



ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่มีเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

Relationships Between Burden of Care, Social Support, and Quality of Life Among Mothers of Children With Congenital Heart Disease

ศ.ดร. เอื้อแม่
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา
วันฉัตร วิรุฬห์พานิช พิสมัย วัฒนสิทธิ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive research) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6-36 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกเด็ก (โรคหัวใจ) และศูนย์โรคหัวใจในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ จำนวน 85 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามภาระการดูแล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม 2568 ทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .78, .91, และ .75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และหาค่าความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า มารดามีคะแนนภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($mean = 25.74, SD = 3.86$)

คะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมและคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ($mean = 85.18, SD = 13.79$ และ $mean = 39.61, SD = 6.17$ ตามลำดับ) โดยภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.31, p < .01$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .01$) และภาระการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24, p < .01$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการดูแลมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยพยาบาลควรประเมินระดับภาระการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดา ตลอดจนให้การดูแลช่วยเหลือในการลดภาระการดูแลและเพิ่มแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมให้มารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ



คำสำคัญ : ภาระการดูแล, แรงสนับสนุนทางสังคม, คุณภาพชีวิต, มารดา, เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

Abstract

The descriptive research aims to examine the relationship among burden of care, social support, and quality of life in mothers of children with congenital heart disease. The sample was mothers of children with congenital heart disease aged 6-36 months who received outpatient service at Pediatric clinic (cardiology) and Naradhiwas rajanagarindra heart center, Songklanakarind hospital. Eighty-five purposive sampling were recruited. Data were collected using Caregiver Burden Scale, Social Support Questionnaire, and Quality of Life Questionnaire, during October to December 2015. These questionnaires have Cronbach's alpha coefficient .78, .91, and .75 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistic, and Pearson's product moment correlation. The result showed the mean score of burden of care was at a moderate level ($mean = 25.74, SD = 3.86$). The means score of social support and quality of life were at the high level ($mean = 85.18, SD = 13.79$ and $mean = 39.61, SD = 6.17$, respectively). Burden of care was a lowly significant negative relationship with quality of life ($r = -.31, p < .01$)

social support was a lowly significant positive relationship with quality of life; ($r = .47, p < .01$) and burden of care was a lowly significant negative relationship with social support ($r = -.24, p < .01$). The findings of this study can be used by nurses as a guidelines for caring mothers of children with congenital heart disease. Nurses should evaluate the level of burden of care and social support of mothers as well as reduce the burden of care and induce social support for providing care and help mothers to reach a good quality of life, and also help to take care their child effectively.

Keywords : burden of care, social support, quality of life, mothers, children with congenital heart disease

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในปัจจุบันและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในประเทศแถบยุโรปและเอเชียพบว่ามียุบัติการณ์การเกิดในอัตราส่วน 6.9:1,000 และ 9.3:1,000 ของทารกแรกเกิดตามลำดับ (Go et al., 2013) สำหรับในประเทศไทยมีอัตราการเกิด 8.1:1,000 ของทารกแรกเกิดซึ่งใกล้เคียงกับทั่วโลก (บุญชอบ, 2555) และจากสถิติการเสียชีวิตของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบว่าร้อยละ 26.6 เสียชีวิตตั้งแต่ขวบปีแรก (Go et al., 2013) ด้วยเหตุนี้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะ



ในช่วงอายุ 6 - 36 เดือน ที่ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการ
รักษาด้วยการผ่าตัด และมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลง
และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้ง่าย ประกอบกับ
เด็กวัยนี้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่าง ๆ
ยังไม่สมบูรณ์ และช่วยเหลือตนเองได้น้อย ดังนั้น
มารดาจึงต้องรับภาระในการดูแลเด็กในทุก ๆ ด้าน
ตลอดจนต้องทุ่มเทเวลาและกำลังส่วนใหญ่ในการดูแล
ทำให้มารดามีวิถีชีวิตเปลี่ยนแปลงไป จนส่งผลให้มี
คุณภาพชีวิตที่แย่ลง

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้น
มารดาต้องรับภาระที่หนักมาก เนื่องจากต้องช่วยเหลือ
ดูแลผู้ป่วยเด็กในด้านต่าง ๆ รวมทั้งต้องใช้เวลาในการ
ดูแลเพื่อทำกิจวัตรประจำวันมากกว่าเด็กทั่วไป เห็นได้
จากการศึกษาในมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ
แต่กำเนิด พบว่ามารดาจะใช้เวลาในการดูแลมากกว่า
การดูแลเด็กปกติเฉลี่ยถึง 2 ชั่วโมงต่อวัน (Lawoko &
Soares, 2003) นอกจากนี้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ
แต่กำเนิดเป็นการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน จาก
การที่มารดาต้องดูแลเด็กทั้งด้านทั่วไปตามพัฒนาการ
โดยมีเรื่องการเจ็บป่วยเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้มารดาต้อง
ใช้ทักษะและเวลาในการดูแลมากกว่าเด็กทั่วไป เช่น
การรับประทานอาหารได้ครั้งละน้อย ๆ และต้องหยุด
พักเป็นช่วง ๆ จากอาการเหนื่อยเหนื่อย และมีความทน
ต่อการทำกิจกรรมได้น้อยกว่าปกติเป็นต้น นอกจากนี้
ยังต้องมีการดูแลที่เกี่ยวกับการรักษา เช่น การ
ดูแลให้เด็กรับประทานยา การนำไปพบแพทย์ตามนัด
หรือเมื่อมีความผิดปกติต่าง ๆ (ศรีสมบุญ, 2553) ซึ่ง
ลักษณะดังกล่าวทำให้มารดาต้องใช้ความละเอียด และ
ความรอบคอบในการดูแลมากขึ้น ส่งผลให้มารดาต้อง
ใช้เวลาและพลังงานอย่างมากในการดูแลและมีผลให้

การดำเนินชีวิตของมารดาเปลี่ยนแปลงไป (Green,
2004; Nousi & Christou, 2010)

การดูแลโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลต่อ
คุณภาพชีวิตของมารดาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม
และจิตวิญญาณ กล่าวคือ ด้านร่างกายจะมีผลให้
มารดามีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และนอนหลับ
พักผ่อนได้น้อย ด้านจิตใจ พบว่ามารดาจะมีอารมณ์
หงุดหงิดง่าย และมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงไป
เนื่องจากมีเวลาในการดูแลตนเองลดลง ด้านสังคม
พบว่า มารดาไม่มีเวลาเข้าสังคม ไม่สามารถทำหน้าที่
ในบทบาทอื่น ๆ ได้เหมือนเดิม เช่น การทำงานบ้าน
การดูแลสามี และการดูแลบุตรคนอื่น ๆ เป็นต้น และ
ด้านจิตวิญญาณ พบว่า มารดามีเวลาในการทำ
กิจกรรมทางศาสนาลดลง เป็นต้น (อรุณรัตน์และรัตนาวดี,
2554; Green, 2004; Nousi & Christou, 2010)
จากผลกระทบดังกล่าวทำให้มารดามีการรับรู้ต่อการ
ดำเนินชีวิตของตนเองเป็นไปในด้านลบ มีผลให้มารดา
มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลงดังการศึกษาในต่างประเทศ
พบว่ามารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมี
คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Arafa, Zaher, El-
dowaty, & Moneeb, 2008; Hussein & Athman,
2013; Lawoko & Soares, 2003) สอดคล้องกับ
งานวิจัยเชิงคุณภาพในประเทศไทยที่ศึกษาเกี่ยวกับ
ผลกระทบของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ
แต่กำเนิด ระยะก่อนผ่าตัดอายุ 1 - 3 ปี พบว่า การที่
มารดาต้องรับภาระในการดูแล ทำให้มีเวลาในการ
นอนหลับพักผ่อนน้อย ไม่มีโอกาสทำหน้าที่ใน
ครอบครัวหรือทำกิจกรรมทางสังคมได้เหมือนเช่นเคย
และยังได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจอีกด้วย (อรุณ
รัตน์และรัตนาวดี, 2554) จึงกล่าวได้ว่าการดูแลเด็ก



โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดาอย่างมาก

ภาวะการดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของมารดา เนื่องจากการที่มารดาต้องรับภาระหนักในการดูแลโดยเฉพาะการดูแลเด็กโรคเรื้อรังที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งด้านเวลา พลังงาน และทรัพย์สินเงินทองอย่างมากในการให้การดูแลกิจวัตรประจำวันและการรักษาเด็กประกอบกับมารดาต้องเรียนรู้ในด้านต่างๆ เพื่อดูแลให้เด็กมีชีวิตรอดและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ซึ่งกิจกรรมการดูแลดังกล่าวย่อมรบกวนกิจกรรมในบทบาทอื่น ๆ ในชีวิตประจำวันของมารดาจนส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในด้านลบ เห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของมารดาทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยด้านร่างกายมารดามักจะมีอาการอ่อนเพลียและนอนหลับพักผ่อนได้น้อย ด้านอารมณ์มารดาจะมีอารมณ์หงุดหงิดง่ายเมื่ออยู่กับเด็ก และทุกครั้งที่เด็กมีอาการก็มักจะรู้สึกกลัวว่าเด็กจะตาย ส่วนด้านสังคมมารดาต้องใช้เวลาในการดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่หรืออยู่กับครอบครัวคนอื่น ๆ ได้เต็มที่ สุดท้ายด้านเศรษฐกิจพบว่าครอบครัวต้องมียาจ่ายเพิ่มขึ้นจากการดูแลรักษาเด็ก (Dhiraanathara, 2008) จากผลกระทบดังกล่าวจึงทำให้มารดาไม่มีการรับรู้และมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเองลดลง ส่งผลให้มารดามีคุณภาพชีวิตแย่งตามมา

แม้มารดาจะมีภาระในการดูแลมากก็ตาม แต่หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะสามารถส่งเสริมให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ กล่าวคือภาระการดูแลเป็นการรับรู้ของมารดาเมื่อมารดามีกิจกรรมความรับผิดชอบที่มากหรือหนักเกินไป โดยเป็นความ

ไม่สมดุลในการรับรู้ความต้องการในการดูแลกับแหล่งทรัพยากรที่มีอยู่ ซึ่งเมื่อมารดารับรู้ว่ามีความต้องการการดูแลมากกว่าสิ่งที่มีอยู่ ก็จะส่งผลให้มารดา รู้สึกมีภาระการดูแลเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้มารดา มีแหล่งทรัพยากรที่เพียงพอในการตอบสนองความต้องการในการดูแลได้ (จุฑา, 2549) เห็นได้จากการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหากมารดาได้รับสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ จะทำให้มารดา รู้สึกมีคุณค่า มีความหวัง เป็นที่รักของคนรอบข้าง และมีความพร้อมในการแสดงบทบาทของการดูแลที่ดีได้ ส่วนการได้รับการสนับสนุนด้านเรื่องค่าใช้จ่ายหรือทรัพยากรนั้นก็จะช่วยในเรื่องค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ที่จะส่งเสริมให้เด็กได้รับการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารจะช่วยให้มารดา มีความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นหากมารดาได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่เพียงพอก็จะส่งผลให้มารดาได้รับรู้ต่อภาระการดูแลลดลง อันจะส่งเสริมให้มารดา มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของมารดา ซึ่งน่าจะส่งผลให้มารดาสามารถให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับของภาระการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6-36 เดือน
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6-36 เดือน



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6 - 36 เดือน

ประชากร คือ มารดาที่ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุตั้งแต่ 6 -36 เดือน ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอายุตั้งแต่ 6 -36 เดือน ที่มารับบริการ ณ คลินิกเด็ก (โรคหัวใจ) และศูนย์โรคหัวใจ นาราธิวาสราชนครินทร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 85 ราย โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ (1) อายุ 18 - 55 ปี (2) ดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6 - 36 เดือน ที่ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจ หรือเคยได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบประคับประคอง แต่ยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบสมบูรณ์ (total correction) (3) อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ภายหลังได้รับการวินิจฉัยมาอย่างช้า 6 เดือนและ (4) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ชุดดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโดยผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของมารดา ผู้วิจัยได้แปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจวาย ฉบับภาษาอังกฤษ (FAMQOL) ของนอเซอร์บากาส และเวลช์ (Nauser, Bakas, & Welch, 2011) ที่พัฒนาจากแนวคิดคุณภาพชีวิตของเฟอร์เรลล์ (Ferrell, 1996) โดยแบบสอบถามคุณภาพชีวิตประกอบด้วย 4 ด้าน ด้านละ 4 ข้อ ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย (2) ด้านจิตใจ (3) ด้านสังคม และ (4) ด้านจิตวิญญาณ รวมทั้งสิ้น 16 ข้อ โดยแยกเป็นข้อคำถามด้านลบจำนวน 7 ข้อ ด้านบวกจำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อสอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 3 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 3 คะแนน ข้อคำถามด้านลบให้คะแนนกลับกันกับข้อคำถามด้านบวก (reverse score) โดยคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ระหว่าง 16 - 48 คะแนน การแปลผลระดับคุณภาพชีวิตรายด้านและโดยรวมแบ่งตามเกณฑ์อันตรายภาคชั้น (สายชล, 2555) ดังนี้

ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม	คะแนน	หมายถึงมารดา
มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ	คะแนน 16.00 - 26.66	หมายถึงมารดาที่มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ
มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง	คะแนน 26.67 - 37.33	หมายถึงมารดาที่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง
มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง	คะแนน 37.34 - 48.00	หมายถึงมารดาที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง
ระดับคุณภาพชีวิตรายด้าน		
มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ	คะแนน 4.00 - 6.66	หมายถึงมารดาที่มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ
มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง	คะแนน 6.67 - 9.33	หมายถึงมารดาที่มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง
มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง	คะแนน 9.34 - 12.00	หมายถึงมารดาที่มีคุณภาพชีวิตในระดับสูง



3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดา ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเลิศลักษณ์ (2551) ที่พัฒนาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของศิริกาญจนา (2543) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) ร่วมกับเชฟเฟอร์และคณะ (Schaefer et al., 1981) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ (1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 5 ข้อ (2) การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า 5 ข้อ (3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร 4 ข้อ (4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน 4 ข้อ และ (5) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4 ข้อ คำถามมีจำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน โดยแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ระหว่าง 22 - 110 คะแนน การแปลผลระดับแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งรายด้านและโดยรวมแบ่งตามเกณฑ์อันตรภาคขั้น (สายชล, 2555) ดังนี้

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม

คะแนน 22.00 - 51.33 หมายถึงมารดา มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

คะแนน 51.34 - 80.67 หมายถึงมารดา มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนน 80.68 - 110.00 หมายถึงมารดา มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า

คะแนน 5.00 - 11.66 หมายถึงมารดา มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

คะแนน 11.67 - 18.33 หมายถึงมารดา มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนน 18.34 - 25.00 หมายถึงมารดา มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน และด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

คะแนน 4.00 - 9.33 หมายถึงมารดา มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำ

คะแนน 9.34 - 14.67 หมายถึงมารดา มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง

คะแนน 14.68 - 20.00 หมายถึงมารดา มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

4. แบบสอบถามการดูแลของมารดา ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการดูแลในมารดาที่ดูแลเด็กออทิสติกของอรัญ (2545) ที่พัฒนาจากแบบวัดการดูแลตามแนวคิดของโอเบิร์ส (Oberst, 1991) ข้อคำถามประกอบด้วย 3 ด้าน คือ (1) การดูแลโดยตรง 3 ข้อ (2) การดูแลระหว่างบุคคล 4 ข้อ และ (3) การทำกิจกรรมทั่วไป 7 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ แต่ละข้อคำถามแยกเป็น 2 ส่วน คือ การใช้เวลาและความยากลำบากในการดูแล ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (likert scale) 3 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 3 คะแนนโดย

คะแนนการดูแลโดยรวมอยู่ระหว่าง 14 - 42 คะแนน การแปลผลระดับการดูแลทั้งรายด้าน และโดยรวมแบ่งตามเกณฑ์อันตรภาคขั้น (สายชล, 2555) ดังนี้

คะแนน 14.00 - 23.33 หมายถึงมารดา มีภาระการดูแลในระดับต่ำ

คะแนน 23.34 - 32.67 หมายถึงมารดา มีภาระการดูแลในระดับปานกลาง



คะแนน 32.68 - 42.00 หมายถึงมารดา มีภาระการดูแลในระดับสูง

แบบสอบถามทั้งหมดผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสอบถามแรง สนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามภาระการดูแล ผ่านการทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นกับมารดาที่ดูแลเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 20 ราย พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามแต่ละฉบับ เท่ากับ .75, .91 และ .78 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นข้อมูลระดับ นามบัญญัติและอันดับโดยการแจกแจงความถี่และ หาค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นข้อมูล ต่อเนื่องและค่าคะแนนแต่ละตัวแปรโดยหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์ สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ เนื่องจากได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้ สถิติ พบว่าข้อมูลแต่ละตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้ง ปกติและมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นแบบ เส้นตรง

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่าง 85 ราย พบว่า มารดาส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 18 - 35 ปี (ร้อยละ 63.5) มีสถานภาพ สมรสมากที่สุด (ร้อยละ 92.9) โดยประมาณหนึ่งในสาม ของมารดามีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 34.1) และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือว่างงาน (ร้อยละ 29.4) มารดาเกินครึ่งหนึ่งมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 54.1) มารดาส่วนใหญ่ไม่มี

โรคประจำตัว (ร้อยละ 84.7) และรับรู้สุขภาพของ ตนเองแข็งแรง (ร้อยละ 83.5) ส่วนระยะเวลาที่ดูแลลูก ที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 25 - 36 เดือนมากที่สุด (ร้อยละ 41.2) ดังแสดงในตารางที่ 1 ส่วนข้อมูลของผู้ป่วยเด็ก พบว่าเกือบครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 25 - 36 เดือน (ร้อยละ 41.2) เป็นเพศชายใกล้เคียงกับเพศหญิง (ร้อยละ 50.6) เป็นโรคหัวใจชนิดไม่เชี่ยวชาญกว่า โรคหัวใจชนิดเชี่ยวชาญ (ร้อยละ 57.6) มีระดับความรุนแรง ของโรคหัวใจที่ระดับ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 50.6) รองลงมา คือ ระดับ 2 (ร้อยละ 42.3) และระดับ 3 ตามลำดับ (ร้อยละ 7.1) มีโรคร่วมเพียงร้อยละ 11.8 และส่วนใหญ่ไม่เคยคิดว่าจะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิดหลังการรักษา (ร้อยละ 77.6) โดยเด็ก เกือบครึ่งหนึ่งมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยอยู่ในช่วง 6 - 12 เดือน (ร้อยละ 40) ส่วนใหญ่มีयाประจำ (ร้อยละ 60) และไม่เคยนอนโรงพยาบาล (ร้อยละ 56.5)

ผลการศึกษาพบว่ามารดามีภาระการดูแล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($mean = 25.74, SD = 3.86$) และใช้เวลาในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความยากลำบากในการดูแลอยู่ในระดับต่ำสำหรับ แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($mean = 85.18, SD = 13.79$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้น ด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง และคุณภาพ ชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($mean = 39.61, SD = 6.17$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้าน อยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงในตารางที่ 1



ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.31, p < .01$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .01$) ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24, p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาระการดูแลแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดาทั้งรายด้านและโดยรวม ($N = 85$)

ตัวแปร	mean	S.D.	ระดับ
1. ภาระการดูแลโดยรวม	25.74	6.86	ปานกลาง
การใช้เวลาในการดูแล	30.16	4.32	ปานกลาง
ความยากลำบากในการดูแล	22.95	5.75	ต่ำ
2. แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	35.18	13.79	สูง
การสนับสนุนด้านอารมณ์	20.29	3.89	สูง
การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า	18.75	4.27	สูง
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	14.52	3.37	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน	15.74	2.87	สูง
การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	15.85	2.86	สูง
3. คุณภาพชีวิตโดยรวม	39.61	6.17	สูง
ด้านร่างกาย	9.87	1.94	สูง
ด้านจิตใจ	8.98	2.49	ปานกลาง
ด้านสังคม	10.11	2.12	สูง
ด้านชีวัญญาณ	11.00*	2.00**	สูง

* Mdn, ** Interquartile range



ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดา (N=85)

ตัวแปร	1	2	3
1. คุณภาพชีวิต	1		
2. แรงสนับสนุนทางสังคม	.47**	1	
3. ภาวะการดูแล	-.31**	-.24*	1

หมายเหตุ. * $p < .05$

** $p < .01$

อภิปรายผล

ภาวะการดูแล แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของมารดา

การศึกษาครั้งนี้พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลโดยรวมของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตามปริมาณการใช้เวลาและความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($mean = 25.74, SD = 3.86$) ทั้งนี้เนื่องจากการในการศึกษาครั้งนี้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับ 1 และ 2 (ร้อยละ 50.60 และ 42.30 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง เด็กสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆ ได้ใกล้เคียงกับเด็กทั่วไปอาจมีหายใจเหนื่อยเล็กน้อยในเด็กเล็ก หรือหายใจลำบากเมื่อพยายามออกกำลังกายที่ใช้กำลัง (Ross as cite in Chaturvedi & Saxena, 2009) ประกอบกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่ไม่มีโรคอื่นร่วม (ร้อยละ 88.20) และเกือบครึ่งหนึ่งไม่เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 43.50) การดูแลจึงไม่แตกต่างจากเด็กทั่วไปมากนัก นอกจากนี้มารดาส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 18 - 35 ปี (ร้อยละ 63.50) ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ และมีความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีรวมทั้งมารดาส่วนใหญ่ยังรับรู้สุขภาพร่างกายของตนเองแข็งแรง (ร้อยละ 83.50) มารดาจึงสามารถดูแลลูกที่เจ็บป่วยได้โดยไม่รู้สึกรำคาญผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (Srichantaranit et al., 2010) ด้วยเหตุนี้มารดาจึงมีภาวะการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษานี้จึงแตกต่างจากผลการศึกษาภาวะการดูแลที่ศึกษาในมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรัฐบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร พบว่ามารดาได้รับผลกระทบจากการดูแลในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจอยู่ในระดับต่ำ (Dhirathara, 2008) เนื่องจากการศึกษาดังกล่าวใช้แนวคิดภาวะการดูแลของเซาว์ (Chou, 2000) ซึ่งประเมินภาวะการดูแลจากผลกระทบที่จิตขึ้นในขณะที่มารดาให้การดูแลเด็กที่เจ็บป่วยอย่างไรก็ตามผลการศึกษาครั้งนี้คล้ายกับการศึกษาภาวะการดูแลในมารดาเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่ามารดามีภาวะการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (ไพรินทร์, 2543) ส่วนในมารดาที่ดูแลเด็กโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคหอบหืด (เลิศลักษณ์, 2551) โรคธาลัสซีเมีย (สุพัฒน์ศิริ, 2548) และออทิสติก (อรทัย, 2546) พบว่ามารดามีภาวะการดูแลอยู่ในระดับต่ำ



เมื่อพิจารณาภาระการดูแลตามปริมาณการใช้เวลาและความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแล พบว่ามารดาใช้เวลาในการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความยากลำบากในการดูแลอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งการที่คะแนนเฉลี่ยของการใช้เวลาในการดูแลของมารดาสูงกว่าความยากลำบากในการดูแลนั้น เนื่องจากมารดาได้ใช้เวลาในการดูแลบุตรค่อนข้างมาก โดยเฉพาะการแสดงความรัก การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และการจัดการกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็กตลอดจนมารดาต้องใช้เวลาในการหาเงินมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อนำบุตรมาพบแพทย์อีกด้วย และการที่มารดามีความผูกพันใกล้ชิดกับลูก มารดาจึงให้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลลูกโดยไม่รู้สึกรว่าการดูแลมีความยากลำบากแต่อย่างใด (Srichantarant et al., 2010) ประกอบกับการศึกษาครั้งนี้มารดาส่วนใหญ่ดูแลลูกที่เจ็บป่วยมาเป็นเวลาอย่างน้อย 25 เดือน ซึ่งนานพอที่ทำให้มารดาได้เรียนรู้และปรับตัวในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลบุตร ให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันของตนเองได้

แรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($mean = 85.18, SD = 15.79$) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าในการศึกษาครั้งนี้มารดาได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ที่เพียงพอ เช่น ด้านอารมณ์ มารดามีคนรอบข้าง โดยเฉพาะสมาชิกในครอบครัวคอยให้ความรักความห่วงใยให้ความอบอุ่นและมั่นใจเมื่อมารดาเป็นเรื่องวิตกกังวลคอยรับฟังปัญหา และคอยปลอบโยนและให้กำลังใจเมื่อมารดาท้อแท้ซึ่งการที่มารดาได้รับการสนับสนุนในด้านอารมณ์ที่เพียงพอจะมีผลให้มารดา รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย และมีความพร้อมที่จะรับมือหรือ

ปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ ตลอดจนส่งเสริมให้มารดามีแรงจูงใจและมีความพยายามในการดูแลเพิ่มขึ้น นอกจากนี้มารดาเกือบครึ่งหนึ่งมีการศึกษาอยู่ในระดับดี คือ การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีขึ้นไป (ร้อยละ 41.20) ทำให้สามารถเรียนรู้และแสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลได้กว้างขวางมากขึ้น ส่วนด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงานในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเด็กทั้งหมดได้รับการรักษาฟรีจากการใช้สิทธิสุขภาพดีถ้วนหน้าจึงสามารถลดภาระด้านการเงินของมารดาได้อีกหนึ่งด้วย และจากการได้รับการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ที่กล่าวมา จึงทำให้มารดาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาแรงงานสนับสนุนทางสังคมในมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเขตภาคเหนือ พบว่ามารดาที่มีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน (Chaisom, 2008)

เมื่อวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมรายด้านพบว่าแรงสนับสนุนด้านอารมณ์ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่าด้านทรัพยากร สิ่งของ เงินทอง และแรงงาน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากในการศึกษาครั้งนี้พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีคนรอบข้างที่เข้าใจและเห็นใจที่มีบุตรเจ็บป่วย รวมทั้งมีคนคอยให้ความรักความห่วงใยคอยรับฟังปัญหา และให้กำลังใจเมื่อมารดาท้อแท้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย ซึ่งสมาชิกในครอบครัวจะมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นแหล่งสนับสนุนหลักที่ทำให้มารดาได้รับการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะด้านอารมณ์ที่จะมีอิทธิพลต่อมารดาอย่างมาก (บุญ



มาศ, 2550) รวมทั้งการดำเนินชีวิตของคนไทยเป็นวิถีความเป็นอยู่แบบสังคม มารดาจึงยังคงมีบทบาททางสังคมได้อย่างต่อเนื่อง และได้รับการยอมรับจากครอบครัวว่าตนเองมีบทบาทสำคัญในการดูแลและยังสามารถให้การดูแลลูกได้เป็นอย่างดีมีส่วนร่วมสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกมีผู้รับบริการจำนวนมาก โดยเฉพาะเด็กโรคหัวใจมีประมาณ 50 รายต่อวัน ดังนั้นแพทย์จึงมีเวลาในการให้ข้อมูลข่าวสารในด้านต่าง ๆ ไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่จึงเน้นให้ข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นหลัก ($mean = 4.11, SD = 0.96$) รองลงมาคือ คำแนะนำในการดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน คำแนะนำเมื่อมารดามีปัญหาในการดูแล และคำแนะนำถึงแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ในการดูแลตามลำดับ ($mean = 3.93, SD = 0.87; mean = 3.74, SD = 1.04$ และ $mean = 3.34, SD = 1.16$ ตามลำดับ) ด้วยเหตุนี้จึงทำให้มารดาให้คะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับแรงสนับสนุนด้านอื่น ๆ

คุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ($mean = 39.61, SD = 60.7$) ทั้งนี้เนื่องจากมารดามีการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และมีแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงรวมทั้งผู้ป่วยเด็กเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.50) ไม่เคยนอนโรงพยาบาล และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.60) ไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนใด ๆ จากโรคและการรักษา จึงน่าจะบ่งชี้ได้ว่าเด็กส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ใกล้เคียงกับเด็กทั่วไป มารดาจึงรับรู้ว่าการดูแลบุตรไม่ได้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากนัก นอกจากนี้มารดาเกือบครึ่งหนึ่ง

(ร้อยละ 40) ที่ดูแลบุตรอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 25 เดือน จึงน่าจะทำให้มารดามีความคุ้นเคยกับการดูแลบุตรที่เจ็บป่วย จนสามารถปรับกิจกรรมการดูแลให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ยื่น ๆ ได้ มารดาจึงรู้สึกว่าการดูแลไม่ได้กระทบกับการดำเนินชีวิตมากนัก มารดาจึงมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงอย่างไรก็ตามผลการศึกษารังนี้แตกต่างกับการศึกษาในประเทศอิตาลี ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตในมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแล ในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณพบว่า มารดาเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 52) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ และมารดาหนึ่งในสาม (ร้อยละ 29) มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับต่ำที่สุด อย่างไรก็ตามเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 73.50) และมารดาเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.40) ได้ลาออกจากงานหลังจากที่บุตรได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รวมทั้งมารดาเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.50) มีภาวะทางเศรษฐกิจไม่ดี จึงอาจทำให้มารดามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำได้ (Hussein & Athman, 2013)

สำหรับคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านนั้น พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณตามลำดับ กล่าวคือการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลกระทบต่อมารดาในด้านจิตใจมากที่สุด เนื่องจากการเจ็บป่วยของบุตรไม่ว่าด้วยสาเหตุใดก็ตาม ย่อมมีผลกระทบต่อจิตใจของมารดาเห็นได้จากการศึกษารังนี้ พบว่ามารดารู้สึกมีงานที่ต้องรับผิดชอบล้นมือ รู้สึกเหน็ดเหนื่อย และรู้สึกดี



เครียดจากการดูแลมากที่สุดเมื่อเทียบกับคุณภาพชีวิตเรื่องอื่น ๆ และถึงแม้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีระดับความรุนแรงของโรคที่ระดับ 1 และ 2 แต่ก็อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ส่งผลให้มารดาต้องสังเกตอาการตลอดเวลา (อรุณรัตน์และรัตนาวดี, 2554; Srichantaranit et al., 2010) รวมทั้งมารดาอาจต้องรับมือกับพฤติกรรมดื้อเอาแต่ใจของเด็ก (Nousi & Christou, 2010) ประกอบกับการใช้เวลาในการดูแลมากก็ย่อมส่งผลต่ออารมณ์และจิตใจของมารดา รวมถึงด้วยส่วนคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเป็นด้านที่ได้รับผลกระทบรองลงมา สืบเนื่องจากการที่มารดาต้องรับภาระในการดูแล เวลาส่วนใหญ่จึงหมดไปกับการดูแล ทำให้มารดานอนหลับพักผ่อนได้น้อย มีเวลาดูแลตัวเอง เช่น การออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ น้อยลง เป็นต้น

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลแรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของมารดา

ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.31, p < .01$) บ่งชี้ว่ามารดาที่มีภาระการดูแลน้อยจะมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากมารดาที่มีภาระการดูแลต่ำย่อมมีผลกระทบต่ออารมณ์น้อย มารดาจึงมีความพึงพอใจและเกิดความมีความสุขในชีวิต ส่งผลให้มารดามีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้แม้มารดามีภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง แต่เนื่องด้วยผู้วิจัยเด็กส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง บางรายก็ได้รับการผ่าตัดเพื่อประคับประคองอาการแล้วทำให้การดูแลเด็กโรคหัวใจกลุ่มนี้ไม่มีความซับซ้อนหรือยุ่งยากลำบากมากนัก รวมทั้งมารดาส่วนใหญ่ มีการศึกษาดี ไม่มีโรคประจำตัว และยังรับรู้ว่าคุณภาพ

แข็งแรง อีกทั้งมีรายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่าย จึงส่งผลให้มารดามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงจึงกล่าวได้ว่ามารดาที่มีภาระการดูแลตั้งแต่ระดับต่ำถึงปานกลางสามารถที่จะจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ ผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาเด็กโรคมะเร็งที่พบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Litzelman et al., 2011)

แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .06$) บ่งชี้อธิบายได้ว่าการได้รับแรงสนับสนุนที่เพียงพอจะส่งผลให้มารดามีความรู้สึกมั่นใจ มีคุณค่าในตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีปฏิริยาต่อความเครียดในการดูแลน้อยลง รวมทั้งมารดายังมีเสถียรภาพด้านร่างกายอีกด้วยจึงทำให้มารดามีพลังในการแก้ปัญหาหรือต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ (ดาริกา, 2540) ทำให้มารดาสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นคง มารดาจึงมีความพึงพอใจและเกิดความความสุขในชีวิต อันจะส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป (Ferrell, 1996) สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่ศึกษาในมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .30, p < .05$) (Lawoko & Soares, 2003)

ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.24, p < .01$) อธิบายได้ว่าถ้ามารดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะทำให้มารดาารู้สึกถึงภาระใน



การดูแลน้อย กล่าวคือการที่มารดาได้รับการช่วยเหลือ และสนับสนุนในการดูแลจากครอบครัว เช่น การได้รับความรัก ความอบอุ่น และได้รับความช่วยเหลือในด้านกำลัง ทรัพยากร และข้อมูลข่าวสารในการดูแลที่เพียงพอจะทำให้มารดารับรู้ตนเองว่ามีความสามารถ และมีความมั่นใจในการดูแลมากขึ้น ทำให้มารดาสามารถจัดการกับสถานการณ์การดูแลที่ย่างยากลำบากได้ มารดาจึงรับรู้ถึงภาระในการดูแลน้อยลงมีผลให้มารดาเกิดความภาคภูมิใจและมีความพึงพอใจในตนเอง จนนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (จุฑา, 2549) สอดคล้องกับการศึกษาในมารดาที่ดูแลเด็กโรคหอบหืดพบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคมของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กัลยาณี, 2554) จึงกล่าวได้ว่าแม้มารดาจะมีภาระการดูแลค่อนข้างมากแต่หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและเพียงพอ ก็สามารถส่งเสริมให้มารดา มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคุณผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้สละเวลาอันมีค่าในกรณีช่วยเหลือและให้คำปรึกษา รวมถึงคอยให้กำลังใจในการทำวิจัยมาโดยตลอด ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลตลอดการทำวิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ยะลา ซึ่งเป็นหน่วยงานต้นสังกัดที่ได้อนุญาตให้ผู้วิจัยลาศึกษาและสนับสนุนทุนการศึกษาอย่างต่อเนื่องและขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ให้การสนับสนุนทุนในการวิจัยครั้งนี้

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา



เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี ปรีชาพงศัมิตร. (2554). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จุฬาพัฒนา นิจนรินทร์. (2549). ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนชนิดไบโพลาร์ที่บ้าน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลจิตเวชสงขลานครินทร์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ดาริกา ธารบัวสวรรค์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยธาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- บุญชอบ พงษ์พาณิชย์. (2555). โรคหัวใจเด็กในประเทศไทย. ใน บุญชู ศรีจงกลทอง, กฤตย์วิกรม ดุรงค์พิศิษฏ์ภูกุล, ชตชนก วิจารณ์สรณ์, กัญญาลักษณ์ วิเทศสนธิ, มนัส ปะนะมนธา, อังคณา เก่งสกุล, และสุภาพร โรยมณี (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ* (หน้า 1-4). กรุงเทพมหานคร: ไอเกรสกรุ๊ป.
- บุญมาศ จันศิริมงคล. (2550). ความเครียด ความเผชิญความเครียดแรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษา วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ไพรินทร์ กันทนะ. (2543). ภาวะการดูแลของผู้ที่ติดเชื้อเอช ไอ วี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เลิศลักษณ์ ศรีวงศ์ษา. (2551). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของมารดาเด็กโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ศิวามุขมณี มุสิกสุนทร. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิด: หลักการและแนวทางการปฏิบัติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 28(2), 13-22.
- ศรียาญญา เอกสิริไตรรัตน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดวัย 0 - 6 ปี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.



เอกสารอ้างอิง

- สายชล สีนสมบุรณ์ทอง. (2555). *สถิติเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- สุพัฒศิริ บุญยะวัตร. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผูกพันในชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์, และรัตนาวดี ชอบตะวัน. (2554). การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะก่อนผ่าตัดหัวใจ: ผลกระทบต่อครอบครัว. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(2), 7-16.
- อรทัย ทองเพ็ชร. (2545). *การดูแลสุขภาพของมารดาเด็กออทิสติก*. การศึกษาค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- Arafa, M. A., Zaher, S. R., El-Dowaty, A. A., & Moneeb, D. E. (2008). Quality of life among parents of children with heart disease, *Health and Quality of life Outcomes*, 6, 91.
- Chaisom, P. (2008). *Predicting factors of dependent care behaviors among of toddlers with congenital heart disease*. (Unpublished doctoral dissertation). Chiang Mai University, Chiang Mai.
- Chaturvedi, V., & Saxena, A. (2009). Heart failure in children: Clinical aspect and management. *Indian Journal of Pediatrics*, 76, 195-205.
- Chou, K. R. (2000). Caregivers burden: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398-407.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Dhirapotha, N. (2008). *Factors influencing burden experienced by caregivers of children with congenital heart disease*. (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Bangkok.
- Ferrell, B. R. (1996). The quality of lives: 1,525 voices of cancer. *Oncology Nursing Forum*, 23(6), 907-916.
- Go, A. S., Mozaffarian, D., Roger, V. L., Benjamin, E. J., Berry, J. D., Borden, W. B.,...Turner, M. B. (2013). Heart disease and stroke statistics – 2013 update: A report from the American heart association. *Circulation*, 127, e6- e245.



เอกสารอ้างอิง

- Green, A. (2004). Outcome of congenital heart disease: A review. *Pediatric Nursing*, 30(4), 280-284.
- Hussein, K. A., & Athman, N. R. (2013). Quality of life for caregivers of children with congenital heart disease in surgical specialty hospital-cardiac center Kurdistan region/Iraq. *Journal of Kufa for Nursing Science*, 3(2), 1-11.
- Lawoko, S., & Soares, J. J. F. (2003). Quality of life among parents of children with congenital heart disease, parents of children with other diseases and parents of healthy children. *Quality of Life Research*, 12, 655-666.
- Litzelman, K., Catrine, K., Gangnon, R., & Witt, W. P. (2011). Quality of life among parents of children with cancer or brain tumors: The impact of child characteristics and parental psychosocial factors. *Quality of Life Research*, 20(2), 1261-1269.
- Nausier, J. A., Bakas, T., & Welch, J. L. (2011). A new instrument to measure quality of life of heart failure family caregivers. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 26(1), 53-64.
- Nousi, D., & Christou, A. (2010). Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal*, 4(2), 94-100.
- Obert, M. T. (1991). *Appraisal of caregiving scale*. Madison, WI: University of Wisconsin.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 381-405.
- Srichantarant, A., Chontawan, R., Yenbut, J., Ray, L., Laohaprasittiporn, D., & Wanitkul, S. (2010). Thai families' caring practices for infants with congenital heart disease prior to cardiac surgery. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 14(1), 61-78.