของทารก
- 10) การฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการอาบน้ำ
- 11) วิธีปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหากลืนอาหารของบุตรคนโต
- 12) การดูแลตนเองของมารดา

จารุวรรณ สว่างศรี (2544) ศึกษาความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของบิดามารดาในการดูแลสุขภาพบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0-18 ปี ในระยะก่อนผ่าตัด จำนวน 180 ราย พบว่า บิดามารดามีความต้องการด้านข้อมูลในการดูแลบุตรป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยให้เหตุผลว่า เนื่องจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง บิดามารดาจะต้องดูแลและเอาใจใส่บุตรอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลานาน ดังนั้นบิดามารดาที่อาจจะได้รับความรู้และคำแนะนำต่างๆ มากมาย จากบุคคลอื่นๆ และยังได้รับประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยเด็ก จึงทำให้บิดามารดามีความต้องการข้อมูลในการดูแลบุตรป่วยในระดับปานกลาง โดยเรื่องที่บิดามารดาต้องการทราบมาก ได้แก่ การรักษา การดูแลเด็กเมื่อเกิดอาการขาดออกซิเจนเฉียบพลัน ความรุนแรงของโรคหัวใจ และการป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก

จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ครอบครัวมีความต้องการทราบรายละเอียดของข้อมูลที่แตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้ถึงความสำคัญของข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ขณะนั้นและความเข้าใจข้อมูล โดยข้อมูลที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้ความสำคัญมาก เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วย เช่น โรคและสาเหตุของโรค อาการ การรักษา ผลการรักษา อาหาร กิจกรรมที่ควรปฏิบัติและข้อจำกัดต่างๆ ดังนั้นบุคลากรทางด้านสุขภาพจึงควรตระหนักถึงลักษณะข้อมูลที่ครอบครัวให้ความสำคัญ รวมทั้งความเข้าใจข้อมูล ทั้งนี้เพื่อที่จะได้นำข้อมูลเหล่านั้นมาพัฒนาหรือปรับปรุงในการให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจที่ดีขึ้น สามารถนำข้อมูลมาช่วยแก้ไขปัญหา และอาจจะช่วยลดความวิตกกังวล อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลกับความวิตกกังวลในกลุ่มของบิดามารดาหรือผู้ดูแลทั้งในประเทศและต่างประเทศ แต่พบว่า

การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลอยู่จำนวนหนึ่งในประเทศ

2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวล

ในสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าเป็นความเครียดและวิตกกังวล บุคคลจะรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถที่จะจัดการกับปัญหานั้นได้น้อยหรือปรับตัวได้น้อย ความรู้สึกนี้จะกระตุ้นให้บุคคลแสวงหาข้อมูล (Dodge, 1969) เนื่องจากข้อมูลจะช่วยให้ตนเองเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ข้อมูลยังช่วยให้บุคคลมีการประเมินตัดสินใจใหม่ในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ช่วยให้เกิดความเข้าใจ ได้เรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาที่ตนประสบอยู่ให้มากขึ้น ช่วยในการตัดสินใจและสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ได้ และยังอาจช่วยในการวางแผนสำหรับชีวิตทั้งในปัจจุบันและอนาคตได้อย่างถูกต้องและตรงกับความเป็นจริง วางแผนเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเพื่อช่วยแก้ไขสภาวะนั้น ซึ่งจะช่วยให้ความวิตกกังวลลดลง (Dodge, 1969) จากเหตุผลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความต้องการข้อมูลมีความเกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล จึงทำให้มีผู้ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง 2 ตัวแปรนี้แม้ว่างานวิจัยในประเทศไทย ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลยังมีอยู่น้อย ได้แก่ งานวิจัยของชลลดา จันทร์ขาว (2541) ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด จำนวน 64 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลระดับปานกลาง และมีความต้องการข้อมูลมาก ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลของหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.32, p < .01$) ผู้วิจัยอธิบายว่า เนื่องจากภายใน 24 ชั่วโมงแรกนั้น กลุ่มตัวอย่างยังคงมีอาการไม่คงที่ หลายรายที่ได้รับยาแล้วมีอาการผิดปกติทางกายเกิดขึ้น เช่น ใจสั่น คลื่นไส้ หรือบางรายมีความเจ็บปวดจากการที่มดลูกหดตัว สิ่งเหล่านี้ เป็นตัวกระตุ้นทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกว่าอาการแย่ลง ประกอบกับเหตุการณ์นี้ยังมีผลกระทบหรือมีความเสี่ยงต่อทารกในครรภ์ที่ยังไม่ครบกำหนด ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและมีความหมายต่อบุคคลนั้น จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลต่อโอกาสที่ทารกจะแข็งแรง เมื่อกลุ่มตัวอย่างพิจารณาว่าเหตุการณ์รุนแรงโดยมีผลกระทบต่อทารก จึงประเมินเหตุการณ์ว่าเป็นภาวะคุกคามอย่างมากต่อสวัสดิภาพของทารกในครรภ์และตนเอง ทำให้เกิดความเครียดและมีผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลและต้องการที่จะทราบข้อมูลมาก

วาสนา วงศ์ขันทอง (2544) ศึกษาความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันคุด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มาถอนฟันคุด จำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับน้อยที่สุด แต่ความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด และความวิตก

กังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.273, p < .01$) ผู้วิจัยอธิบายว่า ในขณะที่สัมภาษณ์ ผู้ป่วยยังไม่ได้อยู่ในเหตุการณ์จริง ประกอบกับผู้ป่วยที่มาถอนฟันकुส่วนใหญ่จะมีอาการปวดฟันมาก่อน จึงต้องการถอนฟันออกโดยเร็วและไม่มีทางเลือกอื่น และเมื่อถอนฟันकुเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้โดยไม่ต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยจึงทำให้เกิดความวิตกกังวลน้อย ส่วนความต้องการข้อมูลอยู่ในระดับมาก เนื่องจากการให้สุศึกษาเรื่องฟันकुยังมีน้อย ผู้ป่วยมักจะได้รับข้อมูลมาจากแหล่งอื่น เช่น เพื่อน เป็นต้น ซึ่งข้อมูลที่ได้ อาจไม่ครบถ้วนชัดเจนตามที่ต้องการ ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับการถอนฟันकुมาก

อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล (2538) ศึกษาความวิตกกังวล ความต้องการของญาติผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่อยู่ในหน่วยบำบัดพิเศษศัลยศาสตร์ และการตอบสนองความต้องการที่ญาติได้รับ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 ราย พบว่า ญาติผู้ป่วยมีความวิตกกังวลค่อนข้างสูง ส่วนความต้องการรายด้านที่ญาติเห็นว่าสำคัญที่สุดคือ ความต้องการลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ความต้องการข้อมูล และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.258, p < .01$) ผู้วิจัยอธิบายว่า การเข้ารับการรักษานในหน่วยบำบัดพิเศษทำให้เกิดความวิตกกังวลและความกลัวแก่คนทั่วไป ซึ่งบุคคลทั่วไปรับรู้ว่าหน่วยบำบัดพิเศษ เป็นสถานที่ดูแลผู้ป่วยหนักภาวะวิกฤตที่มีอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาล จึงเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียดทั้งต่อผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นญาติของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และเป็นการผ่าตัดใหญ่ ใช้เวลาในการผ่าตัดนาน รวมทั้งเมื่อได้พบกับสภาพผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากการรักษานจากการผ่าตัด การใช้เครื่องช่วยหายใจ และเครื่องมือต่างๆทางการแพทย์ สิ่งเหล่านี้ล้วนเพิ่มความกลัวและความวิตกกังวลให้แก่ญาติได้ ญาติผู้ป่วยจึงมีความต้องการรายด้านคือลดความวิตกกังวล และต้องการข้อมูลตามลำดับ สำหรับการตอบสนองความต้องการรายด้านพบว่า สอดคล้องกับความต้องการรายด้านของญาติผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นด้านความต้องการข้อมูล ญาติมีความต้องการเป็นอันดับ 2 แต่ได้รับการตอบสนองเป็นอันดับ 3 ซึ่งให้เห็นว่าพยาบาลควรคำนึงถึงความต้องการด้านนี้ และเพิ่มการตอบสนองมากกว่าที่เป็นอยู่ ถึงแม้ว่าความต้องการข้อมูล จะไม่ใช่ความต้องการที่ญาติให้ความสำคัญมากที่สุดก็ตาม แต่การได้รับข้อมูลที่เพียงพอก็สามารถลดความวิตกกังวล ซึ่งเป็นการสนับสนุนและตอบสนองความต้องการอันดับแรกของญาติผู้ป่วยได้

นอกจากงานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวล และพบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันแล้ว ยังมีงานวิจัยที่ศึกษาว่า ข้อมูลสามารถช่วยทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้หรือไม่ ในกลุ่มมารดาที่มีบุตรเข้ารับการผ่าตัดหัวใจ งานวิจัยที่พบใน

ประเทศไทย ได้แก่ จริยา สายวาริและวันดี ชูชาติ (2550) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนโดยใช้เอกสารแผ่นพับที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับโรคและวิธีการผ่าตัด แผนการรักษาและการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับ การใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆกับผู้ป่วย ผลการตรวจ และคำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อออกจากโรงพยาบาล โดยกลุ่มทดลองจะได้รับข้อมูล 1 วันก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัดวันที่ 1-4 ผลการวิจัยพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองที่ได้รับข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับข้อมูล

Sangkhamal (2002) ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัดต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กอายุ 1 เดือนถึง 6 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 40 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน ซึ่งในโปรแกรมจะใช้แผ่นพับและคู่มือในการให้ข้อมูล ประกอบด้วย การผ่าตัดของบุตร กฎระเบียบการเยี่ยม การเตรียมก่อนผ่าตัดของบุตร นอกจากนี้ยังรวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมและอุปกรณ์การแพทย์ต่างๆ ภายในหอผู้ป่วยหนัก และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะก่อนและหลังผ่าตัด ผลการศึกษพบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมก่อนผ่าตัดร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนความวิตกกังวลต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

งานวิจัยทั้ง 2 เรื่องนี้ แม้ว่าจะเป็นการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ก็ตาม แต่ข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ เป็นข้อมูลที่ให้เพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของบิดามารดาในระยะก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัดหัวใจในช่วงแรกthatผู้ป่วยเด็กยังคงอยู่ในหอผู้ป่วยหนักเท่านั้น แต่ยังไม่พบบงานวิจัยในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ แต่พบบว่ามีงานวิจัยในต่างประเทศที่ใกล้เคียง คือ

Bouve, Rozmus และ Giordano (1999) ศึกษาการเตรียมบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ โดยการใช้จดหมายเป็นบอกรายละเอียดของข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการย้าย การเปลี่ยนแปลงระดับของการดูแลที่จะได้รับ และแง่มุมที่ดีเกี่ยวกับการย้ายออก ร่วมกับการพูดคุยเกี่ยวกับเนื้อหาในจดหมาย เพื่อให้บิดามารดามีความเข้าใจก่อนที่จะย้ายผู้ป่วยเด็กออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 31

คน กลุ่มควบคุม 19 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับจดหมายภายใน 1-2 วัน ก่อนที่ผู้ป่วยเด็กจะย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนัก เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบวัดความวิตกกังวลของสปีดเบอร์เกอร์ (STAI) ผลการศึกษาพบว่า บิดมารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนความวิตกกังวลลดลงหลังจากที่ได้รับจดหมาย และมีคะแนนความวิตกกังวลน้อยกว่าบิดมารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับจดหมาย

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยผู้ใหญ่ คือ พรพิศ เดชยศดี (2550) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลในระยะเปลี่ยนผ่านออกจากหอผู้ป่วยหนัก เพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 คน และกลุ่มทดลอง 15 คน โดยใช้วิธีสุ่มในการให้ข้อมูล โดยครั้งแรก จะให้ข้อมูลในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งข้อมูลประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน การรักษา และการดูแลที่ผู้ป่วยจะได้รับเมื่อเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ส่วนการให้ข้อมูลครั้งที่ 2 จะให้ในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ข้อมูลประกอบด้วย ขั้นตอนการย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนัก และการปฏิบัติตัวเมื่อเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยสามัญ ประเมินความวิตกกังวล 2 ครั้ง คือ ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก และภายใน 24 ชั่วโมง หลังย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักไปหอผู้ป่วยสามัญ ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลันที่ได้รับข้อมูลในระยะเปลี่ยนผ่านออกจากหอผู้ป่วยหนัก มีค่าเฉลี่ยความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

งานวิจัย 2 เรื่องที่กล่าวมานี้ แม้ว่าจะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในระยะก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ และมีผลทำให้ความวิตกกังวลลดลงก็ตาม แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มของบิดมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก และในกลุ่มของผู้ป่วยผู้ใหญ่เท่านั้น ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มของบิดมารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดมารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล และความเข้าใจข้อมูลกับความวิตกกังวลของบิดมารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ ทั้งนี้เพื่อที่จะทำให้นุเคราะห์ทางด้านสุขภาพได้ทราบถึงข้อมูลที่บิดมารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจรับรู้ว่ามีความสำคัญ และทราบถึงความเข้าใจข้อมูล เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยมาพัฒนาการให้ข้อมูลบิดมารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ ให้มีประสิทธิภาพ ช่วยให้บิดมารดาเกิดการเรียนรู้ สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กในสถานการณ์นั้น สามารถจัดการและหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ซึ่งอาจส่งผลให้ความวิตกกังวลลดลง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็ก และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป
2. เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักมาที่หอผู้ป่วยสามัญตั้งแต่ 24-48 ชั่วโมง
3. สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช จากการสอบถามประวัติการเจ็บป่วยและยาที่รับประทานเป็นประจำ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ งานวิจัยของชลดา จันทร์ขาว (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในหญิงที่มีการ

เจ็บครรภ์ก่อนกำหนด จำนวน 64 คน โดยใช้แบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญของสปีลเบิร์กเกอร์ และแบบสอบถามความต้องการข้อมูลของหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความต้องการข้อมูลของหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.32, p < .01$) ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลขนาดกลาง ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้อำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Moderate effect size, $r = .30$) เมื่อนำไปเปิดตารางสำเร็จรูปของ Cohen (1992, p. 158) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย

หลังจากผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2555 ถึงเดือนเมษายน 2556 เป็นระยะเวลา 6 เดือน สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 64 ราย เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการศึกษาตามระเบียบข้อบังคับของหลักสูตร และไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบได้ จึงปรับลดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ เป็น 64 ราย

3.2 สถานที่เก็บข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่หอผู้ป่วยเด็กสามัญ 6 แห่ง ที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจที่ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักและอยู่ในระยะพักฟื้น ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้แก่

1. หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กเล็ก เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กอายุ 3 เดือน - 3 ปี ที่มีโรคทางศัลยกรรม จำนวน 25 เตียง
2. หอผู้ป่วยศัลยกรรมเด็กโต เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กอายุ 3- 15 ปี ที่มีโรคทางศัลยกรรม จำนวน 25 เตียง
3. หอผู้ป่วยมหิตลาธิเบศร 8 ก. เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ อายุ 1 เดือน - 15 ปี จำนวน 8 เตียง
4. หอผู้ป่วยสถาบันชั้น 8 เอ เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ไต และสมอง อายุ 1 เดือน - 15 ปี จำนวน 25 เตียง
5. หอผู้ป่วยสถาบันชั้น 5 เอ เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีโรคทางศัลยกรรม อายุตั้งแต่แรกเกิด - 3 เดือน จำนวน 25 เตียง
6. หอผู้ป่วยสถาบันชั้น 10 เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีโรคทางอายุรกรรม อายุตั้งแต่แรกเกิด- 1 เดือน จำนวน 25 เตียง

โดยปกติผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจในช่วงแรกจะอยู่ในหอผู้ป่วยหนัก ประมาณ 1-7 วัน ขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการดีขึ้น แพทย์จะอนุญาตให้ย้ายผู้ป่วยไปพักพื้นที่หอผู้ป่วยสามัญได้ ซึ่งภายในหอผู้ป่วยสามัญทั้ง 6 แห่ง จะอนุญาตให้มีผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิง สามารถเฝ้าและอยู่ดูแลผู้ป่วยเด็กได้ 1 คน สำหรับญาติ สามารถเข้าเยี่ยมผู้ป่วยได้ทุกวันตั้งแต่เวลา 10.00-20.00 น. ผู้ป่วยเด็กจะยังคงอยู่ในหอผู้ป่วยสามัญอีกประมาณ 3-5 วัน จึงจะสามารถกลับบ้านได้ ก่อนกลับบ้าน อาจจะมีแพทย์หรือพยาบาลให้ข้อมูลกับบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก ซึ่งข้อมูลที่ให้ส่วนใหญ่จะเป็นคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ เช่น การรับประทานอาหารและการดูแลแผลผ่าตัด การสังเกตอาการผิดปกติ และการมาตรวจตามนัด เป็นต้น

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ (ภาคผนวก ก) ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา จำนวน 6 ข้อ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บิดามารดา ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของบิดามารดา

2. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บิดามารดา ได้แก่ เพศและอายุของผู้ป่วยเด็ก

2.2 ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยและการรักษา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัดหัวใจ จำนวนครั้งที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ

2.3 แหล่งสนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บิดามารดา ได้แก่ การมีบุคคลที่จะพูดคุยขอคำปรึกษา และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและขอคำปรึกษา

3. แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y-1) (SAI) ของบุญเพียร จันทวัฒนา และคณะ (2544) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดความวิตกกังวลของ

Spielberger และคณะ ที่สร้างในปีค.ศ. 1977 แบบสอบถามนี้เป็นการวัดระดับความวิตกกังวลของ บิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจและย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 20 ข้อ โดยเป็นแบบมาตราส่วนให้เลือกตอบ 4 ระดับ ดังนี้

ไม่รู้สึกเลย	หมายถึง	ในขณะนี้คุณไม่มีความรู้สึกนี้อยู่เลย
รู้สึกบ้าง	หมายถึง	ในขณะนี้คุณมีความรู้สึกนี้อยู่บ้าง
รู้สึกปานกลาง	หมายถึง	ในขณะนี้คุณมีความรู้สึกนี้อยู่ปานกลาง
รู้สึกมาก	หมายถึง	ในขณะนี้คุณมีความรู้สึกนี้อยู่มาก

ข้อความที่มีความหมายด้านบวก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 และข้อความที่มีความหมายด้านลบ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 โดยพิจารณาให้คะแนนดังนี้

ระดับความรู้สึก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
ไม่รู้สึกเลย	4 คะแนน	1 คะแนน
รู้สึกบ้าง	3 คะแนน	2 คะแนน
รู้สึกปานกลาง	2 คะแนน	3 คะแนน
รู้สึกมาก	1 คะแนน	4 คะแนน

คะแนนรวมของแบบสอบถามมีค่าอยู่ระหว่าง 20 – 80 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า มีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อย แสดงว่า มีความวิตกกังวลต่ำ การแปลผลคะแนนความวิตกกังวลแบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Tel & Tel, 2006) ดังนี้

คะแนน 20	หมายถึง	ไม่มีความวิตกกังวล
คะแนน 21-40	หมายถึง	มีความวิตกกังวลต่ำ
คะแนน 41-60	หมายถึง	มีความวิตกกังวลปานกลาง
คะแนน 61-80	หมายถึง	มีความวิตกกังวลสูง

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ ความสำคัญของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Mothers' Information Needs Instrument I (MINI I) ของ Stinson และ McKeever (1995) และได้รับอนุญาตให้ ดัดแปลงเครื่องมือดังกล่าว ซึ่งต้นฉบับมีข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ ตัดข้อคำถามจากต้นฉบับออกทั้งหมด 8 ข้อ โดย 7 ข้อแรก ได้แก่ ข้อ 6, 7, 27, 29, 30, 32, 33 ผู้วิจัย ตัดออกเนื่องจากผลการศึกษาของ Stinson และ McKeever (1995) พบว่า ข้อคำถามเหล่านี้เป็นข้อ คำถามที่มารดาเห็นว่ามีความสำคัญน้อย ส่วนอีก 1 ข้อที่เหลือ คือ ข้อ 9 ผู้วิจัยตัดออก เนื่องจากเป็น

ข้อคำถามที่เกี่ยวกับการสอนพี่เลี้ยงให้ดูแลเด็กซึ่งไม่เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น บิดามารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็ก ดังนั้นจึงเหลือข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ผู้วิจัยสร้างข้อคำถามเพิ่มอีก 5 ข้อ คือ ข้อ 7, 18, 19, 24, และข้อ 30 แบบสัมภาษณ์นี้จึงมีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ หลังจากได้นำแบบสัมภาษณ์นี้ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้วิจัยตัดข้อคำถามเดิมออก 5 ข้อ และสร้างข้อคำถามใหม่ 9 ข้อ แบบสัมภาษณ์นี้จึงมีข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ

1. ผลจากการผ่าตัดหัวใจ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1- 4
2. การใช้ยา 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5- 10
3. การสังเกตอาการผิดปกติ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11- 17
4. การป้องกันการติดเชื้อ 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18- 22
5. การดูแลทั่วไป 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23- 30
6. การขอความช่วยเหลือและการมาตรวจตามนัด 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 31- 34

โดยขอให้บิดามารดาประเมินว่าข้อมูลแต่ละข้อนั้นมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบจะเป็นแบบมาตราส่วนให้เลือกตอบ 4 ระดับ ดังนี้

ไม่สำคัญ	หมายถึง	บิดามารดาคิดว่าข้อมูลนั้นไม่สำคัญ
สำคัญเล็กน้อย	หมายถึง	บิดามารดาคิดว่าข้อมูลนั้นมีความสำคัญเล็กน้อย
สำคัญปานกลาง	หมายถึง	บิดามารดาคิดว่าข้อมูลนั้นมีความสำคัญปานกลาง
สำคัญมาก	หมายถึง	บิดามารดาคิดว่าข้อมูลนั้นมีความสำคัญมาก

โดยจะให้คะแนนดังนี้ คือ

ไม่สำคัญ	ให้คะแนนเป็น	1
สำคัญเล็กน้อย	ให้คะแนนเป็น	2
สำคัญปานกลาง	ให้คะแนนเป็น	3
สำคัญมาก	ให้คะแนนเป็น	4

การแปลผลคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลรายข้อ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนโดยใช้สูตรการคำนวณหาความกว้างของอันตรภาคชั้น (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

$$\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} = \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนน้อยสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

$$= \frac{4-1}{3} = 0.75$$

ดังนั้นสามารถกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลรายข้อ ดังนี้

คะแนน 1.00 - 1.75 หมายถึง ข้อมูลนั้นไม่สำคัญ

คะแนน 1.76 - 2.50 หมายถึง ข้อมูลนั้นมีความสำคัญน้อย

คะแนน 2.51 - 3.25 หมายถึง ข้อมูลนั้นมีความสำคัญปานกลาง

คะแนน 3.26 - 4.00 หมายถึง ข้อมูลนั้นมีความสำคัญมาก

คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าอยู่ระหว่าง 34-136 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า บิดามารดารับรู้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจมีความสำคัญมาก คะแนนรวมน้อย แสดงว่า บิดามารดารับรู้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจมีความสำคัญน้อย การแปลผลคะแนนรวมการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนโดยใช้สูตรการคำนวณหาความกว้างของอันตรภาคชั้น (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนน้อยสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{136 - 34}{4} = 25.50\end{aligned}$$

ดังนั้นสามารถกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนรวมการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ดังนี้

คะแนน 34.00-59.50 หมายถึง ข้อมูลนั้นไม่สำคัญ

คะแนน 59.51-85.00 หมายถึง ข้อมูลมีความสำคัญน้อย

คะแนน 85.01-110.50 หมายถึง ข้อมูลมีความสำคัญปานกลาง

คะแนน 110.51-136.00 หมายถึง ข้อมูลมีความสำคัญมาก

5. แบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Mothers' Information Needs Instrument II (MINI II) ของ Stinson และ McKeever (1995) และได้รับอนุญาตให้ดัดแปลงเครื่องมือดังกล่าว ซึ่งต้นฉบับมีข้อคำถามจำนวน 33 ข้อ สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามจากต้นฉบับออกทั้งหมด 8 ข้อ และสร้างข้อคำถามเพิ่มอีก 5 ข้อ เช่นเดียวกับแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล แบบสัมภาษณ์นี้จึงมีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ หลังจากได้นำแบบแบบสัมภาษณ์นี้ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและแก้ไขแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยผู้วิจัยตัดข้อคำถามเดิมออก 5 ข้อ และสร้างข้อคำถามใหม่ 9 ข้อ รวมทั้งหมด 34 ข้อ แต่เนื่องจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ให้ข้อสังเกตว่าข้อ 33 และ 34 เป็นข้อคำถามที่ไม่สอดคล้องกับลักษณะ

คำตอบที่เป็นแบบมาตราส่วน 4 ระดับ และควรปรับข้อคำถามใหม่ให้เหมาะสม ผู้วิจัยจึงตัดข้อ 33 และ 34 ออก และนำไปปรับเป็นข้อคำถามในเรื่องแหล่งสนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ของแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก ดังนั้นแบบสัมภาษณ์นี้จึงมีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 32 ข้อ

แบบสัมภาษณ์นี้ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน เช่นเดียวกับแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญ ของข้อมูล ยกเว้นด้านการขอความช่วยเหลือและการมาตรวจตามนัด มี 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 31-32 โดยขอให้บิดามารดาประเมินว่า มีความเข้าใจข้อมูลแต่ละข้อนั้นมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบจะเป็นแบบมาตราส่วนให้เลือกตอบ 4 ระดับ ดังนี้

ไม่เข้าใจ	หมายถึง	บิดามารดาไม่เข้าใจข้อมูลนั้นเลย
เข้าใจเล็กน้อย	หมายถึง	บิดามารดาเข้าใจข้อมูลนั้นเล็กน้อย
เข้าใจปานกลาง	หมายถึง	บิดามารดาเข้าใจข้อมูลนั้นปานกลาง
เข้าใจมาก	หมายถึง	บิดามารดาเข้าใจข้อมูลนั้นมาก

โดยจะให้คะแนนดังนี้ คือ

ไม่เข้าใจ	ให้คะแนนเป็น	1
เข้าใจเล็กน้อย	ให้คะแนนเป็น	2
เข้าใจปานกลาง	ให้คะแนนเป็น	3
เข้าใจมาก	ให้คะแนนเป็น	4

การแปลผลคะแนนความเข้าใจข้อมูลรายข้อ กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนโดยใช้สูตรการคำนวณหาความกว้างของอันตรภาคชั้น (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนน้อยสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{4 - 1}{4} = 0.75 \end{aligned}$$

ดังนั้นสามารถกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนความเข้าใจข้อมูลรายข้อ ดังนี้

คะแนน 1.00 - 1.75	หมายถึง	ไม่เข้าใจข้อมูล
คะแนน 1.76 - 2.50	หมายถึง	เข้าใจข้อมูลน้อย
คะแนน 2.51 - 3.25	หมายถึง	เข้าใจข้อมูลปานกลาง
คะแนน 3.26 - 4.00	หมายถึง	เข้าใจข้อมูลมาก

คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าอยู่ระหว่าง 32-128 คะแนน คะแนนรวมมาก แสดงว่า บิดามารดา มีความเข้าใจข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจมาก คะแนนรวมน้อย แสดงว่า บิดามารดา มีความเข้าใจข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจน้อย การแปลผลคะแนนรวมความ

เข้าใจข้อมูล กำหนดเกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน โดยใช้สูตรการคำนวณหาความกว้างของอันตรภาคชั้น (วิเชียร เกตุสิงห์, 2538) ดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ความกว้างของอันตรภาคชั้น} &= \frac{\text{คะแนนมากที่สุด} - \text{คะแนนน้อยสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} \\ &= \frac{128 - 32}{4} = 24.00 \end{aligned}$$

ดังนั้นสามารถกำหนดเกณฑ์ระดับคะแนนรวมความเข้าใจข้อมูล ดังนี้

คะแนน 32.00-56.00	หมายถึง	ไม่เข้าใจข้อมูล
คะแนน 56.01-80.00	หมายถึง	เข้าใจข้อมูลน้อย
คะแนน 80.01-104.00	หมายถึง	เข้าใจข้อมูลปานกลาง
คะแนน 104.01-128.00	หมายถึง	เข้าใจข้อมูลมาก

3.4 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ภาคผนวก ข) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ประกอบด้วยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ 1 ท่าน

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์มาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยพิจารณาข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ความคิดเห็นว่าเป็นข้อคำถามที่จำเป็นต้องปรับปรุง และ/หรือไม่สอดคล้องกับคำนิยาม ในแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามเดิมออก 5 ข้อ และสร้างข้อคำถามใหม่ 9 ข้อ จึงมีข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ ส่วนแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล ผู้วิจัยตัดข้อคำถามที่ 33 และ 34 ออกตามข้อเสนอแนะของคณะกรรมการพิจารณาการศึกษารับใช้ในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี แบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล จึงมีข้อคำถามทั้งหมด 32 ข้อ

2) การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล และแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูลที่ได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีแล้ว ไปทดลองใช้กับบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษา จำนวน 20 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.86 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 ราย อีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.86

2.2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.93 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 ราย อีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.87

2.3 แบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.92 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 ราย อีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.94

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานภารกิจบริการวิชาการ และหัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญทั้ง 6 แห่ง เพื่อชี้แจงรายละเอียดในการทำวิจัย และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนดังนี้

1. ขอให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เป็นผู้ทบทวนและสอบถามความสนใจของบิดามารดา ในการรับฟังข้อมูลการวิจัย หลังจากบิดามารดาสนใจรับฟังข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยจึงแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยให้บิดามารดาอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติม

2. เมื่อบิดามารดาผู้ป่วยเด็กยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งในบริเวณที่จัดเตรียมไว้ให้ได้อย่างเป็นส่วนตัว เพื่อตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ซึ่งในขณะที่บิดามารดาตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะขอให้เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยช่วยดูแลผู้ป่วยเด็กให้แทน ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กต้องอยู่เพียงลำพัง

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อน เนื่องจากแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นแบบสอบถามที่ไวต่อสถานการณ์ต่างๆ ดังนั้นหากสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลก่อน ก็อาจจะมีผลต่อคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 นาที

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา และผู้ป่วยเด็ก ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5 นาที และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลจนครบ 34 ข้อ แล้วจึงสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างต่อ ตามแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล โดยในการสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลนั้น ผู้วิจัยมีการปรับคำพูดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่าย แต่ยังคงสื่อความหมายของข้อความในแต่ละข้อตามเดิม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้น บันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5 นาที รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง 20 นาที

5. ผู้วิจัยตรวจให้คะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจข้อมูลในเรื่องใด ผู้วิจัยจะอธิบายและให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับกลุ่มตัวอย่างทันที และตรวจให้คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ หากพบว่าคะแนนอยู่ระหว่าง 61-80 คะแนน แสดงว่า บิดามารดาที่มีความวิตกกังวลสูง ผู้วิจัยจะรายงานให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทราบทันที เพื่อดำเนินการช่วยเหลือและส่งต่อพยาบาลที่ให้คำปรึกษาหรือจิตแพทย์ต่อไป

3.6 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (ภาคผนวก ก)

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญ 6 แห่ง และขอให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ทบทวนและสอบถามความสนใจของบิดามารดาในการรับฟังข้อมูลการวิจัย หลังจากบิดามารดาสนใจรับฟังข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยจึงแนะนำตัว

ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยให้บิดามารดาอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติม เมื่อบิดามารดายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

หลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ และแบบสัมภาษณ์ การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจให้คะแนนแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล เมื่อพบว่าบิดามารดาไม่เข้าใจข้อมูลในเรื่องใด ผู้วิจัยจะอธิบายและให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับกลุ่มตัวอย่างทันที ส่วนแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ ถ้าบิดามารดามีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญอยู่ระหว่าง 61-80 คะแนน ซึ่งเป็นความวิตกกังวลที่อยู่ในระดับสูง ผู้วิจัยจะรายงานให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทราบ เพื่อดำเนินการช่วยเหลือ และส่งต่อพยาบาลที่ให้คำปรึกษาหรือจิตแพทย์ต่อไป

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนี้

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของ บิดามารดาและผู้ป่วยเด็ก โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. คำนวณค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ คะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของบิดามารดา
3. วิเคราะห์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของบิดามารดาเป็น รายชื่อและรายด้าน โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และคำนวณค่าเฉลี่ย
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา โดยในเบื้องต้นวางแผนว่าจะใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ดังนี้

4.1 ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูลโดยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวล มีการกระจายแบบปกติ ($p > .05$) (ตารางที่ 3.1, ภาคผนวก ง) จึงมีความเหมาะสมในการใช้สถิติ สหสัมพันธ์เพียร์สัน ซึ่งตัวแปรควรมีการแจกแจงแบบปกติ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2555)

4.2 ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linear Relationship) ด้วยวิธี Scatter plot พบว่า การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลกับความวิตกกังวล ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (แผนภาพที่ ง.1, ภาคผนวก ง) และความเข้าใจข้อมูลกับความวิตกกังวล ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (แผนภาพที่ ง.2, ภาคผนวก ง)

ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว ต้องอยู่ในรูปเชิงเส้นเท่านั้น (กัลยา วาณิชบัญชา, 2555) ดังนั้นจึงไม่มีความเหมาะสมในการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยจึงใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) แทน เนื่องจากในกรณีที่ข้อมูลมีลักษณะการกระจายตัวแบบไม่ปกติ สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) จะสามารถวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงถึง 91 % (Burns & Grove, 2005)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 64 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556 ผลการศึกษาแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกเป็น

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา
- 1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล กับความวิตกกังวลของบิดามารดา

ส่วนที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลทั่วไปของบิดามารดา

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของบิดามารดา จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของบิดามารดา (n=64)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	12	18.7
มารดา	52	81.3
อายุ (ปี)		
≤ 20	8	12.5
21-30	31	48.4
31-40	18	28.1
41-50	7	11.0
(Range= 18-48, Mean= 29.58, SD= 7.97)		
สถานภาพสมรส		
คู่	55	85.9
หม้าย/ หย่า/ แยกกันอยู่	9	14.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	19	29.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	19	29.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	13	20.3
ปวส./ อนุปริญญา	6	9.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	7	10.9
อาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	23	35.9
ค้าขาย/เกษตรกรรม	8	12.5
พนักงานรัฐวิสาหกิจ/บริษัท	5	7.8
รับจ้าง	24	37.5
อื่นๆ	4	6.3

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละของบิดามารดา จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของบิดามารดา (n=64) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของบิดามารดา (บาท/เดือน)		
≤ 5,000	11	17.2
5,001 -10,000	25	39.1
10,001-15,000	10	15.6
15,001-20,000	11	17.2
> 20,000	7	10.9
(Range= 3,000-50,000, Mean= 12,773.44, SD= 8,076.49)		

จากตารางที่ 4.1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.3) เป็นมารดา โดยร้อยละ 48.4 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี (Mean= 29.58, SD=7.97) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.9) ร้อยละ 29.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 37.5 มีอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 35.9 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 39.1 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 -10,000 บาท/เดือน (Mean= 12,773.44, SD= 8,076.49)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละของบิดามารดา จำแนกตามแหล่งสนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย เด็ก (n=64)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งสนับสนุนข้อมูล		
บุคคลที่จะพูดคุยปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย		
มี	37	57.8
ไม่มี	27	42.2
เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและขอคำปรึกษา		
มี	26	40.6
ไม่มี	38	59.4

จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.8 มีบุคคลที่จะพูดคุยปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย และร้อยละ 40.6 มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและขอคำปรึกษา ในขณะที่ร้อยละ 59.4 ไม่มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและขอคำปรึกษาได้

1.2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก

ตารางที่ 4.3 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามเพศ อายุ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัดหัวใจ และการผ่าตัดหัวใจครั้งที่ (n = 64)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	34	53.1
หญิง	30	46.9
อายุ (ปี)		
≤ 1	32	50.0
2-3	13	20.3
4-5	6	9.4
> 5	13	20.3
(Range= 0.04-13, Mean= 2.86, SD= 3.38)		
การวินิจฉัยโรค		
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว	29	45.3
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว	35	54.7
ชนิดของการผ่าตัดหัวใจ		
แบบปิด	17	26.6
แบบเปิด	47	73.4
การผ่าตัดหัวใจครั้งที่		
1	55	85.9
2	8	12.5
3	1	1.6

จากตารางที่ 4.3 พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเด็กเป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.1) และร้อยละ 46.9 เป็นเพศหญิง โดยครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และร้อยละ 54.7

เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว สำหรับชนิดของการผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยเด็กร้อยละ 73.4 ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.9) ได้รับการผ่าตัดหัวใจเป็นครั้งแรก

ตารางที่ 4.4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเด็ก จำแนกตามระยะเวลาของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก ระยะเวลาของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยสามัญ (n = 64)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก (วัน)		
1-15	55	85.9
16-30	7	11.0
31-45	2	3.1
(Range= 1-45, Mean= 7.80, SD= 9.64)		
ระยะเวลาของการเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยสามัญ (ชั่วโมง)		
24-36	43	67.2
37-48	21	32.8
(Range= 24-48, Mean= 32.97, SD= 10.47)		

จากตารางที่ 4.4 พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.9) เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนักนาน 1-15 วัน (Mean= 7.80, SD=9.64) และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 67.2) เข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยสามัญตั้งแต่ 24-36 ชั่วโมง (Mean= 32.97, SD= 10.47)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา

ตารางที่ 4.5 พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา (n=64)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	Mean	SD
การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล	34-136	105-136	128.36	6.68
ความเข้าใจข้อมูล	32-128	49-128	95.88	16.84
ความวิตกกังวล	20-80	25-72	46.19	9.46

จากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในระดับมาก (Mean=128.36, SD=6.68) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลในระดับปานกลาง (Mean=95.88, SD=16.84)

สำหรับคะแนนความวิตกกังวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Mean=46.19, SD=9.46)

ตารางที่ 4.6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล และความเข้าใจข้อมูลของ
 บิดามารดาเป็นรายด้าน (n=64)

ข้อมูลรายด้าน	การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล			ความเข้าใจข้อมูล			t- test	p-value
	ข้อมูล							
	Actual range	M	SD	Actual range	M	SD		
1. ผลจากการผ่าตัดหัวใจ	11-16	14.70	1.47	4-16	10.75	2.77	10.618	.000
2. การใช้ยา	18-24	22.92	1.49	7-24	17.22	4.28	10.834	.000
3. การสังเกตอาการผิดปกติ	21-28	26.88	1.49	8-28	19.90	4.63	12.486	.000
4. การป้องกันการติดเชื้อ	14-20	18.48	1.65	7-20	16.69	3.15	4.618	.000
5. การดูแลทั่วไป	24-32	30.33	2.21	11-32	23.81	4.85	10.382	.000
6. การขอความช่วยเหลือและการมาตรวจตามนัด	12-16	15.04	1.13	5-8	7.50	0.87		

จากตารางที่ 4.6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล และค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลทุกด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยที่ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลทุกด้าน ได้แก่ ด้านผลจากการผ่าตัดหัวใจ ($M = 14.70$ VS 10.75) ด้านการใส่ยา ($M = 22.92$ VS 17.22) ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ ($M = 26.88$ VS 19.90) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ ($M = 18.48$ VS 16.69) และด้านการดูแลทั่วไป ($M = 30.33$ VS 23.81)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา

ตารางที่ 4.7 ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา โดยใช้ Spearman's rank correlation (n=64)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r_s)	p-value
การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล	.180	.156
ความเข้าใจข้อมูล	- .273	.029

จากตารางที่ 4.7 พบว่า การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.180$, $p > .05$) และความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.273$, $p < .05$)

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ มุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ ก่อนจะอภิปรายผลตามสมมติฐาน ผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก ดังนี้

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในระดับมาก (Mean=128.36, SD=6.68) (ตารางที่ 4.5) โดยเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลอยู่ในระดับมากทุกข้อ (Mean = 3.41-3.98) (ตารางที่ จ. 1, ภาคผนวก จ) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลของบิดามารดาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 4.6) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=95.88, SD=16.84) (ตารางที่ 4.5) โดยเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.52-3.23) (ตารางที่ จ. 2, ภาคผนวก จ) จำนวน 16 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 7, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 23, 25, 26, 28, 29 และ 30 สำหรับความวิตกกังวลของบิดามารดา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 46.19, SD = 9.46) (ตารางที่ 4.5)

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล กับความวิตกกังวลของบิดามารดา ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (ตารางที่ 4.7) พบว่า การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.180$, $p > .05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ แสดงว่า บิดามารดาที่มีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมาก อาจจะไม่มีความวิตกกังวลมากหรือน้อยก็ได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มี

คะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในลักษณะที่มีความเป็นเอกพันธ์สูง (Homogeneous) โดยดูได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลโดยรวมและรายด้านที่อยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4.5, ตารางที่ 4.6) และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลรายข้อที่อยู่ในระดับมากทุกข้อ (ตารางที่ จ. 1, ภาคผนวก จ) และเมื่อพิจารณาจาก Scatter plot ในการหาความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลกับความวิตกกังวล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (แผนภาพที่ ง.1, ภาคผนวก ง) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีขนาดเล็ก ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าตัวเลขจากการคำนวณที่ประมาณได้ จำนวน 85 ราย เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการศึกษาตามระเบียบข้อบังคับของหลักสูตร และไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบได้ จึงปรับลดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็น 64 ราย ดังนั้นจึงอาจทำให้อำนาจในการทดสอบไม่เพียงพอที่จะทำให้พบหลักฐานที่สนับสนุนสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลรายข้ออยู่ในระดับมากทุกข้อ (ตารางที่ จ. 1, ภาคผนวก จ) สอดคล้องกับหลักฐานในงานวิจัยของ Stinson และ McKeever (1995) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของมารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 30 คน ในระยะก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มารดามีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ อยู่ในระดับมากที่สุดถึง 26 ข้อ จากทั้งหมด 33 ข้อ ทั้งก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีข้อมูลมีความสำคัญมากเกือบทุกข้อ ซึ่งอาจทำให้อำนาจการวิจัยที่จะเรียนรู้ข้อมูลเหล่านี้ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ

สมมติฐานที่ 2 ความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจข้อมูลกับความวิตกกังวลของบิดามารดา ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (ตารางที่ 4.7) พบว่า ความเข้าใจข้อมูล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.273, p < .05$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานนี้ แสดงว่า บิดามารดาที่มีความเข้าใจข้อมูลน้อย จะมีความวิตกกังวลมาก ในขณะที่บิดามารดาที่มีความเข้าใจข้อมูลมาก จะมีความวิตกกังวลน้อย สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบิดามารดาเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บิดามารดาจะมีการประเมินในขั้นปฐมภูมิ โดยการประเมินความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ว่าเป็นการ

คุกคามต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ หากประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญนั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพของตน และทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด ซึ่งแสดงออกด้วยความวิตกกังวล บิดามารดาจะประเมินขั้นทุติยภูมิ โดยประเมินถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เต็มกำลังความสามารถ ซึ่งถ้าบิดามารดามีความรู้ความเข้าใจข้อมูลที่ดี ก็จะสามารถนำข้อมูลมาจัดการแก้ไขปัญหาลงมือ ส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลน้อยลง ในขณะที่เดียวกันบิดามารดาที่ขาดความรู้ความเข้าใจข้อมูล ก็จะไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการจัดการแก้ไขปัญหาลงมือได้ ส่งผลให้มีความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้น ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Beckie (1989) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ทางโทรศัพท์ต่อระดับความรู้และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระหว่าง 6 สัปดาห์แรกหลังออกจากโรงพยาบาล จำนวน 74 คน และในงานวิจัยนี้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความวิตกกังวลร่วมด้วย โดยพบว่า ระดับความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -0.71, p < .05$) กับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่า ความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.273, p < .05$) แต่ก็เป็นการสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ดังนั้น จึงน่าจะมีการศึกษาความเข้าใจข้อมูลซ้ำ และจากการวิเคราะห์ความเข้าใจข้อมูลรายข้อ ยังพบว่า มีข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจน้อย ได้แก่ ข้อ 4. พฤติกรรมที่อาจเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัดหัวใจ ข้อ 8. การปฏิบัติถ้าลืมให้ยาบุตร ข้อ 9. การปฏิบัติถ้าบุตรอาเจียนทันทีหลังให้ยา ข้อ 10. ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และ ข้อ 14. ลักษณะและปริมาณของเหลวที่ไหลออกจากท่อระบายเลือดและลมบริเวณทรวงอก ดังนั้นควรมีการให้ข้อมูลเหล่านี้เพิ่มเติมกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเพิ่มขึ้น สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลและอาจช่วยให้ความวิตกกังวลลดน้อยลง นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูลให้มีความชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากแบบสัมภาษณ์นี้เป็นเครื่องมือใหม่ที่ดัดแปลงมาจากต้นฉบับเดิม ซึ่งข้อคำถามบางข้อเป็นประโยคบอกเล่า และบางข้อเป็นประโยคคำถาม เมื่อผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่เข้าใจข้อคำถามบางข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 15 และ 25 ซึ่งผู้วิจัยต้องอธิบายข้อคำถามนั้นซ้ำ

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาของผู้ป่วยเด็ก ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจและย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ 24-48 ชั่วโมง ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี จำนวน 64 ราย มีการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีตามสะดวก (Convenience Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2555 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2556

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของบิดามารดา

2. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บิดามารดา ได้แก่ เพศ และอายุของผู้ป่วยเด็ก

2.2 ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยและการรักษา เก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย การวินิจฉัยโรค การผ่าตัดของผู้ป่วย จำนวนครั้งที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ

2.3 แหล่งสนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์บิดามารดา ได้แก่ การมีบุคคลที่จะพูดคุยขอคำปรึกษา และเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและขอคำปรึกษา

3. แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y-1) (SAI) ของบุญเพียร จันทวัฒนา และคณะ (2544) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberg และคณะ ที่สร้างในปีค.ศ. 1977 แบบสอบถามนี้เป็นการวัดระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ มีจำนวน 20 ข้อ เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Mothers' Information Needs Instrument I (MINI I) ของ Stinson และ McKeever (1995) มีจำนวน 34 ข้อ เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.87

5. แบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Mothers' Information Needs Instrument II (MINI II) ของ Stinson และ McKeever (1995) มีจำนวน 32 ข้อ เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ผลการวิจัย มีดังนี้

1. การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.180, p > .05$)
2. ความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของบิดามารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.273, p < .05$)

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและใช้สถิตินอนพาราเมตริกในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงถึงประชากรที่ศึกษาคือกลุ่มบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ 24-48 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจเพิ่มเติมในข้อที่บิดามารดามีความเข้าใจน้อย ได้แก่ พฤติกรรมที่อาจเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัดหัวใจ การปฏิบัติตัวสัณให้ยานุตรและถ้านุตรอาเจียนทันทีหลังให้ยา ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และลักษณะและปริมาณของเหลวที่ไหลออกจากท่อระบายเลือดและลมบริเวณทรวงอก เพื่อช่วยให้บิดามารดาสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจได้
2. ควรมีการประเมินความเข้าใจของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจว่าไม่เข้าใจข้อมูลใดบ้าง และควรให้รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลเหล่านั้นเพิ่มเติม เพื่อช่วยให้บิดามารดามีความเข้าใจข้อมูลมากขึ้น และอาจช่วยให้ความวิตกกังวลของบิดามารดาลดน้อยลง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล เนื่องจากข้อคำถามบางข้อ เป็นข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจยาก ดังนั้นควรปรับภาษาในข้อคำถามบางข้อให้เข้าใจง่ายขึ้น
2. ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้มาพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจต่อไป

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED IMPORTANCE OF INFORMATION, UNDERSTANDING OF INFORMATION AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN IN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY

ปณัฏฐา แก้วเปรม 5137205 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์, Ph.D. (NURSING), สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง, ประ.ด. (การพยาบาล)

บทสรุปแบบสมบูรณ์

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในเด็ก มีอุบัติการณ์ของโรคนี้ประมาณ 8 ใน 1,000 คน (สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์, 2545) และมากกว่า 80% ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด (วิชัย เบญจชลมาศ, 2543) จากสถิติการผ่าตัดหัวใจของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ในปี พ.ศ. 2553, 2554, และ 2555 มีผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 259, 267, และ 257 ราย ตามลำดับ (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2556) โดยการผ่าตัดที่ผู้ป่วยเด็กได้รับ อาจเป็นการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจทั้งหมด หรืออาจเป็นการผ่าตัดแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการหรือลดความรุนแรงของโรค ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดและความซับซ้อนของความผิดปกติของหัวใจที่ตรวจพบในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งปัจจุบันการผ่าตัดหัวใจสามารถทำได้มากขึ้น และผลของการผ่าตัดส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

หลังผ่าตัดหัวใจในช่วงแรก ผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก เพื่อติดตามอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เช่น การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดจำนวนมาก (bleeding) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อย (low cardiac output) ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (cardiac arrhythmia) ภาวะหัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade) เป็นต้น โดยอาจเกิดขึ้น ภายใน 24-

48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และต้องได้รับการแก้ไขอย่างรีบด่วน มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ ดังนั้น ในระยะนี้ ผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องแยกจากบิดามารดา นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การนอนนิ่ง ไม่รู้สึกตัวจากการได้รับยาต่างๆ การมีท่อระบายเลือดและลมออกจากช่องอก เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้นได้ (Leventis, Verslious-Dan Bierman, Witenberg, Rogers, & Hess, 2001; Menahem, Poulakis, & Prior, 2008; Purcell, 1996; Wray & Sensky, 2004) กานดา เลขาสิทธิ์ปัทมจิตร, อริยวรรณ อ่วมธานี, สุดา เลขาสิทธิ์ และณัฐพร โพสาล (2554) ศึกษาประสบการณ์ของบิดามารดาที่บุตรจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนผ่าตัด พบว่า บิดามารดาที่มีความรู้สึกลัวและวิตกกังวลจากการผ่าตัดหัวใจของบุตรในหลายๆเรื่อง เช่น กลัวว่าบุตรจะไม่รอดชีวิต กลัวว่าบุตรไม่ฟื้น ตื่นจากยาสลบ กลัวว่าบุตรจะไม่เหมือนเดิม เป็นต้น นอกจากนี้ Rogers และคณะ (1984) ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของมารดาผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัดหัวใจ (กลุ่มผ่าตัดหัวใจ) มารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ไม่ได้รับการผ่าตัด (กลุ่มผู้ป่วยใน) และมารดาที่พาเด็กมาตรวจที่คลินิกเด็ก (กลุ่มผู้ป่วยนอก) พบว่า ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มผ่าตัดหัวใจมีความเครียดไม่แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ แต่เมื่อวัดความเครียดของมารดาอีกครั้งในช่วงเวลา 7 วัน หลังผ่าตัด พบว่า มารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ มีความเครียดมากกว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มอื่นๆ จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าหลังจากที่บุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจ บิดามารดาจะมีความเครียดและความวิตกกังวลมาก

จากประสบการณ์ของผู้วิจัยมากกว่า 10 ปี ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะอยู่ในหอผู้ป่วยหนักประมาณ 1-7 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสภาพอาการของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย เมื่อผู้ป่วยเด็กพ้นจากระยะวิกฤตและมีอาการดีขึ้น แพทย์จะอนุญาตให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักและไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ และในระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเด็กบางรายอาจได้รับการให้ออกซิเจน มีสายน้ำเกลือ มีแผลผ่าตัด หรือยังมีท่อระบายเลือดและลมออกจากช่องอก เป็นต้น จากการสังเกตของผู้วิจัย พบว่าหลังย้ายผู้ป่วยเด็กออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญประมาณ 1-2 วัน บิดามารดาบางคนกลับมาสอบถามพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งแสดงว่า บิดามารดาอาจมีความวิตกกังวลเกิดขึ้นหลังย้ายผู้ป่วยเด็กออกจากหอผู้ป่วยหนัก ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Leith (1999) ที่พบว่า การย้ายผู้ป่วยผู้ใหญ่ออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผู้ใหญ่และครอบครัวจะเพิ่มขึ้นเมื่อย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ (Coyle, 2001) ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากการขาดข้อมูลและการเตรียมความพร้อมต่อการย้าย จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน ไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ใน

อนาคตได้ รวมทั้งขาดความมั่นใจในความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ (Burr, 1998; Chaboyer, James, & Kendall, 2005; Cutler & Garner, 1995; Hall-Smith, Ball, & Coakley, 1997; Leith, 1999) นอกจากนี้ในการพูดคุยกับบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจพบว่า บิดามารดามีความกลัว วิตกกังวลและไม่กล้าให้การดูแลบุตร โดยเรื่องที่บิดามารดาวิตกกังวลได้แก่อาการปวดแผลผ่าตัด การร้องไห้ การไม่ยอมนอนของบุตร การหายใจ และการให้ยา เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pinelli (1981) ที่ศึกษาความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลบุตรที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยการสัมภาษณ์มารดาจำนวน 10 คน พบว่า มารดามีความวิตกกังวลในเรื่องโรคหัวใจและการผ่าตัดของบุตร ยา อาหาร น้ำหนักของบุตร การร้องไห้ของบุตร และการดูแลเด็กทั่วไป ดังนั้นจะเห็นได้ว่าข้อมูลเป็นสิ่งที่บิดามารดารับรู้ว่ามีสำคัญและต้องการมากที่สุดในระยะนี้ (Stinson & McKeever, 1995)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยในต่างประเทศเพียงเรื่องเดียว ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล ของมารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ คืองานวิจัยของ Stinson และ McKeever (1995) ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของมารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 30 คน ในระยะก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของมารดา พบว่า ก่อนออกจากโรงพยาบาล มารดามีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ อยู่ในระดับมากที่สุดถึง 26 ข้อ จากทั้งหมด 33 ข้อ ส่วนความเข้าใจข้อมูล พบว่า มารดามีความเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด 20 ข้อ จากทั้งหมด 33 ข้อ

ในปัจจุบันแม้ว่าโรงพยาบาลต่างๆ จะเน้นเรื่องการให้ข้อมูล แต่ข้อมูลที่ให้กับบิดามารดาผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่จะเป็นข้อมูลที่บุคลากรทางสุขภาพคิดว่าจำเป็นและมีความสำคัญต่อบิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ โดยขาดการประเมินการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล และความเข้าใจข้อมูลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจน้อยมาก รวมทั้งยังไม่พบว่ามี การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาว่า บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ มีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และมีความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด รวมทั้งมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อที่จะนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้ในการพัฒนาการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น เพื่อช่วยให้บิดามารดามี

ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจได้ และอาจจะทำให้ความวิตกกังวลลดน้อยลง

คำถามการวิจัย

1. บิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ มีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลอย่างไร
2. บิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ มีความวิตกกังวลมากน้อยเพียงใด
3. การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจหรือไม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ
2. ความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษารุ่นนี้ได้้นำแนวคิดเกี่ยวกับ ความเครียด (stress) การประเมิน (appraisal) และการเผชิญความเครียด (coping) ของ Lazarus และ Folkman (1984) ที่กล่าวว่า ความเครียด เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน เมื่อบุคคลเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิต จะมีการใช้กระบวนการทางความคิด (cognitive appraisal) ในการประเมินขั้นปฐมภูมิ (primary appraisal) ว่าสถานการณ์เหล่านั้นไม่เกี่ยวข้อง หรือไม่ก่อให้เกิดผลดีผลเสียกับตน (irrelevant) ก่อให้เกิดผลดี (benign positive) หรือก่อให้เกิดความเครียด (stressful) เมื่อบุคคลประเมินว่าสถานการณ์ที่เผชิญก่อให้เกิดความเครียด จะมีการประเมินว่าเป็นอันตรายหรือทำให้เกิดความสูญเสีย (harm & loss) คุกคาม (threat) หรือเป็นสิ่งที่ท้าทาย (challenge) ที่คาดว่าจะจัดการหรือควบคุมสถานการณ์ที่เผชิญได้ ซึ่งในการประเมินขั้นปฐมภูมินี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการประเมิน คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์ที่เผชิญ และ 2) ปัจจัยด้านสถานการณ์เฉพาะหน้า ได้แก่ ความแปลกใหม่ของเหตุการณ์ ความไม่แน่นอนในเหตุการณ์ เมื่อบุคคลประเมินสถานการณ์ขณะเผชิญว่าคุกคามต่อตนเองแล้ว จะประเมินขั้นทุติยภูมิ (secondary appraisal) ซึ่งเป็นการประเมินศักยภาพความสามารถของตน ได้แก่ ความสามารถของร่างกายและอารมณ์ในการตอบสนองต่อความเครียด และแหล่งประโยชน์ทางสังคม ได้แก่ การได้รับข้อมูลและคำแนะนำ แล้วจึงตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ในการลดระดับความเครียดให้น้อยลง บุคคลอาจตัดสินใจเลือกวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาหรือมุ่งปรับอารมณ์ของตนเองก็ได้ (Lazarus & Folkman, 1984) ซึ่งการประเมินในขั้นทุติยภูมินี้อาจเกิดหลังจากการประเมินขั้นปฐมภูมิหรืออาจเกิดขึ้นพร้อมกัน หากบุคคลได้ผ่านกระบวนการประเมินทั้งขั้นปฐมภูมิและขั้นทุติยภูมิแล้ว พิจารณาว่าอันตรายที่ตนเองได้รับนั้นยังคงอยู่ จะมีการประเมินซ้ำ (reappraisal) เนื่องจากได้รับข้อมูลใหม่จากสิ่งแวดล้อมหรือจากแหล่งข้อมูลอื่นเพิ่มเติม จะเห็นได้ว่าการประเมินสถานการณ์ของบุคคลเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เมื่อบุคคลสามารถเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม จะก่อให้เกิดการปรับตัวที่ดีส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจ และภาวะสุขภาพ (Lazarus & Folkman, 1984)

เมื่อบิดามารดาเผชิญกับสถานการณ์การย้ายผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญ ร่วมกับการที่ตนเองต้องให้การดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นนี้ บิดามารดาจะมีการประเมินในขั้นปฐมภูมิ โดยการประเมินความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ว่าเป็นการคุกคามต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ หากประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญนั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพของตน จะทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด ซึ่งแสดงออกด้วยความวิตกกังวล

บิดามารดาจะประเมินขั้นทุติยภูมิ โดยประเมินถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เต็มกำลังความสามารถ พร้อมทั้งพยายามที่จะเผชิญกับความเครียดเพื่อลดความวิตกกังวลนั้น โดยการมุ่งแก้ไขปัญหาและจัดการกับอารมณ์ที่เป็นทุกข์ ด้วยวิธีการหลากหลายที่ขึ้นกับปัจจัยต่างๆและแหล่งประโยชน์ของบุคคล รวมทั้งการประเมินเหตุการณ์ใหม่ เมื่อบุคคลได้รับข้อมูลใหม่จะเกิดความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ดังนั้นถ้าบิดามารดาให้ความสนใจข้อมูลที่ดี ก็จะสามารถนำข้อมูลมาจัดการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลน้อยลง (Lazarus & Folkman, 1984) ในขณะเดียวกันหากบิดามารดาขาดความรู้ความเข้าใจข้อมูล ก็อาจจะไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการจัดการแก้ไขปัญหาได้ ส่งผลให้มีความเครียดและความวิตกกังวลเกิดขึ้นได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังได้รับการผ่าตัดหัวใจ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักพื้นที่หอผู้ป่วยสามัญของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็ก และมีอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักมาที่หอผู้ป่วยสามัญตั้งแต่ 24-48 ชั่วโมง 3) สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช จากการสอบถามประวัติการเจ็บป่วยและยาที่รับประทานเป็นประจำ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง คือ งานวิจัยของ ชลลดา จันทร์ขาว (2541) ซึ่งมีขนาดอิทธิพลขนาดกลาง ผู้วิจัยจึงคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้อำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Moderate effect size, $r = .30$) เมื่อนำไปเปิดตารางสำเร็จรูปของ Cohen (1992, p. 158) ได้ขนาด

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย แต่หลังจากผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2555 ถึงเดือนเมษายน 2556 เป็นระยะเวลา 6 เดือน สามารถเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ทั้งหมด 64 ราย เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการศึกษาตามระเบียบข้อบังคับของหลักสูตร และไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบได้ จึงปรับลดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็น 64 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา จำนวน 6 ข้อ และแบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก จำนวน 9 ข้อ
2. แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory Form Y-1) (SAI) ของบุญเพียร จันทิมา และคณะ (2544) ซึ่งแปลมาจากแบบวัดความวิตกกังวลของ Spielberg และคณะ ที่สร้างในปีค.ศ. 1977 จำนวน 20 ข้อ
3. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Mothers' Information Needs Instrument I (MINI I) ของ Stinson และ McKeever (1995) จำนวน 34 ข้อ
4. แบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Mothers' Information Needs Instrument II (MINI II) ของ Stinson และ McKeever (1995) จำนวน 32 ข้อ

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย หาความเชื่อมั่นแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.86 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.93 และแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค = 0.92 และเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยได้หาความเชื่อมั่นกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 ราย อีกครั้งหนึ่ง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (SAI) = 0.86 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล = 0.87 และแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล = 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ดังนี้

1. ขอให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วย เป็นผู้ทบทวนและสอบถามความสนใจของบิดามารดา ในการรับฟังข้อมูลการวิจัย หลังจากบิดามารดาสนใจรับฟังข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยจึงแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยให้บิดามารดาอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจะอธิบายเพิ่มเติม

2. เมื่อบิดามารดาผู้ป่วยเด็กยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ และจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งในบริเวณที่จัดเตรียมไว้ให้ได้อย่างเป็นส่วนตัว เพื่อตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ซึ่งในขณะที่บิดามารดาตอบแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยขอให้เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กให้แทน ในกรณีที่ผู้ป่วยเด็กต้องอยู่เพียงลำพัง

3. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อน เนื่องจากแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญเป็นแบบสอบถามที่วัดสถานการณ์ต่างๆ ดังนั้นหากสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลก่อน ก็อาจจะมีผลต่อคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ ซึ่งใช้เวลาประมาณ 10 นาที

4. ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา และผู้ป่วยเด็ก ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5 นาที และแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลจนครบ 34 ข้อ แล้วจึงสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างต่อ ตามแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล โดยในการสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลนั้น ผู้วิจัยมีการปรับคำพูดให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่าย แต่ยังคงสื่อความหมายของข้อความในแต่ละข้อตามเดิม ซึ่งใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง หลังจากนั้น บันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งใช้เวลาประมาณ 5 นาที รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 1 ชั่วโมง 20 นาที

5. ผู้วิจัยตรวจให้คะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจข้อมูลในเรื่องใด ผู้วิจัยจะอธิบายและให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับกลุ่มตัวอย่างทันที และตรวจให้คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ หากพบว่าคะแนนอยู่ระหว่าง 61-80 คะแนน แสดงว่า บิดามารดาที่มีความวิตกกังวลสูง ผู้วิจัยจะรายงานให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทราบทันที เพื่อดำเนินการช่วยเหลือและส่งต่อพยาบาลที่ให้คำปรึกษาหรือจิตแพทย์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา โดยในเบื้องต้นวางแผนว่าจะใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ผู้วิจัยจึงทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และพบว่าไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผู้วิจัยจึงใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) แทน เนื่องจากกรณีที่ข้อมูลมีลักษณะการกระจายตัวแบบไม่ปกติ สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) จะสามารถวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงถึง 91 % (Burns & Grove, 2005)

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 ราย ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.3) เป็นมารดา โดยร้อยละ 48.4 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 85.9) ร้อยละ 29.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 37.5 มีอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 35.9 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 39.1 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 -10,000 บาท/เดือน สำหรับแหล่งสนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก พบว่า ร้อยละ 57.8 มีบุคคลที่จะพูดคุยปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย และร้อยละ 40.6 มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและขอคำปรึกษา ในขณะที่ร้อยละ 59.4 ไม่มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและขอคำปรึกษาได้

1.2 ผู้ป่วยเด็ก จำนวน 64 ราย ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นเพศชาย (ร้อยละ 53.1) และร้อยละ 46.9 เป็นเพศหญิง โดยครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และร้อยละ 54.7 เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว สำหรับชนิดของการผ่าตัดหัวใจ พบว่า ร้อยละ 73.4 ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.9) ได้รับการผ่าตัดหัวใจเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.9) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักนาน 1-15 วัน และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 67.2) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญตั้งแต่ 24-36 ชั่วโมง

2. การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในระดับมาก (Mean=128.36, SD=6.68) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลในระดับปานกลาง (Mean=95.88,

SD=16.84) สำหรับคะแนนความวิตกกังวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความวิตกกังวลในระดับปานกลาง (Mean=46.19, SD=9.46) นอกจากนี้คะแนนรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลทุกด้าน ได้แก่ ด้านผลจากการผ่าตัดหัวใจ (Mean = 14.70 VS 10.75) ด้านการใช้ยา (Mean = 22.92 VS 17.22) ด้านการสังเกตอาการผิดปกติ (Mean = 26.88 VS 19.90) ด้านการป้องกันการติดเชื้อ (Mean = 18.48 VS 16.69) และด้านการดูแลทั่วไป (Mean = 30.33 VS 23.81) สำหรับคะแนนรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลอยู่ในระดับมากทุกข้อ (Mean = 3.41-3.98) และกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลในระดับมาก (Mean = 3.27-3.81) รวม 11 ข้อ คือ ข้อ 5, 6, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 27, 31, และ 32 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลในระดับปานกลาง (Mean = 2.52-3.23) รวม 16 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 7, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 23, 25, 26, 28, 29 และ 30 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลในระดับน้อย (Mean = 1.84-2.48) รวม 5 ข้อ คือ ข้อ 4, 8, 9, 10, และ 14

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา พบว่า การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.180, p > .05$) และความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.273, p < .05$)

การอภิปรายผล

ในการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในระดับมาก (Mean=128.36, SD=6.68) โดยเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลอยู่ในระดับมากทุกข้อ (Mean = 3.41-3.98) และเมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมาเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลของบิดามารดาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมากกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=95.88, SD=16.84) โดยเมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลรายข้ออยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.52-3.23) จำนวน 16 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 7, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 23, 25, 26, 28, 29 และ 30 สำหรับความวิตกกังวล

ของบิดามารดา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความวิตกกังวลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 46.19, SD = 9.46)

สมมติฐานที่ 1 การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลกับความวิตกกังวลของบิดามารดา ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน พบว่า การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = 0.180, p > .05$) ซึ่งไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อนี้ แสดงว่า บิดามารดาที่มีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมากอาจจะมี ความวิตกกังวลมากหรือน้อยก็ได้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในลักษณะที่มีความเป็นเอกพันธ์สูง (Homogeneous) โดยดูได้จากค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลโดยรวมและรายด้านที่อยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลรายข้อที่อยู่ในระดับมากทุกข้อ และเมื่อพิจารณาจาก Scatter plot ในการหาความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลกับความวิตกกังวล พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีขนาดเล็ก ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าตัวเลขจากการคำนวณที่ประมาณได้ จำนวน 85 ราย เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการศึกษาตามระเบียบข้อบังคับของหลักสูตร และไม่สามารถดำเนินการเก็บข้อมูลจนครบได้ จึงปรับลดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็น 64 ราย ดังนั้นจึงอาจทำให้อำนาจในการทดสอบไม่เพียงพอที่จะทำให้พบหลักฐานที่สนับสนุนสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัยครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลรายข้ออยู่ในระดับมากทุกข้อ สอดคล้องกับหลักฐานในงานวิจัยของ Stinson และ McKeever (1995) ที่ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของมารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 30 คน ในระยะก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มารดามีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจอยู่ในระดับมากที่สุดถึง 26 ข้อ จากทั้งหมด 33 ข้อ ทั้งก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณค่าข้อมูลมีความสำคัญมากเกือบทุกข้อ ซึ่งอาจทำให้บิดามารดา มีความสนใจที่จะเรียนรู้ข้อมูลเหล่านี้ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ

สมมติฐานที่ 2 ความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจข้อมูลกับความวิตกกังวลของบิดามารดา ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน พบว่า ความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.273, p < .05$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานนี้ แสดงว่า บิดามารดาที่มีความเข้าใจข้อมูลน้อย จะมีความวิตกกังวลมาก ในขณะที่บิดามารดาที่มีความเข้าใจข้อมูลมาก จะมีความวิตกกังวลน้อย สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบิดามารดาเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บิดามารดาจะมีการประเมินในขั้นปฐมภูมิ โดยการประเมินความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ว่าเป็นการคุกคามต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ หากประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญนั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพของตน และทำให้บิดามารดาเกิดความเครียด ซึ่งแสดงออกด้วยความวิตกกังวล บิดามารดาจะประเมินขั้นทุติยภูมิ โดยประเมินถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เต็มกำลังความสามารถ ซึ่งถ้าบิดามารดามีความรู้ความเข้าใจข้อมูลที่ดี ก็จะสามารถนำข้อมูลมาจัดการแก้ไขปัญหาลง ส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลน้อยลง ในขณะที่เดียวกันบิดามารดาที่ขาดความรู้ความเข้าใจข้อมูล ก็จะไม่สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการจัดการแก้ไขปัญหาลง ส่งผลให้มีความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้น ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Beckie (1989) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ทางโทรศัพท์ต่อระดับความรู้และระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระหว่าง 6 สัปดาห์แรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล จำนวน 74 คน และในงานวิจัยนี้มีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับความวิตกกังวลร่วมด้วย โดยพบว่า ระดับความรู้มีความสัมพันธ์ทางลบ ($r = -0.71, p < .05$) กับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะพบว่า ความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.273, p < .05$) แต่ก็เป็นการสัมพันธ์กันในระดับต่ำ ดังนั้น จึงน่าจะมีการศึกษาความเข้าใจข้อมูลซ้ำ และจากการวิเคราะห์ความเข้าใจข้อมูลรายข้อ ยังพบว่า มีข้อมูลที่กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจน้อย ได้แก่ ข้อ 4. พฤติกรรมที่อาจเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัดหัวใจ ข้อ 8. การปฏิบัติถ้าลืมให้ยาบุตร ข้อ 9. การปฏิบัติถ้าบุตรอาเจียนทันทีหลังให้ยา ข้อ 10. ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และ ข้อ 14. ลักษณะและปริมาณของเหลวที่ไหลออกจากท่อระบายเลือดและลมบริเวณทรวงอก ดังนั้นควรมีการให้ข้อมูลเหล่านี้เพิ่มเติมกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อที่จะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเพิ่มขึ้น สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลและอาจช่วยให้ความวิตกกังวลลดน้อยลง นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูลให้มีความชัดเจนมากขึ้น เนื่องจากแบบสัมภาษณ์นี้เป็นเครื่องมือใหม่ที่ดัดแปลงมาจากต้นฉบับเดิม ซึ่ง

ข้อความบางข้อเป็นประโยชน์บอกเล่า และบางข้อเป็นประโยคคำถาม เมื่อผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่เข้าใจข้อความบางข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 3, 4, 15 และ 25 ซึ่งผู้วิจัยต้องอธิบายข้อความนั้นซ้ำ

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กและใช้สถิติอนพาราเมตริกในการวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัยจึงอาจมีข้อจำกัดในการนำไปใช้อ้างอิงถึงประชากรที่ศึกษาคือกลุ่มบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ 24-48 ชั่วโมง

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจเพิ่มเติมในข้อที่บิดามารดาให้ความสนใจน้อย ได้แก่ พฤติกรรมที่อาจเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัดหัวใจ การปฏิบัติถ้าลืมให้ยาบุตรและถ้าบุตรอาเจียนทันทีหลังให้ยา ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และลักษณะและปริมาณของเหลวที่ไหลออกจากท่อระบายเลือดและลมบริเวณทรวงอก เพื่อช่วยให้บิดามารดาสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจได้
2. ควรมีการประเมินความเข้าใจของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจว่าไม่เข้าใจข้อมูลใดบ้าง และควรให้รายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลเหล่านั้นเพิ่มเติม เพื่อช่วยให้บิดามารดาให้ความสนใจข้อมูลมากขึ้น และอาจช่วยให้ความวิตกกังวลของบิดามารดาลดน้อยลง

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล เนื่องจากข้อความบางข้อ เป็นข้อความที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจยาก ดังนั้นควรปรับภาษาในข้อความบางข้อให้เข้าใจง่ายขึ้น
2. ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้มาพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจต่อไป

THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED IMPORTANCE OF INFORMATION, UNDERSTANDING OF INFORMATION, AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN IN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY

PANATDA KAEWPRAM 5137205 NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: WANLAYA THAMPANICHAWAT, Ph.D. (NURSING), SUDAPORN PAYAKKARAUNG, Ph.D. (NURSING)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Study

Congenital heart disease is one of the common chronic diseases in children occurring in approximately eight of one thousand children (Sopontammarak, 2002) while over 80 percent of patients with this disease require surgical treatment (Benjachonlamat, 2000). According to the cardiac surgery statistics of Queen Sirikit National Institute of Child Health of 2010, 2011 and 2012, the numbers of pediatric patients received cardiac surgery were 259, 267 and 257 respectively (Society of Thoracic Surgeons of Thailand, 2013). The surgeries might have been performed to correct total heart abnormality, relieve symptoms or reduce disease severity depending upon the types and complexity of heart anomalies detected in pediatric patients. Cardiac surgery can now be performed in more patients and most of the surgeries result in improved outcomes and symptoms among patients.

In the early period after cardiac surgery, pediatric patients need to be treated in intensive care units to closely monitor symptoms and complications such as bleeding, low cardiac output, cardiac arrhythmia, cardiac tamponade. These complications may occur during the first twenty-four to forty-eight postoperative hours and need to be urgently corrected to save patients' lives. During this period,

therefore, pediatric patients need to be separated from their parents. Parents may be anxious and distress to see their children intubated, lying still, or unconscious from medications and have chest drains (Leventis, Verslius-Dan Bierman, Witenberg, Rogers, & Hess, 2001; Menahem, Poulakis, & Prior, 2008; Purcell, 1996; Wray & Sensky, 2004). Lauhasilsomjits, Oumtane, Lauhsattana and Phaisal (2011) studied the experience of parents whose their children had open heart surgery and found that parents were worried and anxious about the surgery of their children such as fear of death, fear of not recovery from anesthesia, fear of recovery with complications. Furthermore, the study of Rogers and colleagues (1984) compared stress of mothers of pediatric patients before cardiac surgery (cardiac surgery group), mothers of pediatric patients who received treatment in hospitals but did not receive surgery (in-patient group) and mothers who brought children for examinations at the Children's Clinic (out-patient group). It was found that mothers of pediatric patients in the cardiac surgery group had stress with no difference from other groups on the first day of receiving treatment in hospitals. However, in the cardiac surgery group, mothers' stress at the 7th day after surgery was found to be higher than that of other groups. From the above studies, it can be noted that parents were very anxious and distress after their children had heart surgery.

From more than ten years of experience in providing care for pediatric patients undergoing cardiac surgery, the researcher found that most pediatric patients had to stay in the intensive care unit for approximately one to seven days, depending on the conditions and symptoms of each patient. Once pediatric patients have passed the critical stage with improved symptoms, doctors will discharge patients to general pediatric wards for recovery. During this period, some pediatric patients may still receive oxygen and intravenous fluids, and have surgical incisions or chest drains. According to the researcher's observations, some parents return to inquire about how to care for their children after they have been transferred to the general ward for 1-2 days, thereby indicating that transfer of pediatric patients from intensive care units may cause parental anxiety. This concurs with the study of Leith (1999) who found transfers of adult patients from intensive care units to general wards to be a factor causing stress among family members. The finding also concurs with the study of Coyle (2001) who found that anxiety among adult patients and families increased

when patients were transferred from intensive care units to general wards. This might due to the reason that there were no proper preparation for the transfer. It caused the family to be uncertainty and could not anticipate what to expect and had no confidence to take care of their children in the general wards (Burr, 1998; Chaboyer, James, & Kendall, 2005; Cutler & Garner, 1995; Hall-Smith, Ball, & Coakley, 1997; Leith, 1999). From talking to the parents of pediatric patients, it was found that parents suffered fear, anxiety, and worry about caring for their children. Their anxiety related to children's pain from surgical incisions, crying, refusal to sleep, breathing and taking medication. This finding was consistent with Pinelli (1981) who studied maternal anxiety in the postoperative care of children with congenital heart disease by interviewing ten mothers and found mothers to have anxiety regarding heart disease and their children's surgery, medications, food, weight, crying and general childcare. This indicated that parents of postoperative pediatric patients suffered anxiety and might have needed more information to help them gain more knowledge and understanding and be able to use it in the postoperative care of pediatric patients during recovery (Stinson & McKeever, 1995)

According to the literature review, there was a study regarding the information needs of parents of postoperative pediatric patients. For studies conducted abroad, Stinson and McKeever (1995) conducted a study to compare the information needs of thirty mothers of postoperative pediatric patients before and after hospital discharge using a mothers' information needs interview form created by the researchers to assess the perceived importance of information and the understanding levels of the mothers using the same interview form with thirty-three questions. Before hospital discharge, the mothers were found to have perceived importance of information in the postoperative care of cardiac surgery patients to the highest level for twenty-six out of total 33 questions. The understanding of information reached the highest levels for 20 out of total 33 questions.

At present, even though many hospitals place more emphasis on giving more information but most of the information given to parents of post-cardiac surgery pediatric patients were not based on how well the perception of information and the understanding of the parents were. From the literature review, there were few studies regarding the perceived importance of information, the understanding of information

and the anxiety of parents of postoperative pediatric patients. There were no study regarding the relationship between the perceived importance of information, the understanding of information with the anxiety of parents of postoperative pediatric patients. Thus, the researcher was interested in studying how parents of postoperative pediatric patients perceived the importance of information, and how they understood the information and how much the level of anxiety was as well as the relationships between those factors. The findings of this study can be used to help develop more effective information to help parents gain more understanding in caring pediatric patients in the recovery phase after cardiac surgery and this could ease their anxiety.

Research Questions

1. What are the perceived importance of information and understanding of information among parents of pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery?
2. What is the extent of parental anxiety of pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery?
3. Are the perceived importance of information and understanding of information related to parental anxiety of pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery?

Objectives

1. To study the perceived importance of information and understanding of information of parents of pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery.
2. To study the level of parental anxiety of pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery.
3. To study the relationships between the perceived importance of information, and understanding of information with parental anxiety of pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery.

Hypotheses

1. The perceived importance of information is related to parental anxiety of pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery.
2. Understanding of information is related to parental anxiety of pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery.

Conceptual Framework

This study was based on Lazarus and Folkman's (1984) theoretical framework on stress, appraisal and coping. This framework explains stress in the form of interpersonal relationships and environments influencing one another. In situations where the person is required to confront problems or any change, the person will conduct the cognitive appraisal in a primary appraisal of the incident's importance and severity in terms of the person's welfare. The person may evaluate the incident's importance and severity as irrelevant, benignly positive or stressful in terms of the following three characteristics: 1) Harm and loss, 2) Threat and 3) Challenge that they can manage or control the situation. For this primary appraisal, the factors for the evaluation of the situation are 1) Personal factor which are the recognition and the experience about the confront problem, 2) The confront problem characteristics which are the new experience of the situation, and the uncertainty of the situation. When person considers that there are problem occurred with them, then they take the secondary appraisal which is the appraisal of oneself's capability to confront the problem including the physical and mental ability to cope with the stress, and public information usage including to get information/ suggestion and make decision to choose the method to cope with the problem to reduce stress. Person can choose to ease the stress by coping with the problem directly to resolve it or just to make adjustment to their own mental characteristic to calm down and ease the stress (Lazarus & Folkman, 1984) which this kind of secondary appraisal may activate later or at the same time as the primary appraisal. The person who has both appraisals and considers that the challenging situation is still harmful, they may take the reappraisal because of getting new information from the environment or the other resources. We can see that how the person appraise the situation may be continuity and change over

time, when person choose an appropriate method of coping, the result has adjustment as well and affect to social activity, morale, and health (Lazarus & Folkman, 1984).

When the parents experienced the transfer of pediatric patients in recovery period after cardiac surgery from the Pediatric Intensive Care Unit to the general ward together with the event that they had to care for the pediatric patients during this recovery period, they would have tendency to take the primary appraisal whether the situation were important and severe enough to be harmful or not. If they assessed that the situation was harmful, they may react with anxious feeling. They would take the secondary appraisal by trying to use the useful information which they could find with their attempt to cope with the situation and trying to reduce stress by solving the problem and managing their emotions with various means depending on their resources. When the persons can get proper information, they may gain more understanding of the situation. If the parents can get adequate information about the situation, they may have better understanding, and use it to manage the situation that will lead to less stress (Lazarus & Folkman, 1984). On the other hand, if the parents can not get adequate information they may have more stress.

Research Methodology

This study was a descriptive study to investigate the perceived importance of information, understanding of information, and parental anxiety and to examine the relationships between the perceived importance of information, understanding of information, and parental anxiety of pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery.

Population and Sample

The sample for this study was composed of parents of postoperative pediatric patients diagnosed with congenital heart disease who were transferred from intensive care units for recovery at general wards of Queen Sirikit National Institute of Child Health. Participants were selected by convenience sampling with the following inclusion criteria: 1) Fathers or mothers of pediatric patients aged more than eighteen

years 2) Primary caregivers of pediatric patients transferred from intensive care units to general wards for twenty-four hours to forty-eight hours; 3) Be able to understand, speak, and read Thai. The exclusion criteria consisted of history of psychiatric disorders by inquiring about illness history and regularly taken medications.

Sample Size

The moderate effect size of a similar study conducted by Jankao (1998) was used for this study. Therefore, the researcher calculated the sample size by using power of test at .80, statistical significance at .05 and moderate effect size. According to Cohen's table (1992, p. 158), a sample size of eighty-five subjects should be used. However, after the researcher had collected data from November 2012 to April 2013 for a period of six months, the researcher was able to collect data from a total of sixty-four subjects. Due to time constraint by course regulations, the researcher was unable to collect data completely as planned. Therefore, the researcher reduced the sample size for this study to sixty-four subjects.

Instrumentation

1. The demographic data interview form for the parents contained 6 items and the form for recording pediatric patient data contained 9 items.
2. The State Anxiety Inventory Form Y-1 (SAI) of Chanwatana and colleagues (2001) which was translated from The State Anxiety Inventory of Spielberger and colleagues created in 1977 containing 20 items.
3. The Perceived Importance of Information Interview Form was an interview form to assess the perceived importance of information of parents in care of pediatric patients after cardiac surgery. It was modified by the researcher from Mothers' Information Needs Instrument I (MINI I) of Stinson and McKeever (1995) containing 34 items.
4. Understanding of Information Interview Form was an interview form to assess the understanding of information of parents in care of pediatric patients after cardiac surgery. It was modified by the researcher from Mothers' Information Needs Instrument II (MINI II) of Stinson and McKeever (1995) containing 32 items.

The Perceived Importance of Information Interview Form and Understanding of Information Interview Form were tested for content validity by a panel of three qualified experts before they were tried out with twenty subjects. SAI was determined for reliability and obtained a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.86. The Perceived Importance of Information Interview Form obtained Cronbach's Alpha Coefficient of 0.93 and Understanding of Information Interview Form obtained Cronbach's Alpha Coefficient of 0.92. After the study was completed, the researcher determined reliability with the sample of sixty-four subjects once again and obtained a Cronbach's Alpha Coefficient of 0.86 for SAI, 0.87 for The Perceived Importance of Information Interview Form, and 0.94 for Understanding of Information Interview Form.

Data Collection

This study was approved by Institutional Review Board, Faculty of Nursing, Mahidol University and Research Ethic Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health. The researcher collected data by herself as follows:

1. The researcher requested the nurses worked at the patients' wards to inquire about the parents' interest in learning more about the research project. Once parents were interested in learning more about the research project, the researcher introduced herself, explained the research objectives, procedures, data collection period and human subjects protection. The researcher asked parents to read participant information sheet. The researcher provided further explanation when parents had questions.

2. When parents of pediatric patients expressed willingness to participate in the research project, the researcher requested the parents to sign informed consent form and arranged for the parents to sit in private areas to complete questionnaires and interview forms. While the parents completed the questionnaires and interview forms, the researcher requested the nursing staff to care for the pediatric patients if they had to be alone.

3. The researcher asked the parents to complete the SAI first because the SAI was very sensitive to many situations. Therefore, if the interviews on the

perceived importance of information and understanding of information were first conducted, it might have affected on SAI scores. The SAI took approximately ten minutes.

4. The researcher interviewed the sample with the demographic data interview forms for parents and pediatric patients, spending approximately five minutes and with the Perceived Importance of Information Interview Form until the parents had answered all thirty-four questions before continuing to interview the sample with Understanding of Information Interview Form. When using these two interview forms, the researcher revised wording for the sample to be easily understood but maintained the same meaning of each item, spending a period of approximately one hour. The researcher then recorded the data from the pediatric patient medical record in approximately five minutes for a total period of one hour and twenty minutes.

5. The researcher then checked the perceived importance of information scores and understanding of information scores. When the parents were found to misunderstand any information, the researcher immediately explained and provided accurate data for the sample. In addition, SAI scores were also checked. If the parents were found to have a score range of 61 – 80 points indicating high anxiety, the researcher immediately reported to the head of the patients' ward to provide assistance and referred the parents to consultant nurses or psychologists.

Data Analysis

Data was analyzed using a computer program package with statistical significance set at .05 by frequencies, percentages, mean and standard deviation. Initially, the researcher planned to analyze the relationships between perceived importance of information, understanding of information and parental anxiety by using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. However, after the assumptions of Pearson's Product Moment Correlation was tested. It was found that the assumptions of Pearson's Product Moment Correlation was not met. Thus, the researcher decided to use Spearman's Rank Correlation instead because when the data were not normally

distributed, the Spearman's Rank Correlation can analyze the inter-variable relationship effectively with the efficiency of 91% (Burns & Grove, 2005).

Results

1. Characteristics of the sample

1.1 The sample comprised sixty-four subjects, most of whom (81.3%) were mothers and 48.4% of the subjects aged twenty-one to thirty years. Most of the subjects were married (85.9%); 29.7% of the subjects had elementary and junior high school; 37.5% of the subjects worked as hired employees; 35.9% of the subjects were unemployed; 39.1% of the subjects had income of 5,001 – 10,000 baht/month. Concerning sources of information support for the care of pediatric patients, 57.8% of the subjects had persons who could be consulted when they had questions and 40.6% of the subjects had telephone numbers for contacting consultants while 59.4% of the subjects had no telephone numbers to contact consultants.

1.2 Of sixty-four pediatric patient subjects, approximately half were males (53.1%) and 46.9% were females. Half of the subjects (50%) aged younger than or equal to one year and 54.7% of the subjects had non-cyanotic congenital heart disease. Regarding types of cardiac surgery 73.4% of the subjects were found to have received open cardiac surgery and most (85.9%) had undergone open cardiac surgery for the first time. Most of the pediatric patients (85.9%) were treated in intensive care units for one to fifteen days and over half of the subjects (67.2%) were treated in general wards for twenty-four to thirty-six hours.

2. For perceived importance of information, understanding of information and parental anxiety, it was found that the sample had a high mean score on perceived importance of information (Mean = 128.36, SD = 6.68), and a moderate mean score on understanding of information (Mean = 95.88, SD = 16.84). For the anxiety scores, the sample had moderate mean anxiety scores (Mean = 46.19, SD = 9.46). Furthermore, the sample also had higher mean scores on perceived importance of information than on understanding of information in every area including the outcomes of the cardiac surgery (Mean = 14.70 VS 10.75), medication use (Mean = 22.92 VS 17.22), observation of abnormal symptoms (Mean = 26.88 VS 19.90), prevention of infection

(Mean = 18.48 VS 16.69) and general care (Mean = 30.33 VS 23.81). For scores of each item, the sample had mean scores on the perceived importance of information at high level for all items (Mean = 3.41-3.98) and the sample had mean scores of understanding of information at high level (Mean = 3.27-3.81) in a total of 11 items which were items number 5, 6, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 27, 31, and 32 and had mean scores of understanding of information in moderate levels (Mean = 2.52-3.23) in a total of 16 items which were items number 1, 2, 3, 7, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 23, 25, 26, 28, 29, and 30 and had mean scores at low levels (Mean = 1.84-2.48) in a total of 5 items which were number 4, 8, 9, 10 and 14.

3. The relationship between the perceived importance of information, understanding of information and parental anxiety. The perceived importance of information was found to be related to parental anxiety without statistical significance ($r_s = 0.180$, $p > .05$) and understanding of information was found to be negatively related to parental anxiety at a low level with statistical significance ($r_s = -0.273$, $p < .05$).

Discussion

In this study, the sample had a high total mean score on perceived importance of information (Mean = 128.36, SD = 6.68). When considering the mean scores on perceived importance of information by each item, it was found that the sample had high mean scores on perceived importance of information for all items (Mean = 3.41-3.98). When comparing mean scores on the perceived importance of information with mean scores on understanding of information, it was found that mean scores on the perceived importance of information were higher than mean scores on understanding of information significantly ($p < .05$), while the sample had a moderate total mean score on understanding of information (Mean=95.88, SD=16.84). When considering mean scores on understanding of information by items, it was found that the sample had moderate mean scores on understanding of information (Mean = 2.52-3.23) in a total of 16 items which were items number 1, 2, 3, 7, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 23, 25, 26, 28, 29 and 30. For the anxiety of parents, it was found that the sample had a moderate mean score (Mean =46.19, SD =9.46)

Hypothesis 1: The perceived importance of information was related to parental anxiety of pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery.

According to the analysis of relationship between the perceived importance of information and parental anxiety with Spearman's Rank Correlation, perceived importance of information was found to be related to parental anxiety without statistical significance ($r_s = 0.180, p > .05$). It did not support this hypothesis and indicated that parents with high perceived importance of information might have high or low anxiety, possibly because the sample of this study was highly homogeneous on perceived importance of information scores which indicated by high mean scores on both the overall perceived importance of information and each subscales. When considering the Scatter Plot to determine a linear relationship between the perceived importance of information and anxiety, no linear relationship was found. Furthermore, the sample size of this study was smaller than the calculated sample size of eighty-five subjects because the researcher was able to collect data from sixty-four subjects over a period of six months in November 2012 – April 2013. Because of time constraints in compliance with the course regulations, the researcher was unable to collect all data. Therefore, the researcher reduced the sample size for this study to sixty-four subjects, which might have caused the power of the study to be insufficient for discovering evidence supporting the hypothesis with statistical significance.

According to the findings, the sample had high mean scores on the perceived importance of information by item. This finding was consistent with evidence in the study of Stinson and McKeever (1995) who investigated the perceived importance of information and understanding of information of thirty mothers of pediatric patients who underwent cardiac surgery before and after leaving the hospital and found mothers to have perceived importance of information in the care of pediatric patients after cardiac surgery at the highest level in twenty-six questions out of thirty-three questions. Therefore, these findings may show the sample to have good perceived importance of information by perceiving high importance of information for nearly every item, which may also create information needs in nearly every item.

Hypothesis 2: Understanding of information was related to parental anxiety of pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery

According to the analysis of relationship between understanding of information and parental anxiety with Spearman's Rank Correlation, understanding of information was found to be negatively related to parental anxiety at a low level with statistical significance ($r_s = -0.273$, $p < .05$), thereby supporting this hypothesis and showing parents with less understanding of information to have high anxiety while parents with more understanding of information will have low anxiety. This can be explained by the fact that parents with information needs will take the primary appraisal to verify the severity of the incident whether it's harmful or not and if it is harmful and caused the parents the stress, then the parents will take secondary appraisal to seek for any useful information. If parents can have adequate important information and understand it, it would help them to manage the situation and solve the problem. On the other hand, if parents could not manage to have adequate important information and understand it, they could not solve the problem, resulting in more stress. The aforementioned findings concurred with Beckie (1989) who studied the effects of telephone education on knowledge levels and anxiety levels of seventy-four patients who had underwent coronary artery bypass surgery during the first six weeks following hospital discharge. In this study, the researcher determined the relationships between knowledge and anxiety in addition to discovering knowledge to be negatively related ($r = -0.71$, $p < .05$) to patients' anxiety.

Even though this study revealed that understanding of information was found to be negatively related to parental anxiety at a low level with statistical significance ($r_s = -0.273$, $p < .05$), further studies should be replicated. The analysis on the understanding of information by items also found that the sample had less understanding in some items including no.4 the possible behavior changes following the cardiac surgery, no. 8 how to do if forgetting to give medicines, no. 9 how to do when children vomit after giving medications, no. 10 side-effects of medicines and no. 14 how to observe abnormal symptoms such as characteristics and amounts of fluids from the chest drain. Therefore, nurses should provide information on these issues where parents have less understanding so that they can use it in their caregiving which may help reduce their anxiety. Furthermore, there should be more development of

interview form to get more precise information, because this interview form in this study was modified from the original version. Some items were not clear whether it's a task to do or it's a question to answer. When the researcher used this interview form, some of the sample did not understand some items which were no. 1, 3, 4, 15 and 25, so the researcher needed to explain them in more details.

Limitations of the Study

Because this study had a small sample size and used nonparametric statistics in data analysis, the findings may have limitations in referring to the studied population of parents of pediatric patients after cardiac surgery and transfer from intensive care units to recover at the general ward for twenty-four to forty-eight hours.

Recommendations for Nursing Practice

1. Nurses should educate parents of pediatric patients in the recovery phase following cardiac surgery and transfer from intensive care units to recover at the general ward for twenty-four to forty-eight hours in medication administration such as forgetting to give medications to children, vomiting after giving medications and side-effects of medications along with the area of observing abnormal symptoms such as characteristics and amounts of fluids from the chest drain. In addition, nurses should develop models for providing information such as video media and computer media, etc.

2. There should be an assessment of the understanding of parents of the pediatric patients at the recovery period following the cardiac surgery, particularly what kind of information that they do not understand. More additional information should be given to help the parents to gain better understanding of the information that may reduce their stress.

Recommendations for Further Studies

1. There should be the development on the interview form of perceived importance of information and understanding of information. Because some questions are difficult to understand, there should be an adjustment for easy wording.
2. The information from this research should be used to develop informational intervention program for parents of the pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery.

รายการอ้างอิง

- กัญญา ทศนสุวรรณ. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบหัวใจและหลอดเลือด. ใน พรทิพย์ สิริบุรณัฒพัฒนา (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็กเล่ม 2* (หน้า 340-346). นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2555). *การใช้ SPSS for windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล*. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- กานดา เลาหศิริปัสมจิตร, อารีวรรณ อ่วมตานี, สุดา เล่าห์สัณณะ, และณัฐพร ไพศาล. (2554). ประสิทธิภาพของพ่อ/แม่ ที่ลูกได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(2), 106-116.
- กฤตย์วิกรม ดุรงค์พิศมย์กุล. (2554). การดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ. ค้นเมื่อ 6 พฤศจิกายน 2554, จาก http://www.pcsf.org/view_article.php?q_id=17&m=1&language=.
- ขนิษฐา ประสมศักดิ์. (2551). *ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุน ต่อความวิตกกังวลในบิดามารดาที่บุตรมีภาวะตัวเหลืองและได้รับการส่องไฟในระยะหลังคลอด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารกแรกเกิด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จริยา สายวารี และ วันดี ชูชาติ. (2550). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25(3), 179-184.
- จารุวรรณ สว่างศรี. (2544). *ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของบิดามารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฑารัตน์ มีสุขโข. (2540). *ความต้องการข้อมูลและการช่วยเหลือสนับสนุนของมารดาทารกคลอดก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชลลดา จันทร์ขาว. (2541). *ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลในหญิงที่มีการเจ็บครรภ์ก่อนกำหนด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลมารดาและทารก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ธนรัตน์ ulyangkur. (2549ก). Non-cyanotic congenital heart diseases. ใน ศิริสุกัลกษณ์ สิงคาลวณิช, ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน, สมจิต ศรีอุดมขจร, และสมใจ กาญจนางศ์กุล (บรรณาธิการ), *ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย* (หน้า 109-117). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- ธนรัตน์ ulyangkur. (2549ข). Cyanotic congenital heart diseases. ใน ศิริสุกัลกษณ์ สิงคาลวณิช, ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน, สมจิต ศรีอุดมขจร, และสมใจ กาญจนางศ์กุล (บรรณาธิการ), *ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย* (หน้า 119-133). กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- บุญชอบ พงษ์พานิชย์. (2539). การวินิจฉัยและการรักษาเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดชนิดเขียว. ใน วัชรระ จามจุรีรักษ์ (บรรณาธิการ), *โรคหัวใจเด็ก: ปัญหาและการรักษา* (หน้า 159-172) (ฉบับปรับปรุงใหม่). กรุงเทพฯ: ชัยเจริญ.
- บุญเพียร จันทวัฒนา, นงลักษณ์ จินตนาคิลก, พรทิพย์ อาปนกะพันธ์, วาสนา แฉล้มเขตร, และเมลินี เบอร์นาเดตี. (2544). ผลของการให้ข้อมูลเพื่อลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล. *วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์*, 1(2), 26-35.
- ปาริชาติ ศิลประเสริฐ. (2542). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลของบิดามารดาทารกแรกเกิดในหน่วยบำบัดวิกฤติทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพิศ เดชยศดี. (2550). ผลของการให้ข้อมูลในระยะเปลี่ยนผ่านออกจากหออภิบาลผู้ป่วยหนักเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยกลุ่มอาการโรคหลอดเลือดหัวใจเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ. (2554). โรคหัวใจแต่กำเนิด. ใน พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ และวิชัย เบญจชล มาศ (บรรณาธิการ), *Congenital heart disease: โรคหัวใจแต่กำเนิด* (หน้า 1-12). กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- พาณี พิบูลย์เวช. (2541). การเตรียมความพร้อมของมารดาหลังคลอดเพื่อลดความวิตกกังวลในการเยี่ยมบุตรที่เจ็บป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด. ใน บุญเพียร จันทวัฒนา, ฟองคำ ติลกสกุลชัย, บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี, และศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2* (หน้า 797-853). กรุงเทพฯ: ฟรี-วัน.
- วรรณวิมล คงสุวรรณ. (2544). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ต่อความวิตกกังวลของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันเพ็ญ ปรีกกลาง. (2546). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนบิดาต่อระดับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา วงศ์ขันทอง. (2544). ความวิตกกังวลและความต้องการข้อมูลของผู้ป่วยก่อนถอนฟันทด. ผลงานประเพณีวิเคราะห์งานในหน้าที่รับผิดชอบ เสนอพิจารณาในระดับ 7-8. ภาควิชาศัลยศาสตร์ช่องปาก คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิชัย เบญจชลมาศ. (2543). การผ่าตัดหัวใจในเด็ก. ใน จุล ทิสยากร (บรรณาธิการ), *ห้วงใยหัวใจเด็ก* (หน้า 192-200). กรุงเทพมหานคร: ศรีสยามการพิมพ์.
- วิเชาว์ กอจัญจิตต์, ธวัชชัย กิระวิทยา, และพันธ์พิชญ์ สารพันธ์. (2545). Post operative cardiac care. ในการอบรมวิชาการเรื่อง *Critical care in pediatrics for nurses* (หน้า 49-84). กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลกรุงเทพ.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็ผิดพลาดได้. *วารสารข่าวสารวิจัยการศึกษา*, 18(3), 8-11.
- สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย. (2556). สถิติผ่าตัดหัวใจในประเทศไทยตั้งแต่ปีพ.ศ. 2544-ปัจจุบัน. ค้นเมื่อ 4 เมษายน 2556, จาก http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212.
- สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์. (2545). *กุมารเวชศาสตร์: การดูแลรักษาในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: โอเอสพรีนติ้ง.
- อภิญญา สุมนะไพศาล และศรีวรรณ ทาสันเทียะ. (2551). Intensive nursing care of the pediatric heart disease. ใน สุภารัตน์ ไวยชีตา, ธิดิศา ชัยสุขมงคลลาภ, และเรณู พุกบุญมี (บรรณาธิการ), *Advanced Pediatric Critical Care Nursing* (หน้า 192-201). กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.

- อารีย์ บุญบรรณรัตน์กุล. (2538). *ความวิตกกังวล ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยหนักในหน่วยบำบัดพิเศษ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Beckie, T. (1989). A supportive education telephone program: Impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. *Heart & Lung, 18*(1), 46-55.
- Board, R. B., & Ryan-Wenger, N. (2003). Stressor and stress symptoms of mothers with children in the PICU. *Journal of Pediatric Nursing, 18*(3), 195-202.
- Bouve, L. R., Rozmus, C. L., & Giordano, P. (1999). Preparing parents for their child's transfer from the PICU to the pediatric floor. *Applied Nursing Research, 12*(3), 114-120.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization*. (5th ed.). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Burr, G. (1998). Contextualizing critical family needs through triangulation: An Australian study. *Intensive Critical Care Nursing, 14*, 161-169.
- Carter, F. M. (1976). *Psychosocial nursing theory and practice in hospital and communication mental health*. (2nd ed.). New York: Macmillan Publishing.
- Chaboyer, W., James, H., & Kendall, M. (2005). Transitional care after the intensive care unit: Current trends and future direction. *Critical Care Nursing, 25*, 16-28.
- Clark, S. M., & Miles, M. S. (1999). Conflicting responses: The experiences of fathers of infants diagnosed with severe congenital heart disease. *Journal of the Society of Pediatric Nurses, 4*(1), 7-14.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.
- Coyle, M. A. (2001). Transfer anxiety: Preparation to leave intensive care. *Intensive Critical Care Nursing, 17*, 138-143.
- Cutler, L., & Garner, M. (1995). Reducing relocation stress after discharge from the intensive therapy unit. *Intensive Critical Care Nursing, 11*, 333-335.
- Dodge, J. S. (1969). Factors related to patients' perception of their cognitive needs. *Nursing Research, 18*(6), 502-513.
- Falk, A. C., Wendt, L. V., & Klang, B. (2008). Information needs in families after their child's mild head injury. *Patient Education and Counseling, 70*, 251-255.

- Goldberg, S., Morris, P., Simmons, R. J., Fowler, R. S., & Levison, H. (1990). Chronic illness in infancy and parenting stress: A comparison of three groups of parents. *Journal of Pediatric Psychology, 15*(3), 347-358.
- Griffin, T. (2002). Supporting families of infants with congenital heart disease. *Newborn and Infant Nursing Reviews, 2*(2), 83-89.
- Hall-Smith, J., Ball, C., & Coakley, J. (1997). Follow up services and the development of a clinical nurse specialist in intensive care. *Intensive Critical Care Nursing, 13*, 243-248.
- Isaacs, A. (1996). *Mental health and psychiatric nursing*. (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Kozier, B., & Erb, G. L. (1988). *Concepts and issue in nursing practice*. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company.
- Lader, M., & Mark, I. (1971). *Clinical anxiety*. New york: Grune and Stratton.
- Lazarus, R. S. (1976). *Patterns of adjustment*. New York: McGraw-Hill Book.
- Lazarus, R. S., & Averill, J. R. (1972). Emotion and cognition: With special reference to anxiety. In C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 241-493). New York: Academic Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leith, B. A. (1999). Patients' and family members' perception of transfer from intensive care. *Heart & Lung, 28*(3), 210-218.
- Leventis, E. M., Verslius-Dan Bierman, H. J., Witenberg, M., Rogers, A. J., & Hess, J. (2001). Psychological distress and style of coping of parents of children awaiting cardiac surgery. *Cardiology in the Young, 10*, 239-244.
- Lindsay, P., Sherrard, H., Bickerton, L., Doucette, P., Harkness, C., & Morin, J. (1997). Education and support needs of patients and their families awaiting cardiac surgery. *Heart & Lung, 26*(6), 458-465.
- McLennan, M., Anderson, G. S., & Pain, K. (1996). Rehabilitation learning needs: Patient and family perceptions. *Patient Education and Counseling, 27*, 191-199.
- Menahem, S., Poulakis, Z., & Prior, M. (2008). Children subjected to cardiac surgery for congenital heart disease: Part 2 - Parental emotional experiences. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery, 7*, 605-608.

- Mile, M. S., Carter, M. C., Hennessey, J., Eberly, T. W., & Riddle, I. (1989). Effects of the intensive care unit environment on parents of cardiac surgery children. *American Journal of Maternal and Child Nursing*, 18(3), 235-239.
- Pinelli, J. M. (1981). A comparison of mother's concerns regarding care-taking tasks of newborns with congenital heart disease before and after assuming their care. *Journal of Advanced Nursing*, 6, 261-270.
- Puntanit, U. (2002). *The effect of psychosocial care on anxiety of mothers whose children being hospitalized in the pediatric intensive care unit*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Purcell, C. (1996). Preparation of school-age children and their parents for intensive care following cardiac surgery. *Intensive and Critical Care Nursing*, 12, 218-225.
- Rattanasiri, P. (2005). *The effect of an admission program on anxiety of mothers of hospitalized children with respiratory disorders*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Rogers, T. R., Forehand, R., Furey, W., Baskin, C., Finch, A. J., Jr., & Jordan, S. (1984). Heart surgery in infants: A preliminary assessment of maternal adaptation. *Child Health Care*, 13(2), 52-58.
- Sangkhamal, S. (2002). *The effect of the preoperative preparation program on anxiety in caregivers of one-month to six-year-old children undergoing open heart surgery*. Unpublished master's thesis, Mahidol University, Bangkok, Thailand.
- Sciberras, E., Iyer, S., Efron, D., & Green, J. (2010). Information needs of parents of children with attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Clinical Pediatrics*, 49(2), 150-157.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety and emotional state. In C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (pp. 23-49). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y): Self-Evaluation Questionnaire*. California: Consulting Psychologists Press.
- Stinson, J., & McKeever, P. (1995). Mothers' information needs related to caring for infants at home following cardiac surgery. *Journal of Pediatric Nursing*, 10(1), 48-57.

- Stuart, G. W. (1995). Anxiety responses and anxiety disorders. In G. W. Stuart. & S. J. Sundeen, *Principles and practice of psychiatric nursing* (5th ed., pp. 327-353). St. Louis: Mosby.
- Stuart, G. W. (2005). Anxiety responses and anxiety disorders. In G. W. Stuart. & M. T. Laraia (Eds.), *Principles and practice of psychiatric nursing* (8th ed., pp. 261-284). St. Louis: Mosby.
- Tel, H., & Tel, H. (2006). The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. *Heart & Lung*, 35(2), 101-107.
- Wilson, H. S., & Kneisl, C. R. (1992). *Psychiatric nursing* (7th ed.). California: Addison-Wesley Nursing.
- Wray, J., & Sensky, T. (2004). Psychological functioning in parents of children undergoing elective cardiac surgery. *Cardiology in the Young*, 14, 131-139.



ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

- ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา
- ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก
- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ
- ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล
- ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล

ส่วนที่ 1

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา

1. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ☐ บิดา ☐ มารดา
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส ☐ คู่ ☐ หม้าย ☐ หย่า ☐ แยกกันอยู่
4. ระดับการศึกษา ☐ ต่ำกว่าประถมศึกษา ☐ ประถมศึกษา
☐ มัธยมศึกษาตอนต้น ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
☐ ปวส./อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรีขึ้นไป
5. อาชีพ ☐ ไม่ได้ทำงาน ☐ เกษตรกรรม
☐ ค้าขาย ☐ พนักงานรัฐวิสาหกิจ/บริษัท
☐ รับราชการ ☐ รับจ้าง
☐ อื่นๆ โปรดระบุ.....
6. รายได้ของบิดามารดา.....บาท/เดือน

ส่วนที่ 2

แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก

1) ข้อมูลส่วนบุคคล (จากการสัมภาษณ์บิดามารดา)

1. เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

2. อายุ.....ปี.....เดือน

2) ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยและการรักษา (จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย)

1. การวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย.....ระบุ ☐ โรคหัวใจชนิดเขียว
☐ โรคหัวใจชนิดไม่เขียว

2. การผ่าตัดของผู้ป่วย.....

3. จำนวนครั้งที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ.....ครั้ง ครั้งนี้เป็นครั้งที่.....

4. ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักครั้งนี้.....วัน

5. ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญครั้งนี้.....ชั่วโมง

3) แหล่งสนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก (จากการสัมภาษณ์บิดามารดา)

1. ท่านมีบุคคลที่จะพูดคุยขอคำปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัยหรือมีความกังวลใจ เกี่ยวกับ
ความเจ็บป่วยและการรักษาบุตรของท่านหรือไม่

☐

มี

☐

ไม่มี

2. ท่านมีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและขอคำปรึกษาได้ เมื่อมีข้อสงสัยหรือไม่

☐

มี

☐

ไม่มี

ส่วนที่ 3

แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ

(State Anxiety Inventory Form Y-1)

คำชี้แจง

ข้อความต่อไปนี้ เป็นข้อความที่อาจแสดงความรู้สึกต่างๆ ของคุณ โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อ แล้วทำเครื่องหมายกากบาท (X) ทับลงบนตัวเลขในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของคุณ หลังจากที่คุณอ่านข้อความออกจากข้อผู้ป่วยหนักไปยังข้อผู้ป่วยสามัญ คำตอบของคุณไม่มีถูกหรือผิด และคุณไม่ต้องใช้เวลากับการตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งมากเกินไป แต่ขอให้เลือกข้อที่ตรงกับความรู้สึกของคุณในขณะนี้มากที่สุด ดังนี้

ไม่รู้สึกเลย	หมายถึง	ในขณะนี้คุณไม่มีความรู้สึกนี้อยู่เลย
รู้สึกบ้าง	หมายถึง	ในขณะนี้คุณมีความรู้สึกนี้อยู่บ้าง
รู้สึกปานกลาง	หมายถึง	ในขณะนี้คุณมีความรู้สึกนี้อยู่ปานกลาง
รู้สึกมาก	หมายถึง	ในขณะนี้คุณมีความรู้สึกนี้อยู่มาก

ตัวอย่าง

ข้อความ	ไม่รู้สึกเลย	รู้สึกบ้าง	รู้สึกปานกลาง	รู้สึกมาก
1. ฉันรู้สึกแสบใส	✗	2	3	4

จากตัวอย่าง ถ้าคุณทำเครื่องหมายกากบาท (X) ทับเลข 1 ไม่รู้สึกเลย แสดงว่า ในขณะนี้คุณไม่รู้สึกแสบใสเลย

ข้อความ	ไม่รู้สึกละย	รู้สึกบ้าง	รู้สึกปานกลาง	รู้สึกมาก
1. ฉันรู้สึกสงบ	1	2	3	4
2. ฉันรู้สึกมั่นคง	1	2	3	4
3. ฉันรู้สึกดีใจ	1	2	3	4
4. ฉันรู้สึกถูกกดดัน	1	2	3	4
5. ฉันรู้สึกสบายๆ	1	2	3	4
6. ฉันรู้สึกหงุดหงิด	1	2	3	4
7. ฉันกำลังกังวลกับเคราะห์ร้ายที่คิดว่าอาจจะเกิดขึ้น	1	2	3	4
8. ฉันรู้สึกพึงพอใจ	1	2	3	4
9. ฉันรู้สึกตื่นตระหนก	1	2	3	4
10. ฉันรู้สึกสุขสบาย	1	2	3	4
11. ฉันรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง	1	2	3	4
12. ฉันรู้สึกตื่นเต้นง่าย	1	2	3	4
13. ฉันรู้สึกตกใจง่าย	1	2	3	4
14. ฉันรู้สึกไม่กล้าตัดสินใจ	1	2	3	4
15. ฉันรู้สึกผ่อนคลาย	1	2	3	4
16. ฉันรู้สึกอึดใจ	1	2	3	4
17. ฉันรู้สึกกังวล	1	2	3	4
18. ฉันรู้สึกสับสน	1	2	3	4
19. ฉันรู้สึกไม่หวั่นไหว	1	2	3	4
20. ฉันรู้สึกแจ่มใส	1	2	3	4

ส่วนที่ 4

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์นี้ เป็นการสัมภาษณ์การรับรู้ของบิดามารดาต่อความสำคัญของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ โดยผู้สัมภาษณ์เป็นผู้อ่านข้อความในแบบสัมภาษณ์ให้บิดามารดาฟังทีละข้อ และให้พิจารณาว่าข้อมูลนั้นมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด และผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของบิดามารดามากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

ไม่สำคัญ	หมายถึง	บิดามารดาคิดว่าข้อมูลนั้นไม่สำคัญ
สำคัญเล็กน้อย	หมายถึง	บิดามารดาคิดว่าข้อมูลนั้นมีความสำคัญเล็กน้อย
สำคัญปานกลาง	หมายถึง	บิดามารดาคิดว่าข้อมูลนั้นมีความสำคัญปานกลาง
สำคัญมาก	หมายถึง	บิดามารดาคิดว่าข้อมูลนั้นมีความสำคัญมาก

ตัวอย่าง

ในการดูแลบุตรหลังผ่าตัดหัวใจ ท่านคิดว่าข้อมูลต่อไปนี้มีความสำคัญมากน้อยเพียงใด;

ข้อมูล	ไม่ สำคัญ	สำคัญ เล็กน้อย	สำคัญ ปาน กลาง	สำคัญ มาก
1. เหตุผลที่บุตรต้องได้รับยาแต่ละชนิดตามที่แพทย์สั่ง				✓

จากตัวอย่าง หมายความว่า บิดามารดาคิดว่าเหตุผลที่บุตรต้องได้รับยาแต่ละชนิดตามที่แพทย์สั่งเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญมาก

ในการดูแลบุตรหลังผ่าตัดหัวใจ ท่านคิดว่าข้อมูลต่อไปนี้มีความสำคัญมากน้อยเพียงใด;

ข้อมูล	ไม่ สำคัญ	สำคัญ เล็กน้อย	สำคัญ ปาน กลาง	สำคัญ มาก
ผลจากการผ่าตัดหัวใจ				
1. การผ่าตัดช่วยให้บุตรหายขาดจากโรคหัวใจได้หรือไม่ อย่างไร				
2. หลังการผ่าตัดหัวใจ บุตรจะมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง				
3. หลังการผ่าตัดหัวใจ บุตรจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างไร				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
34. เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและขอคำปรึกษาได้ เมื่อมีข้อสงสัย				

ส่วนที่ 5

แบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้ เป็นการสัมภาษณ์ความเข้าใจของบิดามารดาเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ โดยผู้สัมภาษณ์เป็นผู้อ่านข้อความในแบบสัมภาษณ์ให้บิดามารดาฟังทีละข้อ และให้บิดามารดาพิจารณาว่ามีความเข้าใจข้อมูลนั้นมากน้อยเพียงใด และผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความคิดเห็นของบิดามารดามากที่สุดเพียงคำตอบเดียว ดังนี้

ไม่เข้าใจ	หมายถึง	บิดามารดาไม่เข้าใจข้อมูลนั้นเลย
เข้าใจเล็กน้อย	หมายถึง	บิดามารดาเข้าใจข้อมูลนั้นเล็กน้อย
เข้าใจปานกลาง	หมายถึง	บิดามารดาเข้าใจข้อมูลนั้นปานกลาง
เข้าใจมาก	หมายถึง	บิดามารดาเข้าใจข้อมูลนั้นมาก

ตัวอย่าง

ในการดูแลบุตรหลังผ่าตัดหัวใจ ท่านมีความเข้าใจข้อมูลต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด;

ข้อมูล	ไม่ เข้าใจ	เข้าใจ เล็กน้อย	เข้าใจปาน กลาง	เข้าใจ มาก
1. เหตุผลที่บุตรต้องได้รับยาแต่ละชนิดตามที่แพทย์สั่ง				✓

จากตัวอย่าง หมายความว่า บิดามารดามีความเข้าใจเหตุผลที่บุตรต้องได้รับยาแต่ละชนิดตามที่แพทย์สั่งมาก

ในการดูแลบุตรหลังผ่าตัดหัวใจ ท่านมีความเข้าใจข้อมูลต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด;

ข้อมูล	ไม่ เข้าใจ	เข้าใจ เล็กน้อย	เข้าใจ ปาน กลาง	เข้าใจ มาก
ผลจากการผ่าตัดหัวใจ				
1. การผ่าตัดช่วยให้บุตรหายขาดจากโรคหัวใจได้หรือไม่ อย่างไร				
2. หลังการผ่าตัดหัวใจ บุตรจะมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง				
3. หลังการผ่าตัดหัวใจ บุตรจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างไร				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
32. เหตุผลที่ต้องรู้จักสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านที่สามารถให้การช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน				

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นางปานจิตต์ พรหมโชติ

หัวหน้าหอผู้ป่วยสถาบันสุขภาพเด็กฯ ชั้น 7 บี
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

2. นางสาวสุพัตรา โมรานนท์

หัวหน้าหอผู้ป่วยอานันท์มหิตล 7
โรงพยาบาลศิริราช

3. อาจารย์ ดร. อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิษฐ์

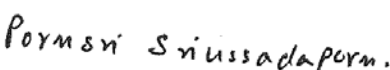
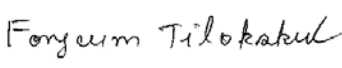
อาจารย์ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ก
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เอกสารแสดงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย ประกอบด้วย

1. เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของ
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

	
COA No. IRB-NS2012/141.1110	
Documentary Proof of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University	
Title of Project:	THE RELATIONSHIP BETWEEN INFORMATION NEEDS AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN IN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY
Project Number:	IRB-NS2012/37.0407
Principle Investigator:	Miss Panatda Khawpram
Name of Institution:	Faculty of Nursing Mahidol University
Approval includes	1) IRB-NS Submission form version received date 4 October 2012 2) Participant Information sheet version date 4 October 2012 3) Consent form version date 4 October 2012 4) Questionnaire version received date 4 October 2012
Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).	
Date of Approval:	11 October 2012
Date of Expiration:	10 October 2013
Signature of Chair:	 (Associate Professor Pornsri Sriussadaporn) Chair
Signature of Dean, Faculty of Nursing	 (Associate Professor Dr. Fongcum Tilokskulchai) Dean, Faculty of Nursing
Copyright by Mahidol University	
Office of Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University Room 502 Faculty of Nursing, Mahidol University 2 Phrannok Road, Bangkok 10700, THAILAND Tel: (662)-419-7466-80 Ext. 1500, 1503	



CERTIFICATE OF APPROVAL

From

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University

COA No. IRB-NS2012/141.1110 (Renewal)

Title of Project: THE RELATIONSHIP BETWEEN INFORMATION NEEDS AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN IN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY

Project Number: IRB-NS2012/37.0407

Principle Investigator: Miss Panatda Khawpram

Name of Institution: Faculty of Nursing Mahidol University

Approval includes

- 1) IRB-NS Submission form version received date 8 May 2013
- 2) Participant Information sheet version date 4 October 2012
- 3) Consent form version date 4 October 2012
- 4) Questionnaire version received date 4 October 2012

Institutional Review Board Faculty of Nursing Mahidol University is in full compliance with International Guidelines for Human Research Protection such as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

Renewal date(1st): 27 September 2013

Expired date: 26 September 2014

Signature of Chair:

Pornsri Sriussadaporn.

(Associate Professor Pornsri Sriussadaporn)

Chair

Fongcum Tilokkulchai

Signature of Dean, Faculty of Nursing

(Associate Professor Dr. Fongcum Tilokkulchai)

Dean, Faculty of Nursing



เอกสารรับรองการเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัยเฉพาะส่วน

จาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

เอกสารนี้เพื่อแสดงว่าคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้พิจารณาและรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยนี้

ชื่อโครงการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของบิดามารดา ผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้น หลังผ่าตัดหัวใจ

ชื่อหัวหน้าโครงการ : นางสาวปัทมา แก้วเปรม

รหัสโครงการ : IRB-NS2012/37.0407

เอกสารที่รับรอง : การเปลี่ยนแปลงโครงการวิจัย (Project Amendment)

1. แบบเสนอโครงการวิจัย ฉบับวันที่ 1 พฤศจิกายน 2556

การเปลี่ยนแปลง เปลี่ยนชื่อโครงการวิจัย ภาษาไทย จากเดิม “ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้น หลังผ่าตัดหัวใจ” เป็น “ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ” ภาษาอังกฤษ จากเดิม “THE RELATIONSHIP BETWEEN INFORMATION NEEDS AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN IN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY” เป็น “THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED IMPORTANCE OF INFORMATION, UNDERSTANDING OF INFORMATION AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN IN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY” ทั้งนี้ ไม่มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินการวิจัย และเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

วันที่รับรอง : 4 พฤศจิกายน 2556

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP).

ลงนาม

วันที่ 4 พฤศจิกายน 2556

(รองศาสตราจารย์พรศรี ศรีอัมฤาพร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ห้อง 502 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
เลขที่ 2 ถนนพรวนนก กรุงเทพมหานคร 10700 ประเทศไทย โทรศัพท์ 0-2419-7466-80 ต่อ 1500, 1503

เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

เอกสารเลขที่ EC.219/2555



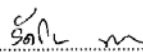
EC.12 T

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

1 ตุลาคม 2555

- เรื่อง :** แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย
- โครงการวิจัย :** ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ
(THE RELATIONSHIP BETWEEN INFORMATION NEEDS AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN IN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY)
- รหัสโครงการ :** Document No.55-080
- ผู้ดำเนินการวิจัย :** นางสาวปัทมา แก้วเปรม
- สถานที่ดำเนินการวิจัย :** สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- ระยะเวลาดำเนินการ :** 1 สิงหาคม 2555 – 1 เมษายน 2556
- เอกสารที่พิจารณา :**
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (Proposal version 2 : September 28, 2012 : ฉบับภาษาไทย)
 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย (Participant Information Sheet) (Version No.2 : September 28, 2012)
 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (Version No.2 : September 28, 2012)
 4. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
 - ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา (Version No.2 : September 28, 2012)
 - ชุดที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก (Version No.2 : September 28, 2012)
 - ชุดที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (Version No.2 : September 28, 2012)
 - ชุดที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูลของบิดามารดา ชุดที่ 1 (Version No.2 : September 28, 2012)
 - ชุดที่ 5 แบบสัมภาษณ์ความต้องการข้อมูลของบิดามารดา ชุดที่ 2 (Version No.2 : September 28, 2012)

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาโครงการฉบับภาษาไทยแล้ว คณะกรรมการฯ พิจารณานอมนิติไม่แจ้งจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2555 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2556 อนึ่ง ท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกปี เพื่ออนุมัติดำเนินโครงการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ



(แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับภูการ)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

Copyright by Mahidol University



เอกสารเลขที่ EC.003/2557

EC.12 T

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

4 ตุลาคม 2556

เรื่อง : แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย
โครงการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ
(THE RELATIONSHIP BETWEEN INFORMATION NEEDS AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY)
รหัสโครงการ : Document No.55-080.5
ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวปณิตดา แก้วเปรม
สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ระยะเวลาดำเนินการ : 1 สิงหาคม 2555 - 1 ธันวาคม 2556
เอกสารที่พิจารณา : - แบบฟอร์มขอต่ออายุหนังสือรับรองโครงการวิจัย (EC.05) ลงวันที่ 24 กรกฎาคม 2556

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาและอนุมัติการต่ออายุหนังสือรับรองในโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2557 อนึ่ง ท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกปี เพื่ออนุมัติดำเนินการต่อจนกว่าจะหมดอายุโครงการ

(นายแพทย์ธีระรัตน์ ลยางกูร)

รองประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์
ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

Copyright by Mahidol University



เอกสารเลขที่ EC.022/2557

EC.12 T

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

5 พฤศจิกายน 2556

เรื่อง : แจ้งผลการพิจารณาโครงการวิจัย
โครงการวิจัย : ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ (THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED IMPORTANCE OF INFORMATION , UNDERSTANDING OF INFORMATION AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN IN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY)
รหัสโครงการ : Document No.55-080.6
ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวปณัตตา แก้วเปรม
สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ระยะเวลาดำเนินการ : 1 สิงหาคม 2555 - 1 ธันวาคม 2556
เอกสารที่พิจารณา : - แบบฟอร์มขอปรับเปลี่ยนรายละเอียดโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว (EC.04)

ชื่อเรื่องโครงการวิจัย

จากเดิม "ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ (THE RELATIONSHIP BETWEEN INFORMATION NEEDS AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY) "
ปรับเปลี่ยนเป็น "ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ (THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEIVED IMPORTANCE OF INFORMATION , UNDERSTANDING OF INFORMATION AND ANXIETY OF PARENTS OF CHILDREN IN RECOVERY PHASE AFTER CARDIAC SURGERY)"

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาและอนุมัติการขอปรับเปลี่ยนรายละเอียดโครงการวิจัยดังกล่าวข้างต้น ตั้งแต่วันที่ 4 พฤศจิกายน 2556 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2557 อนึ่ง ท่านต้องรายงานสถานะของโครงการให้คณะกรรมการฯ ทราบทุกปี เพื่ออนุมัติดำเนินการต่อ จนกว่าจะหมดอายุโครงการ

(นายแพทย์ธนรัตน์ ลยางกูร)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

Copyright by Mahidol University

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

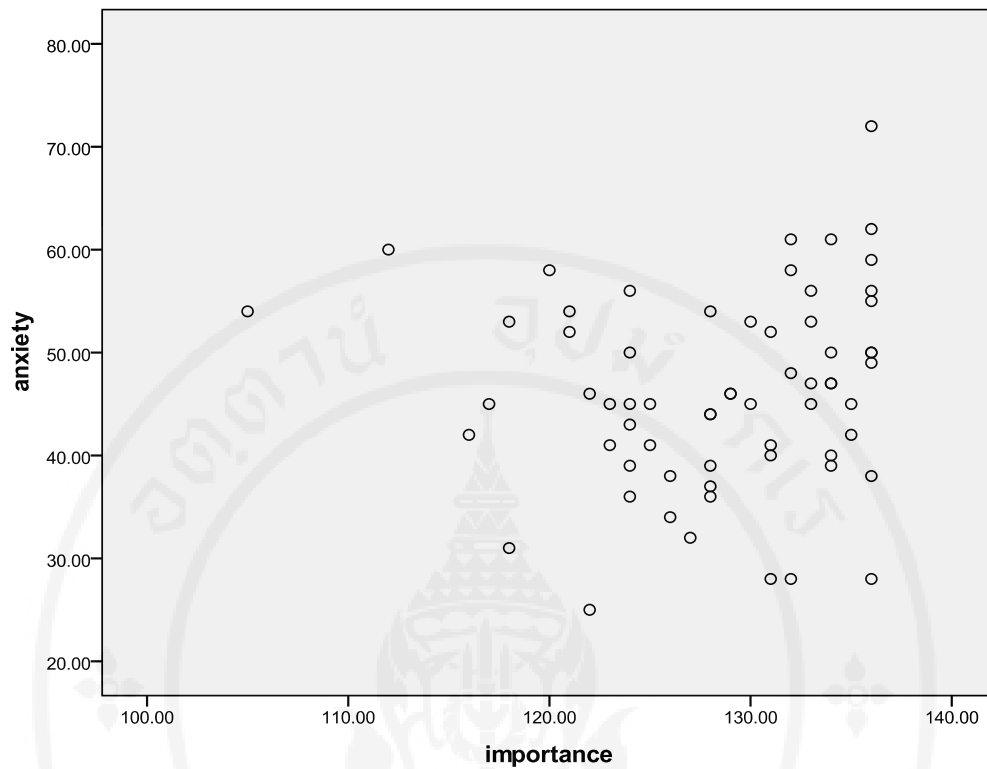
ตารางที่ ง.1 ทดสอบการแจกแจงแบบปกติของข้อมูล โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov Test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test				
		Importance	understand	anxiety
N		64	64	64
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	128.3594	95.8750	46.1875
	Std. Deviation	6.68181	16.84429	9.46317
Most Extreme Differences	Absolute	.126	.089	.060
	Positive	.126	.080	.060
	Negative	-.122	-.089	-.059
Kolmogorov-Smirnov Z		1.011	.714	.476
Asymp. Sig. (2-tailed)		.258	.688	.977

a. Test distribution is Normal.

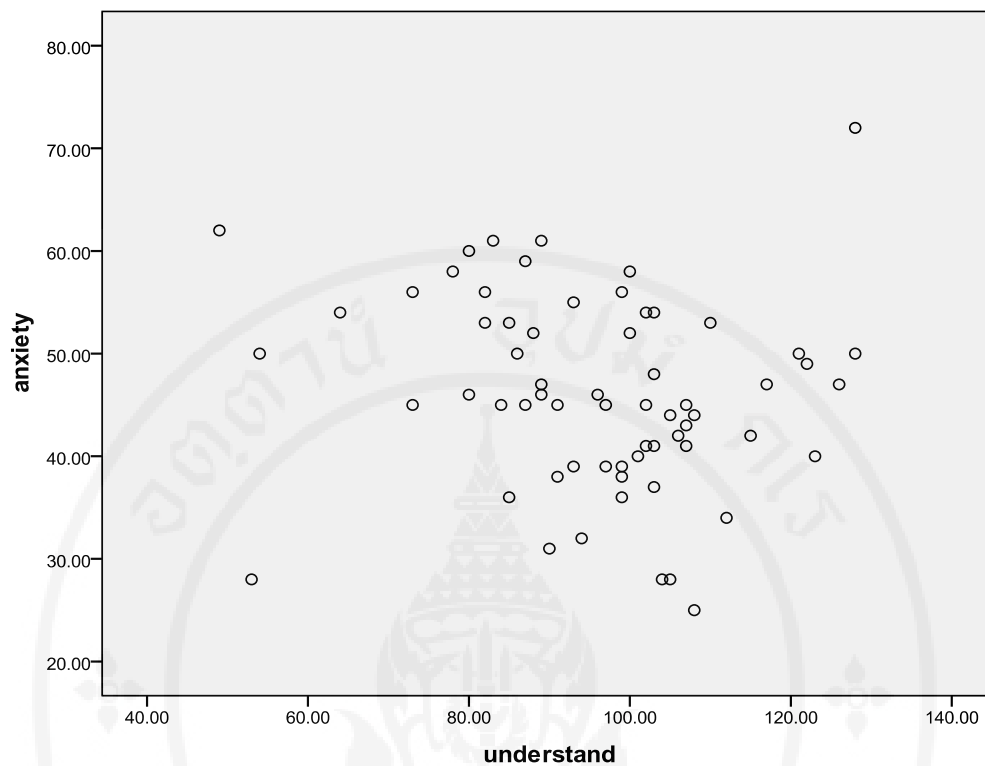
b. Calculated from data.

จากตารางที่ ง.1 พบว่า การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวล มีการกระจายแบบปกติ ($p > .05$)



แผนภาพที่ ง.1 ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลกับความวิตกกังวล ด้วยวิธี Scatter plot

จากแผนภาพที่ ง.1 พบว่า การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลกับความวิตกกังวล ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง



แผนภาพที่ ง.2 ทดสอบความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงระหว่างความเข้าใจข้อมูลกับความวิตกกังวล ด้วยวิธี Scatter plot

จากแผนภาพที่ ง.2 พบว่า ความเข้าใจข้อมูลกับความวิตกกังวล ไม่มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

ภาคผนวก จ
การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตารางที่ จ. 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล จำแนกตามรายชื่อ (n=64)

ความต้องการข้อมูล	ไม่ สำคัญ n (%)	สำคัญ เล็กน้อย n (%)	สำคัญ ปานกลาง n (%)	สำคัญ มาก n (%)	Mean	SD
ผลจากการผ่าตัดหัวใจ						
1. การผ่าตัดช่วยให้บุตร หายขาดจากโรคหัวใจได้ หรือไม่ อย่างไร	0 (0.0)	2 (3.1)	10 (15.6)	52 (81.3)	3.78	0.48
2. หลังการผ่าตัดหัวใจ บุตรจะมีภาวะแทรกซ้อน อะไรบ้าง	0 (0.0)	2 (3.1)	14 (21.9)	48 (75.0)	3.72	0.52
3. หลังการผ่าตัดหัวใจ บุตรจะมีการเจริญเติบโต และพัฒนาการอย่างไร	0 (0.0)	0 (0.0)	13 (20.3)	51 (79.7)	3.80	0.40
4. หลังการผ่าตัดหัวใจ บุตรอาจจะมีพฤติกรรม เปลี่ยนไปอย่างไร	2 (3.1)	4 (6.3)	24 (37.5)	34 (53.1)	3.41	0.75
การใช้ยา						
5. เหตุผลที่บุตรต้องได้รับ ยาแต่ละชนิดตามที่แพทย์ สั่ง	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (4.7)	61 (95.3)	3.95	0.21
6. วิธีการให้ยาแต่ละชนิด	1 (1.6)	1 (1.6)	10 (15.6)	52 (81.3)	3.77	0.55

ตารางที่ จ. 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล จำแนกตามรายชื่อ (n=64) (ต่อ)

ความต้องการข้อมูล	ไม่ สำคัญ n (%)	สำคัญ เล็กน้อย n (%)	สำคัญ ปานกลาง n (%)	สำคัญ มาก n (%)	Mean	SD
7. เวลาที่ควรจะให้ยาแต่ละชนิด	1 (1.6)	0 (0.0)	16 (25.0)	47 (73.4)	3.70	0.55
8. จะทำอย่างไรถ้าลืมให้ยาแต่ละชนิด	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (15.6)	54 (84.4)	3.84	0.36
9. จะทำอย่างไรถ้าบุตรอาเจียนทันทีหลังให้ยา	0 (0.0)	1 (1.6)	11 (17.2)	52 (81.3)	3.80	0.44
10. ผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดที่อาจเกิดขึ้น	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (14.1)	55 (85.9)	3.86	0.35
การสังเกตอาการผิดปกติ						
11. วิธีการสังเกตอาการหัวใจวายที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร เช่น บวม, เหนื่อยหอบ, เหียว	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (6.3)	60 (93.8)	3.94	0.24
12. ลักษณะการหายใจที่ผิดปกติของบุตร	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (10.9)	57 (89.1)	3.89	0.31
13. วิธีการสังเกตว่า บุตรกระสับกระส่ายหรือซึมลง	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (12.5)	56 (87.5)	3.88	0.33
14. ลักษณะและปริมาณของเหลวที่ไหลออกผิดปกติจากท่อระบายเลือดและลมบริเวณทรวงอก	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (6.3)	60 (93.8)	3.94	0.24
15. วิธีการสังเกตลักษณะและปริมาณปัสสาวะของบุตร	1 (1.6)	3 (4.7)	29 (45.3)	31 (48.4)	3.41	0.66

ตารางที่ จ. 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล จำแนกตามรายชื่อ (n=64) (ต่อ)

ความต้องการข้อมูล	ไม่ สำคัญ n (%)	สำคัญ เล็กน้อย n (%)	สำคัญ ปานกลาง n (%)	สำคัญ มาก n (%)	Mean	SD
16. อาการผิดปกติของบุตร ที่ควรโทรปรึกษาแพทย์ หรือพยาบาล	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (14.1)	55 (85.9)	3.86	0.35
17. อาการผิดปกติของบุตร ที่ต้องรีบพามาพบแพทย์ ทันที	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (3.1)	62 (96.9)	3.97	0.17
การป้องกันการติดเชื้อ						
18. วิธีการทำความสะอาด ปากและฟัน	0 (0.0)	0 (0.0)	21 (32.8)	43 (67.2)	3.67	0.47
19. วิธีป้องกันการเป็นหวัด	0 (0.0)	0 (0.0)	20 (31.3)	44 (68.8)	3.69	0.46
20. วิธีป้องกันอาการ ท้องเสีย	0 (0.0)	0 (0.0)	25 (39.1)	39 (60.9)	3.61	0.49
21. การพาบุตรไปตรวจ สุขภาพปากและฟัน	1 (1.6)	1 (1.6)	19 (29.7)	43 (67.2)	3.63	0.60
22. การพาบุตรไปรับ วัคซีนป้องกันโรค	0 (0.0)	1 (1.6)	5 (7.8)	58 (90.6)	3.89	0.36
การดูแลทั่วไป						
23. ชนิดของอาหารที่ควร รับประทาน หรือควร หลีกเลี่ยง	0 (0.0)	2 (3.1)	12 (18.8)	50 (78.1)	3.75	0.50
24. วิธีการให้นม หรือ อาหารแก่บุตร	1 (1.6)	0 (0.0)	21 (32.8)	42 (65.6)	3.63	0.57
25. ปริมาณของนม หรือ อาหารที่บุตรควรได้รับ	1 (1.6)	1 (1.6)	21 (32.8)	41 (64.1)	3.59	0.61

ตารางที่ จ. 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล จำแนกตามรายชื่อ (n=64) (ต่อ)

ความต้องการข้อมูล	ไม่ สำคัญ n (%)	สำคัญ เล็กน้อย n (%)	สำคัญ ปานกลาง n (%)	สำคัญ มาก n (%)	Mean	SD
26. วิธีปฏิบัติเมื่อบุตรมี อาการเหนื่อยหอบ	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (7.8)	59 (92.2)	3.92	0.27
27. วิธีปฏิบัติเมื่อบุตรมีไข้	0 (0.0)	0 (0.0)	14 (21.9)	50 (78.1)	3.78	0.41
28. วิธีปฏิบัติเมื่อบุตรปวด แผลผ่าตัด	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (6.3)	60 (93.8)	3.94	0.24
29. วิธีการดูแลแผลผ่าตัด ของบุตร	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)	63 (98.4)	3.98	0.12
30. กิจกรรมที่บุตรควร ปฏิบัติหรือควรหลีกเลี่ยง	0 (0.0)	1 (1.6)	15 (23.4)	48 (75.0)	3.73	0.47
การขอความช่วยเหลือและ การมาตรวจตามนัด						
31. การพาบุตรมาพบแพทย์ ตามนัด	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (1.6)	63 (98.4)	3.98	0.12
32. สถานบริการสุขภาพ ใกล้บ้านที่สามารถให้การ ช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน	2 (3.1)	0 (0.0)	15 (23.4)	47 (73.4)	3.67	0.64
33. บุคคลที่ควรจะพูดคุย ปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัยหรือ รู้สึกกังวลใจ	1 (1.6)	1 (1.6)	22 (34.4)	40 (62.5)	3.58	0.61
34. เบอร์โทรศัพท์ที่ สามารถติดต่อและขอ คำปรึกษาได้ เมื่อมีข้อสงสัย	0 (0.0)	1 (1.6)	10 (15.6)	53 (82.8)	3.81	0.43

จากตารางที่ จ. 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในระดับมากทุกข้อ ($M = 3.41-3.98$)

ตารางที่ จ. 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้าใจข้อมูล จำแนกตามรายข้อ ($n=64$)

ความต้องการข้อมูล	ไม่เข้าใจ n (%)	เข้าใจเล็กน้อย n (%)	เข้าใจปานกลาง n (%)	เข้าใจมาก n (%)	Mean	SD
ด้านผลจากการผ่าตัดหัวใจ						
1. การผ่าตัดช่วยให้บุตรหายขาดจากโรคหัวใจได้หรือไม่ อย่างไร	7 (10.9)	10 (15.6)	27 (42.2)	20 (31.3)	2.94	0.95
2. หลังการผ่าตัดหัวใจ บุตรจะมีภาวะแทรกซ้อนอะไรบ้าง	7 (10.9)	17 (26.6)	31 (48.4)	9 (14.1)	2.66	0.85
3. หลังการผ่าตัดหัวใจ บุตรจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการอย่างไร	7 (10.9)	15 (23.4)	29 (45.4)	13 (20.3)	2.75	0.90
4. หลังการผ่าตัดหัวใจ บุตรอาจจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปอย่างไร	12 (18.7)	18 (28.1)	30 (46.9)	4 (6.3)	2.41	0.86
ด้านการให้ยา						
5. เหตุผลที่บุตรต้องได้รับยาแต่ละชนิดตามที่แพทย์สั่ง	1 (1.6)	10 (15.6)	22 (34.4)	31 (48.4)	3.30	0.79
6. วิธีการให้ยาแต่ละชนิด	2 (3.1)	11 (17.2)	19 (29.7)	32 (50.0)	3.27	0.85
7. เวลาที่ควรจะให้ยาแต่ละชนิด	3 (4.7)	10 (15.6)	20 (31.3)	31 (48.4)	3.23	0.88
8. จะทำอย่างไรถ้าลืมให้ยาแต่ละชนิด	16 (25.0)	13 (20.3)	23 (35.9)	12 (18.8)	2.48	1.06

ตารางที่ จ. 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้าใจข้อมูล จำแนกตามรายชื่อ (n=64) (ต่อ)

ความต้องการข้อมูล	ไม่ เข้าใจ n (%)	เข้าใจ เล็กน้อย n (%)	เข้าใจ ปานกลาง n (%)	เข้าใจ มาก n (%)	Mean	SD
9. จะทำอะไรถ้าบุตร อาเจียนทันทีหลังให้ยา	15 (23.4)	15 (23.4)	22 (34.4)	12 (18.8)	2.48	1.05
10. ผลข้างเคียงของยาแต่ ละชนิดที่อาจเกิดขึ้น	16 (25.0)	16 (25.0)	19 (29.7)	13 (20.3)	2.45	1.08
ด้านการสังเกตอาการ ผิดปกติ						
11. วิธีการสังเกตอาการ หัวใจวายที่อาจเกิดขึ้นกับ บุตร เช่น บวม, เหนื่อย หอบ,เขียว	10 (15.6)	18 (28.2)	13 (20.3)	23 (35.9)	2.77	1.10
12. ลักษณะการหายใจที่ ผิดปกติของบุตร	5 (7.8)	11 (17.2)	24 (37.5)	24 (37.5)	3.05	0.93
13. วิธีการสังเกตว่าบุตร กระสับกระส่ายหรือซึมลง	7 (10.9)	10 (15.6)	25 (39.1)	22 (34.4)	2.97	0.97
14. ลักษณะและปริมาณ ของเหลวที่ไหลออก ผิดปกติจากท่อระบายเลือด และลมบริเวณทรวงอก	27 (42.2)	23 (35.9)	11 (17.2)	3 (4.7)	1.84	0.87
15. วิธีการสังเกตลักษณะ และปริมาณปัสสาวะของ บุตร	14 (21.9)	13 (20.3)	27 (42.2)	10 (15.6)	2.52	1.00
16. อาการผิดปกติของบุตร ที่ควรโทรปรึกษาแพทย์ หรือพยาบาล	3 (4.7)	6 (9.4)	26 (40.6)	29 (45.3)	3.27	0.82

ตารางที่ จ. 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้าใจข้อมูล จำแนกตามรายชื่อ (n=64) (ต่อ)

ความต้องการข้อมูล	ไม่ เข้าใจ n (%)	เข้าใจ เล็กน้อย n (%)	เข้าใจ ปานกลาง n (%)	เข้าใจ มาก n (%)	Mean	SD
17. อาการผิดปกติของบุตร ที่ต้องรีบพามาพบแพทย์ ทันที	2 (3.1)	4 (6.3)	18 (28.1)	40 (62.5)	3.50	0.75
ด้านการป้องกันการติดเชื้อ						
18. วิธีการทำความสะอาด ปากและฟัน	1 (1.6)	5 (7.8)	26 (40.6)	32 (50.0)	3.39	0.70
19. วิธีป้องกันการเป็นหวัด	2 (3.1)	10 (15.7)	26 (40.6)	26 (40.6)	3.19	0.81
20. วิธีป้องกันอาการ ท้องเสีย	4 (6.3)	7 (10.9)	29 (45.3)	24 (37.5)	3.14	0.85
21. การพาบุตรไปตรวจ สุขภาพปากและฟัน	3 (4.7)	7 (10.9)	23 (36.0)	31 (48.4)	3.28	0.84
22. การพาบุตรไปรับวัคซีน ป้องกันโรค	1 (1.6)	3 (4.7)	11 (17.2)	49 (76.5)	3.69	0.63
การดูแลทั่วไป						
23. ชนิดของอาหารที่ควร รับประทาน หรือควร หลีกเลี่ยง	6 (9.3)	9 (14.1)	32 (50.0)	17 (26.6)	2.94	0.88
24. วิธีการให้นม หรือ อาหารแก่บุตร	1 (1.6)	6 (9.3)	29 (45.3)	28 (43.8)	3.31	0.71
25. ปริมาณของนม หรือ อาหารที่บุตรควรได้รับ	1 (1.6)	11 (17.2)	29 (45.3)	23 (35.9)	3.16	0.76
26. วิธีปฏิบัติเมื่อบุตรมี อาการเหนื่อยหอบ	7 (10.9)	12 (18.8)	26 (40.6)	19 (29.7)	2.89	0.96
27. วิธีปฏิบัติเมื่อบุตรมีไข้	0 (0.0)	5 (7.8)	22 (34.4)	37 (57.8)	3.50	0.64

ตารางที่ จ. 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง และค่าเฉลี่ยของคะแนนความเข้าใจข้อมูล จำแนกตามรายชื่อ (n=64) (ต่อ)

ความต้องการข้อมูล	ไม่เข้าใจ n (%)	เข้าใจเล็กน้อย n (%)	เข้าใจปานกลาง n (%)	เข้าใจมาก n (%)	Mean	SD
28. วิธีปฏิบัติเมื่อบุตรปวดแผลผ่าตัด	12 (18.8)	16 (25.0)	24 (37.0)	12 (18.8)	2.56	1.00
29. วิธีการดูแลแผลผ่าตัดของบุตร	11 (17.2)	18 (28.1)	22 (34.4)	13 (20.3)	2.58	1.00
30. กิจกรรมที่บุตรควรปฏิบัติหรือควรหลีกเลี่ยง	7 (10.9)	11 (17.2)	29 (45.3)	17 (26.6)	2.88	0.93
การขอความช่วยเหลือและการมาตรวจตามนัด						
31. เหตุผลที่ต้องพาบุตรมาพบแพทย์ตามนัด	0 (0.0)	1 (1.6)	10 (15.6)	53 (82.8)	3.81	0.43
32. เหตุผลที่ต้องรู้จักสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านที่สามารถให้การช่วยเหลือในกรณีฉุกเฉิน	1 (1.6)	2 (3.1)	13 (20.3)	48 (75.0)	3.69	0.61

จากตารางที่ จ. 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลในระดับมาก ($M = 3.27-3.81$) รวม 11 ข้อ คือ ข้อ 5, 6, 16, 17, 18, 21, 22, 24, 27, 31, และ 32 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลในระดับปานกลาง ($M = 2.52-3.23$) รวม 16 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 7, 11, 12, 13, 15, 19, 20, 23, 25, 26, 28, 29 และ 30 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเข้าใจข้อมูลในระดับน้อย ($M = 1.84-2.48$) รวม 5 ข้อ คือ ข้อ 4, 8, 9, 10, และ 14

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางสาวปัทมา แก้วเปรม
วัน เดือน ปี เกิด	2 ธันวาคม 2523
สถานที่เกิด	จังหวัดนครสวรรค์
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ, พ.ศ. 2542-2546: พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ. 2551-2556: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ทำงาน	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี หอผู้ป่วยเด็กหนักศัลยกรรม (SICU) 420/8 ถ. ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร โทรศัพท์ 02-3548333 ต่อ 4714-15
ที่อยู่ปัจจุบัน	สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี 420/8 ถ. ราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร E-mail : panatda_beem@hotmail.com