บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

นันท์นภัส เลี้ยงพันธุ์* นฤมล ธีระรังสิกุล** และศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ ***
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง ชลบุรี 20131

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: *เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนและปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว*

แบบแผนการวิจัย: *การวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย*

วิธีดำเนินการวิจัย: *กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดามารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จำนวน 82 ราย คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของบิดามารดาและเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการสนับสนุนทางด้านข้อมูล และแบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80, .83, .91 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติถดถอยพหุคูณ*

ผลการวิจัย: *บิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 96.31, S.D.= 10.80) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Beta=.217, p=.05) เป็นปัจจัยทำนายปัจจัยเดียว ที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาได้ ร้อยละ 4.7*

สรุป: *ควรมีการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กกลุ่มนี้เพิ่มเติม โดยเฉพาะแบบแผนของอาการแสดงโรคให้ครอบคลุมทุกด้าน และควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว*

คำสำคัญ: ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา/ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2560, 29(2) : 76-86

*นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

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

Nunnapat Liengpun*, Narumon Teerarungsikul** and Siriyupa Sananreangsak***

Abstract

Purpose: *To explore uncertainty and its predictors among parents of children with acyanotic congenital heart disease.*

Design: *Descriptive predictive Research.*

Method: *Participants were 82 parents of children with acyanotic congenital heart disease at OPD and Inpatient department of Thammasat University Hospital. Simple random sampling was used to recruit the subjects. Data were collected using a set of questionnaires including parental demographic data form, parental uncertainty in illness, perception of patient illness, adequacy of information support and trust in health care workers. Chronbach's alpha coefficients of the questionnaires were .80, .83, .91, and .80, respectively. Frequency, percentage, mean, standard deviation, Pearson's correlation coefficients and multiple regressions were used for data analysis.*

Results: *Parental uncertainty in illness of child was at medium level ($\overline{X}$ = 96.31, SD = 10.80). Perception of illness severity (Beta=.217, p=.05) was the only significant predictor of the parental uncertainty. It could explain 4.7% of the parental uncertainty variance.*

Conclusion: *Further Studies in uncertainty among parents of these children are needed. Especially symptom pattern should be explored in all aspects. Other factors that could predict parental uncertainty in illness among children with acyanotic congenital heart disease should be studied.*

Keywords: *Parents'uncertainty/ Acyanotic congenital heart disease*

Journal of Nursing Science Chulalongkorn University 2017, 29(2) : 76-86

*Student of Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing Burapha University.

** Corresponding author, Assistant professor, Faculty of Nursing, Burapha University, 169 Long-Hard Bangsaen road, Tambon Saensook, Amphur Muang, Chonburi 20131, Thailand. Email: teerarungsi@hotmail.com

***Assistant professor, Faculty of Nursing, Burapha University.

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยในเด็ก นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญลำดับต้นๆ ของประเทศ การศึกษาอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็กทั่วโลกพบประมาณ 8-10 คน จากเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน (Knopper, Odle, & Costello, 2005; Pongpanich, 2012) ในประเทศไทยพบ 10-13 คน จากเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน หรือร้อยละ 1 ของการเกิดมีชีพทั้งหมด (Pongpanich, 2012; Sangtawesin, 2014; Attanawanich,2009) ทั้งนี้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี มีการรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมากที่สุด คือ มากกว่า 1,300 -1,400 รายต่อปี (Queen Sirikit National Institute of Child Health Foundation, 2013) และสถิติเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ในแต่ละปี ตั้งแต่ 2554 ถึงปี 2557 มีจำนวนผู้ป่วย 533, 826, 807 และ 875 ราย ตามลำดับ (Technical Information Research Center Thammasat University Hospital, 2015)

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มี 2 ชนิด คือ ชนิดเขียวและชนิดไม่เขียว โดยชนิดเขียวจะแสดงอาการเขียวทั่วร่างกาย หรือมีเสียงหัวใจผิดปกติตั้งแต่แรกเกิด อาการค่อนข้างรุนแรง ส่วนชนิดไม่เขียวผู้ป่วยจะมีอาการชัดเจนเมื่อเกิดภาวะหัวใจวาย ได้แก่ หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว เหงื่อออกมาก และพบอาการเขียวได้เมื่อมีอาการรุนแรง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีการดำเนินของโรคเปลี่ยนแปลงรวดเร็วและไม่คงที่ เป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่อง เพราะอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่าย เช่น ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และภาวะหัวใจวาย ซึ่งอาจทำให้เด็กเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ (Knopper et al., 2005; Petdumrongsakul & Panturut, 2012; Sirichongkolthong, 2011; Wanitkun, 2009; Wongwandee, 2011) ส่วนใหญ่บิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มักเกิดความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการรักษาที่บุตรได้รับ ไม่แน่ใจในความรุนแรงของโรค และไม่สามารถคาดเดาอนาคตการเจ็บป่วยของบุตรล่วงหน้าได้ (Laohasilsomjits, Oumtanee, Lauhsattana, & Phaisal, 2011) สิ่งเหล่านี้ทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร และส่งผลให้บิดามารดาเกิดความเครียด ไม่สามารถตัดสินใจในสิ่งต่างๆ ได้ (Mishel, 1988) ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร คือ การที่บิดามารดาไม่สามารถระบุความหมายในเหตุการณ์เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตรได้แน่ชัด เป็นการรับรู้ความคลุมเครือ ความไม่ชัดเจนหรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุตรในอนาคต และจะมีผลต่อการประเมินเหตุการณ์และการเผชิญปัญหา (Mishel, 1988)

ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความคลุมเครือของสภาพความเจ็บป่วย (Ambiguity) 2) การขาดความชัดเจนในความหมายและขาดความเข้าใจในเนื้อหา (Lack of clarity) 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับ การวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย (Lack of information) และ 4) การไม่สามารถทำนายการดำเนินและการพยากรณ์ของโรค (Unpredictability) ส่วนปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อมมี 3 ประการ คือ 1) กรอบสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) เช่น ระดับความรุนแรงของโรค ความคุ้นเคยต่อเหตุการณ์ความเจ็บป่วย และความสอดคล้องของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยที่คาดหวังและที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย 2) ความสามารถในการรับรู้หรือใช้สติปัญญาในการแปลข้อมูลเพื่อพิจารณาตัดสินในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Cognitive capacity) มีผลทางตรงและทางอ้อมต่อความรู้สึกไม่แน่นอน และ 3)แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure provider) ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่ผู้ป่วยเชื่อถือ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย

จากหลายการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ทำนายได้ร้อยละ 4.5 (R^2 = .045, p < .05) (Mekanantawat, 2012) การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน (β = - .364, p = .006) และสามารถร่วมทำนายความ

รู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยได้ ร้อยละ 47.5 (R^2 = .475, p < .001) (Poompan, Tilokskulchai, Prasopkittikun, & Limprayoon, 2012) ระดับการศึกษาของบิดามารดา เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอน คือ ถ้าบิดามารดามีระดับการศึกษาต่ำจะไม่เข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลที่ได้รับ เป็นผลให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการเจ็บป่วยของบุตรมาก จากหลายการศึกษา พบว่า การศึกษาของบิดามารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร (r = -.239, p < .05) (Teerarungsikul, Sananreangsak, & Thechaverakorn, 2002) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Yotwongratsamee (2006) พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร ส่วนความเชื่อถือและการยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร (r = - .40, p < .001) แต่ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาได้ (Poompan et al., 2012) ซึ่งยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนถึงความสัมพันธ์ และอำนาจการทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาว่าปัจจัยทั้ง 4 ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรสุขภาพ จะสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้หรือไม่ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อันจะนำไปสู่การลดความเครียดของบิดามารดา และการปรับตัวเมื่อเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จากปัจจัยด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้ทฤษฎีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Theory of uncertainty in illness) ของ Mishel (1988) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ที่ได้อธิบายถึงแนวคิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการที่บุคคลไม่สามารถให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วย ไม่สามารถตัดสินเหตุการณ์หรือไม่สามารถทำนายผลลัพธ์ของเหตุการณ์ความเจ็บป่วยได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความคลุมเครือของสภาพความเจ็บป่วย 2) การขาดความชัดเจนในความหมายและขาดความเข้าใจในการเจ็บป่วย 3) การขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยและความรุนแรงของความเจ็บป่วย และ 4) การไม่สามารถทำนายเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและการพยากรณ์ของโรค (Mishel, 1988)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยโดยตรง ประกอบด้วย 1) กรอบสิ่งกระตุ้น (Stimuli frame) คือ แบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วย (Symptom pattern) หรือการรับรู้ความรุนแรงของโรคของบิดามารดา ประเมินได้จากอาการความรุนแรงของบุตรที่เกิดขึ้น ระยะเวลาความต่อเนื่องที่เกิดอาการ ทำให้สามารถทำนายอาการที่จะเกิดขึ้นได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยจะลดลง 2) แหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนช่วยเหลือ (Structure provider) เป็นแหล่งทรัพยากรที่ช่วยเหลือบุคคลในการแปลความหมายของกรอบสิ่งกระตุ้น ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล (Social support) บุคลากรทีมสุขภาพได้ให้ข้อมูลการเจ็บป่วยของบุตรเกี่ยวกับแบบแผนอาการเจ็บป่วย การดูแลรักษา และระบบบริการต่างๆ ทำให้บิดามารดาเกิดความเข้าใจมากขึ้น ส่งผลให้ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตรลดลง ระดับการศึกษาของบิดามารดา (Education) มีผลทำให้แปลความหมายของความเจ็บป่วยได้ชัดเจนขึ้น บิดามารดาที่มีการศึกษาสูงจะเข้าใจข้อมูลต่างๆ และสามารถทำนายความรุนแรงของโรคได้ดีกว่าบิดามารดาที่มีการศึกษาน้อย ทำให้บิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยของบุตร

ลดลง และความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ (Credible authority) บิดามารดามีทัศนคติความไว้วางใจ เชื่อมั่นในระบบบริการของบุคลากรทีมสุขภาพ ทำให้เกิดความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมากขึ้น ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตรจะลดลง (Mishel, 1988) ดังนั้น การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ระดับการศึกษาของบิดามารดา ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตรได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Descriptive predictive research)

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาที่มีบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้แก่ กลุ่มที่มีการไหลลัดของเลือดจากหัวใจซีกซ้ายไปซีกขวา (PDA, VSD, และ ASD) และกลุ่มที่มีการกั้นการไหลของเลือดจากการตีบของลิ้นหัวใจ หรือตีบแคบของหลอดเลือด (AS, PS, และ CoA) และเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ – มิถุนายน พ.ศ. 2559 จำนวน 82 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ

1) เป็นบิดาหรือมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุแรกเกิด–5 ปี

2) ได้รับการวินิจฉัยโรคมาแล้วไม่เกิน 5 ปี และไม่มีความพิการอื่นร่วมด้วย

3) ในรายที่เป็นผู้ป่วยใน เข้ารับการรักษาไม่เกิน 3 วัน

4) บิดาหรือมารดาอายุ 18 ปีขึ้นไป

5) สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร Tabachnick and Fidell (2007) คือ N = 50 + 8m (N คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง และ m คือ จำนวนตัวแปรต้นทั้งหมด 4 ตัว) ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 50 + 8 (4) = 82 ราย

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากร ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ผู้วิจัยทำการสำรวจ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนผู้ป่วยตามคุณสมบัติที่กำหนดแล้ว แล้วสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามลำดับเลขที่ที่มารับบริการของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มี 2 ส่วน คือ

1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาหรือมารดา

2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรคปัจจุบัน การวินิจฉัยโรคหัวใจครั้งแรก ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจครั้งแรกถึงปัจจุบัน จำนวนครั้งที่พักรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคหัวใจ การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และระยะความรุนแรงของโรค

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในการเจ็บป่วยของบุตร ของ Teerarungsikul, Phaktoop, & Arjrartanakul (2014) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Mishel (1988) มีข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับภาวะความเจ็บป่วย มี 13 ข้อ 2) ด้านการขาดความชัดเจนเกี่ยวกับอาการของบุตรและระบบการให้บริการ มี 9 ข้อ 3) ด้านการขาดข้อมูลเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคและความรุนแรงของความเจ็บป่วย มี 5 ข้อ และ 4) ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค มี 4 ข้อ ต้นฉบับได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 4 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .92 ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีช่วงคะแนน 31-155 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการและอาการแสดง การดำเนินของโรค การเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค และผลกระทบต่อพัฒนาการเจริญเติบโตของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .92 ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

ลักษณะของคำตอบเป็นแบบลิเคริ์ท (Likert's scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 รุนแรงน้อยที่สุด จนถึง 5 รุนแรงมากที่สุด ช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ของ Yotwongratsamee (2006) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .83 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบลิเคริ์ท (Likert's scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่ได้เลย จนถึง 4 ได้รับมาก ช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 7-28 คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ของ Poompan et al. (2012) ซึ่งพัฒนาตามกรอบแนวคิดของ Mishel (1988) ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .91 ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 4 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นแบบลิเคริ์ท (Likert's scale)) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ไม่จริงที่สุด จนถึง 5 จริงที่สุด ช่วงคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 4-20 คะแนน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยแนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาที่ใช้เก็บข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งเป็นบิดาหรือมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว รวมทั้งขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้

2. เมื่อบิดาหรือมารดายินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ จึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม และขอให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้ง 5 ชุด ในสถานที่ที่กำหนด ในรายที่บิดาหรือมารดาต้องการดูแลบุตร ผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามให้ฟังเป็นรายข้อ พร้อมบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามแต่ละส่วนตามคำตอบที่ได้รับอย่างถูกต้อง และเป็นจริง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 15–20 นาที

3. ทำการเก็บข้อมูลจนกระทั่งครบ 82 คน หลังจากนั้น ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์และความครบถ้วนของข้อมูล แล้วจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสเลขที่ 05-09- 2558 และคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ชุดที่ 3 สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสเลขที่ 112/2558 และผ่านการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 82 ราย ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 85.4) มีอายุระหว่าง 32-39 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 46.3) อายุเฉลี่ย 32.62 ปี (*S.D.*=5.60) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 92.7) จำนวนปีการศึกษามากที่สุด 10–12 ปี (ร้อยละ 34.2) เฉลี่ย 11.01 ปี (*S.D.*=3.68) สำเร็จการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 37.8) ไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 28.0) รองลงมาประกอบอาชีพพนักงานบริษัท (ร้อยละ 24.4) รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001 ถึง 20,000 บาท (ร้อยละ 32.9) มากที่สุด และส่วนใหญ่รายได้มีความพอเพียง (ร้อยละ 67.1)

ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ทั้งหมด 82 ราย ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอก (ร้อยละ 67.1) เป็น

เพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากัน คือ 41 คน (ร้อยละ 50.0) มีอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.7) อายุเฉลี่ย 2.62 ปี (*S.D.*=1.64) ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็นแบบ 2 ชนิดร่วมกัน คือ PDA ร่วมกับ VSD/ASD (ร้อยละ 53.7) และได้รับการวินิจฉัยโรคครั้งแรกตั้งแต่แรกเกิดถึง 1 ปี (ร้อยละ 86.6) มีระยะเวลาเฉลี่ย 1.2 ปี (*S.D.*=0.64) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหัวใจครั้งแรกจนกระทั่งถึงปัจจุบันน้อยกว่า 1 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 42.7) เฉลี่ย 2.06 ปี (*S.D.* = 1.18) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี ด้วยโรคหัวใจส่วนใหญ่ 1 ครั้ง (ร้อยละ 62.2) โดยได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัดร่วมกันมากที่สุด (ร้อยละ 34.1) และมีระดับความรุนแรงของโรคมากที่สุด คือ ระดับ 2 (ร้อยละ 50.0)

2. คะแนนความรู้สึกไม่แน่นอน ของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวโดยรวม พบว่า มีระดับความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ =96.31 *S.D.*= 10.80) เมื่อพิจารณาคะแนนเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้าน คือ ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้านการขาดความชัดเจนของข้อมูล ด้านการขาดข้อมูล และด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค อยู่ในระดับปากกลาง ($\overline{X}$ =40.01 (*S.D.*=6.68), 32.48 (*S.D.*=3.67), 14.46 (*S.D.*=2.87), 9.35 (*S.D.*=3.44) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ทั้งโดยรวมและรายด้าน (n = 82)

ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาในความเจ็บป่วยของบุตร	Range	Min-Max	$\overline{X}$	SD	ระดับความรู้สึก
โดยรวม	31-155	66-124	96.31	10.80	ปานกลาง
ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย	13-65	21-54	40.01	6.68	ปานกลาง
ด้านการขาดความชัดเจนของข้อมูล	9-45	12-41	32.48	3.67	ปานกลาง
ด้านการขาดข้อมูล	5-25	7-22	14.46	2.87	ปานกลาง
ด้านการไม่สามารถทำนายการดำเนินของโรค	4-20	4-17	9.35	3.44	ปานกลาง

3. ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอน ของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นตัวแปรทำนายเพียงตัวเดียว ที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้ร้อยละ 4.7 (R^2 = .047, $F_{(1, 80)}$ = 3.971, p < .05) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว โดยรวม (n = 82)

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

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษา พบว่า บิดามารดามีความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 96.31, *S.D.* = 10.80) อภิปรายได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยเป็นความรู้สึกที่เกิดขึ้น เนื่องจากบิดามารดาไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าความเจ็บป่วยของบุตรจะมีผลลัพธ์อย่างไร โดยเฉพาะโรคหัวใจที่บุตรเป็นอยู่มักจะพบว่ามีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาไม่คงที่ บิดามารดาไม่คุ้นเคยกับความเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีอาการซ้ำหรือกำเริบ เป็นการรับรู้ความคลุมเครือในความเจ็บป่วย การขาดความชัดเจนของข้อมูล ทำให้บิดามารดาไม่สามารถที่จะให้ความหมายและคำอธิบายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยได้ เกิดเป็นความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย (Mishel, 1988) ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรที่ได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัดมาแล้ว (ร้อยละ 34.1) ทำให้บิดามารดาได้เห็นผลลัพธ์ความเจ็บป่วยที่มีการแก้ไขไปเบื้องต้นแล้ว และบิดามารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ =22.73, *S.D.*= 3.84) ทำให้ความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษา ของ Teerarungsikul et al. (2014) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรป่วยเรื้อรังมีความรู้สึกไม่แน่นอน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็ง บิดามารดาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 60) มีความรู้สึกไม่แน่นอนอยู่ในระดับปานกลาง (Suwannaosod, 2004)

2. ปัจจัยที่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ พบว่า มีเพียงการรับรู้ความรุนแรงของโรค ที่สามารถทำนายได้ร้อยละ 4.7 (R^2 = .047, $F_{(1, 80)}$ = 3.971, p < .05) โดยพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา หมายความว่า บิดามารดาที่รับรู้ว่าโรคหัวใจมีความรุนแรงของโรคสูงจะมีความรู้สึกไม่แน่นอนสูง ทั้งนี้จากการอธิบายของ Mishel (1988) ที่ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค ประเมินได้จากความรุนแรงของอาการ จำนวนครั้งของการเกิดอาการ ระยะเวลาที่เกิดอาการและตำแหน่งที่เกิดอาการความเจ็บป่วย สามารถทำนายอาการที่จะเกิดขึ้นได้ ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยจะลดลง การศึกษาครั้งนี้บิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีการรับรู้ว่าความรุนแรงของโรคไม่ชัดเจนหรือแน่ชัด ไม่สามารถวิเคราะห์แบบแผนอาการแสดงของความเจ็บป่วยได้ เพราะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมีอาการแสดงที่ไม่คงที่ การดำเนินของโรคมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ (Petdumrongsakul & Panturut, 2012; Sangkhlaman, 2008) โดยมีลักษณะวิถีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีอาการเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมาไม่คงที่ อาจเป็นมากหรือน้อยลงไม่แน่นอน ซึ่งบิดามารดาต้องมีการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตร (Mishel, 1983) รวมทั้งเมื่อบิดามารดารับรู้ว่าโรคที่บุตรเป็นมีความรุนแรงของโรคในระดับสูง จะรู้สึกคลุมเครือไม่แน่ชัดในอาการของโรค จึงทำให้บิดามารดาเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Mishel (1983) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนโดยรวมของบิดามารดา (r = .16, p < .004) การศึกษาของ Poompan et al. (2012) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดา (r = .57, p < .001) และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้ (β = .443, t = .881, p < .001) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ Maipimai, Payakkaraung, & Nookong (2016) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงในความเจ็บป่วยของบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรในบิดามารดาที่มีบุตรเข้ากับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต (β=.14, p>.05)

ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล อภิปรายได้ว่า บิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมด้านข้อมูลสูงจากทีมสุขภาพ ข้อมูลที่ได้รับส่วนใหญ่เกี่ยวกับระบบบริการและสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย แต่บิดามารดาต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร ซึ่งไม่ตรงกับที่บิดามารดาต้องการ เนื่องจากโรคหัวใจเป็นเรื่องยากที่จะจดจำและเข้าใจ บิดามารดามีความต้องการคำตอบหลายอย่างจากทีมสุขภาพ ซึ่งบางเรื่องแพทย์ไม่สามารถให้คำตอบที่แน่ชัดต้องดูจากอาการเปลี่ยนแปลงของเด็กเป็นระยะๆ ทำให้ไม่สามารถทำนายอาการของโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mekanantawat (2012) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูล ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

ระดับการศึกษา ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ อภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี จำนวนปีการศึกษาของบิดามารดามากที่สุด 10–12 ปี (ร้อยละ 34.2) รองลงมา 13-16 ปี (ร้อยละ 28.0) และเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีอาการแสดงที่ไม่คงที่ การดำเนินของโรคอาจเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว อาจมีอาการรุนแรงเกิดขึ้นได้ และมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้มาก บิดามารดาทุกคนมีความสนใจในอาการของบุตรมาก ทำให้พบว่า แม้ว่าบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวจะมีการศึกษาระดับใด ก็ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบุตรได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Mekanantawat (2012) พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดาที่มีบุตรเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยเด็กวิกฤตไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนได้ และจากการศึกษาของ Poompan et al. (2012) พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดา ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤต

ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพ ไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ อภิปรายได้ว่า บิดามารดามีความเชื่อมั่นไว้วางใจในการดูแลรักษาของแพทย์และพยาบาลที่ดูแลบุตรป่วยเป็นอย่างดี ซึ่งโรงพยาบาลที่เก็บข้อมูลเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผ่านการรับรองมาตรฐานคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital Accreditation) มีชื่อเสียงและประสบการณ์ในการดูแลรักษาเด็กป่วยโรคหัวใจมานานมากกว่า 10 ปี มีทีมแพทย์ และบุคลากรทีมสุขภาพที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลรักษาเด็กกลุ่มนี้ ทำให้บิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพอยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$ = 15.64, *S.D.*= 2.62) ไม่ว่าจะมีความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพมากเพียงใด ก็ไม่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว สอดคล้องกับการศึกษาของ Poompan et al. (2012) พบว่า ความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรทีมสุขภาพไม่สามารถทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรังที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจในระยะวิกฤตได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลในการให้ข้อมูลที่ชัดเจนไม่คลุมเครือเกี่ยวกับแบบแผนของอาการแสดงของโรคและความต่อเนื่องของโรค เพื่อให้บิดามารดามีความเข้าใจลักษณะการดำเนินของโรค อันจะช่วยลดความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเพิ่มเติม โดยพิจารณาเครื่องมือที่ใช้โดยเฉพาะแบบแผนของอาการแสดงโรค ให้ครอบคลุมทุกด้าน และควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่อาจทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสมาคมพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ประเทศไทย ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

References

Attanawanich, S. (2009). *Congenital heart diseases*. Bangkok: Idea instant printing. (in Thai)

Knopper, M., Odle, T.G., & Costello, A.M. (2005). Congenital heart disease. In K.M. Krapp, & J.J. Wilson (Eds.), *The Gale encyclopedia of children's health: Infancy through Adolescence,* (pp. 483-493). Farmington Hills: Thomson Gale.

Laohasilsomjits, K., Oumtanee, A., Lauhsattana, S., & Phaisal, N. (2011). Experiences of parents of a child undergoing open-heart surgery. *Journal of Nursing and Health Science*s, *5*(2), 106 – 116. (in Thai)

Maipimai, M., Payakkaraung, S., & Nookong, A. (2016). Mediating effects of uncertainty in illness on relatinships between perception of child's illness severity, education, social support, and parental anxiety of children admitted to pediatric intensive care unit. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University,* 28(3), 84-96. (in Thai)

Mekanantawat, K. (2012). *Predictors of uncertainty among parents of children admitted in a pediatric intensive care unit.* Unpublished master's thesis, Pediatric Nursing, Faculty of nursing Burapha University. (in Thai).

Mishel, M.H. (1983). Parent's perception of uncertainty concerning their hospitalized child. *Nursing Research*, *32*(6), 324–330.

Mishel, M.H. (1988). Uncertainty in illness. *Image Journal of Nursing Scholarships*, *20*(4), 225–232.

Mishel, M.H., & Clayton, M.F. (2008). Theories of uncertainty in illness. In M.J. Smith, & P.R. Liehr, (Eds.), *Middle range theory for nursing* (pp. 55-84). New York: Springer.

Petdumrongsakul, A. & Panturut, P. (2012). Nursing management of the Child with Congenital heart disease. In B. Sirichongkolthong et al. (Eds.), *Pediatric heart disease,* (pp. 505 – 514). Bangkok: Igroup Press. (in Thai)

Pongpanich, B. (2012). Congenital heart disease in Thailand. In B. Sirichongkolthong et al. (Eds.), *Pediatric heart disease,* (pp. 1- 4). Bangkok: Igroup Press. (in Thai)

Poompan,P., Tilokskulchai, F., Prasopkittikun, T., & Limprayoon, K. (2012). Factors influencing parents' uncertainty in chronically ill children with intubation during critical period. *Journal of Nursing Science*. *30*(3). 15 – 24. (in Thai)

Queen Sirikit National Institute of Child Health Foundation. (2013). Retrieved July 20, 2015, from: http://www.childrenhospital.go.th/html/2014/th.

Sangkhlaman, S. (2008). Nursing management of the child with congenital heart disease. In P. Tantisate et al. (Ed.), *Paper presented at the program of nursing pediatric,* (pp. 210-264). Bangkok: Queen Sirikit National Institute of Child Health Foundation. (in Thai)

Sangtawesin, C. (2014). *Congenital heart disease*, Retrieved December 9, 2015, from: http://dlibrary.childrenhospital.go.th/handle/6623548333/1137

Sirichongkolthong, B. (2011). Congenital heart disease. In Intarakhow, S., Cositsate, S., Sirichongkolthong, B., & Nuntapisan, S. (Eds.), *New frontier in pediatrics,* (pp. 75-88). Bangkok: Igroup Press. (in Thai)

Suwannaosod, S. (2004). *Uncertainty, social support, and coping strategies among parents of children with cancer.* Master's thesis, Pediatric Nursing Science, Graduate school, Chiang Mai University. (in Thai)

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson/ Allyn & Bacon.

Teerarungsikul, N., Phaktoop, M., & Arjrartanakul, A. (2014). Predictor of coping strategies among parents with chronical ill children in pediatric ward. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University,* 22(3), 1-13. (in Thai).

Teerarungsikul, N., Sananreangsak, S., & Thechaverakorn, A. (2002). Uncertainty in illness and coping strategies of mothers with premature infants admitted in neonatal intensive care unit. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University,* 10(2), 17-31. (in Thai).

Technical Information research center Thammasat University Hospital. (2015). *Statistics of patients with congenital heart diseases in 2011 - 2014.* Pathum Thani: Thammasat University Hospital. (in Thai)

Wanitkun, S. (2009). Diagnosis of congenital heart diseases. In S. Attanawanich, (Ed.), *Congenital heart diseases,* (pp. 1- 15). Bangkok: Idea Instant Printing. (in Thai)

Wongwandee, R. (2011). Acyanotic congenital heart disease and left to right shunt. In S. Intarakhow, S. Cositsate B. Sirichongkolthong, S. Nuntapisan, & S. Cositamongkon, (Eds.), *New frontier in pediatrics,* (pp. 75-88). Bangkok: Igroup Press (in Thai)

Yotwongratsamee, R. (2006). *Factors influencing uncertainty in illness of parents with children admitted in intensive care unit*. Master's thesis, Mahidol University.