

# The Relationship between Perceived Importance of Information, Understanding of Information, and Anxiety of Parents of Children in Recovery Phase after Cardiac Surgery\*

Panatda Kaewpram, RN, MNS<sup>1</sup>, Wanlaya Thampanichawat, RN, PhD<sup>2</sup>,  
Sudaporn Payakkaraung, RN, PhD<sup>2</sup>

---

## Abstract

**Purpose:** To examine the relationship between the perceived importance of information, understanding of information, and parental anxiety of children in the recovery phase after cardiac surgery.

**Design:** Correlational study design.

**Methods:** The study sample was comprised of 64 parents of children in the recovery phase after cardiac surgery and were transferred from an intensive care unit to general wards. Data were collected using the State Anxiety Inventory Form Y-1 and the interviewing questionnaires of Perceived Importance of Information and Understanding of Information. Descriptive statistics and Spearman's rank correlation were used for data analysis.

**Main findings:** The relationship between the perceived importance of information and the parental anxiety showed no relationship at significance level .05 ( $r_s = .18, p > .05$ ), while the understanding of information was significantly and negatively correlated to the parental anxiety ( $r_s = -.27, p < .05$ ).

**Conclusion and recommendations:** To ensure that the provision of information for parents of pediatric patients in recovery phase after cardiac surgery will reduce their anxiety nurses should assess their understanding of the information given. The development of nursing program on the provision of information to the parents is recommended.

**Keywords:** anxiety, cardiac surgery, children, importance of information, understanding of information

---

*J Nurs Sci. 2014;32(3):85-92*

*Corresponding Author: Assistant Professor Wanlaya Thampanichawat, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: wanlaya.tha@mahidol.ac.th*

*\* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University*

*<sup>1</sup> Queen Sirikit National Institute of Child Health, Bangkok, Thailand*

*<sup>2</sup> Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand*

# ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็ก ในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ\*

ปัทมา แก้วเปรณ, พย.ม.<sup>1</sup> วัลยา ธรรมพนิตวัฒน์, PhD<sup>2</sup> สุภากรณ์ พยัคชเรื่อ, ปส.ด.<sup>2</sup>

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

**รูปแบบการวิจัย:** การวิจัยศึกษาความสัมพันธ์

**วิธีดำเนินการวิจัย:** กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 64 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล และแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ สเปียร์แมน

**ผลการวิจัย:** การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่ระดับนัยสำคัญ .05 ( $r_s = .18$ ,  $p > .05$ ) และความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.27$ ,  $p < .05$ )

**สรุปและข้อเสนอแนะ:** พยาบาลควรประเมินความเข้าใจข้อมูลของบิดามารดาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ให้จะช่วยลดความวิตกกังวลของบิดามารดา และควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลแก่บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

**คำสำคัญ:** ความวิตกกังวล การผ่าตัดหัวใจ เด็ก ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล

*J Nurs Sci. 2014;32(3):85-92*

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์วัลยา ธรรมพนิตวัฒน์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: wanlaya.tha@mahidol.ac.th

\* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>1</sup> สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

<sup>2</sup> คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

## ความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในเด็ก มีอุบัติการณ์ประมาณ 8 ใน 1,000 คน<sup>1</sup> และมากกว่า ร้อยละ 80 ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด จากสถิติการผ่าตัดหัวใจของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติเมธวราซินี ในปี พ.ศ. 2553, 2554 และ 2555 มีผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาหัวใจ จำนวน 259, 267, และ 257 ราย<sup>2</sup> ตามลำดับ โดยการผ่าตัดที่ผู้ป่วยเด็กได้รับมีทั้งชนิดของการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจทั้งหมด และการผ่าตัดแบบประคับประคองเพื่อบรรเทาอาการหรือลดความรุนแรงของโรค ขึ้นอยู่กับชนิดและความซับซ้อนของความผิดปกติของโรค ปัจจุบันมีการผ่าตัดหัวใจมากขึ้น และผลของการผ่าตัดส่วนใหญ่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น

ผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักหลังผ่าตัดหัวใจในช่วงแรก เพื่อติดตามอาการและเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เช่น การมีเลือดออกจากแผลผ่าตัดจำนวนมาก (bleeding) ปริมาณเลือดออกจากหัวใจน้อย (low cardiac output) ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ (cardiac arrhythmia) ภาวะหัวใจถูกบีบรัด (cardiac tamponade) เป็นต้น โดยภาวะเหล่านี้อาจเกิดขึ้นภายใน 24-48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด และต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว มิฉะนั้นผู้ป่วยอาจเสียชีวิตได้ ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวผู้ป่วยเด็กจำเป็นต้องแยกจากบิดามารดา นอกจากนี้การที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การนอนนิ่งไม่รู้สึกตัวจากการได้รับยาต่าง ๆ การมีท่อระบายเลือดและลมออกจากช่องอก เป็นต้น สิ่งเหล่านี้อาจทำให้บิดามารดาเกิดความเครียดและความวิตกกังวลขึ้นได้<sup>3-6</sup> กานดา เลหาดีศิลปสมจิตร อารีวรรณ อ่วมตานี สุดา เลหาดีสมณะ และณัฐพร ไพศาล<sup>7</sup> ศึกษาประสบการณ์ของบิดามารดาที่บุตรจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่า บิดามารดาที่มีความรู้สึกกลัวและวิตกกังวลจากการผ่าตัดหัวใจของบุตรในหลาย ๆ เรื่อง เช่น กลัวว่าบุตรจะไม่รอดชีวิต กลัวว่าบุตรจะไม่ฟื้นหรือตื่นจากยาสลบ กลัวว่าบุตรจะไม่เหมือนเดิม เป็นต้น นอกจากนี้ Rogers และคณะ<sup>8</sup> ได้ศึกษาเปรียบเทียบความเครียดของมารดาผู้ป่วยเด็กก่อนผ่าตัดหัวใจ (กลุ่มผ่าตัดหัวใจ) มารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ไม่ได้รับการผ่าตัด (กลุ่มผู้ป่วยใน) และมารดาที่พาเด็กมาตรวจที่คลินิกเด็ก (กลุ่มผู้ป่วยนอก) พบว่า มารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ มีความเครียดมากกว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กกลุ่มอื่น ๆ จากงานวิจัยดังกล่าวจะเห็นได้ว่าบิดามารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจ จะมีความเครียดและความวิตกกังวลมาก

ภายหลังการผ่าตัดหัวใจ ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการดูแลรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ระยะเวลาโดยส่วนใหญ่ประมาณ 1-7 วัน ขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิกของผู้ป่วยเด็ก เมื่อผู้ป่วยเด็กพ้นจากระยะ

วิกฤตและมีอาการทางคลินิกดีขึ้น แพทย์จึงอนุญาตให้ย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ ทั้งนี้ผู้ป่วยเด็กบางรายอาจได้รับการให้ออกซิเจน มีสายน้ำเกลือ มีแผลผ่าตัด หรือยังมีท่อระบายเลือดและลมออกจากช่องอก เป็นต้น จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจมากกว่า 10 ปี พบว่าหลังย้ายผู้ป่วยเด็กออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญประมาณ 1-2 วัน บิดามารดาบางคนมีความกังวลในเรื่องของการดูแลและได้กลับมาสอบถามพยาบาลหอผู้ป่วยหนักเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Leith<sup>9</sup> ที่พบว่า การย้ายผู้ป่วยผู้ใหญ่ออกจากหอผู้ป่วยหนักไปยังหอผู้ป่วยสามัญเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัว และความวิตกกังวลของผู้ป่วยผู้ใหญ่และครอบครัวเพิ่มขึ้น<sup>10</sup> ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากการขาดข้อมูลตามที่ต้องการ จึงทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความคลุมเครือไม่สามารถทำนายเหตุการณ์ในอนาคตได้ รวมทั้งขาดความมั่นใจในความสามารถของตนในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในหอผู้ป่วยสามัญ<sup>11-14</sup> นอกจากนี้จากประสบการณ์ของผู้วิจัยยังพบว่า บิดามารดาที่มีความกลัว วิตกกังวลและไม่กล้าให้การดูแลบุตร แม้ว่าบิดามารดาบางรายได้รับข้อมูลมาบ้างแล้ว โดยเรื่องที่บิดามารดาวิตกกังวล ได้แก่ อาการปวดแผลผ่าตัด การร้องไห้ของบุตร การที่บุตรไม่ยอมนอน การหายใจของบุตร และการให้ยา เป็นต้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Pinelli<sup>15</sup> ที่ศึกษาความวิตกกังวลของมารดาในการดูแลบุตรที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยการสัมภาษณ์มารดาจำนวน 10 คน พบว่า มารดาที่มีความวิตกกังวลในเรื่องโรคหัวใจและการผ่าตัดของบุตร ยา อาหาร น้ำหนักของบุตร การร้องไห้ของบุตร และการดูแลเด็กทั่วไป จากงานวิจัยดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า บิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลบุตร และมีความต้องการได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องเพื่อคลายความวิตกกังวลที่มีอยู่ สอดคล้องกับ Lazarus และ Folkman<sup>16</sup> เชื่อว่า บุคคลส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการความเครียดด้วยการแสวงหาข้อมูล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสำคัญของข้อมูล เพื่อช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจและสามารถอธิบายเหตุการณ์ที่คลุมเครือ ส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานส่วนใหญ่ยังไม่ได้ศึกษาถึงการรับรู้ของบิดามารดาที่มีต่อข้อมูลที่ได้รับจากบุคลากรสุขภาพว่ามีความสำคัญมากน้อยอย่างไร และมีความเข้าใจเพียงใด พบงานวิจัยในต่างประเทศเพียงหนึ่งเรื่อง<sup>17</sup> ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล ของมารดาผู้ป่วยเด็กหลังจากผ่าตัดหัวใจ โดย Stinson และ McKeever<sup>17</sup> ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของมารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน

30 คน ในระยะก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของมารดา พบว่าก่อนออกจากโรงพยาบาล มารดามีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ อยู่ในระดับมากที่สุดถึง 26 ข้อ จากทั้งหมด 33 ข้อ ส่วนความเข้าใจข้อมูล พบว่ามารดามีความเข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับมากที่สุด 20 ข้อ จากทั้งหมด 33 ข้อ

ปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลในประเทศไทยมีการให้ข้อมูลกับบิดามารดาผู้ป่วยเด็กเป็นส่วนใหญ่ แต่เป็นข้อมูลที่บุคลากรทางสุขภาพคิดว่าจำเป็นและมีความสำคัญต่อบิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ โดยไม่มีการประเมินการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล และความเข้าใจข้อมูลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ ดังนั้นบิดามารดาอาจไม่ได้รับข้อมูลตรงกับข้อมูลที่บิดามารดาให้ความสำคัญจึงอาจทำให้เกิดความไม่เข้าใจ และส่งผลให้บิดามารดาเกิดความเครียดและความวิตกกังวลตามมา จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจในวัยน้อย และยังไม่พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ ทั้งนี้เพื่อนำผลจากการศึกษามาพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้บิดามารดามีความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งอาจทำให้ความวิตกกังวลลดน้อยลง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลกับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้าใจข้อมูลกับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

### สมมติฐานการวิจัย

1. การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ
2. ความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยศึกษาความสัมพันธ์

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจ และย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปพักฟื้นที่หอผู้ป่วยสามัญ เลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (convenience sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยเด็กและอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักมาที่หอผู้ป่วยสามัญตั้งแต่ 24-48 ชั่วโมง 3) สามารถฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช จากการสอบถามประวัติการเจ็บป่วยและยาที่รับประทานเป็นประจำ ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ โดยขนาดอิทธิพล (effect size) ได้จากงานวิจัยที่ใกล้เคียง คือ งานวิจัยของชลดดา จันทร์ขาว<sup>18</sup> ซึ่งมีขนาดอิทธิพลขนาดกลางโดยมีค่าเท่ากับ .32 กำหนดอำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และเปิดตารางสำเร็จรูปของ Cohen<sup>19</sup> ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน หลังจากเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 6 เดือน ผู้วิจัยสามารถรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 64 คน เนื่องจากผู้วิจัยมีข้อจำกัดในเรื่องระยะเวลาในการศึกษาจึงไม่สามารถรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ได้ การศึกษาคั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน

#### เครื่องมือการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดา ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของบิดามารดา
2. แบบบันทึกข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก แบ่งออกเป็น
  - 2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและอายุของผู้ป่วยเด็ก
  - 2.2 ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยและการรักษา ได้แก่ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัดหัวใจ จำนวนครั้งที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก และระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญ
  - 2.3 แหล่งสนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ การมีบุคคลที่สามารถขอคำปรึกษา รวมทั้งเบอร์โทรศัพท์ติดต่อ
3. แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety Inventory, SAI Form Y-1) ของ Spielberger และคณะ ที่สร้างในปี ค.ศ. 1977 และบุญเพียร จันทร์วัฒนา และคณะ<sup>20</sup> นำมาแปลเป็นภาษาไทย จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่รู้สึกเลย รู้สึกบ้าง รู้สึก

ปานกลาง และรู้สึกมาก กำหนดการให้คะแนนในข้อคำถามเชิงบวกตั้งแต่ 4 คะแนน ถึง 1 คะแนน และข้อคำถามเชิงลบตั้งแต่ 1 คะแนน ถึง 4 คะแนน ตามลำดับ พิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-80 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของ Tel และ Tel<sup>21</sup> คือ คะแนน 20 หมายถึง ไม่มีความวิตกกังวล คะแนน 21-40 หมายถึง มีความวิตกกังวลต่ำ คะแนน 41-60 หมายถึง มีความวิตกกังวลปานกลาง คะแนน 61-80 หมายถึง มีความวิตกกังวลสูง

4. แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล เป็นการสอบถามการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Mothers' Information Needs Instrument I (MINI I) ของ Stinson และ Mckeever<sup>17</sup> จำนวน 34 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ ผลจากการผ่าตัดหัวใจ (ข้อ 1-4) การหายใจ (ข้อ 5-10) การสังเกตอาการผิดปกติ (ข้อ 11-17) การป้องกันการติดเชื้อ (ข้อ 18-22) การดูแลทั่วไป (ข้อ 23-30) และการขอความช่วยเหลือและการมาตรวจตามนัด (ข้อ 31-34) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่สำคัญ (ให้ 1 คะแนน) หมายถึง บิดามารดาคิดว่าข้อมูลนั้นไม่สำคัญ ถึงสำคัญมาก (ให้ 4 คะแนน) หมายถึง บิดามารดาคิดว่าข้อมูลนั้นมีความสำคัญมาก พิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 34-136 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยใช้สูตรคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น<sup>22</sup> ดังนี้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 หมายถึง ข้อมูลนั้นไม่สำคัญ คะแนน 60-85 หมายถึง ข้อมูลมีความสำคัญน้อย คะแนน 86-111 หมายถึง ข้อมูลมีความสำคัญปานกลาง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 112 หมายถึง ข้อมูลมีความสำคัญมาก

5. แบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล เป็นการสอบถามความเข้าใจข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก Mothers' Information Needs Instrument II (MINI II) ของ Stinson และ Mckeever<sup>17</sup> จำนวน 32 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ ผลจากการผ่าตัดหัวใจ (ข้อ 1-4) การหายใจ (ข้อ 5-10) การสังเกตอาการผิดปกติ (ข้อ 11-17) การป้องกันการติดเชื้อ (ข้อ 18-22) การดูแลทั่วไป (ข้อ 23-30) และการขอความช่วยเหลือและการมาตรวจตามนัด (ข้อ 31-32) ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เข้าใจ (ให้ 1 คะแนน) หมายถึง บิดามารดาไม่เข้าใจข้อมูลนั้นเลย ถึงเข้าใจมาก (ให้ 4 คะแนน) หมายถึง บิดามารดาเข้าใจข้อมูลนั้นมาก พิสัยคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 32-128 คะแนน การแปลผลคะแนนรวมแบ่งเป็น 4 ระดับ โดยใช้สูตรคำนวณความกว้างของอันตรภาคชั้น<sup>22</sup> ดังนี้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 56 หมายถึง ไม่เข้าใจข้อมูล คะแนน 57-81 หมายถึง เข้าใจข้อมูลน้อย คะแนน 82-106 หมายถึง

เข้าใจข้อมูลปานกลาง คะแนนเท่ากับหรือมากกว่า 107 หมายถึง เข้าใจข้อมูลมาก

เครื่องมือในการศึกษาคั้งนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน หลังจากนั้นนำมาปรับแก้และนำไปทดลองใช้กับบิดามารดาผู้ป่วยเด็กที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 20 คน และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล และแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูลเท่ากับ .86, .93 และ .92 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 64 คน ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล และแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูลเท่ากับ .86, .87 และ .94 ตามลำดับ

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA No. IRB-NS2012/141.1110 และคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ เลขที่ 55-080

#### วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลประจำหอผู้ป่วยสามัญ 6 แห่ง และขอให้พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเป็นผู้ทาบทาม และสอบถามความสนใจของบิดามารดาในการรับฟังข้อมูลการวิจัย หลังจากบิดามารดาสนใจรับฟังข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการ และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยให้บิดามารดาอ่านเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง หากมีข้อสงสัย ผู้วิจัยจึงอธิบายเพิ่มเติมเมื่อบิดามารดายินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอให้ลงชื่อในหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ

จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญก่อน และสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและผู้ป่วยเด็ก แบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล ต่อจากนั้นจึงบันทึกข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเด็ก โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมดประมาณ 1 ชั่วโมง 20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจให้คะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูล หากพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจข้อมูลในเรื่องใด ผู้วิจัยอธิบายและให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับกลุ่มตัวอย่างทันที และตรวจให้คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ หาก

พบว่าคะแนนอยู่ระหว่าง 61-80 คะแนน ซึ่งเป็นความวิตกกังวลระดับสูง ผู้วิจัยรายงานให้หัวหน้าหอผู้ป่วยทราบ เพื่อดำเนินการช่วยเหลือและส่งต่อพยาบาลที่ให้คำปรึกษาหรือจิตแพทย์ต่อไป ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญสูงจำนวน 4 คน และผู้วิจัยรายงานหัวหน้าหอผู้ป่วยทราบ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 พฤศจิกายน 2555 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2556

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และกำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดามารดาและผู้ป่วยเด็ก โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนความวิตกกังวลขณะเผชิญ คะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของบิดามารดา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) เนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาไม่ได้เป็นความสัมพันธ์เชิงเส้น<sup>23</sup>

**ผลการวิจัย**

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 64 คน ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.3) เป็นมารดา โดยร้อยละ 48.4 มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.9) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 29.7 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 37.5 มี

อาชีพรับจ้าง และร้อยละ 35.9 ไม่ได้ทำงาน ร้อยละ 39.1 มีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 -10,000 บาท/เดือน สำหรับแหล่งสนับสนุนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก พบว่าร้อยละ 57.8 มีบุคคลที่สามารถปรึกษาเมื่อมีข้อสงสัย และร้อยละ 40.6 มีเบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อและขอคำปรึกษา

1.2 ผู้ป่วยเด็ก จำนวน 64 คน ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.1) เป็นเพศชาย โดยครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.0) มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และร้อยละ 54.7 เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว สำหรับชนิดของการผ่าตัดหัวใจ ร้อยละ 73.4 ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.9) ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักนาน 1-15 วัน และมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 67.2) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยสามัญตั้งแต่ 24-36 ชั่วโมง

2. ตัวแปรที่ศึกษาซึ่งได้แก่ การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา มีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ผลการวิเคราะห์พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (63 คน) หรือร้อยละ 98.4 มีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลอยู่ในระดับมาก ส่วนอีก 1 คนอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความเข้าใจข้อมูลพบว่าร้อยละ 62.5 มีความเข้าใจข้อมูลในระดับปานกลาง ร้อยละ 18.8 ระดับน้อย ร้อยละ 14.1 ระดับมาก และ ร้อยละ 4.7 ไม่มีความเข้าใจ

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในระดับมาก ( $\bar{X} = 128.36, SD = 6.68$ ) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความเข้าใจข้อมูลในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 95.88, SD = 16.84$ ) สำหรับคะแนนความวิตกกังวล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนรวมความวิตกกังวลในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 46.19, SD = 9.46$ ) ดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** พิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา (n = 64)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยจริง	$\bar{X}$	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

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา พบว่า การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่ระดับนัยสำคัญ .05 ( $r_s = .18, p = .156$ ) แต่

ความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.27, p = .029$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ค่าสหสัมพันธ์สเปียร์แมน ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล และความวิตกกังวลของบิดามารดา (n = 64)

ตัวแปร	ค่าสหสัมพันธ์ (r <sub>s</sub> )	p-value
การรับรู้ความสำคัญของข้อมูล	.18	.156
ความเข้าใจข้อมูล	-.27	.029

**การอภิปรายผล**

การศึกษานี้พบว่า การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของบิดามารดาที่ระดับนัยสำคัญ .05 ( $r_s = .18, p > .05$ ) ผลของการศึกษาไม่สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีคะแนนการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในลักษณะที่มีความเป็นเอกพันธ์สูง (homogeneous) โดยพิจารณาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.4) มีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลอยู่ในระดับมาก และค่าเฉลี่ยคะแนนรวมการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลก็อยู่ในระดับมากเช่นกัน (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาของ Stinson และ McKeever<sup>17</sup> ที่ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและความเข้าใจข้อมูลของมารดาผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจจำนวน 30 คน ในระยะก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า มารดามีการรับรู้ความสำคัญของข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ อยู่ในระดับมากที่สุดถึง 26 ข้อ จากทั้งหมด 33 ข้อ ทั้งในระยะก่อนและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ความสอดคล้องของผลการศึกษานี้และที่ผ่านมามีอาจเนื่องจากบิดามารดาไม่ประสบกับเหตุการณ์การดูแลผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจซึ่งถือว่าเป็นสถานการณ์ที่มีความตึงเครียด บิดามารดาต้องการความเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อให้ตนเองเกิดการเรียนรู้ และลดความวิตกกังวลลง<sup>16</sup> ดังนั้นบิดามารดาจึงรับรู้ว่ามีข้อมูลที่มีความสำคัญมาก จึงทำให้มีลักษณะการรับรู้ความสำคัญมีความเป็นเอกพันธ์ อย่างไรก็ตามการแปลการศึกษาอาจต้องคำนึงถึงขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาด้วย ซึ่งมีจำนวนน้อยกว่าขนาดที่ได้จากการคำนวณ นับเป็นข้อจำกัดของการวิจัย ดังนั้นจึงอาจทำให้อำนาจในการทดสอบไม่เพียงพอต่อการสนับสนุนสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r_s = -.27, p < .05$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่า ถ้าบิดามารดาที่มีความเข้าใจข้อมูลน้อย จะมีความวิตกกังวลมาก ในทางกลับกันถ้าบิดามารดาที่มีความเข้าใจข้อมูลมาก มักจะมีความวิตกกังวลน้อยสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อบิดามารดาเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด บิดามารดามักมีการประเมินขั้นปฐมภูมิ โดยการประเมินความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ว่าเป็นการคุกคามต่อสวัสดิภาพของตนหรือไม่ หากประเมินว่าเหตุการณ์ที่เผชิญนั้นคุกคามต่อสวัสดิภาพของตน และทำให้บิดามารดาเกิด

ความเครียด ซึ่งแสดงออกด้วยความวิตกกังวล บิดามารดาจึงประเมินขั้นทุติยภูมิโดยประเมินถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เต็มกำลังความสามารถ ซึ่งถ้าบิดามารดาที่มีความเข้าใจข้อมูลที่ดี ก็สามารถนำข้อมูลมาจัดการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลน้อยลง ในขณะที่เดียวกันบิดามารดาที่ขาดความเข้าใจข้อมูล ไม่สามารถอธิบายหรือให้เหตุผลได้ ย่อมเกิดความเครียดและความวิตกกังวลมากขึ้น ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Beckie<sup>24</sup> ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ทางโทรศัพท์ต่อระดับความรู้ความเข้าใจและระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจในระหว่าง 6 สัปดาห์แรกหลังออกจากโรงพยาบาลจำนวน 74 คน ผลการศึกษานี้พบว่า ระดับความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย ( $r = -.71, p < .05$ )

ถึงแม้ว่าความเข้าใจข้อมูลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของบิดามารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ขนาดความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ ( $r_s = -.27, p < .05$ ) ทั้งนี้เนื่องจากมาจากลักษณะของแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูลซึ่งเป็นเครื่องมือใหม่ที่ดัดแปลงมาจากต้นฉบับเดิม มีข้อคำถามบางข้อเป็นประโยคบอกเล่า และบางข้อเป็นประโยคคำถาม เมื่อผู้วิจัยนำเครื่องมือไปใช้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่เข้าใจข้อคำถามบางข้อ ซึ่งผู้วิจัยต้องอธิบายข้อคำถามนั้นซ้ำ ความไม่ชัดเจนของลักษณะข้อคำถาม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของการวัด การแปลผลความสัมพันธ์ที่พบจึงอาจต้องคำนึงถึงข้อจำกัดด้านเครื่องมือวัดที่ใช้ในการศึกษานี้ด้วย

**ข้อเสนอแนะ**

1. ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจแก่บิดามารดา พยาบาลควรมีการประเมินความเข้าใจของบิดามารดาด้วย ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดของการดูแลผู้ป่วยและเพื่อลดความวิตกกังวลของบิดามารดา นอกจากการประเมินความเข้าใจแล้วควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กในระยะพักฟื้นหลังผ่าตัดหัวใจต่อไป
2. ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการปรับปรุงหรือพัฒนาแบบสัมภาษณ์การรับรู้ความสำคัญของข้อมูลและแบบสัมภาษณ์ความเข้าใจข้อมูล เพื่อให้มีคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่เหมาะสมในการวัด และควรที่จะศึกษาซ้ำหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสำคัญของข้อมูล ความเข้าใจข้อมูล กับความวิตกกังวล

## เอกสารอ้างอิง (References)

1. Sopontammrak S. Current management in pediatrics. Bangkok: O.S. Printing; 2002. (in Thai).
2. The Society of Thoracic Surgeons of Thailand [Internet]. Bangkok: The Society of Thoracic Surgeons of Thailand; c2005 [updated 2011 Apr 4; cited 2011 Apr 30]. Statistics for heart surgery in Thailand since 2544–present; [about 1 screen]. Available from: [http://thaists.org/news\\_detail.php?news\\_id=212](http://thaists.org/news_detail.php?news_id=212). (in Thai).
3. Leventis EM, Verslius-Dan Bierman HJ, Witsenberg M, Rogers AJ, Hess J. Psychological distress and style of coping of parents of children awaiting cardiac surgery. *Cardiol Young*. 2001;10(3):239–44.
4. Menahem S, Poulakis Z, Prior M. Children subjected to cardiac surgery for congenital heart disease: Part 2 - Parental emotional experiences. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*. 2008;7(4):605-8.
5. Purcell C. Preparation of school-age children and their parents for intensive care following cardiac surgery. *Intensive Crit Care Nurs*. 1996;12(4):218-25.
6. Wray J, Sensky T. Psychological functioning in parents of children undergoing elective cardiac surgery. *Cardiol Young*. 2004;14(2):131–9.
7. Laohasilsomjits K, Oumtane A, Lauhsattana S, Phaisal N. Experiences of parents of a child undergoing open-Heart surgery. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2011;5(2):106-16. (in Thai).
8. Rogers TR, Forehand R, Furey W, Baskin C, Finch AJ Jr, Jordan S. Heart surgery in infants: A preliminary assessment of maternal adaptation. *Child Health Care*. 1984;13(2):52-8.
9. Leith BA. Patients' and family members' perception of transfer from intensive care. *Heart Lung*. 1999;28(3):210-8.
10. Coyle MA. Transfer anxiety: Preparation to leave intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. 2001;17(3): 138-43.
11. Burr G. Contextualizing critical family needs through triangulation: An Australian study. *Intensive Crit Care Nurs*. 1998;14(4):161-9.
12. Chaboyer W, James H, Kendall M. Transitional care after the intensive care unit: Current trends and future direction. *Crit Care Nurse*. 2005;25(3):16-28.
13. Cutler L, Garner M. Reducing relocation stress after discharge from the intensive therapy unit. *Intensive Crit Care Nurs*. 1995;11(6):333-5.
14. Hall-Smith J, Ball C, Coakley J. Follow up services and the development of a clinical nurse specialist in intensive care. *Intensive Crit Care Nurs*. 1997;13(5): 243-8.
15. Pinelli JM. A comparison of mother's concerns regarding care-taking tasks of newborns with congenital heart disease before and after assuming their care. *J Adv Nurs*. 1981;6(4):261-70.
16. Lazarus RS, Folkman S. Stress appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
17. Stinson J, McKeever P. Mothers' information needs related to caring for infants at home following cardiac surgery. *J Pediatr Nurs*. 1995;10(1):48-57.
18. Chankao C. Anxiety and information needs in pregnant women with premature labor pain [master's thesis]. Bangkok, Mahidol University; 1998. 90 p. (in Thai).
19. Cohen J. Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol Bull*. 1992;112(1):155-9.
20. Chanwatana B, Jintanadilok N, Apanakapan P, Chalamket W, Melnyk BM. Effect of information intervention on mothers' anxiety level during their children's hospitalization. *Thai Journal of Pediatric Nursing*. 2001;1(2):26-35. (in Thai).
21. Tel H, Tel H. The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. *Heart Lung*. 2006;35(2): 101-7.
22. Ketsing W. Average to Interpretation: Simple is sometimes missed. *Journal of Education Research News*. 1994;18(3):3-11. (in Thai).
23. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization. 5<sup>th</sup> ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005.
24. Beckie T. A supportive education telephone program: Impact on knowledge and anxiety after coronary artery bypass graft surgery. *Heart Lung*. 1989;18(1): 46-55.