

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดา
ในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2554

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดา
ในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

.....
.....

นางสาวฉัตรชญา พยอมหอม
ผู้วิจัย

.....
.....

รองศาสตราจารย์ รัชณี สีดา,
ค.ม. (การวัดและประเมินผลการศึกษา)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

.....
.....

รองศาสตราจารย์ ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ,
กศ.ค. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....
.....

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
.....

รองศาสตราจารย์ ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดา
ในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร

ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

วันที่ 24 มิถุนายน พ.ศ. 2554

นัตรฐา

พยอมหอม

นางสาวนัตรฐา พยอมหอม

ผู้วิจัย

รองศาสตราจารย์ ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ,

กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ทศนี ประสพกิตติคุณ,

Ph.D. (Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ ศศิธร วรรณพงษ์,

วทม. (สรีรวิทยา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

รองศาสตราจารย์ รัชนี สีดา,

ค.ม. (การวัดและประเมินผลการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ศาสตราจารย์ บรรจง มไหสวริยะ,

พ.บ., ว.ว. (ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,

Ph.D. (Nursing)

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบุคคลหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ รศ.รัชณี สีดา อาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์หลัก ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น ชี้แนะแนวทาง ตรวจสอบเนื้อหา ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่ง รศ. ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็น ประโยชน์อย่างมาก ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆด้วยความเอาใจใส่อย่างดีเสมอมา รศ.ดร.ทัศนี ประสพกิตติคุณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์และรศ.ศศิธร วรรณพงษ์ กรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ ที่กรุณาตรวจสอบแก้ไขและให้คำแนะนำเพิ่มเติมให้เนื้อหามีความสมบูรณ์ขึ้น ทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของอาจารย์ทุกท่าน และ ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้กรุณาตรวจสอบความเที่ยงตรงใน เนื้อหาของเครื่องมือ ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นต่างๆ ทำให้การวิจัยมีความสมบูรณ์มากขึ้น รวมทั้งขอ กราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยในเด็ก ตึก สก.ชั้น 6 และตึก สก. ชั้น 18 หอผู้ป่วยนอกเด็ก ตึก ภปร. ชั้น 9 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ที่ให้ความร่วมมือ ช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกเป็นอย่างดีในการเก็บข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จะไม่สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ หากปราศจากการให้ความร่วมมือเป็น อย่างดีจากมารดาและผู้ป่วยเด็กทุกท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง

ท้ายสุดนี้ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดาและอาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน และให้โอกาสทางการศึกษา ขอขอบคุณหลายๆ พี่ชาย และเพื่อนร่วมงาน ซึ่งเป็นผู้ที่คอยให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือตลอดเวลาที่ผู้วิจัยได้ศึกษา

ฉัตรชญา พยอมหอม

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

THE EFFECT OF EDUCATIONAL PROGRAM ON MATERNAL CARE FOR CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE POST OPEN-HEART SURGERY.

ฉัตรชญา พยอมหอม 4936678 NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: รัชณี สีดา, ค.ม. (การวัดและประเมินผลการศึกษา), ไชยภูมิ วิเชียรเจริญ, กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอายุ 0-5 ปี และได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 คน กลุ่มทดลอง 13 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโฮมเป็นกรอบแนวคิด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) โดยมีคะแนนความรู้ในการดูแลบุตรก่อนการทดลองเป็นตัวแปรควบคุม

ผลการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มทดลอง ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ มีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านสูงกว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F= 6.698, p< .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นวิธีการที่เหมาะสมในการช่วยให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ดีขึ้น

คำสำคัญ : โปรแกรมการให้ความรู้ / โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด / การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด / การดูแลของมารดา

THE EFFECT OF EDUCATIONAL PROGRAM ON MATERNAL CARE FOR CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE POST OPEN-HEART SURGERY.

CHATCHADA PAYOMHOM 4936678 NSPN/M

M.N.S. (Pediatric Nursing)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: RASHANEE SEEDA, M. Ed. (EDUCATIONAL MEASUREMENT AND EVALUATION), KAIMOOK WICHIENTHAROEN, Ed. D. (CURRICULUM RESEARCH AND DEVELOPMENT)

ABSTRACT

This quasi-experimental study was carried out to assess the effect of an educational program on maternal care for children with congenital heart disease post open-heart surgery. The sample consisted of 25 mothers of newborn to 5-year-old children, who had congenital heart disease and were surveyed after their children had received open-heart surgery at King Chulalongkorn Memorial Hospital. There were 12 subjects in the control group and 13 in the experimental group. The experimental group was given an educational program developed by the researcher using Orem's supportive-educative nursing system as the conceptual framework. The control group received routine nursing care from the registered nurses in the patient ward. Data collection was performed using a questionnaire of maternal care behavior for children with congenital heart disease post open-heart surgery. ANCOVA, with maternal knowledge of care for children post open-heart surgery as the covariate, was used for data analysis.

The result indicated that mothers in the experimental group had higher posttest mean scores on maternal care after discharge to their homes than those in the control group. ($F= 6.698$, $p< .001$).

The finding suggests that the supportive-educative nursing system should be applied in nursing interventions to help mothers provide proper care for children with congenital heart disease post open-heart surgery.

KEY WORDS: EDUCATIONAL PROGRAM/ CONGENITAL HEART DISEASE/ POST OPEN-HEART SURGERY/ MATERNAL CARE

110 PAGES

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญแผนภาพ	ณ
บทที่ 1 บทนำ	
ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	7
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	7
สมมติฐานของการวิจัย	7
กรอบแนวคิดการวิจัย	7
ขอบเขตในการวิจัย	11
นิยามตัวแปร	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	12
บทที่ 2 การทบทวนเอกสารและงานวิจัย	
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	13
การดูแลตนเองและการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	21
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	45
การเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง	45
สถานที่ศึกษา	46
เครื่องมือในการวิจัย	47

สารบัญ(ต่อ)

	หน้า
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	50
วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	53
การวิเคราะห์ข้อมูล	54
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	56
บทที่ 5 การอภิปรายผล	64
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	66
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	70
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	80
รายการอ้างอิง	89
ภาคผนวก	96
ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	97
ข. การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย	98
ค. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	99
ง.การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ANCOVA	106
ประวัติผู้วิจัย	110

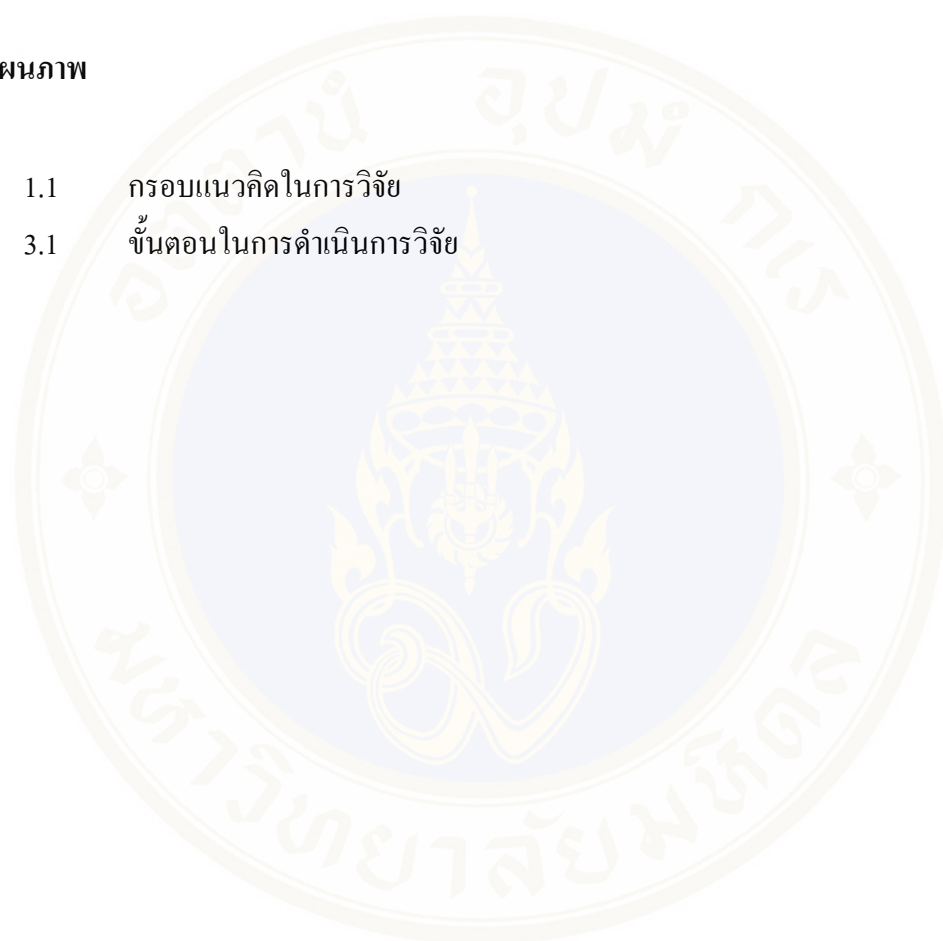
สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
4.1	คุณลักษณะของมารดาจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	58
4.2	คุณลักษณะของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	60
4.3	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานคะแนนความรู้และคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง	62
4.4	เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) และมารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม)	63
ง 1	ทดสอบการกระจายของคะแนนพฤติกรรมของมารดาหลังเข้าโปรแกรมฯ ของแต่ละกลุ่มโดยใช้ One-Sample Kolmogorov- Smirnov test	107
ง 2	ทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรตาม (homogeneity of variance)	108
ง 3	ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรควบคุมและตัวแปรตามในแต่ละกลุ่ม (homogeneity of regression across group)	109

สารบัญแผนภาพ

แผนภาพ

1.1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	หน้า 10
3.1	ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	55



บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) เป็นความพิการแต่กำเนิดที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กช่วงขวบปีแรก พบมากถึง 5-8 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน (Hockenberry & Wilson, 2007) ในประเทศไทยนั้นพบเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 4.36 คน ในจำนวนเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2548) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจหรือเส้นเลือดใหญ่ของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เป็นผลให้หัวใจทำหน้าที่ผิดปกติ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือพยาธิสภาพที่ผิดปกติ (วัชร จามจุรีรักษ์, 2539) โดยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งชนิดไม่เขียวและเขียวที่พบได้บ่อย ได้แก่ ชนิดที่มีรูรั่วระหว่างผนังกันห้องหัวใจ (Atrial Septal Defect, Ventricular Septal Defect) ชนิดที่มีการตันของลิ้นหัวใจ (Pulmonary Atresia) ความผิดปกติทั้งสี่ของฟาโลท (Tetralogy of Fallot) (วัชร จามจุรีรักษ์, 2539) ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ช่วยให้เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับการรักษาให้รอดชีวิตมากขึ้น การรักษาประกอบด้วย การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด โดยเฉพาะการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้นส่วนใหญ่ได้ผลดี และสามารถช่วยให้โครงสร้างของหัวใจกลับสู่ภาวะปกติมากที่สุด ส่วนใหญ่มักทำการผ่าตัดแก้ไขตั้งแต่แรกๆ เพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจอันจะมีผลต่อการทำหน้าที่ของหัวใจ จากสถิติการผ่าตัดหัวใจในเด็กของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ปี 2550 พบว่ามีเด็กอายุ 0-5 ปีเข้ารับการผ่าตัดหัวใจทั้งหมด 205 ราย เป็นการผ่าตัดหัวใจแบบปิดจำนวน 66 ราย การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 139 ราย

การผ่าตัดหัวใจแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ การผ่าตัดหัวใจแบบปิด และการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยการผ่าตัดหัวใจแบบปิดเป็นการทำผ่าตัดในขณะที่หัวใจทำงานตามปกติ ส่วนการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้นเป็นการผ่าตัดใหญ่ต้องทำในขณะที่หัวใจหยุดการทำงาน ซึ่งการผ่าตัดชนิดนี้จำเป็นต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม เพื่อช่วยให้มีการไหลเวียนโลหิตออกไปเลี้ยงร่างกายขณะทำการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด วิธีการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสามารถแก้ไขความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เช่น การผ่าตัดปิดรูรั่วระหว่างผนังหัวใจในเด็ก การผ่าตัดซ่อมแซมลิ้นหัวใจในเด็กที่มีลิ้นหัวใจตีบ การผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ เป็นต้น

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนี้เป็นการผ่าตัดใหญ่ มีอัตราเสี่ยงสูงมากที่จะทำให้มีโอกาสดังเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มาก ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดที่อาจเกิดขึ้นได้ ได้แก่ ภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดมากมักเกิดในช่วงแรกๆ ภายหลังผ่าตัด ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (David & Junior, 2003; Rekawek et al., 2007) การผ่าตัดแบบเปิดอาจเป็นการผ่าตัดทั้งแบบประทับประคองหรือแก้ไขความผิดปกติทั้งหมดก็ได้ และถึงแม้ผลการรักษาโดยการผ่าตัดจะทำได้แต่ก็เป็นเพียงการแก้ไขลักษณะทางโครงสร้างเท่านั้น หัวใจยังคงต้องการการปรับตัวในการทำหน้าที่ อย่างไรก็ตามการดูแลภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้ว มักพบว่าผู้ป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปรับตัวในการทำหน้าที่ของหัวใจยังไม่ดีพอ ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ที่พบบ่อยคือ ภาวะหัวใจวาย ภาวะนี้เกิดขึ้นได้จากการที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างหลงเหลืออยู่หรืออาจเกิดจากการทำงานของหัวใจซึ่งขาที่ยังไม่ดีพอ (Ma et al., 2007) และมักพบหลังการได้รับการผ่าตัดซ่อมแซม (Hockenberry et al., 2007) หรือจากความรุนแรงของโรคกล่าวคือมีความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจหลายตำแหน่ง การแก้ไขให้เกือบเป็นปกติทำได้ยาก (Hockenberry et al., 2007)

นอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้วก็คือ ภาวะติดเชื้อที่เยื่อผนังหัวใจ (Infective Endocarditis) ประมาณครั้งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจจะเกิดภาวะนี้ โดยเฉพาะหลังการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเทียม (palliative shunt) หลังผ่าตัดแก้ไขโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีความซับซ้อน (Complex Cyanotic Congenital Heart Disease) หรือกลุ่มที่ต้องใส่ลิ้นหัวใจเทียม (prosthetic heart valve) เป็นต้น (วรการ พรหมพันธุ์, 2549) เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดถึงแม้ว่าจะได้รับการแก้ไขความผิดปกติแล้ว แต่เด็กอาจเกิดภาวะติดเชื้อได้ง่ายภายหลังการผ่าตัด และเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อภายในหัวใจ ก่อนการทำหัตถการใดๆ เช่น การทำฟัน การผ่าตัด เป็นต้น โดยส่วนใหญ่เด็กจะต้องกินยาปฏิชีวนะหรือยาฆ่าเชื้อ เพื่อป้องกันไปตลอดชีวิต โดยแพทย์จะแนะนำเป็นรายๆ ไป (วิชัย เบญจชลมาส, 2543)

นอกจากนี้เด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จะมีการผ่าแยกกระดูกหน้าอกออกแล้วผูกติดกันเมื่อเสร็จการผ่าตัด ความแข็งแรงของกระดูกมักจะเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2-3 (วิชัย เบญจชลมาส, 2542) จึงต้องมีการระมัดระวังอันตรายจากอุบัติเหตุ เช่น แรงกระแทกที่หน้าอก และไม่ควรให้ผู้ป่วยยกของหนัก ภายใน 4-6 สัปดาห์ เด็กส่วนใหญ่จะสามารถทำกิจวัตรประจำวันในการช่วยเหลือตนเองได้ใน 1-2 สัปดาห์ และกลับไปเรียนได้หลังจาก 2 สัปดาห์ไปแล้ว ภายหลังการผ่าตัดหัวใจเด็กต้องใช้เวลาประมาณหนึ่งปีเพื่อให้หัวใจมีการปรับตัวให้การทำงานของหัวใจคงที่ ในช่วงที่ร่างกายต้องปรับตัวนั้นจึงเป็นช่วงสำคัญของการดูแล หลังผ่าตัดเด็กยังคงต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดจากผู้ปกครอง รวมทั้งต้องปฏิบัติตามข้อปฏิบัติและข้อระวังต่างๆ เพราะหากเด็กไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องแล้ว ก็อาจเกิด

อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดหัวใจได้ ซึ่งผลจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลกระทบต่อตัวเด็กทั้งการเจริญเติบโตด้านร่างกายและด้านการพัฒนาการ ต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย ทำให้การทำหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป มีภาระในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น เป็นต้น (McCubin, Patterson, & McCubin, 1993 อ้างอิงในวนิดา เสนาะสุทธิพันธ์, 2534)

เด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมช่วงขณะผ่าตัด ยิ่งระยะเวลาการใช้เครื่องนานก็จะมีผลต่อการมีพัฒนาการด้านการทำหน้าที่ของ sensorymotor และการใช้ภาษาโดยพบว่าอยู่ในระดับต่ำกว่าเด็กปกติ และการทดสอบระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient) ของเด็กทั้งสองกลุ่มพบว่ากลุ่มที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีระดับสติปัญญา (IQ) ในเรื่องคำศัพท์และการวาดภาพให้เสร็จช้ากว่าเด็กปกติ และหากมีการหลงเหลืออยู่ของความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ และยังคงต้องมาตรวจเพื่อติดตามอาการของโรคอย่างต่อเนื่องนั้น ในช่วงนี้การได้รับยาโรคหัวใจจึงยังคงมีความจำเป็นมากสำหรับเด็กกลุ่มนี้ (Limperopoulos et al., 2002; Miatton et al., 2007; Landolt et al., 2007)

ดังนั้นภายหลังการผ่าตัดจึงยังมีความจำเป็นที่เด็กจะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและพัฒนาการที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของเด็กภายหลังได้รับการผ่าตัด ซึ่งในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดวัย 0-5 ปี เป็นเด็กที่อยู่ในวัยพึ่งพาและยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากยังอยู่ในวัยเริ่มต้นของชีวิต รวมถึงมีการรับรู้ในระดับต่ำตามพัฒนาการ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) บุคคลที่จะเข้ามามีบทบาทที่สำคัญในการดูแลเด็กก็คือมารดา เพราะมารดาเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและรับผิดชอบดูแลเด็กป่วยได้ใกล้ชิดที่สุด

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดแก้ไขเรียบร้อยแล้ว เด็กต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ในช่วงเวลานี้ผู้ที่มามีบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กก็คือมารดา จึงมีความจำเป็นที่มารดาควรได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพหลังผ่าตัดหัวใจของบุตรที่ถูกต้อง เพื่อให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองครบทั้ง 3 ด้าน ตามแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นและแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

การที่มารดาจะสามารถดูแลบุตรเพื่อให้บุตรมีการฟื้นฟูร่างกายภายหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมได้นั้น มารดาควรได้รับการพัฒนาความสามารถ โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่าการสอนหรือการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลและเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาล สำหรับโปรแกรมการสอนหรือการให้ความรู้นั้นมีหลากหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย สถานบริการ และตัวผู้ให้บริการ การสอนเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมในการพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ การใช้สื่อการสอนประกอบการให้ความรู้ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจในสิ่งที่เป็นามธรรม โดยการถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมที่

ชัดเจน กิจกรรมและวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพกระทำได้หลายวิธี เช่น การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การให้ความรู้โดยใช้โสตทัศนูปกรณ์ การให้ความรู้เป็นรายบุคคล การสาธิต (บุญชม ศรีสะอาด, 2537) แต่ละวิธีจะมีจุดเด่นและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน การเลือกใช้จึงต้องคำนึงให้เหมาะสมกับผู้เรียน เนื้อหา เวลา สถานที่ และต้องเข้าใจจุดมุ่งหมายของแต่ละวิธีการ การสอนหรือการให้ความรู้นั้นมีความสำคัญต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยคือ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยรับการเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้มีการรับรู้ที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ก่อนการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์มารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 9 คน และที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 4 คน เพื่อต้องการทราบถึงข้อมูลที่มาตรา ต้องการทราบเมื่อต้องกลับไปดูแลบุตรที่บ้าน โดยใช้คำถามปลายเปิดว่า “เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน คุณแม่คิดว่ายังต้องการข้อมูลเรื่องใด เพื่อให้สามารถดูแลบุตรที่บ้านได้” ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสกัดเนื้อหาที่มีความคล้ายคลึงกัน พบว่ามารดามีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่บ้านดังนี้

1. การสังเกตอาการผิดปกติและการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการผ่าตัด
จำนวน 7 คน
2. การส่งเสริมพัฒนาการและกิจกรรมที่บุตรสามารถกระทำได้ จำนวน 5 คน
3. การดูแลแผลผ่าตัดจำนวน 5 คน
4. การรับประทานยาจำนวน 3 คน
5. การให้อาหาร นมและน้ำ จำนวน 2 คน

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มารดานี้ จะเห็นได้ว่ามารดา ยังคงต้องการข้อมูลในหลายเรื่องที่จะกลับไปดูแลบุตร การให้ข้อมูลหรือความรู้จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลบุตร จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัวใจภายหลังการผ่าตัดหัวใจ เกิดความสนใจที่จะพัฒนาวิธีการที่จะช่วยให้มารดาได้รับข้อมูลหรือความรู้ที่ตรงกับความต้องการของมารดา มารดาที่ต้องดูแลบุตรซึ่งอยู่ในวัยพึ่งพาจึงควรได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเพื่อให้บุตรได้รับการดูแลที่ถูกต้องเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน

โอเริม (2001) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยเน้นที่การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีความต้องการเพิ่มขึ้น จากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ วิธีการที่ใช้คือ การสอน การชี้แนะ สนับสนุนให้

กำลังใจ ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ให้คงไว้ซึ่งความรับผิดชอบในการดูแลชีวิต สุขภาพ ความผาสุกของบุคคลที่ต้องพึ่งพา อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (Orem, 2001)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในช่วงที่รับการรักษาแบบประคับประคองหรือในช่วงรอการผ่าตัด เช่น การศึกษาของ

ศศิชล คำเพราะ (2541) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดมีรูรั่วระหว่างผนังกันหัวใจห้องล่าง ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 50 คน และกลุ่มควบคุม 50 คน จัดกิจกรรมที่คลินิกผู้ป่วยนอกเด็กสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีมีการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กิจกรรมประกอบด้วยการบรรยายประกอบสไลด์ การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต การฝึกปฏิบัติการดูแลเมื่อบุตรมีไข้ มีอาการเขียว การจับชีพจร มีตัวแบบเป็นมารดาที่มีบุตรโรคผนังกันหัวใจห้องล่างขวารั่วและได้รับการผ่าตัดแก้ไขแล้ว มีการแจกแผ่นพับการดูแลบุตร และส่งจดหมายกระตุ้นเตือนทางไปรษณีย์ให้แก่มารดาและมารดาสามารถปรึกษาผู้วิจัยทางโทรศัพท์ รวบรวมข้อมูลจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลบุตรและการรับรู้สมรรถนะการดูแลบุตรภายหลังดำเนินกิจกรรมพบว่ามารดากลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดมีรูรั่วผนังกันหัวใจห้องล่างขวารั่วได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ในเรื่องการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ผลการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร การรับรู้ในความสามารถของตน ความตั้งใจที่จะมีพฤติกรรมการดูแลบุตร และมีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้น

สมพร โชติวิทยธารากร (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนารับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบบกลุ่มเดี่ยว เป็นมารดาที่มีบุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดครั้งแรก อายุ แรกเกิด- 1 ปี และไม่ได้รับการผ่าตัดขณะทำการศึกษา จัดกิจกรรมที่หน่วยตรวจโรคผู้ป่วยนอกเด็กโดยมีการจัดกิจกรรมเพื่อสร้างการรับรู้สมรรถนะของมารดาในสัปดาห์ที่ 1 มีการให้ความรู้แก่มารดาเป็นรายกลุ่ม 2-3 คน โดยใช้ภาพพลิก มีการสาธิตการจัดทำนอนเมื่อบุตรมีอาการเขียว และแจกคู่มือการดูแลและแบบบันทึกการช่วยเหลือบุตร ให้นำกลับไปที่บ้าน สัปดาห์ที่ 2 มีการส่งจดหมายกระตุ้นเตือนเพื่อให้กำลังใจมารดาในการดูแลบุตรและหากมีปัญหาสามารถโทรศัพท์สอบถามผู้วิจัยเพื่อร่วมกันแก้ปัญหา และในสัปดาห์ที่ 6 มารดาพบผู้วิจัยเพื่อทบทวนเรื่องการดูแลบุตร และอภิปรายร่วมกับมารดาโดยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลบุตรซึ่งกันและกัน

หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกแบบบันทึกสุขภาพให้มารดานำกลับไปบันทึกต่อ ในสัปดาห์ที่ 12 มารดาพบผู้วิจัยนำแบบบันทึกสุขภาพกลับมาให้ผู้วิจัย ผู้วิจัยให้มารดาทำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะและแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลบุตร ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มารดามีคะแนนการรับรู้สมรรถนะของตนเองและมีพฤติกรรมดูแลบุตรที่ดีขึ้น

อรจิรา เทียนน้ำเงิน (2546) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเขียวกะทันหันและการเกิดภาวะเขียวกะทันหัน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว อายุแรกเกิด-1 ปี จำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยผู้วิจัยจัดให้มารดาเข้ากลุ่มครั้งละ 2-5 ราย ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการสังเกตอาการ การป้องกัน และการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะเขียวกะทันหันขึ้น และกระตุ้นให้กลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ภายหลังการทดลองพบว่ามารดามีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กดีขึ้น และผู้ป่วยเด็กมีจำนวนการเกิดภาวะเขียวกะทันหันลดลง

จากการศึกษาที่ผ่านจะเห็นได้ว่าเป็นการศึกษาที่มุ่งเน้นความสำคัญในช่วงที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ เป็นการรักษาแบบประคับประคอง และจากการศึกษาที่กล่าวมามานี้ก็ให้ความสำคัญกับมารดาที่เป็นผู้ดูแล โดยการให้มารดามีส่วนร่วมหรือได้เข้าร่วมกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลบุตร และผลการศึกษาก็พบว่า การให้มารดามีส่วนร่วมหรือได้เข้าร่วมกิจกรรมที่จะช่วยส่งเสริมความสามารถในการดูแลบุตรนั้นสามารถช่วยให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ถูกต้องได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ถูกต้องเหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายปฏิรูปสุขภาพที่เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการให้ความรู้มาใช้ในการที่จะส่งเสริมให้มารดาสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลบุตรเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการสอนให้มากขึ้น จึงนำสื่อทัศนูปกรณ์เข้ามาประยุกต์ในการสอนผู้ป่วย ในส่วนของสื่อคอมพิวเตอร์การสอนถือเป็นสื่อวิทัศน์ที่มีอิทธิพลต่อผู้ชมเป็นอย่างมากและมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย สามารถใช้โน้มน้าวหรือเปลี่ยนแปลงค่านิยม ทักษะ และพฤติกรรมต่างๆ นอกจากนี้ยังสามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้มีความเด่นชัด ไม่ซับซ้อน เรียงตามลำดับเหตุการณ์จริง ข้อดีของสื่อคอมพิวเตอร์คือสามารถสื่อได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง ผู้เรียนได้รับเนื้อหาที่ครบถ้วน คงที่ ได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้มีการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และช่วยประหยัดเวลาของพยาบาล ข้อมูลที่นำเสนอเป็นระบบและทำให้เกิดความเพลิดเพลิน เป็นประโยชน์ต่อผู้ที่มีปัญหาเรื่องการอ่านได้เป็นอย่างดี

คำถามการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

สมมติฐานของการวิจัย

หลังการทดลองมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสูงกว่ามารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การที่จะบรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการหรือผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้น วิธีการส่งเสริมเป็นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลสามารถช่วยเหลือให้ผู้ให้บริการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา ในแนวคิดของโอเรม (Orem, 2001) ได้กำหนดให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย การสอนหรือการให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุน ให้กำลังใจ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ที่จัดให้โดยพยาบาล มีความเหมาะสมสำหรับครอบครัวหรือบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เพื่อให้บุคคลนำไปพิจารณาตัดสินใจ การทำกิจกรรมการดูแลบุตรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) สำหรับระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative Nursing system) นี้ ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการมีความสามารถในการเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเองได้ ผู้ใช้บริการจะได้รับการสอน แนะนำและสนับสนุนจากพยาบาล เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ถูกต้องสมบูรณ์ครบถ้วน การสอนต้องรวมผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยด้วย สำหรับเด็ก เนื่องจากข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถ พยาบาลต้องประเมินผู้ที่รับผิดชอบดูแลเด็ก จะต้องพัฒนาความสามารถที่จะกำหนด และตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของเด็ก พยาบาลต้องคำนึงถึงบทบาทของผู้รับผิดชอบดูแลเด็ก โดยส่วนมากมักจะเป็นมารดา บิดา และปรับให้สอดคล้องกับภาวะที่ต้องรับผิดชอบดูแลเด็ก ระบบการพยาบาลที่เหมาะสมจึงควรเป็นระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่เด็กและญาติ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายคือ ช่วยให้เด็กและญาติเรียนรู้ที่จะกำหนด

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และสามารถกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการนั้นๆ วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลคือ

1. การชี้แนะ เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ในการเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อดูแลเด็ก ภายใต้คำแนะนำ การตรวจตรา พยาบาลและผู้ดูแลจะต้องติดต่อกัน และกัน มักใช้ร่วมกับวิธีการสนับสนุน

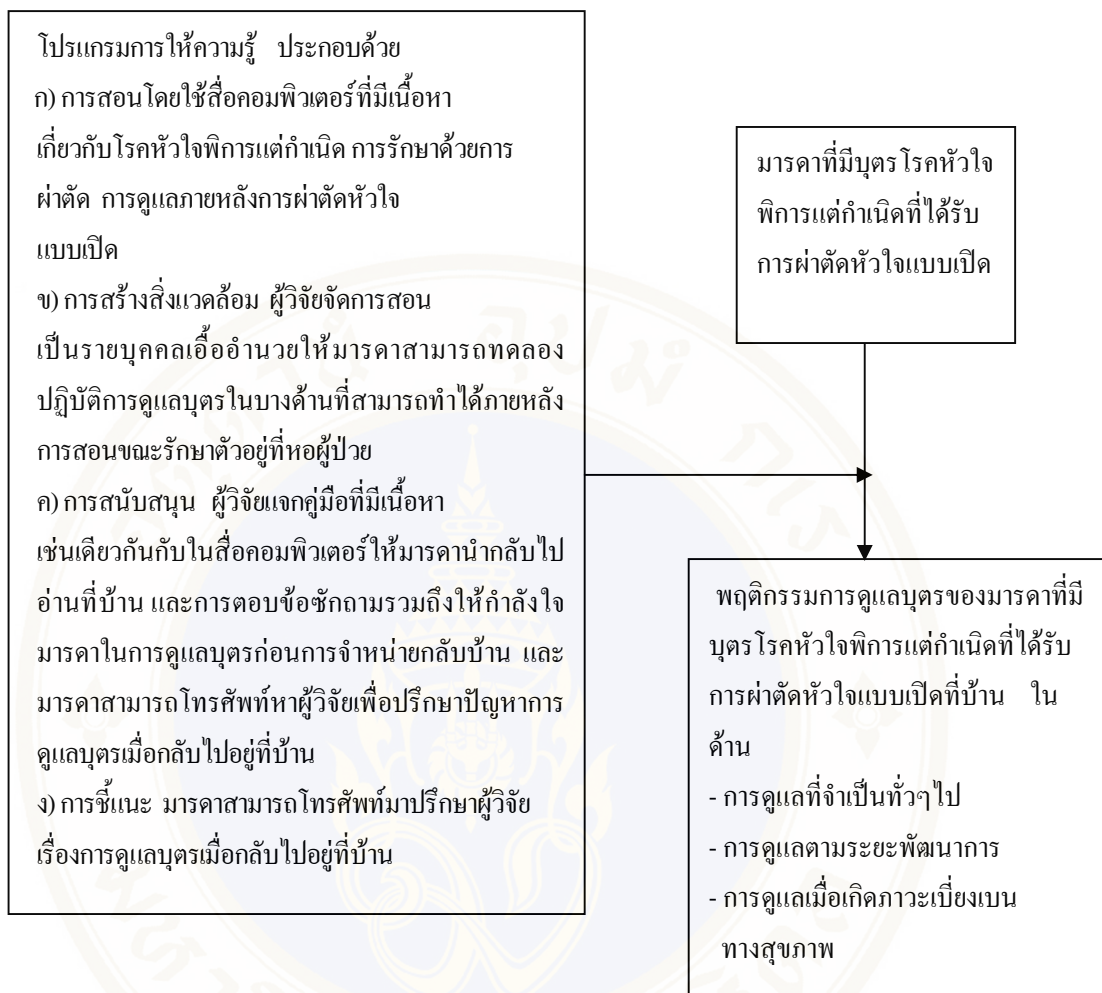
2. การสนับสนุน เป็นการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ดูแล สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแก่เด็กได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะตกอยู่ในสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ตกอยู่ในภาวะเครียดวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่ประสบ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตรอยู่โดยไม่กระทบต่อพัฒนาการของตนเองหรือกระทบน้อยที่สุด การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด กิริยาท่าทาง เช่น การมอง การสัมผัส การให้กำลังใจ และรวมถึงการให้วัตถุสิ่งของ แม้จะไม่ใช่หน้าที่ของพยาบาลโดยตรง เช่น การติดต่อประสานงานกับฝ่ายสังคมสงเคราะห์ในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆตามความจำเป็น นอกจากนี้ การสนับสนุนยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อม ที่จะช่วยให้พัฒนาความสามารถของผู้ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ใช้บริการ ในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ รวมถึงการปรับเปลี่ยนเจตคติ อคติ โทษณ์ การให้คุณค่าต่อการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ จัดให้มีโอกาสได้ติดต่อสื่อสารกันระหว่างกลุ่มที่จะให้คำแนะนำ และสนับสนุนและวิธีการช่วยเหลืออื่นๆ หรือมีการติดต่อขอคำปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เหมาะสม การช่วยเหลือโดยวิธีนี้มักใช้ร่วมกับวิธีการอื่นๆ เช่น การสอน เป็นต้น

4. การสอน เป็นวิธีที่เหมาะสมในการพัฒนาความรู้ และทักษะบางประการ ซึ่งเป็นวิธีการที่สำคัญมากในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การสอนที่ได้ผลต้องเข้าใจในธรรมชาติ และลักษณะของบุคคล โดยคำนึงถึงทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องประเมินสิ่งเหล่านี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนและให้คำปรึกษา คำนึงถึง สิ่งที่คุณดูแลต้องการเรียนรู้ ต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ดูแล เนื้อหาที่จะสอนต้องเสริมจากความรู้เดิม และเหมาะสมกับผู้ดูแลที่จะนำไปปรับใช้ในการดูแลเด็ก เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมและได้ฝึกปฏิบัติทักษะบางอย่าง เพื่อให้มีโอกาสได้ฝึก และเรียนรู้ในความผิดพลาด การลองฝึกปฏิบัติจะทำให้เรียนรู้ความบกพร่อง และรู้จักปรับแก้ไขให้เหมาะสม นอกจากนี้ ความแตกต่างในปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลเป็นตัวบ่งบอกความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลและเด็กจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน และพยาบาลต้องส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลเด็ก วางแผน ตั้งเป้าหมาย และวิธีการร่วมกัน

ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้น ภายหลังการผ่าตัดแล้วเด็กต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน เป็นช่วงของการฟื้นฟูสุขภาพ มารดาผู้ดูแลเด็กที่บ้านมีความสำคัญมากสำหรับเด็ก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กด้วยภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ส่งผลให้ความต้องการการดูแลตนเองในเรื่องทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ มีการเปลี่ยนแปลงไปด้วย ร่วมกับมีความต้องการเฉพาะเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพเพิ่มขึ้น ความสามารถของผู้ดูแลย่อมไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการทั้งหมดดังกล่าว ดังนั้นการเตรียมผู้ดูแล ในที่นี้ก็คือมารดาให้มีความสามารถในการดูแลที่ถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลต้องตระหนัก โดยเฉพาะการฟื้นฟูสุขภาพ มารดาควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กภายหลังการผ่าตัดหัวใจ เพื่อที่จะใช้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กให้ถูกต้องเหมาะสม สำหรับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นรูปแบบที่ถือได้ว่าเหมาะสม ภายใต้การมีสัมพันธภาพที่ดีรูปแบบนี้จะช่วยลดความพร่องและส่งเสริมความสามารถในการดูแลเด็กได้ (Orem, 2001)



แผนภาพ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้แก่มารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยทำการศึกษาในมารดาที่พาบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0-5 ปี ที่มารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด และเข้ารับการรักษาด่วนในหอผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ในการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่าใช้ระยะเวลาการเก็บข้อมูลค่อนข้างนาน เนื่องจากขณะเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองเกิดเหตุการณ์ไม่ปกติขึ้นในบริเวณโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ทำให้ทางโรงพยาบาลต้องงดบริการชั่วคราว มีผลกระทบต่อการเก็บข้อมูล ทำให้ต้องขยายระยะเวลาการเก็บข้อมูลออกไป

นิยามศัพท์

พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของมารดาที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อให้บุตรสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติซึ่งครอบคลุมกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การดูแลทั่วไป การดูแลตามระยะพัฒนาการ การดูแลเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลแผลผ่าตัด การดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การจำกัดกิจกรรมและการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การป้องกันการติดเชื้อ การสังเกตอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อบุตรเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อน และการพามาตรวจตามนัด ประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 27 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ตั้งแต่ (1) ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง (3) ปฏิบัติเป็นประจำ ข้อที่ถูกกระทำไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น ไม่นำมาคิดคะแนน

โปรแกรมการให้ความรู้ หมายถึง ชุดของกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่จะให้แก่มารดา ซึ่งประกอบด้วย

ก) การสอนหรือการให้ความรู้มารดาประมาณ 45 นาที โดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ซึ่งสื่อประกอบไปด้วยเนื้อหาที่มีทั้งภาพและเสียงไปพร้อมกัน

ข) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมโดยการสอนในห้องสอนแสดงที่ลดการรบกวน

- ค) การสนับสนุนโดยการให้คู่มือเรื่องการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่บ้านที่มีเนื้อหาเหมือนในสื่อคอมพิวเตอร์ชุดความรู้คำถาม ตอบคำถาม และให้กำลังใจมารดา ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน
- ง) การชี้แนะโดยมารดาสามารถโทรศัพท์มาสอบถามปัญหาการดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่มารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้บุตรมีการฟื้นฟูสุขภาพที่ดีและปราศจากภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

บทที่ 2

การทบทวนเอกสารและงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยผู้วิจัยกำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อดังนี้

2.1 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2.1.1 ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2.1.2 การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2.1.3 ชนิดของการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2.1.4 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2.2 การดูแลตนเองและการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

2.2.1 การดูแลตนเอง

2.2.2 ความพร้อมในการดูแลตนเอง

2.2.3 ความพร้อมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.2.4 ระบบการพยาบาล

2.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพากับ

ระบบการพยาบาล

2.2.6 การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

2.2.7 ความต้องการการดูแลตนเองของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับ

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

2.2.8 พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดตามแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.2.9 การให้ความรู้แก่มารดา

2.1 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease)

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) เป็นความพิการแต่กำเนิดที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กช่วงขวบปีแรกพบมากถึง 5-8 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน (Park, 2003 อ้างถึงใน Hockenberry et al., 2007) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจหรือเส้นเลือดใหญ่ของทารกตั้งแต่ช่วงของการเป็นตัวอ่อนในครรภ์ ในระยะสัปดาห์ที่ 4-7 ของการตั้งครรภ์ เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการสร้างอวัยวะต่างๆ ความพิการอาจพบตำแหน่งเดียวหรือหลายตำแหน่ง เป็นผลทำให้หัวใจทำหน้าที่ผิดปกติ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือพยาธิสภาพที่ผิดปกติ (วัชร จามจุรีรักษ์, 2539) ซึ่งจะมีผลทำให้เด็กเสียชีวิตหรือมีอาการของโรคตั้งแต่แรกเกิด หรือบางรายอาจเกิดอาการของโรคภายหลัง

2.1.1 ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแบ่งเป็น 2 ชนิด (วัชร จามจุรีรักษ์, 2539) ได้แก่

1). โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (Acyanotic Heart Disease) หมายถึง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจตั้งแต่เกิด เด็กจะมีลักษณะเหมือนเด็กปกติทั่วไป แต่จะมีอาการเขียวให้เห็นเมื่อมีกิจกรรม เช่น ร้องไห้ เบ่งอุจจาระ หรือออกกำลังกาย โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวสามารถจำแนกตามพยาธิวิทยาได้ 2 ชนิด คือ

1.1 ชนิดที่มีการไหลเวียนผ่าน shunt แบบซ้ายไปขวา (Left to Right Shunt) ในกลุ่มนี้จะมีทางเชื่อมกันระหว่างหัวใจด้านซ้ายและหัวใจด้านขวา เกิดได้ 3 ระดับได้แก่ระดับเอเทรียม ได้แก่ Atrial septal defect (ASD) ระดับเวนตริเคิล ได้แก่ Ventricular Septal Defect (VSD) และระดับ great artery ได้แก่ Patent Ductus Arteriosus (PDA)

1.2 ชนิดที่มีการอุดกั้นการไหลเวียน ในกลุ่มนี้การอุดกั้นที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิด pressure overload ต่อเวนตริเคิล การอุดกั้นของหัวใจห้องขวาได้แก่ Pulmonary Stenosis (PS) ทำให้เกิด right ventricular pressure overload การอุดกั้นหัวใจห้องซ้ายได้แก่ Aortic Stenosis (AS) และ Coarctation of aorta ทำให้เกิด left ventricle pressure overload

2). โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (Cyanotic Heart Disease) หมายถึง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจตั้งแต่เกิด และเด็กจะมีอาการเขียวตั้งแต่แรกเกิด โดยอาจมีอาการเขียวอย่างเดียว เขียวเวลาร้องหรืออยู่เฉยๆก็เขียว บางรายอาจมีอาการเขียวร่วมกับอาการหอบ สามารถจำแนกได้เป็น 2 ชนิด คือ

2.1 ชนิดเขียวและมีเลือดไปปอดน้อย มักจะเขียวอย่างเดียว ไม่หอบ ที่พบบ่อยคือ

2.1.1 ชนิดที่มีความผิดปกติทั้งสี่ของฟาโลท (Tetralogy of Fallot) ผู้ป่วยจะมีการรั่วของผนังกันหัวใจห้องล่าง (VSD), มีการตีบของลิ้นพัลโมนารีออร์ติคที่ จะนำเลือดดำไปปอด (PS), เวนทริเคิลด้านขวามีขนาดใหญ่และหนา (Right Ventricle Hypertrophy) และหลอดเลือดเอออร์ตาารมีขนาดใหญ่และอยู่เยื้องไปด้านขวาของหัวใจ (Aortic Overriding)

2.1.2 ชนิดที่มีการตันของลิ้นของหลอดเลือดพัลโมนารี (Pulmonary Atresia)

2.1.3 ชนิดที่มีการตันของลิ้นที่กั้นระหว่างเอเทรียมขวาและ เวนทริเคิลขวา (Tricuspid Atresia)

2.1.4 ชนิดที่มีลิ้นไตรคัสปิดยื่นต่ำลงไปเ็นเวนทริเคิลขวา และมีการรั่วของลิ้นไตรคัสปิด เอเทรียมขวามีขนาดใหญ่เรียกว่าความผิดปกติของลิ้นไตรคัส แบบเอปสไตน์ (Epstein's anomaly of tricuspid valve)

2.2 ชนิดเขียวและมีเลือดไปปอดมาก มักจะมีอาการหอบหรือหัวใจวาย ร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือ

2.2.1 ชนิดที่มีการสลับที่กั้นระหว่างหลอดเลือดพัลโมนารี ออร์ติคกับหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาาร (Transposition of the Great Arteries)

2.2.2 ชนิดที่หลอดเลือดพัลโมนารีเ็นต่อเข้ากับหัวใจ ด้านขวาทุกเส้น ทำให้เลือดแดงจากปอดจะปนกับเลือดดำในหัวใจข้างขวาทำให้มีเลือดไปปอดมาก (Total Anomalous Pulmonary Venous Connection)

2.2.3 ชนิดที่มีเส้นเลือดใหญ่ออกจากหัวใจเพียงเส้นเดียว ทำหน้าที่นำเลือดจากเวนทริเคิลไปเลี้ยงร่างกายและไปปอด (Truncus Arteriosus)

2.2.4 ชนิดที่มีการรั่วของผนังกันหัวใจห้องบน (ASD) และ ยังคงมีรูเปิดระหว่างเอออร์ตาารกับพัลโมนารีออร์ติค (PDA), เวนทริเคิลด้านซ้ายมีขนาดเล็ก (Hypoplastic Left Ventricle) และลิ้นของหลอดเลือดเอออร์ตาารตัน (Aortic Atresia) เรียกโรคหัวใจ ชนิดนี้ว่า Hypoplastic Left Heart Syndrome

จากความผิดปกติของหัวใจที่เกิดขึ้นทำให้การทำหน้าที่ของหัวใจผิดปกติไปจากเดิม ส่งผลให้เด็กมีอาการต่างๆ ความรุนแรงขึ้นอยู่กับความผิดปกติของหัวใจ และจากการที่หัวใจทำ หน้าที่ผิดปกติไปจากเดิมจึงส่งผลกระทบต่อเด็กเกิดภาวะต่างๆดังนี้

ผลกระทบของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

- 1). การเพิ่มขึ้นของการทำงานของหัวใจ ทำให้กล้ามเนื้อหัวใจหนาตัวขึ้น ส่งผลให้การบีบตัวของหัวใจไม่ดี หัวใจต้องบีบตัวให้เร็วขึ้น เพื่อให้ได้ปริมาณเลือดส่งไปเลี้ยงร่างกายให้เพียงพอ
- 2). ความดันในปอดสูงขึ้น ทำให้เกิดการหายใจลำบาก การแลกเปลี่ยนออกซิเจนไม่ดี มีการติดเชื้อที่ปอดได้บ่อยขึ้น
- 3). ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลง ส่งผลต่อการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายช้าลง มีผลต่อการมีกิจกรรมและการเจริญเติบโตของร่างกายของเด็กให้ช้าลง
- 4). ปริมาณออกซิเจนในเลือดลดลง ร่างกายต้องปรับตัวโดยการเพิ่มปริมาณเม็ดเลือดแดงให้มากขึ้น เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ร่างกายต้องปรับตัวด้วยการลดการใช้ออกซิเจนในอวัยวะส่วนปลาย ทำให้มีอาการของนิ้วปูด เด็กจะปรับตัวโดยการนั่งยองๆ เพื่อลดแรงต้านหลอดเลือดดำที่กลับเข้าสู่หัวใจ

อาการและอาการแสดงในเด็กโรคหัวใจ

- 1). เหนื่อยง่าย เนื่องจากปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอเกิดภาวะที่เรียกว่า Hypoxemia จะทำให้เด็กมีอาการเขียวทั่วตัวเรียกว่า central cyanosis และเมื่อมีการเกิดขึ้นเป็นประจำ ทำให้เลือดมีความหนืดมากขึ้น (Polycythemia) และมีอาการนิ้วมือนิ้วเท้าปูด (Clubbing fingers) มีการเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กปกติ (Growth Failure)
- 2). มีภาวะหัวใจวาย (Heart failure) จากการที่มี left to right shunt ทำให้มีเลือดดำไปปอดมากทำให้เกิดภาวะหัวใจวาย เด็กจะมีอาการเหนื่อยหอบ บวมบริเวณหน้าและเปลือกตา ปัสสาวะน้อยลง และจากการที่มีเลือดดำไปปอดมากร่วมกับเลือดมีความหนืดมากขึ้นส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้บ่อยขึ้น
- 3). การนั่งยองๆ (squatting) จากการขาดออกซิเจนเด็กจะมีอาการเหนื่อยหอบ ดังนั้นเพื่อลดอาการดังกล่าวเด็กจะปรับตัวโดยการนั่งยองๆ เพื่อลดแรงต้านของหลอดเลือดดำที่กลับเข้าสู่หัวใจ เพื่อลดการทำงานของหัวใจลง
- 4). เกิดภาวะ Anoxic spells เนื่องจากมีการเพิ่มขึ้นของ right to left shunt ทำให้เลือดดำไปผสมกับเลือดแดงที่ออกไปเลี้ยงร่างกายเพิ่มขึ้น เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดภาวะการขาดออกซิเจน เด็กจะมีอาการเขียวมาก เหนื่อยหอบ บางรายอาจหมดสติ

2.1.2 การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

แบ่งเป็น 3 ชนิด (บุญชอบ พงษ์พานิชย์, 2540) คือ

1. การรักษาทางยา ยาที่ให้ในเด็กที่เป็นโรคหัวใจได้แก่ ยาดิจทาลิสเป็นยาที่ช่วยในการบีบตัวของหัวใจใช้เพื่อรักษาภาวะหัวใจวาย (Congestive Heart Failure), ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (Supraventricular arrhythmia) ยาขับปัสสาวะ เช่น Furosemide, Spironolactone ใช้เพื่อลดภาวะน้ำเกิน

2. การใส่สายสวนหัวใจ (Cardiac catheterization) เป็นทั้งการตรวจวินิจฉัยและการรักษา เช่น การทำ Patent ductus arteriosus coil เป็นการใส่สายสวนเข้าไปในหัวใจและใส่ coil เพื่อปิด PDA การทำ Atrial septostomy การทำการขยาย Coarctation of aorta การทำ ASD/VSD device เป็นต้น

3. การผ่าตัดหัวใจ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวนครึ่งหนึ่งอาจหายเองได้ด้วยการรักษาทางยา แต่อีกครึ่งหนึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด มิฉะนั้นจะเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือมีร่างกายไม่สมบูรณ์โดยร้อยละ 20 จะเสียชีวิตในขวบปีแรก (มูลนิธิเด็กโรคหัวใจในพระอุปถัมภ์ของสมเด็จพระพี่นางฯ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา, 2550) การผ่าตัดหัวใจสามารถแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดได้เป็น 2 ประเภท (สัมพันธุ์ พรวิลาวัณย์, 2542)

3.1 การผ่าตัดแบบประคับประคอง (palliative surgery) เป็นการรักษาแบบชั่วคราวเพื่อให้ผู้ป่วยมี อาการดีขึ้นก่อน แต่ยังไม่ได้แก้ไขความผิดปกติทั้งหมด แบ่งตามวัตถุประสงค์การทำให้เป็น 3 ชนิดคือ

เพื่อเพิ่มจำนวนเลือดไปปอด เช่น การทำ Shunt

เพื่อลดจำนวนเลือดไปปอด เช่น การทำ Pulmonary Artery banding

เพื่อเพิ่มจำนวนเลือดที่ mixing ในระดับของ atrium เช่น Blalock-Hanlon Atrial Septectomy

3.2 การผ่าตัดชนิดถาวร (Corrective surgery) เป็นการผ่าตัดที่มุ่งแก้ไขความพิการของหัวใจ เพื่อให้มีสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด เช่น การผ่าตัด Total Correction ในผู้ป่วย Tetralogy of Fallot (TOF)

นอกจากนี้การผ่าตัดรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดยังสามารถแบ่งตามเทคนิคการ

ผ่าตัดได้เป็น 2 ชนิด (สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์, 2539) คือ

1. การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (Closed Heart Surgery) เป็นการผ่าตัดโดยไม่ต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมช่วยในการทำผ่าตัดและหัวใจยังคงทำงานตามปกติ เช่น การผูกเส้นเลือดในผู้ป่วย Patent Ductus Arteriosus

2. การผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) เป็นการผ่าตัดที่ต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมช่วยในการผ่าตัด เพราะหัวใจหยุดทำงานและไม่มีการไหลเวียนเลือดผ่านหัวใจและปอดขณะผ่าตัด การผ่าตัดชนิดนี้มุ่งแก้ไขความพิการของหัวใจ เช่น การซ่อมแซมผนังหัวใจ การแก้ไขความพิการหลายอย่างพร้อมกันในผู้ป่วย Tetralogy of Fallot ซึ่งการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนี้อาจเป็นทั้งการผ่าตัดชนิดประคับประคองและการผ่าตัดชนิดถาวรก็ได้

2.1.3 ชนิดของการทำผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

กลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว

1). การทำผ่าตัด Total Correction เพื่อแก้ไขความผิดปกติทั้งสี่หัวใจและ หลอดเลือดหัวใจในผู้ที่มีความผิดปกติทั้งสี่ของฟาโลท (Tetralogy of Fallot) เป็นการผ่าตัดโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม และทำให้หัวใจหยุดเต้นเพื่อเปิดหัวใจเข้าไปเย็บปะผนังหัวใจที่รั่วโดยใช้เยื่อหุ้มหัวใจ หรือวัสดุสังเคราะห์ ร่วมกับการผ่าตัดขยายลิ้นหัวใจที่จะออกสู่หลอดเลือดที่ไปปอดหรือตัดกล้ามเนื้อหัวใจส่วนเกินที่ขวางทางเดินของเลือดบริเวณใต้ลิ้นหัวใจออกไป เพื่อให้เลือดออกจากหัวใจไปปอดได้สะดวก

2). การทำผ่าตัดชนิดที่เรียกว่า Arterial Switch Operation ในโรคหลอดเลือดใหญ่ที่ออกจากหัวใจสลับกัน (Transposition of the Great Arteries) เป็นการผ่าตัดโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม และทำให้หัวใจหยุดเต้น หลังจากนั้นก็ทำการตัดหลอดเลือดใหญ่ออกจากหัวใจ ย้ายหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ จากนั้นสลับหลอดเลือดใหญ่ที่ออกจากหัวใจให้ออกจากหัวใจเหมือนปกติ แล้วจึงเย็บต่อกัน

3). การทำผ่าตัด Total Correction ในโรคหลอดเลือดที่รับเลือดที่ฟอกแล้วจากปอดไม่ต่อกับหัวใจห้องบนซ้าย (Total Anomalous Pulmonary Venous Connection) เป็นการผ่าตัดโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม และทำให้หัวใจหยุดเต้น (ในบางกลุ่มย่อยต้องลดอุณหภูมิของร่างกายลงไปเย็นมาก และหยุดระบบไหลเวียนทั้งหมดของร่างกาย) แล้วจึงทำการตัดต่อหลอดเลือดที่รับเลือดจากปอดให้เข้าสู่หัวใจห้องบนซ้ายตามปกติ

กลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

1). การทำผ่าตัด ASD closure, VSD closure ในผู้ป่วยโรคผนังกันห้องหัวใจห้องบนรั่วหรือห้องล่างรั่ว เป็นการผ่าตัดโดยใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม และทำให้หัวใจหยุดเต้นเพื่อเปิดหัวใจเข้าไปเย็บปะผนังหัวใจที่รั่วโดยใช้เยื่อหุ้มหัวใจหรือวัสดุสังเคราะห์

2). การผ่าตัด Valve repairing ในเด็กที่มีลิ้นหัวใจตีบหรือลิ้นหัวใจตัน (Pulmonary Stenosis, Pulmonary Atresia) เป็นการผ่าตัดเพื่อซ่อมแซมลิ้นหัวใจ โดยใช้เครื่องมือหัวใจและปอดเทียม และทำให้หัวใจหยุดเต้น เพื่อเปิดหัวใจไปข้างซ้ายลิ้นหัวใจ

2.1.4 ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนี้นับเป็นการผ่าตัดที่มีอัตราเสี่ยงสูงมาก เนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบภายหลังการผ่าตัดได้ ได้แก่

ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบภายหลังการผ่าตัดด้านร่างกาย

1.ภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดมาก มักพบในช่วงแรกประมาณ 1-2 วันภายหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติหลายตำแหน่ง

2.ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เช่น ในเด็กโรคหัวใจชนิดที่มีเส้นเลือดใหญ่ ออกจากหัวใจเพียงเส้นเดียว ทำหน้าที่นำเลือดจากเวนทริเคิลไปเลี้ยงร่างกายและไปปอด (Truncus Arteriosus) การทำผ่าตัดจะทำได้โดยการแยกเส้นเลือดเออร์টারีออกจากเส้นเลือดพัลโมนารีอาร์เทอรี ใช้ synthetic conduit เป็นตัวเชื่อมระหว่างเวนทริเคิลขวา กับพัลโมนารีอาร์เทอรี ซึ่งอุปกรณ์ที่ใช้ไม่สามารถขยายได้ตามอายุของเด็กที่เพิ่มขึ้น ทำให้การยืดหยุ่นไม่ดี ส่งผลต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นผิดปกติได้

3.มีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความผิดปกติ หลายแห่ง การผ่าตัดอาจต้องทำหลายครั้ง การผ่าตัดขั้นต้นทำเพื่อช่วยให้เด็กสามารถมีชีวิตรอดได้ก่อน หลังจากนั้นจึงทำการผ่าตัดแก้ไขอีกครั้ง เช่น ในเด็กโรคหัวใจชนิด Hypoplastic Left Heart Syndrome (David & Junior, 2003; Rekawek et al. , 2007; วิชัย เบญจชลมาศ, 2543)

4.อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปรับตัวในการทำหน้าที่ของหัวใจยัง ไม่ดีพอขึ้นได้ ที่พบบ่อยได้แก่

4.1 ภาวะหัวใจวาย ภาวะนี้เกิดขึ้นได้จากการที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างหลงเหลืออยู่หรืออาจเกิดจากการทำงานของหัวใจซีกขวาที่ยังไม่ดีพอ (Ma et al. , 2007) และมักพบหลังการได้รับการผ่าตัดซ่อมแซม (Hockenberry et al. , 2007) หรือจากความรุนแรงของโรคกล่าวคือมีความผิดปกติของโครงสร้างหลายแห่ง การแก้ไขให้เกือบเป็นปกติทำได้ยาก

4.2 ภาวะติดเชื้อที่เยื่อผนังหัวใจ (Infective Endocarditis) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจจะเกิดภาวะนี้ โดยเฉพาะหลังการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเทียม (Palliative Shunt) หลังผ่าตัดแก้ไขโรคหัวใจชนิดซับซ้อน (Complex

Cyanotic Congenital Heart Disease) หรือกลุ่มที่ต้องใส่ลิ้นหัวใจเทียม (Prosthetic Heart valve) เป็นต้น (วรการ พรหมพันธุ์, 2549) เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดถึงแม้ว่าจะได้รับการแก้ไขความผิดปกติแล้ว แต่เด็กอาจเกิดภาวะติดเชื้อได้ง่ายภายหลังการผ่าตัด และเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อภายในหัวใจ เด็กจะต้องกินยาปฏิชีวนะหรือยาฆ่าเชื้อ (ก่อนการทำหัตถการใดๆ เช่น การทำฟัน การผ่าตัด เป็นต้น) เพื่อป้องกันโดยส่วนใหญ่ไปตลอดชีวิต โดยแพทย์จะแนะนำเป็นรายๆ ไป (วิชัย เบญจชลมาส, 2543)

5. เด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จะมีการผ่าแยกกระดูกหน้าอกออกแล้วผูกติดกันเมื่อเสร็จการผ่าตัด ความแข็งแรงของกระดูกหน้าอกมักจะเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2-3 จึงต้องมีการระมัดระวังอันตรายจากอุบัติเหตุ เช่น แรงกระแทกที่หน้าอก และไม่ควรให้ผู้ป่วยของหนักภายใน 4-6 สัปดาห์ เด็กส่วนใหญ่จะสามารถทำกิจวัตรประจำวันในการช่วยเหลือตนเองได้ใน 1-2 สัปดาห์ และกลับไปเรียนได้หลังจาก 2 สัปดาห์ไปแล้ว นอกจากนี้ต้องระวังเรื่องของการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดซึ่งมักเกิดขึ้นได้หลังผ่าตัดไปแล้ว 6-8 สัปดาห์ (Smith, 2001) จากการศึกษาของ Vida et al. (2007) ถึงการเกิดภาวะติดเชื้อที่แผลผ่าตัดบริเวณทรวงอกในเด็กโรคหัวใจภายหลังผ่าตัดหัวใจในประเทศกัวเตมาลาในช่วงปี เดือนมกราคม 2004 - เดือนธันวาคม 2005 พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยที่มักเกิดการติดเชื้ออยู่ระหว่าง 16 ± 10.9 วัน เชื้อที่พบมากที่สุดได้แก่ *Staphylococcus aureus* และมีเด็ก 3 รายใน 7 รายที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อของแผลผ่าตัดซ้ำต้องเสียชีวิต

6. การทำหน้าที่ของ sensorymotor ช้ากว่าเด็กปกติ จากการศึกษาของ Miatton et al. (2007) และการศึกษาของ Limperopoulos et al. (2002) พบว่าในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดวัยเรียนหลังผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติแล้ว มีพัฒนาการด้านการทำหน้าที่ของ sensorymotor และการใช้ภาษาอยู่ในระดับต่ำกว่าเด็กวัยเรียนปกติ และการทดสอบระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient) ของเด็กทั้งสองกลุ่มพบว่ากลุ่มที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีระดับปัญญา (IQ) ในเรื่องคำศัพท์และการวาดภาพให้เสร็จช้ากว่าเด็กปกติ และจากการศึกษาของ Landolt et al. (2007) พบว่าสุขภาพภายหลังการได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีผลต่อการดำรงชีวิตของเด็กและวัยรุ่น ภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กล่าวคือพบว่าในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมช่วงขณะผ่าตัด ยิ่งช่วงระยะเวลาการใช้นานก็จะมีผลต่อการมีพัฒนาการด้าน sensorymotor ของเด็กที่ช้ากว่าเด็กปกติ

ภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบทางด้านอารมณ์ จิตใจ และจิตสังคม

1. เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดอาจมีพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่เบี่ยงเบนได้เพราะเด็กกลุ่มนี้มักได้รับการดูแลที่มากกว่าปกติจากบิดามารดา เนื่องจากช่วงของการพักฟื้นหลังผ่าตัดเด็กยังคงต้องการการดูแลที่ใกล้ชิด การทำกิจวัตรประจำที่ยังไม่สะดวกเพราะมีแผลผ่าตัด

2. เด็กมีความรู้สึกละอายใจในตนเองลดลงเนื่องจากภายหลังผ่าตัด เด็กยังต้องจำกัดกิจกรรมในช่วงที่ร่างกายพักฟื้น การประเมินปัญหาได้เร็วจะช่วยให้สามารถหาแหล่งที่เหมาะสมที่จะช่วยปรับปัญหาทางด้านจิตสังคมในระยะยาวได้

3. เด็กอาจเกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเข้าสังคม เนื่องจากภายหลังผ่าตัดหัวใจแล้วเด็กบางรายอาจต้องใช้ระยะเวลาการพักฟื้นในโรงพยาบาลนาน ทำให้เด็กขาดโอกาสได้เข้าสังคมหรือในช่วงกลับบ้านถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นเด็กที่อยู่ในวัยเรียนก็สามารถไปเรียนได้ แต่การที่หยุดเรียนในช่วงเจ็บป่วยอาจทำให้เด็กเรียนไม่ทันเพื่อนในวัยเดียวกัน ทำให้เด็กเกิดความเครียดได้

ผลกระทบต่อบิดามารดา หรือผู้ปกครอง

1. บิดามารดาอาจเกิดความวิตกกังวล เนื่องจากต้องมีการดูแลเด็กมากขึ้น (Caregiving demands) เช่น ระยะเวลา ความยุ่งยากในการดูแลเด็กในแต่ละกิจกรรม โดยเฉพาะในเด็กที่เลี้ยงยาก หรือมีปัญหาด้านพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน (Majnemer et al., 2006)

2. ภาระทางด้านค่าใช้จ่าย ในเด็กบางรายที่สามารถผ่าตัดแก้ไขความพิการของหัวใจได้ทั้งหมด ก็ถือว่าเด็กหายเป็นปกติ แต่ในบางรายที่ยังไม่สามารถแก้ไขความพิการของหัวใจทั้งหมดได้ ต้องรอเพื่อผ่าตัดแก้ไขครั้งต่อไป สิ่งเหล่านี้ทำให้บิดามารดาต้องรับผิดชอบกับเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องเกิดขึ้นอีกระยะหนึ่ง บิดามารดาอาจเกิดความเครียดได้

ภายหลังการผ่าตัดหัวใจเด็กต้องใช้เวลาประมาณหนึ่งปีเพื่อให้หัวใจมีการปรับตัวให้การทำงานของหัวใจเต็มที่ ในช่วงที่ร่างกายต้องปรับตัวนั้นจึงเป็นช่วงสำคัญของการดูแล หลังผ่าตัดเด็กยังคงต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดจากผู้ปกครอง รวมทั้งต้องปฏิบัติตามข้อปฏิบัติและข้อระวังต่างๆ เพราะหากเด็กไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องแล้ว ก็อาจเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดหัวใจได้

2.2 การดูแลตนเองและการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

2.2.1 การดูแลตนเอง (Self care)

การดูแลตนเองหมายถึงการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action) และเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาคำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Orem, 2001) จุดประสงค์ของการดูแลตนเองก็เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น (Orem, 2001) ในภาวะปกติ

ผู้ใหญ่มักดูแลตนเองได้ ส่วนทารกและเด็กต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากอยู่ในวัยเริ่มต้นพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) การดูแลตนเองของเด็กขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของเด็ก โดยมีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง คือ อายุ ระดับพัฒนาการ และภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ยังได้รับอิทธิพลจากครอบครัว วัฒนธรรม และทักษะในการรู้จัก การกระทำ ตลอดจนภาวะทางด้านอารมณ์ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดในวัย 0-5 ปี เป็นบุคคลที่อยู่ในภาวะพึ่งพา จึงมีความจำเป็นต้องพึ่งพามารดาหรือสมาชิกในครอบครัว บุคคลที่จะต้องดูแลสมาชิกที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบนี้ โอเรม เรียกว่า บุคคลผู้ที่ให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agent) และการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเป็นการกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลในความรับผิดชอบ ในที่นี้คือ ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพราะภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เด็กยังคงต้องการการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากได้รับผลกระทบภายหลังผ่าตัดหัวใจ ได้แก่ การมีแผลผ่าตัด การป้องกันการติดเชื้อเนื่องจากหลังผ่าตัดร่างกายยังอ่อนแอเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย การฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการผ่าตัด เช่น การได้รับอาหารที่มีประโยชน์ การได้ออกกำลังกายตามความเหมาะสม การฟื้นฟูสภาพจิตใจ เป็นต้น และในรายที่ยังคงมีความผิดปกติของหัวใจหลงเหลืออยู่ ยังมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับยาเพื่อควบคุมอาการของโรคต่อไป สิ่งเหล่านี้จึงทำให้เด็กยังต้องการการพึ่งพามาจากผู้ดูแลอยู่

โอเรม (Orem, 2001) ได้กล่าวถึงแนวคิดการดูแลตนเองซึ่งรวมถึงการที่ต้องดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยแบ่งการดูแลเป็น 3 ด้านที่สำคัญ ได้แก่ การดูแลที่จำเป็นทั่วไป เช่น การดูแลให้บุตรได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลให้อ่อนหลับพักผ่อน การพาไปพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ การดูแลตามระยะพัฒนาการ เช่น การมีกิจกรรมการเล่นร่วมกับบุตร หรือการส่งเสริมให้บุตรมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวัย และการดูแลเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การดูแลให้ได้รับยา การสังเกตอาการผิดปกติ เป็นต้น

ดังนั้นหากผู้ที่ต้องดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ในที่นี้ก็คือมารดาที่ต้องดูแลบุตรขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลบุตร นั่นก็คือมารดาเกิดการพร่องความสามารถในการดูแลบุตรนั่นเอง เมื่อมารดาเกิดความพร่องในการดูแลบุตร ระบบการพยาบาลจึงมีความจำเป็นสำหรับมารดาที่ต้องดูแลบุตร ซึ่งระบบการพยาบาลที่จัดให้มารดานั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาความสามารถของมารดา ซึ่งประกอบด้วยโครงสร้าง 3 ระดับ (Orem, 2001; สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) บุคคลที่ต้องพังกนั้นจะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยแนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปรียบได้กับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกัน

ตรงที่เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น (Taylor อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) โอเรม กล่าวว่า โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามี 3 ระดับ เช่นเดียวกับโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2543; Orem, 2001)

ซึ่งประกอบด้วย

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ 1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ สิ่งที่ควร และจะกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น และ 3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างการรับรู้และการกระทำอย่างจงใจเพื่อดูแลตนเอง (Orem & Taylor 1986 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 34-35) ได้แก่

1) ความสามารถและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายในภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3) ความสามารถที่จะควบคุมสิ่งต่างๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง

5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

8) มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองและ

10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ทั้งความสามารถที่จะรู้ และความสามารถที่จะกระทำ รวมทั้งคุณสมบัติที่มีต่อการมุ่งไปยังเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน การเขียน รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล

2) หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมอง การเห็น การได้ยิน การรับรส

3) การรับรู้เหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง

4) การเห็นคุณค่าในตนเอง

5) นิสัยประจำตัว

6) ความตั้งใจ

7) ความเข้าใจในตนเอง

8) ความหวังในตนเอง

9) การยอมรับตนเอง

10) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ และ

11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเรม จะเห็นได้ว่าโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ส่วน ทั้งในส่วนของความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง พลังความสามารถ 10 ประการ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน มีปัจจัยต่างๆหลายประการที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร ซึ่งทั้งหมดขึ้นอยู่กับความตั้งใจและความสามารถที่จะควบคุมตนเองของมารดาให้แสดงพฤติกรรมเหล่านี้ โอเรม (Orem, 2001) กล่าวถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ได้ริเริ่มและกระทำให้กับบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต การส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ

จากความหมายข้างต้น จึงให้เห็นจุดเน้นของการดูแลว่า เป็นการปฏิบัติเพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล

โอเรม เป็นผู้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล โดยพัฒนาแนวคิดขึ้นเป็นทฤษฎีการพยาบาลชื่อว่า ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem's General Theory of Nursing) โดยประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care Deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) (Orem, 2001) โอเรมได้รวมแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent-care) ไว้ในทฤษฎีการดูแลตนเอง โดยเน้นว่าการดูแลตนเองนั้นเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลจงใจกระทำให้กับผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; Orem, 2001)

2.2.3 ความพร้อมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care deficit)

ความพร้อมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เกิดขึ้นจาก ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามีไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem, 2001) ฉะนั้นการในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ต้องประเมินความสามารถของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการการดูแลทั้งหมดของเด็ก โดยประเมินว่าผู้ดูแลสามารถทำการดูแลเด็ก เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดได้หรือไม่ หากผู้ดูแลไม่สามารถกระทำหรือกระทำไม่ถูกต้อง จะถือว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลเด็ก ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ พัฒนาการ และการดำรงชีวิตของเด็ก

2.2.4 ระบบการพยาบาล

ระบบการพยาบาล คือ กิจกรรมที่เกิดจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่าง ความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ใช้บริการ ระบบการพยาบาล จะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ เพื่อค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแล และลงมือกระทำเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแล รวมทั้งพยายามปรับใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ใช้บริการในการดูแลตนเอง หรือปรับใช้และพัฒนาความสามารถของผู้รับผิดชอบ การตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ตามความสามารถ และความต้องการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

โอเรม (2001) แบ่งชนิดของระบบการพยาบาลตามชนิดการดูแล โดยอาศัยเกณฑ์ของความสามารถของบุคคล ในการควบคุมการเคลื่อนไหว การจัดกระทำ (Control of movement and manipulation) ซึ่งแบ่งได้ 3 ระบบ คือ

1. ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) ใช้ในผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหว หรือไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ในการดูแลตนเอง แม้ว่าจะ

สามารถเคลื่อนไหวไปในที่ต่างๆได้ ในระบบนี้ พยาบาลจะเป็นผู้สนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย

2. ระบบทดแทนบางส่วน (Partly Compensatory Nursing System) การพยาบาลระบบนี้เหมาะที่จะใช้กับผู้ป่วยที่สามารถคิด ตัดสินใจในการปฏิบัติการดูแลตนเองได้ แต่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากโรค การรักษา ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น การช่วยเหลือของพยาบาลขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วย โดยพยาบาลจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางอย่างสำหรับผู้ป่วย และช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

3. ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative Nursing system) ระบบนี้ผู้ป่วยหรือผู้ให้บริการมีความสามารถในการเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดและกระทำการดูแลตนเองได้ ผู้ให้บริการจะได้รับการสอน แนะนำ และสนับสนุนจากพยาบาลเพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้ถูกต้องสมบูรณ์ครบถ้วน การสอนต้องรวมผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยด้วย สำหรับเด็ก เนื่องจากข้อจำกัดในการพัฒนาความสามารถ พยาบาลต้องประเมินผู้ที่รับผิดชอบดูแลเด็ก จะต้องพัฒนาความสามารถที่จะกำหนดและตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของเด็ก พยาบาลต้องคำนึงถึงบทบาทของผู้รับผิดชอบดูแลเด็ก โดยส่วนมากมักจะเป็นมารดา บิดา และปรับให้สอดคล้องกับภาวะที่ต้องรับผิดชอบดูแลเด็ก ระบบการพยาบาลที่เหมาะสมจึงควรเป็นระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่เด็กและญาติ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายคือ ช่วยให้เด็กและญาติเรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และสามารถกระทำการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการนั้นๆ วิธีการช่วยเหลือของพยาบาลคือ

3.1 การชี้แนะ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ในการเลือกวิธีปฏิบัติเพื่อดูแลเด็ก ภายใต้คำแนะนำ การตรวจตรา พยาบาลและผู้ดูแลจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน มักใช้ร่วมกับวิธีการสนับสนุน

3.2 การสนับสนุน เป็นการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ดูแล สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองแก่เด็กได้อย่างต่อเนื่อง แม้จะตกอยู่ในสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ตกอยู่ในภาวะเครียดวิตกกังวลกับเหตุการณ์ที่ประสบ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่กระทบต่อการพัฒนาการของตนเองหรือกระทบน้อยที่สุด การสนับสนุนอาจเป็นคำพูด กิริยาท่าทาง เช่น การมอง การสัมผัส การให้กำลังใจ และรวมถึงการให้วัสดุสิ่งของ แม้จะไม่ใช่น้ำที่ของพยาบาลโดยตรง เช่น การติดต่อประสานงานกับฝ่ายสังคมสงเคราะห์ในเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆตามความจำเป็น นอกจากนี้ การสนับสนุนยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อม ที่จะช่วยให้พัฒนาความสามารถของผู้ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3.3 การสร้างสิ่งแวดล้อม ที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ให้บริการ ในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ รวมถึงการปรับเปลี่ยนเจตคติ อคติทัศนคติ การให้คุณค่าต่อการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ จัดให้มีโอกาสได้ติดต่อสื่อสารกันระหว่างกลุ่มที่จะให้คำแนะนำ การสนับสนุนและหาวิธีการช่วยเหลืออื่นๆ หรือมีการติดต่อขอคำปรึกษา หรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เหมาะสม การช่วยเหลือโดยวิธีนี้มักใช้ร่วมกับวิธีการอื่นๆ เช่น การสอน เป็นต้น

3.4 การสอน เป็นวิธีที่เหมาะสมในการพัฒนาความรู้ และทักษะบางประการ ซึ่งเป็นวิธีการที่สำคัญมากในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การสอนที่ได้ผลต้องเข้าใจในธรรมชาติ และลักษณะของบุคคล โดยคำนึงถึงทัศนคติและความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลต้องประเมินสิ่งเหล่านี้ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการสอนและให้คำปรึกษา คำนึงถึง สิ่งที่คุณดูแลต้องการเรียนรู้ ต้องได้ถามและรับฟังการรับรู้ของคุณดูแล เนื้อหาที่จะสอนต้องเสริมจากความรู้เดิม และเหมาะสมกับคุณดูแลที่จะนำไปปรับใช้ในการดูแลเด็ก เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมและได้ฝึกปฏิบัติทักษะบางอย่าง เพื่อให้มีโอกาสได้ฝึก และเรียนรู้ในความผิดพลาด การลองฝึกปฏิบัติจะทำให้เรียนรู้ความบกพร่อง และรู้จักปรับแก้ไขให้เหมาะสม นอกจากนี้ ความแตกต่างในปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล เป็นตัวบ่งบอกความสามารถในการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล

ที่แตกต่างกัน นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับคุณดูแลและเด็ก จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน และพยาบาลต้องส่งเสริมให้คุณดูแลรู้สึกถึงคุณค่าในตนเอง เปิดโอกาสให้คุณดูแลมีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางในการดูแลเด็ก วางแผน

ตั้งเป้าหมาย และวิธีการร่วมกัน

2.2.5 ความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา กับระบบการพยาบาล

แนวคิดของทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem, 2001) ระบบการพยาบาลจะเข้าไปเกี่ยวข้องเมื่อบุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง หรือมีความพร้อมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โอเรม (2001) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับการพัฒนาความสามารถของคุณดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยเน้นที่การพัฒนาศักยภาพของคุณดูแลให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีความต้องการเพิ่มขึ้น จากภาวะเจ็บป่วยบนทางสุขภาพ วิธีการที่ใช้คือ การสอน การชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ ภายใต้อาณัติสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถของคุณดูแล ให้คงไว้ซึ่ง

ความรับผิดชอบในการดูแลชีวิต สุขภาพ ความผาสุกของบุคคลที่ต้องพึ่งพา อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (Orem, 2001)

ในกรณีของความพร่องในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้น สาเหตุของความพร่องที่เกิดขึ้นมีความสำคัญสำหรับการเลือกพิจารณารูปแบบของระบบการพยาบาลที่เข้าไปช่วยเหลือ เช่นเดียวกับการพิจารณาช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง การช่วยเหลือจะต้องพัฒนาส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล เมื่อประเมินได้ว่าความพร่องไม่ได้เกิดจากข้อจำกัดในด้านการควบคุมการเคลื่อนไหวและการจัดกระทำ หากแต่เกิดจากการขาดความรู้ ทักษะ ประสิทธิภาพ และขาดความสามารถในการดูแล การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระบบการพยาบาลที่เหมาะสมที่จะช่วยลดความบกพร่องในการดูแลดังกล่าวได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทางเลือกวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสม และตั้งอยู่บนพื้นฐานของการมีสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแล การพิจารณาเลือกวิธีการช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจหรือการจัดสิ่งแวดล้อม ต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่จะเอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ พิจารณาดัดสนใจ และเสริมทักษะความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Orem, 2001)

2.2.6 การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

การที่จะบรรลุเป้าหมายในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการหรือผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้น วิธีการส่งเสริมเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลสามารถช่วยเหลือให้ผู้ให้บริการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา ในแนวคิดของโอเรม (Orem, 2001) ได้กำหนดให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วย การสอนหรือการให้ความรู้ การชี้แนะ การสนับสนุนให้กำลังใจ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม ที่จัดให้โดยพยาบาล มีความเหมาะสมสำหรับครอบครัวหรือบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เพื่อให้บุคคลนำไปพิจารณาดัดสนใจ การทำกิจกรรมการดูแลบุตรเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) สำหรับการนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปทดสอบประสิทธิภาพมีหลากหลายทั้งในกลุ่มผู้ป่วยเอง และในกลุ่มของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา การวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

กฤษณา ครามแสง (2539) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความพร่องของผู้เด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยจำนวน 57 ราย กลุ่มควบคุม 29 ราย กลุ่มทดลอง 28 ราย ทั้งสองกลุ่มได้รับแผนพับให้ความรู้เพิ่มเติม โดยการสอนชี้แนะและสนับสนุนให้กำลังใจ และสร้างสิ่งแวดล้อมโดยผู้วิจัยจัดกระทำกับกลุ่มทดลองจำนวน 2-5 ครั้ง เป็นเวลา 3 เดือน ในขณะที่พาผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ผล

การศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ดูแลกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม

ยุพากรณ์ พงษ์สิงห์ (2540) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความพึงพอใจของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 ราย กลุ่มทดลอง 30 ราย กลุ่มควบคุม 30 ราย ทั้งสองกลุ่มได้รับคู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย ในกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้จากผู้วิจัยเป็นรายบุคคล จำนวน 2-3 ครั้ง เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในการดูแลตนเองของเด็กกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัตนชฎาวรรณ มั่นกันนาน (2542) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองต่อความพึงพอใจในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโตโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 31 ราย พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดูแลตนเองลดลงสำหรับสุขภาพ ใช้ตัวชี้วัดคือคือ ปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง การติดเชื้อ จำนวนครั้งของการรับเลือด พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนครั้งของการรับเลือดลดลง จำนวนครั้งของการติดเชื้อและปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงไม่แตกต่าง

อรจิรา เทียนน้ำเงิน (2546) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเขียวกะทันหันและการเกิดภาวะเขียวกะทันหัน กลุ่มตัวอย่าง 30 คน จะได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยผู้วิจัยจัดให้มีการเข้ากลุ่มครั้งละ 2-5 ราย ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการสังเกตอาการ การป้องกัน และการช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะเขียวกะทันหันขึ้น และกระตุ้นให้กลุ่มได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ภายหลังการทดลองพบว่ามารดามีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กดีขึ้น และผู้ป่วยเด็กมีจำนวนการเกิดภาวะเขียวกะทันหันลดลง

สมถวิล ศิริเรือง (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ใช้ระยะยาวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติมโดยผู้วิจัยพร้อมคู่มือ ภายหลังการทดลองพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม และการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับอาการแสดงเริ่มต้นของการติดเชื้อแผลสาขาสวนในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง

ณัฐนิชา ไบยา (2549) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความวิตกกังวลของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ แบ่งเป็นกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน 6 ขั้นตอน จนกว่าการตรวจสวนหัวใจจะเสร็จ มารดาจะได้รับการสอนร่วมกับได้รับคู่มือการดูแลบุตรที่เข้ารับการตรวจสวนหัวใจ การชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ และสร้างสิ่งแวดล้อมโดยการจัดให้มารดาได้พูดคุยกับแพทย์เพื่อซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการตรวจสวนหัวใจ กลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ภายหลังการทดลองพบว่ามารดากลุ่มทดลองมีความวิตกกังวลลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม

Demaso, D.R. และคณะ (2000) ศึกษาผลของโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับให้ความรู้แก่ครอบครัวที่บุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อการลดการแยกตัวจากสังคมของมารดาและสามารถปรับตัวเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุตรของตน กลุ่มตัวอย่างคือมารดา 40 คนจะใช้ A computer-based program ระหว่างที่บุตรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล A computer-based program จะประกอบไปด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของซึ่งกันและกัน เป็นการเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับการเผชิญต่อภาวะ การเจ็บป่วยของบุตร และมารดาก็จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลรักษา ในช่วงท้ายได้กล่าวถึงโปรแกรมว่าเป็นลักษณะคล้ายการทำกลุ่มช่วยเหลือสนับสนุนเป็น Psychoeducational intervention ในรูปแบบการบรรยาย หลังการติดตามผลมารดาที่ใช้ The Experience Journal: A computer-based intervention หลังจากกลับจากโรงพยาบาลพบว่ามารดามีความพึงพอใจต่อการใช้ A computer-based intervention ด้านการปรับตัวมารดามีความเข้าใจการเจ็บป่วยของบุตรเพิ่มมากขึ้นและลดการแยกตัวจากสังคมของมารดา เพิ่มการติดต่อสื่อสารกับสังคมมากขึ้น ด้านการเปลี่ยนแปลงทัศนคติมารดาเข้าใจตนเองมากขึ้น เข้าใจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับครอบครัวการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่า The Experience Journal: A computer-based intervention สามารถช่วยให้มารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเข้าใจความเจ็บป่วยของบุตรเพิ่มมากขึ้นและมีการตอบสนองในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีการเพิ่มความเข้าใจของครอบครัวต่อภาวะการเจ็บป่วยของโรคหัวใจ และการแสดงพฤติกรรมทางบวกของมารดาอันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมดูแลบุตรที่เหมาะสมโดยได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากการได้รับข้อมูลการรักษา การสร้างความมั่นใจจากประสบการณ์ของบุคคลอื่นที่เข้ามาบรรยายใน The Experience Journal: A computer-based intervention จึงควรมีการนำไปใช้ในกลุ่มมารดาที่มีบุตรป่วยโรคหัวใจพิการที่

ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นครั้งแรกเพื่อให้มีการเตรียมพร้อมต่อการได้รับหัตถการหรือการผ่าตัด การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งต่อไป

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมในส่วนของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในการดูแลและให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล และพบว่าพยาบาลระบบนี้สามารถส่งเสริมความสามารถ และลดความพร่องในการดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ต้องใช้ระยะเวลาในการฟื้นฟูสุขภาพ จึงมีความจำเป็นที่มารดาหรือผู้ดูแลต้องได้รับการพัฒนาความสามารถ เพื่อที่จะปฏิบัติกรดูแลสุขภาพบุตร มีการฟื้นฟูสุขภาพที่ดีปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถึงแม้จะได้รับการผ่าตัดหัวใจเพื่อแก้ไขความพิการของหัวใจแล้วก็ตาม ก็ยังคงต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536; Orem, 2001) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดา จึงต้องทำหน้าที่ในการดูแลเด็ก เพื่อให้เด็กมีสุขภาพภายหลังได้รับการผ่าตัดและมีการฟื้นฟูสุขภาพร่างกายให้ดีขึ้น

โอเรม ได้กำหนดการดูแลตนเองของเด็กที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ ให้เป็นความรับผิดชอบของผู้ใหญ่ (Orem, 2001) ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องของการเจริญเติบโตและระดับพัฒนาการของเด็กแต่ละวัย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ความสำเร็จในแต่ละขั้นของการพัฒนาความสามารถของเด็กในการดูแลตนเองต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ในการดูแล ประคับประคอง ชี้แนะ การสอน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับเด็ก (Orem, 1985 อ้างใน วิณา จิระแพทย์, 2533) Orem (2001) กล่าวว่าก่อนที่ผู้ใหญ่จะลงมือกระทำการต่างๆเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา บุคคลนั้นจะต้องทราบถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กเสียก่อน ในที่นี้คือ มารดาต้องทราบถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเมื่อต้องกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

2.2.7 ความต้องการการดูแลตนเองของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ความต้องการการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-Care Requisites) แบ่งออกเป็น 3 อย่างตามภาวะสุขภาพและระยะพัฒนาการ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล 2536; Orem, 2001)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-Care Requisites) เป็นการดูแลบุคคลโดยจะเกี่ยวข้องกับการส่งเสริม การรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อม กิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่

- 1) การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 2) การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ
- 3) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 4) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 5) การป้องกันอันตรายต่างๆที่อาจเกิดขึ้นต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ
- 6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เป็นการดูแลบุคคลตามระยะของกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในช่วงชีวิตต่างๆรวมทั้งเหตุการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการ อาจเป็นการดูแลโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกัน เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการต่างๆ กิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่

- 1) การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการ
- 2) การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยการจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health-Deviation Self-Care Requisites) เป็นการดูแลบุคคลซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ มีความพิการ หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์ กิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่

- 1) การแสวง หรือคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ
- 2) รับรู้และสนใจถึงอันตรายและผลเสียที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด
- 3) ปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ

4) รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับความไม่สุขสบายหรือผลข้างเคียงจากการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

5) ปรับอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองจะต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ

6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า เด็กยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีความสามารถในการเจริญเติบโตและระดับการพัฒนาการ โดยเฉพาะเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดแล้ว ยังคงต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง มารดาเป็นบุคคลที่สำคัญในการทำบทบาทของผู้ให้การช่วยเหลือบุตร การดูแลบุตรโดยการดูแลชี้แนะและฝึกหัดให้บุตรทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของตนเองภายหลังผ่าตัดตามความสามารถของเด็กในแต่ละช่วงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความอยู่รอด ภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุตรที่อยู่ในความรับผิดชอบ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้นเป็นกิจกรรมที่มารดาต้องริเริ่มกระทำด้วยตนเองและกระทำอย่างจริงจัง มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนซึ่งเป็นการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายหรือสิ่งที่คาดว่าจะดีกับบุตร เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งจะเป็นการช่วยฟื้นฟูสุขภาพของเด็กภายหลังผ่าตัดและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของเด็ก

2.2.8 พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดตามแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ทั้ง 3 ด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป

เป็นการดูแลเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต (Basic needs) สำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแบบที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ดังนี้

1.1 การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศ อาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

อากาศ ภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้ว เด็กควรจะได้อยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ เพื่อให้ร่างกายฟื้นสภาพได้เร็วขึ้น

อาหารและน้ำ อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต มีประโยชน์เพื่อการเจริญเติบโต ซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอและให้พลังงานแก่ร่างกาย ซึ่งปกติเด็กวัย 0-1 ปี มีความต้องการพลังงาน 600-800 แคลอรี อาหารที่เหมาะสมได้แก่ นมมารดาหรือนมผสม และอาหารเสริมที่เหมาะสมตามวัย อายุ 1-6 ปี มีความต้องการพลังงานจากอาหารวันละ 1,200-1,550 แคลอรี โดยควรให้เด็กรับประทานอาหารประเภทต่างๆ ดังนี้ คือ ข้าวหรือแป้งวันละ 2-3 ถ้วย อาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ เมล็ดถั่วต่าง ๆ อย่างน้อยวันละ 3-4 ช้อนโต๊ะ ไข่วันละ 1 ฟอง หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ฟอง นมหรือเครื่องดื่มผสมนมหรือน้ำนมถั่วเหลืองอย่างน้อยวันละ 2 แก้ว ผักใบเขียวหรือผักอื่น ๆ อย่างน้อยวันละ 4-8 ช้อนโต๊ะ ควรรับประทานผลไม้ เช่น กล้วย มะละกอหรือส้มทุกวัน รับประทานน้ำมันพืชวันละ 1-2 ช้อนโต๊ะ ในรูปของอาหารทอดหรือผัด

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดแล้ว นั้น หลังการผ่าตัดเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับการบาดเจ็บ จึงทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นอาหารจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้ว เพราะการรับประทานอาหารครบทุกประเภทและมีคุณค่าทางอาหารเพียงพอ จะทำให้ร่างกายแข็งแรงเจริญเติบโต และมีภูมิคุ้มกันโรค ช่วยให้แผลหายเร็ว ในช่วงแรกภายหลังการผ่าตัดหัวใจแล้วเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำเป็นต้องรับประทานอาหารเหมือนช่วงก่อนการผ่าตัด เนื่องจากหัวใจยังอยู่ในช่วงที่ต้องการการปรับตัวในการทำงาน ดังนั้นมารดาควรจะดูแลให้เด็กได้รับประทานอาหารที่ต้องจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหาร เพื่อลดการสะสมของน้ำและโซเดียมในร่างกาย (จารุพิมพ์ สูงสว่างและอภิชาติ นานา, 2538) ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารรสจืด โดยในการประกอบอาหารให้ผู้ป่วยไม่ควรใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสปรุงรส ผงชูรส และผงฟู งดอาหารที่ใช้เกลือหรือผงฟูเป็นองค์ประกอบ เช่น อาหารกระป๋อง ของหมักดอง ขนมปัง ขนมขบเคี้ยวต่าง ๆ เป็นต้น แต่การรับประทานอาหารรสจืด อาจจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย มารดาอาจเตรียมสารปรุงแต่งรสอาหารที่ไม่มีรสเค็ม เช่น มะนาว น้ำตาล พริกป่น สำหรับผู้ป่วยเดิมในขณะรับประทานอาหาร เพื่อส่งเสริมให้อาหารมีรสชาติยิ่งขึ้น จะทำให้เด็กรับประทานอาหารได้มากขึ้น นอกจากนี้ควรให้เด็กรับประทานผักและผลไม้มาก ๆ เพราะนอกจากจะเป็นสารอาหารที่วิตามินและเกลือแร่แล้วยังช่วยในการขับถ่ายด้วย และในกรณีที่เด็กยังคงต้องได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ มีโอกาสสูญเสียโปตัสเซียมออกมากับปัสสาวะ จึงควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานผักและผลไม้ที่มีโปตัสเซียมสูง ได้แก่ กล้วย ส้ม น้ำองุ่น น้ำลูกพรุน ถั่วฝักยาว แครอท มะเขือเทศ รวมทั้งนมด้วย (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์ 2534: 20-21) สำหรับน้ำดื่มในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้ว ในช่วงแรกยังคงจำเป็นต้องได้รับการจำกัดน้ำดื่ม โดยเฉพาะในรายที่ยังมีอาการบวมหรือภาวะหัวใจวาย จึงจำกัดน้ำ

คัมให้เหลือวันละ 70 ซีซี ค่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือ 750 ซีซี ต่อพื้นที่ผิวกาย 1 ตารางเมตร (ควมณี เลหาประสิทธิพร, 2534)

1.2 การดูแลเรื่องการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ

มารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจ ควรระวังดูแลไม่ให้เด็กท้องผูก เพราะถ้าเด็กท้องผูก เด็กจะต้องออกแรงเบ่งในการถ่ายอุจจาระ ทำให้เด็กเกิดการเจ็บแผลผ่าตัด หรือเสี่ยงต่อการเกิดแผลผ่าตัดแยกได้ มารดาควรให้บุตรรับประทานผักและผลไม้ที่มีเส้นใยและเครื่องดื่มบางประเภทที่มีส่วนช่วยให้การขับถ่ายง่ายขึ้น เช่น น้ำส้ม น้ำมะขามเปียก น้ำลูกพรุน เป็นต้น (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2534) นอกจากนี้มารดาควรสังเกตการถ่ายปัสสาวะของบุตรด้วยในกรณีที่หลังผ่าตัดยังคงต้องได้รับยาขับปัสสาวะ เช่น สังเกตจำนวนครั้งของการถ่ายปัสสาวะและสีของปัสสาวะเพื่อประเมินภาวะหัวใจวาย หากพบว่าบุตรถ่ายปัสสาวะน้อยลงและมีอาการบวมร่วมด้วยแสดงว่าบุตรอาจเกิดภาวะหัวใจวาย ต้องรีบพาบุตรไปพบแพทย์

1.3 การรักษาความสมดุลระหว่างการพักผ่อนและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

การพักผ่อน การพักผ่อนคือ การที่ร่างกายและจิตใจได้ผ่อนคลาย ความตึงเครียด ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น การนอนหลับ การเล่น โดยเฉพาะการนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะช่วยให้ร่างกายได้ฟื้นฟูสภาพ สำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้วนั้น ภายหลังการผ่าตัดถึงแม้จะได้รับการแก้ไขให้ระบบไหลเวียนโลหิตกลับมาทำหน้าที่ตามปกติแต่ก็ควรให้เด็กได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อให้อวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายทำงานน้อยลง ซึ่งจะช่วยลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย และมีการฟื้นฟูเนื้อเยื่อที่ได้รับการบาดเจ็บ โดยดูแลให้เด็กนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอเหมาะสมกับอายุของเด็ก ซึ่งเด็กเล็กควรนอนกลางวันประมาณ 10-12 ชั่วโมง เด็กโตควรนอนประมาณ 8-10 ชั่วโมง และนอนกลางวันประมาณ 1-2 ชั่วโมง

การออกกำลังกาย การออกกำลังกายและการเล่นเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์ และเป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับเด็กทุกวัย เพราะการออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาทางด้านร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและมีขนาดโตขึ้น ช่วยให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่วและว่องไวมากขึ้น ช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เกือบทุกระบบในร่างกาย และเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียด นอกจากนี้การออกกำลังกายหรือการเล่นยังช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมที่ดี ทำให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เรียนรู้การอยู่ร่วมกันและการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่นและกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการของเด็กด้วย ดังนั้นจึง

ควรปล่อยให้เด็กได้ออกกำลังกายหรือเล่นเหมือนเด็กปกติเท่าที่ความสามารถของเด็กจะทำได้ แต่ไม่ควรให้เด็กเล่นกีฬาในเชิงแข่งขันหรือใช้กำลังมาก เช่น การวิ่งไล่จับ การปีนป่าย การกระโดดโลดเต้น เป็นต้น (ดวงมณี เลาหประสิทธิ์พร, 2534)

1.4 การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

การป้องกันการติดเชื้อ

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากช่วงขณะผ่าตัดจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ ร่วมกับมีความผิดปกติของระบบไหลเวียนอยู่เดิม มีการคั่งของน้ำในปอด ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อภายหลังการได้รับการผ่าตัดแก้ไขจึงยังเป็นเรื่องสำคัญ โดยหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่เป็หวัดหรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ และนอกจากนี้มารดาควรหลีกเลี่ยงการพาบุตรไปในสถานที่ที่มีคนแออัดและอากาศถ่ายเทไม่สะดวก เช่น ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ ตลาดนัด เป็นต้น เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดร่างกายยังคงอ่อนแอ เพราะเนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ เกิดการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้มารดาควรดูแลเรื่องความสะอาดร่างกายของบุตรเป็นอย่างดี เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ผิวหนัง โดยการอาบน้ำทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง นอกจากนี้ควรดูแลเรื่องความสะอาดของเสื้อผ้าของใช้ส่วนตัวของบุตร เพื่อขจัดสิ่งสกปรก ป้องกันมิให้เกิดการติดเชื้อ

การดูแลความสะอาดช่องปากและฟันยังคงเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการอักเสบภายในช่องปากหรือมีฟันผุ ทำให้มีแบคทีเรียในกระแสเลือดส่งผลให้เกิดการติดเชื้อที่เยื่อหัวใจได้ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจจะเกิดภาวะนี้ โดยเฉพาะหลังการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเทียม (palliative shunt) หลังผ่าตัดแก้ไขโรคหัวใจชนิดเขียวที่ซับซ้อน (complex cyanotic congenital heart disease) หรือกลุ่มที่ต้องใส่ลิ้นหัวใจเทียม (prosthetic heart valve) เป็นต้น (วรการ พรหมพันธุ์, 2549) เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดถึงแม้ว่าจะได้รับการแก้ไขความผิดปกติแล้ว แต่เด็กอาจเกิดภาวะติดเชื้อได้ง่ายภายหลังการผ่าตัด และเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อภายในหัวใจ เด็กจะต้องรับประทานยาปฏิชีวนะหรือยาฆ่าเชื้อ (ก่อนการทำหัตถการใดๆ เช่น การทำฟัน การผ่าตัด เป็นต้น) โดยส่วนใหญ่ต้องรับประทานไปตลอดชีวิต โดยแพทย์จะแนะนำเป็นรายๆ ไป (วิชัย เบญจชลมาส, 2543) ดังนั้นมารดาจึงควรดูแลรักษาและทำความสะอาดช่องปากและฟันของเด็ก โดยการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน และควรบ้วนปากหรือแปรงฟันภายหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสะสมของเศษอาหารที่จะเป็นแหล่งของแบคทีเรีย โดยในเด็กเล็กมารดาจึงควรเป็นผู้กระทำให้เด็ก ส่วนในเด็กโตมารดาควรเอาใจใส่ดูแลให้เด็กทำความสะอาดช่องปากและฟันของตนเองอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี

นอกจากนี้ควรพาบุตรไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน หากมีความจำเป็นต้องถอนฟัน ต้องแจ้งให้ทันตแพทย์ทราบว่าเด็กเคยเป็นหรือยังคงมีอาการของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อว่าทันตแพทย์จะได้ให้ยาปฏิชีวนะในการป้องกันการติดเชื้อที่เชื่อมหัวใจ (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร, 2534; วิชัย เบญจชลมาศ, 2543)

การได้รับวัคซีนป้องกันโรค เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้ว ควรได้รับการพาไปรับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคให้ครบถ้วน การให้วัคซีนจะให้เช่นเดียวกับเด็กปกติโดยทั่วไป โดยมารดาสามารถพาเด็กไปรับวัคซีนได้ภายหลังผ่าตัดอย่างน้อย 8 สัปดาห์ขึ้นไป หรือตามคำแนะนำของแพทย์ (Smith, 2001)

1.4.2 การป้องกันอุบัติเหตุ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังผ่าตัดหัวใจช่วงแรกเด็กอาจยังไม่ค่อยทำกิจกรรมมากนัก แต่ก็ยังคงต้องระมัดระวังเรื่องการเกิดอุบัติเหตุเนื่องจากการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ภายหลังผ่าตัดเด็กจะมีแผลผ่าตัดบริเวณหน้าอก ความแข็งแรงของกระดูกมักจะเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2-3 จึงต้องมีการระมัดระวังอันตรายจากอุบัติเหตุ เช่น แรงกระแทกที่หน้าอก และไม่ควรให้ผู้ป่วยยกของหนัก ภายใน 4-6 สัปดาห์ เด็กส่วนใหญ่จะสามารถทำกิจวัตรประจำวันในการช่วยเหลือตนเองได้ใน 1-2 สัปดาห์ และกลับไปเรียนได้หลังจาก 2 สัปดาห์ไปแล้ว ดังนั้นมารดาจึงต้องคอยดูแลเลือกชนิดของการเล่นหรือการทำกิจกรรมที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ (วิชัย เบญจชลมาศ, 2543)

2. พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

โรคหัวใจแต่กำเนิดไม่มีผลต่อสติปัญญาของเด็ก เด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยไม่มีความผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย จะมีสติปัญญาเป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับผ่าตัดแก้ไขความพิการของหัวใจแล้ว เด็กจะมีการทำงานของหัวใจที่เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการให้ใกล้เคียงเด็กปกติให้มากที่สุด เด็กสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ โดยในเด็กเล็กเช่นในเด็กวัย 4-6 เดือนเด็กเริ่มหัดคว่ำ และก้มได้ วัย 11-12 เดือน เริ่มหัดยืนและเดิน วัย 1 ปีขึ้นไปสามารถเดินและวิ่งเล่นได้ ถ้าเหนื่อยให้หยุดทำกิจกรรมนั้น ส่วนเด็กโตสามารถออกกำลังกายได้ตามแต่กำลังของเด็ก เช่น ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน เป็นต้น ในเด็กเล็กสามารถให้ทำกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นพัฒนาการที่เหมาะสมได้ตามวัยแต่เลี่ยงกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก การออกกำลังกายนอกจากจะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของหัวใจแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกายโดยเฉพาะกล้ามเนื้อ ทำให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัยด้วย

ในเด็กโตที่เล่นกีฬาได้ควรหลีกเลี่ยงการเล่นกีฬาที่หักโหมและเป็นการแข่งขัน เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล แบดมินตัน เทนนิส เป็นต้น

2.1 พัฒนาการทางภาษา เพื่อให้เด็กมีการพัฒนาทางภาษาที่ดี ควรเปิดโอกาสให้เด็กพูด ฟังและอ่าน โดยการชวนเด็กพูดคุย เล่านิทานหรืออ่านหนังสือให้ฟัง

2.2 พัฒนาการทางอารมณ์และสังคม สำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอารมณ์รุนแรงหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว เอาแต่ใจตัวเอง หงุดหงิดโมโหง่าย เมื่อแสดงพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว บิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูไม่ควรให้ความสนใจมากนัก ยกเว้นพฤติกรรมก้าวร้าวที่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น การทำลายของ การทำร้ายตัวเอง เพราะถ้าผู้ใหญ่ให้ความสนใจในพฤติกรรมดังกล่าว เด็กจะเกิดการเรียนรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ความสนใจหรือทำให้ตนเองได้ในสิ่งที่ต้องการ จะทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทุกครั้งเพื่อเด็กมีความต้องการสิ่งใด ควรจะให้ความสนใจเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเท่านั้น เพื่อให้เด็กได้รับทราบถึงทิศทางของพฤติกรรมที่ควรทำต่อไป ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้ว บางรายอาจมีพฤติกรรมที่เป็นมาตั้งแต่ช่วงเจ็บป่วย และการได้รับการดูแลที่ใกล้ชิดเกินไปของบิดามารดา อาจทำให้พฤติกรรมนั้นยังคงอยู่ ดังนั้นเพื่อเป็นการช่วยให้เด็กสามารถกลับมาใช้ชีวิตร่วมกับเพื่อนหรือคนในสังคมได้อย่างเป็นสุข บิดามารดาควรให้ความสำคัญกับการปรับพฤติกรรมเหล่านั้นของเด็ก อาจทำในรูปของกิจกรรมร่วมกับเพื่อนบ้าน หรือเด็กในวัยใกล้เคียงกัน

นอกจากนี้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้วอาจเกิดความเครียดจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากความทุกข์ทรมานจากอาการปวดแผลหรือได้รับความไม่สุขสบายทางกาย สิ่งเหล่านี้จะทำให้เด็กเกิดความเครียดได้ บิดามารดาควรให้การปลอบโยน ให้กำลังใจหรืออยู่ดูแลเด็กเมื่อเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะช่วยบรรเทาหรือขจัดภาวะเครียดต่าง ๆ ที่เกิดกับเด็กได้

สำหรับการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมนั้นทำได้โดยการสนับสนุนให้เด็กได้มีกิจกรรมหรือเล่นกับกลุ่มเพื่อน พี่ หรือน้อง เป็นการส่งเสริมให้เด็กรู้จักการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการปรับตัวต่อการอยู่ร่วมกันในสังคม

2.3 พัฒนาการทางสติปัญญาและความคิด โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรวมถึงการรักษาด้วยการผ่าตัดไม่ได้ทำให้เด็กมีสติปัญญาด้อยกว่าเด็กปกติ แต่ผลกระทบจากการผ่าตัดเช่น การต้องอยู่ในภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำ หรือต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียม ทำให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มีพัฒนาการด้าน sensorymotor ที่ช้ากว่าเด็กปกติ จากการศึกษาของ Miatton et al. (2007) และการศึกษาของ Limperopoulos et al. (2002)

พบว่าในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดวัยเรียนหลังผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติแล้ว มีพัฒนาการด้านการทำหน้าที่ของ sensorymotor และการใช้ภาษาอยู่ในระดับต่ำกว่าเด็กวัยเรียนปกติ และการทดสอบระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient) ของเด็กทั้งสองกลุ่มพบว่ากลุ่มที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีระดับสติปัญญา (IQ) ในเรื่องคำศัพท์และการวาดภาพให้เสร็จช้ากว่าเด็กปกติ และจากการศึกษาของ Landolt et al. (2007) พบว่าสุขภาพภายหลังการได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีผลต่อการดำรงชีวิตของเด็กและวัยรุ่นภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด กล่าวคือพบว่าในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดต้องใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมช่วงขณะผ่าตัด ยิ่งช่วงระยะเวลาการใช้นานก็จะมีผลต่อการมีพัฒนาการด้าน sensorymotor ที่ช้ากว่าเด็กปกติ ดังนั้นมารดาจึงควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะในการใช้ sensorymotor ของเด็ก ควรมีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อฝึกทักษะในการใช้ประสาทสัมผัสต่าง ๆ และส่งเสริมการเล่นที่กระตุ้นให้เด็กรู้จักสังเกตและใช้เหตุผล เช่น การต่อภาพ หัดเขียน หนังสือ วาดภาพ การเรียนรู้โดยการกระตุ้นให้เด็กคิด เป็นต้น (อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, 2534)

3. พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด มารดาควรให้การดูแลบุตรดังนี้

3.1 ดูแลเรื่องแผลผ่าตัด การผ่าตัดวันที่ 7 ถ้าแผลแห้งดี ไม่บวม ไม่มีเลือดหรือน้ำเหลืองออกมา แพทย์จะทำการตัดไหมให้ก่อนอนุญาตให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เด็กสามารถอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายได้ และควรเช็ดร่างกายให้แห้งไม่ควรทาโลชั่น ครีม แป้งหรือยาใดๆ ลงบนแผล ยกเว้นยาที่แพทย์สั่ง ถ้ามีอาการเจ็บคันที่แผลเพิ่มขึ้นหรือบวมแดง มีน้ำเหลืองหรือเลือดออกจากแผลให้รีบมาพบแพทย์ทันที

3.2 ดูแลให้บุตรรับประทานยา ควรรับประทานตามแพทย์สั่งอย่างเคร่งครัด อย่าลด-เพิ่ม หรือหยุดยาเอง และถ้ายาหมดควรพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทันที

ตัวอย่างยาที่ได้รับหลังการผ่าตัดหัวใจ ได้แก่

- ยาดิจิทาลิสหรือลันน็อกซิน ซึ่งเป็นยาที่ช่วยในการบีบตัวของหัวใจ โดยก่อนให้ยาควรวัดชีพจรให้เด็กก่อน เด็กเล็กควรมากกว่า 100 ครั้งต่อนาที เด็กโตควรมากกว่า 90 ครั้งต่อนาที ผลข้างเคียงของยาที่ต้องสังเกตได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดศีรษะ หัวใจเต้นเร็ว หรือช้ากว่าปกติ และควรสังเกตอาการบวม หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการของภาวะหัวใจวาย ถ้าหากผิดปกติมารดาจะสังเกตได้จากการที่บุตรเปลี่ยนแปลงจากภาวะเดิม นั่นคือ เหงื่อออกเพิ่มมากขึ้น หรือไม่ยอมรับทานอาหาร เป็นต้น ถ้ามีอาการดังกล่าวให้รีบ

มาพบแพทย์ทันที ควรรับประทานยาให้ตรงเวลา เช่น ยาต้องรับประทานห่างกันทุก 12 ชม. โดยกำหนดเวลา 06.00 น. และ 18.00 น. ก็ควรรับประทานตามเวลานั้น หากลืมให้รับประทานยาในมือนั้นแต่ยังอยู่ใน 4 ชม.ของเวลาเขาก็สามารถให้ยาได้ และรับประทานยาเมื่อต่อไปตามเวลาที่เคยกำหนดไว้

- ยาป้องกันการเกิดลิ่มเลือด เช่น ยาวาฟาริน ยาแอสไพรีน ยาประเภทนี้จะลดการแข็งตัวของเลือดให้ช้าลง มีประโยชน์ในการป้องกันการเกิดลิ่มเลือด ผลข้างเคียงของยากลุ่มนี้จึงอาจทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่าย ต้องสังเกตเรื่องภาวะเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ ที่สังเกตได้ง่ายคือ มีจุดเลือดออกหรือจ้ำเลือดที่ผิวหนัง มีเลือดออกตามไรฟัน เป็นต้น และควรรับประทานทันทีหลังอาหารโดยเฉพาะยาแอสไพรีน เนื่องจากยาทำให้เกิดการระคายเคืองต่อกระเพาะอาหารได้ นอกจากนี้มารดาไม่ควรซื้อยาให้บุตรรับประทานเอง เมื่อบุตรไม่สบายควรพามารดาไปพบแพทย์

3.3 การป้องกันการติดเชื้อ

ช่วงหลังผ่าตัดควรระวังในเรื่องการติดเชื้อของแผลผ่าตัดซึ่งมักจะเกิด 6-8 สัปดาห์หลังผ่าตัด (Smith, 2001)

การป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ควรหลีกเลี่ยงการพาเด็กไปในแหล่งชุมชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

การดูแลรักษาช่องปากและฟัน ในเด็กเล็กที่ยังไม่มีฟัน คุณแม่ควรใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำต้มสุกเช็ดเหงือกและลิ้นหลังมือนมหรืออย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เด็กโตที่มีฟันขึ้นแล้วควรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน และควรบ้วนปากหรือแปรงฟันภายหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสะสมของเศษอาหารที่จะเป็นแหล่งของแบคทีเรีย

นอกจากนี้ควรพาลูกไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพช่องปากและฟันทุก 6 เดือนหากมีความจำเป็นต้องถอนฟัน ต้องแจ้งให้ทันตแพทย์ทราบว่าเด็กเคยเป็นหรือยังคงมีอาการของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อว่าทันตแพทย์จะได้ให้ยาปฏิชีวนะในการป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อหัวใจ (Price 1980; ควมฉนิ เลหาประสิทธิพร, 2534; วิชัย เบญจชลมาศ, 2543) หรือในรายที่ต้องรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดควรแจ้งให้ทันตแพทย์ทราบด้วยทุกครั้ง เพราะอาจเกิดภาวะเลือดหยุดยากภายหลังการทำหัตถการเกี่ยวกับฟัน

การพาเด็กไปรับวัคซีนป้องกันโรค ถ้าในช่วงที่ผ่าตัดเด็กได้รับเลือดขณะผ่าตัดต้องรอน้อย 8 สัปดาห์หลังผ่าตัด จึงสามารถพาไปรับวัคซีนได้หรือตามแพทย์นัด เพราะวัคซีนบางชนิดเป็นวัคซีนที่สกัดจากเชื้อเป็น การให้ช่วงที่ได้รับการผ่าตัดอาจทำให้เกิดโรคได้

พยาบาลผู้เชี่ยวชาญควรควรทราบถึงเหตุผลนี้เพื่อจะได้ให้คำแนะนำมารดาในการจัดการตารางการได้รับวัคซีนให้เหมาะสม (Smith, 2001)

3.4 การป้องกันภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด ในช่วงที่หัวใจของเด็กกำลังปรับตัวในการทำงาน เด็กอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ รวมถึงบางรายที่ยังคงมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ ทำให้ยังคงต้องได้รับยาเพื่อควบคุมการทำงานของหัวใจ จำพวกลายคิยาทาสอาจเกิดอาการซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาได้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มารดาต้องคอยสังเกตอาการของบุตรเสมอ นอกจากนี้ในเด็กบางรายที่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ มารดาต้องคอยสังเกตอาการแพ้ยาซึ่งอาจจะเกิดขึ้นได้ เช่น ผื่นแดงตามตัว หากพบอาการผิดปกติดังกล่าว ต้องหยุดให้ยาทันทีและรีบพาไปพบแพทย์

3.5 การพาบุตรมาพบแพทย์ตามนัด มารดาควรพาบุตรมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าเด็กจะไม่มีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนใดๆ เพื่อแพทย์จะได้ตรวจสุขภาพของเด็ก ประเมินและติดตามผลการรักษา นอกจากนี้มารดาจะได้ซักถามปัญหาต่างๆ จากแพทย์ เพื่อช่วยให้สามารถดูแลบุตรป่วยได้ถูกต้องยิ่งขึ้น ในกรณีที่เด็กมีอาการผิดปกติหรือยาที่ใช้รักษาหมดก่อนถึงวันที่แพทย์นัด มารดาต้องพาบุตรมาพบแพทย์ทันที ไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด มารดาสามารถพาบุตรมาพบแพทย์ได้ก่อนวันนัด

พฤติกรรมในการดูแลบุตรในเรื่องต่างๆ ดังได้กล่าวมา เป็นการกระทำของมารดาที่ช่วยให้บุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดมีสุขภาพที่ดี สามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นภายหลังผ่าตัด แต่การที่มารดาจะกระทำกิจกรรมการดูแลบุตรได้นั้น มารดาจะต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent Care Agency) (Orem 2001:) ซึ่งเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ใหญ่ในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็ก (Orem, 2001) เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้น ภายหลังผ่าตัดการทำหน้าที่ของหัวใจของเด็กยังอยู่ในช่วงการปรับตัว ซึ่งต้องใช้เวลาประมาณหนึ่งปีขึ้นไป ดังนั้นเด็กจึงยังต้องการการดูแลจากมารดาอยู่ และความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรนั้น จะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยแนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปรียบได้กับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น (Taylor อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

2.2.9 การให้ความรู้แก่มารดา

การสอนหรือการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543; Orem, 2001) และเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาล สำหรับโปรแกรมการสอนหรือการให้ความรู้นั้นมีหลากหลายรูปแบบขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วย สถานบริการ และตัวผู้ให้บริการ การสอนเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมในการพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ การใช้สื่อการสอนประกอบการให้ความรู้ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจในสิ่งที่เป็นามธรรม โดยการถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน กิจกรรมและวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพกระทำไ้หลายวิธี เช่น การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การให้ความรู้โดยใช้โสตทัศนูปกรณ์ การให้ความรู้เป็นรายบุคคล การสาธิต (บุญชม ศรีสะอาด, 2537) แต่ละวิธีจะมีจุดเด่นและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน การเลือกใช้จึงต้องคำนึงให้เหมาะสมกับผู้เรียน เนื้อหา เวลา สถานที่ และต้องเข้าใจจุดมุ่งหมายของแต่ละวิธีการ การสอนหรือการให้ความรู้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วยคือ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ช่วยพัฒนาให้ผู้ผู้ป่วยรับการเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้มีการรับรู้ที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

เพื่อเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพในการสอนมากขึ้นและเป็นการพัฒนาเข้าสู่ศตวรรษหน้าของวิชาชีพพยาบาลที่ควรเป็นผู้ผสมผสานเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจึงควรนำสื่อทัศนูปกรณ์เข้ามาประยุกต์ในการสอนผู้ป่วยให้มากขึ้น (Curry, 1990) โดยควรเลือกใช้สื่อการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยมากที่สุด ในส่วนของสื่อคอมพิวเตอร์การสอนถือเป็นสื่อวิทัศน์ที่มีอิทธิพลต่อผู้ชมเป็นอย่างมากและมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย สามารถใช้น้ำมันน้ำหรือเปลี่ยนแปลงคำนิยม ทศนคติ และพฤติกรรมต่างๆ จากการวิจัยพบว่ามนุษย์เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทางตาถึงร้อยละ 83 ทางหูร้อยละ 11 ทางกายสัมผัสร้อยละ 1.5 ทางรสสัมผัสร้อยละ 1 และทางจมูกร้อยละ 3.5 นอกจากนี้สื่อคอมพิวเตอร์ยังสามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้มีความเด่นชัด ไม่ซับซ้อน เรียงตลอดจนตามลำดับเหตุการณ์จริง ข้อดีของสื่อคอมพิวเตอร์คือสามารถสื่อได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง ผู้เรียนได้รับเนื้อหาที่ครบถ้วน คงที่ ได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้มีการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และช่วยประหยัดเวลาของพยาบาลได้อย่างมาก ข้อมูลที่น่าสนใจเป็นระบบและทำให้เกิดความเพลิดเพลิน เป็นประโยชน์ต่อผู้ที่มีปัญหาเรื่องการอ่านได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้รับบริการมีความรู้และการปฏิบัติตนที่เหมาะสมมากขึ้น เช่น การศึกษาของสุดาวดี เอนก (2544) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้ ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการทดลอง มารดาในกลุ่มทดลองมีความรู้ การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และพฤติกรรมป้องกันโรคปอดอักเสบดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของนฤมล พราหมณ์ (2541) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถของมารดาในการดูแลทารกป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มที่ได้รับความรู้จากสื่อวีดิทัศน์มีความรู้และความสามารถในการดูแลบุตรดีกว่ากลุ่มควบคุม

ในต่างประเทศ การใช้สื่อที่ประกอบด้วยภาพและเสียงในการสอนผู้ป่วยและเตรียมการในผู้ป่วยทำหัตถการมีมากขึ้น เพราะสามารถนำมาใช้เป็นกลุ่มได้ สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง เนื้อหาที่ได้รับคงที่ และสามารถกลับไปดูที่บ้านได้ จึงถือเป็นวิธีการที่จะลดช่องว่างการดูแลผู้ป่วยระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลกับที่บ้านและเป็นการจูงใจให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยอีกด้วย (Curry, 1990)

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาอาจกล่าวได้ว่า การสอนหรือให้ความรู้ผ่านสื่อที่มีทั้งภาพและเสียงเป็นการสอนที่ประสิทธิภาพและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสอนผู้ป่วยและให้ผลการสอนที่ใกล้เคียงกับการสอนจากพยาบาลโดยตรง ผู้ป่วยได้รับเนื้อหาที่เหมือนกัน แต่อย่างไรก็ตาม การสอนด้วยสื่อที่ให้ทั้งภาพและเสียงนั้นยังพบว่ามีข้อจำกัดเนื่องจากการสื่อความหมายทางเดียว (จิรพรรณ พิรุณ, 2542) ผู้เรียนไม่สามารถซักถามปัญหาหรือเสนอข้อคิดเห็นต่างๆ ไปยังผู้สอนในสื่อได้อย่างทันทีทันใด และในการดูสื่อที่ให้ทั้งภาพและเสียงในขณะเดียวกันนั้น ผู้เรียนต้องตั้งใจและสนใจตลอด จึงจะทำให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงจัดให้มารดาได้รับการให้ความรู้ผ่านสื่อที่มีทั้งเสียงและภาพ แต่จะเปิดโอกาสให้มารดาซักถามปัญหารวมถึงเสนอข้อคิดเห็นภายหลังการดูสื่อแล้ว เพื่อเป็นการสร้างความเข้าใจให้ตรงกัน

ในประเทศไทยมีการศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลผู้ป่วยในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาของสมถวิล สิริเรือง (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ใช้ระยะยาวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติมโดยผู้วิจัย จากการขมิติโอเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำพร้อมคู่มือการดูแล ภายหลังการทดลองพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับอาการแสดงเริ่มต้นของการติดเชื้อหลอดเลือดสายสวนในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง

การศึกษาของธิดา แก้วเหลา(2551) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและภาวะความรุนแรงของโรคหัดในเด็กเล็ก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 ราย กลุ่มตัวอย่าง 33 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และ อีก 33 รายเป็นกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้จากผู้วิจัย โดยผู้วิจัยจะให้มารดาชมวิดีโอการดูแลเด็กอายุ 1-6 ปี ที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด และแจกคู่มือเพื่อให้มารดานำกลับไปอ่านที่บ้านด้วย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุม

การศึกษาของเต็มดวง ช้อยหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน โรคไต กลุ่มอาการเนฟโรติก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการสอนจากบทเรียนคอมพิวเตอร์และรับแจกกลับบ้านเพื่อทบทวน ประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองและประเมินความคิดเห็นที่มีต่อบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมและมีความคิดเห็นทางบวกต่อบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน

จากการศึกษาข้างต้นผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาให้เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เน้นการพัฒนารูปแบบและกลวิธีการให้ข้อมูลแก่มารดาโดยใช้สื่อที่ประกอบด้วยภาพและเสียง ซึ่งนอกจากจะช่วยดึงดูดความสนใจของผู้เรียนแล้วยังสามารถนำมาใช้เป็นกลุ่มได้ สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง เนื้อหาที่ได้รับคงที่ มีการเรียงลำดับเหตุการณ์ตามจริง และมารดาสามารถนำไปดูที่บ้านได้ ในส่วนของข้อมูลที่ยังเป็นข้อมูลที่ได้จากการสำรวจความต้องการของมารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขแล้ว ถือเป็น การพัฒนาการดูแลโดยยึดความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก ซึ่งจะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของมารดายิ่งขึ้น อีกทั้งเป็นการพัฒนารูปแบบและประสิทธิภาพการให้สุขศึกษาแก่ผู้ให้บริการ ซึ่งเป็นบทบาทสำคัญ อันจะช่วยให้วิชาชีพพยาบาลมีความก้าวหน้ามากขึ้น

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Two Group Pretest-Posttest Design

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้แก่ มารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 5 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยในโรคหัวใจเด็ก และมาตรวจเพื่อติดตามอาการที่คลินิกผู้ป่วยนอกเด็กโรคหัวใจ ในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

เกณฑ์ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่าง

1. มารดาที่มีบุตรอายุ 0-5 ปี ที่บุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทั้งชนิดเขียวและไม่เขียว และได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
2. มารดาเป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้แนวคิดของโพลิตและฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1997) ถ้าเป็นการวิจัยแบบทดลอง ควรจะมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดกลุ่มละ 20-30 ราย ซึ่งผู้วิจัยใช้แนวคิดนี้ร่วมกับพิจารณาจากขนาดของกลุ่มประชากรตามสถิติจากการศึกษาสมมุติฐานของแผนกผู้ป่วยในโรคหัวใจเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ในปี พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยเด็กที่มารับการผ่าตัดตามคุณสมบัติที่กำหนด เฉลี่ย เดือนละ 16-20 คนหรือสัปดาห์ละ 4-6 คน จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย กลุ่มควบคุม 20 ราย

ในการวิจัยครั้งนี้ระหว่างการเก็บข้อมูลมีเหตุการณ์ไม่ปกติ โรงพยาบาลงดบริการตรวจรักษาชั่วคราว และกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งภายหลังมารับการผ่าตัดแล้ว จะถูกนัดให้ไปตรวจติดตามอาการที่โรงพยาบาลต้นสังกัด ทำให้มีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างจากการวิจัยจำนวน 4 คน และในที่สุดได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 28 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมจำนวน 3 คน มารดาไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลักตลอด ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 คน กลุ่มทดลอง 13 คน

สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากมารดาที่มีบุตรมารับบริการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและเข้ารับการดูแลในแผนกผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ตึก สก.ชั้น 6 และตึก สก. ชั้น 18 และติดตามเก็บรวบรวมข้อมูลต่อเมื่อมารดาพบบุตรมาตรวจเพื่อติดตามภาวะสุขภาพและประเมินผลการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ตึก ภปร.ชั้น 9 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

1. ตึก สก.ชั้น 6 เป็นหอผู้ป่วยเด็กสามัญที่รับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจทั้งก่อนและหลัง

การทำผ่าตัดหัวใจ อายุตั้งแต่แรกเกิด -15 ปี มีแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจอยู่ประจำห้องพักแรม มีพยาบาลประจำการทำหน้าที่ในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลจะทำหน้าที่ในการดูแลและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล การปฏิบัติตนต่างๆไปก่อนและหลังการผ่าตัดหัวใจ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการให้ข้อมูลและปฏิบัติหน้าที่ในช่วงเวลานั้นๆ โดยพยาบาลให้ข้อมูลกับผู้ดูแลเด็กเป็นรายบุคคล โดยการอธิบายและมีการใช้ภาพพลิกในกรณีที่เกิดเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีความรุนแรง ชับซ้อน

2. ตึก สก.ชั้น 18 เป็นหอผู้ป่วยเด็กพิเศษที่รับผู้ป่วยเด็กพิเศษทุกโรคอายุตั้งแต่ 0-15 ปี ทั้งนี้ในกลุ่มเด็กโรคหัวใจจะรวมทั้งผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจทั้งก่อนและหลังการทำผ่าตัดหัวใจ มีแพทย์เวรอยู่ประจำห้องพักแรม มีพยาบาลประจำการทำหน้าที่ในการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลทำหน้าที่ในการดูแลและให้ข้อมูลกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องการปฏิบัติตนขณะอยู่โรงพยาบาล การปฏิบัติตนต่างๆไปก่อนและหลังการผ่าตัดหัวใจ ผู้ให้ข้อมูลเป็นพยาบาลที่ได้รับมอบหมายหน้าที่ในการให้ข้อมูลและปฏิบัติหน้าที่ในช่วงเวลานั้นๆ โดยพยาบาลจะให้ข้อมูลกับผู้ดูแลเด็กเป็นรายบุคคล โดยการอธิบาย

3. คลินิกผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ ตึก ภปร. ชั้น 9 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เปิดให้บริการวันพุธและวันศุกร์ของทุกสัปดาห์ ผู้ป่วยเด็กที่มารับบริการได้รับการชั่งน้ำหนัก วัดอุณหภูมิ วัดชีพจรและความดันโลหิต ก่อนเข้าพบแพทย์ เพื่อรับการตรวจจากแพทย์เฉพาะทางโรคหัวใจเด็ก เพื่อประเมินการทำงานของหัวใจและประเมินผลการรักษา เมื่อพบแพทย์เสร็จ

มารดาต้องพบพยาบาลเพื่อรับคำแนะนำเรื่องการมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพบุตร และได้รับแผ่นพับเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่างๆ ไปกลับไปด้วย

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยโปรแกรมการให้ความรู้การดูแลบุตรภายหลังการได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ประกอบด้วย

1.1 สื่อคอมพิวเตอร์ เรื่อง การดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยและหนังสือต่างๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การรักษาด้วยการผ่าตัด การดูแลหลังได้รับการผ่าตัด โดยมีขั้นตอนการสร้างสื่อดังนี้

1). ผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาที่บุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้วจำนวน 13 คน เกี่ยวกับความต้องการการได้รับข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติดูแลบุตรที่บ้าน

2). เมื่อได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์แล้ว ผู้วิจัยสกัดเนื้อหาที่คล้ายคลึงกันในเรื่องต่างๆ โดยพบว่ามารดามีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่บ้านดังนี้

ก. การสังเกตอาการผิดปกติและการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังได้รับการผ่าตัด จำนวน 7 คน

ข. การส่งเสริมพัฒนาการและกิจกรรมที่บุตรสามารถกระทำได้ จำนวน 5 คน

ค. การดูแลแผลผ่าตัดจำนวน 5 คน

ง. การรับประทานยาจำนวน 3 คน

จ. การให้อาหาร นม และน้ำ จำนวน 2 คน

3). หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อสร้างเนื้อหาในการให้ความรู้แก่มารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

4). ผู้วิจัยจัดทำบทบรรยายที่จะใช้ในการให้ข้อมูลแก่มารดา

5). หลังจากได้บทบรรยายแล้วผู้วิจัยจัดทำสื่อคอมพิวเตอร์

6). ผู้วิจัยได้ทำการทดลองนำร่องโดยการนำสื่อคอมพิวเตอร์ที่สร้างขึ้นไปให้มารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดชม และมีการพูดคุยเพื่อประเมินผลความพึงพอใจของมารดาต่อสื่อคอมพิวเตอร์และนำผลการประเมินมาปรับปรุงสื่อคอมพิวเตอร์

1.2 คู่มือเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งมีเนื้อหาที่เหมือนกับสื่อคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การรักษาด้วยการผ่าตัด การดูแลหลังได้รับการผ่าตัด โดยมีขั้นตอนการสร้างเหมือนกับสื่อคอมพิวเตอร์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบไปด้วยเครื่องมือ 3 ชุด ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งระบุ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคที่เป็น ความรุนแรงของโรค การผ่าตัดที่ได้รับ ยาที่ได้รับเมื่อกลับบ้าน

2.2 แบบวัดความรู้ของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยและหนังสือซึ่งมีความสอดคล้องกับเนื้อหาในสื่อคอมพิวเตอร์ ประกอบด้วยเรื่อง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การรักษาด้วยการผ่าตัด การดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่บ้าน เป็นข้อคำถามปลายปิดทั้งหมดจำนวน 22 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามด้านบวกที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ถูกต้องจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 4, 5, 6, 7, 9, 15, 16, 20, 21 และคำถามด้านลบมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ไม่ถูกต้อง 12 ข้อ ได้แก่ข้อ 2, 3, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 22 ลักษณะคำตอบเป็นการเลือกตอบถูกหรือผิด

การให้คะแนน

ตอบถูกให้ 1 คะแนน

ตอบผิดให้ 0 คะแนน

การแปลผลคะแนน

คะแนนรวมมีพิสัยของคะแนน 0-22 คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดมาก

คะแนนต่ำ หมายถึง มารดามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดน้อย

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถาม ข้อคำถามประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลบุตรเพื่อสนองตอบความต้องการของบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัด 3 ด้าน จำนวน 27 ข้อ ได้แก่

ก. การดูแลที่จำเป็นทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8 ข้อคำถามด้านลบ 2 ข้อ ได้แก่ข้อ 5 และ 9

ข. การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 10, 11, 12, 13, 14 และ 15

ค. การดูแลเมื่อมีภาวะเสี่ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 12 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวกจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ข้อ 16, 17, 18, 21, 22, 24, 26, 27 ข้อคำถามด้านลบจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ข้อ 19, 20, 23, 25

ลักษณะของคำตอบในแต่ละข้อคำถาม

ข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ตัวเลือก ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติจนถึงปฏิบัติเป็นประจำ โดยแต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมการดูแลบุตรข้อนั้นมารดาได้ปฏิบัติเป็นประจำทุกวันหรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมการดูแลบุตรข้อนั้นมารดาได้ปฏิบัติบ่อยครั้งหรือบางครั้งที่มีเหตุการณ์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลบุตรข้อนั้นมารดาไม่เคยปฏิบัติเลย

ไม่มีเหตุการณ์นั้น หมายถึง ในการดูแลบุตรที่บ้านไม่มีกิจกรรมตามข้อคำถามนั้นให้ปฏิบัติ

ความหมายของข้อคำถามแต่ละข้อ

ข้อความที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรด้านบวก หมายถึง ข้อคำถามข้อนั้นเป็นการปฏิบัติการดูแลบุตรที่ถูกต้อง

ข้อความที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรด้านลบ หมายถึง ข้อคำถามข้อนั้นเป็นการปฏิบัติการดูแลบุตรที่ไม่ถูกต้อง

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดดังนี้

ข้อคำถามด้านบวก

ปฏิบัติเป็นประจำ	คิดเป็น	3	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	คิดเป็น	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	คิดเป็น	1	คะแนน

ข้อคำถามด้านลบ

ปฏิบัติเป็นประจำ	คิดเป็น	1	คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	คิดเป็น	2	คะแนน
ไม่เคยปฏิบัติ	คิดเป็น	3	คะแนน

ในการศึกษาครั้งนี้มีมารดาที่เลือกในช่องไม่มีเหตุการณ์นั้นไม่

นำมาคิดเป็นคะแนน

การแปลผลคะแนน

ข้อที่ระบุว่าไม่มีเหตุการณ์เกิดขึ้น ไม่นำนับคะแนน คะแนนรวมของทุกข้อ นำมาเทียบให้มีคะแนน 100 คะแนน ตัวอย่างเช่น จากจำนวน 27 ข้อ มารดาตอบในข้อไม่มีเหตุการณ์ 2 ข้อ และคะแนนรวมจาก 25 ข้อ ได้เท่ากับ 70 คะแนน จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน เมื่อนำมาเทียบให้เป็น 100 คะแนน จะได้เท่ากับ $70 \times 100 / 75 = 93.3$ คะแนน

คะแนนสูง หมายถึง มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดได้ถูกต้องมาก

คะแนนต่ำ หมายถึง มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดได้ถูกต้องน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ของมารดา แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร และโปรแกรม การให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วย สื่อการสอนคอมพิวเตอร์ และคู่มือ หลังจากผ่านการพิจารณาจากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้ของมารดา แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร สื่อคอมพิวเตอร์ และคู่มือ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ซึ่งได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจในเด็ก 1 คน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กโรคหัวใจ 1 คน อาจารย์พยาบาล

ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กโรคหัวใจ 2 คน เพื่อตรวจสอบความครอบคลุม ความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา รวมถึงภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือดังกล่าวตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเนื้อหา

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ก. แบบวัดความรู้ของมารดา หลังการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สูตรการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .84

ข. แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร หลังการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน และหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปใช้สูตรการคำนวณหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .85

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยมีวิธีการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. หลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล
3. ผู้วิจัยแนะนำตนเองต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในเด็กโรคหัวใจ และหัวหน้าแผนกคลินิกผู้ป่วยนอกเด็กโรคหัวใจ
4. การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากสมุดสถิติของผู้ป่วยคัดเลือก มารดาตามคุณสมบัติที่กำหนด
5. ผู้วิจัยขอพบมารดาผู้ดูแลเด็ก แนะนำตนเองและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของการดำเนินการวิจัย แจ้งสิทธิการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย เมื่อมารดายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยนำหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้มารดาอ่าน และขอให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร จึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

6. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลทำโดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้ครบก่อน เมื่อได้กลุ่มควบคุมครบตามจำนวน ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองต่อไปเพื่อ

ก.ป้องกันการปนเปื้อนของแผนการทดลองจากการที่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ข.ป้องกันไม่ให้อำนาจควบคุมเกิดความรู้สึกที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมในการรักษาพยาบาล ทำให้เกิดความวิตกกังวล ซึ่งอาจมีผลต่อการปฏิบัติการดูแลบุตรทำให้ผลการวิจัยเกิดความคลาดเคลื่อนได้

7. ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างดังนี้

กลุ่มควบคุม : ผู้วิจัยพบมารดาในกลุ่มควบคุมในวันที่ 1 ของการย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยภายหลังการพักฟื้นในหอผู้ป่วยวิกฤติหัวใจ ผู้วิจัยแนะนำตนเองและให้มารดาทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและของบุตร

ก) หลังจากนั้นทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Pretest) หลังจากนั้นมารดาได้รับคำแนะนำจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในช่วงเวลานั้นๆ เกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

ข) ผู้วิจัยติดตามให้มารดาทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอีกครั้งในวันที่ 3 ของการกลับมาที่หอผู้ป่วย (Posttest)

ค) 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน มารดาพาบุตรมาตรวจตามนัดผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พร้อมทั้งแจกคู่มือดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดให้มารดานำกลับไปอ่านที่บ้าน

กลุ่มทดลอง : ผู้วิจัยพบมารดาในกลุ่มทดลองในวันที่ 1-3 ของการย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยภายหลังการพักฟื้นในหอผู้ป่วยวิกฤติหัวใจ ผู้วิจัยแนะนำตัวและให้ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและของบุตร

ก) หลังจากนั้นให้มารดาตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนได้รับโปรแกรม (Pretest) และให้ความรู้แก่มารดาในการดูแลบุตรโดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้ที่มีสื่อคอมพิวเตอร์เป็นการสอนเป็นรายบุคคลบริเวณห้องสอนแสดงในหอผู้ป่วย ใช้เวลาในการสอนประมาณ 45 นาที

ข) ภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ฯ แล้วผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรอีกครั้งในวันที่ 3 ของการกลับมาที่หอผู้ป่วย (Posttest) หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือที่มีเนื้อหาเหมือนสื่อคอมพิวเตอร์ให้มารดานำกลับไปอ่าน

ค) ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยไปพบมารดาเพื่อสอบถามปัญหาในการดูแลบุตรและตอบข้อซักถามของมารดาในการดูแลบุตรที่บ้าน ให้กำลังใจมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่บ้าน และแจ้งให้มารดาทราบว่าสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้ระหว่างกลับไปอยู่ที่บ้าน

ง) 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน มารดาพาบุตรมาตรวจตามนัดครั้งที่ 1 ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลบุตร โรคหัวใจ พิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

8. เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

เกณฑ์ในการยุติการศึกษา

1. ระหว่างการศึกษานักเรียนมีอาการเปลี่ยนแปลงต้องได้รับการกู้ชีวิตหรือกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก
2. มารดาไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดการศึกษาได้

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

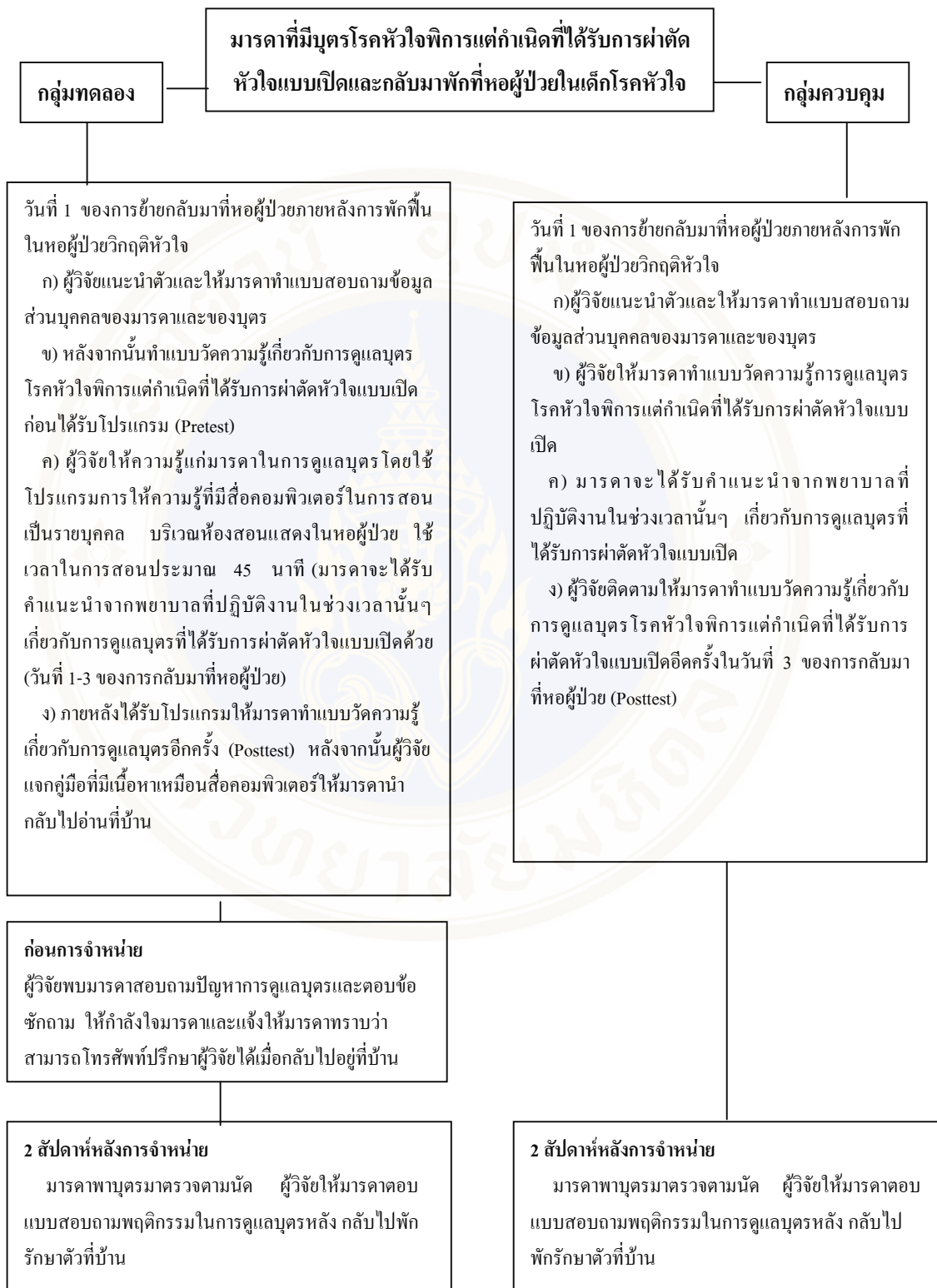
ผู้วิจัยคำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลักโดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของการดำเนินการวิจัย แจ้งสิทธิการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยให้ผู้ร่วมการวิจัยทราบและให้ความกระจ่างในกรณีที่ผู้ร่วมการวิจัยมีข้อสงสัย ก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย และระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยนั้นกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองสามารถมีอิสระในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาล บริการ หรือการบำบัดรักษาที่กลุ่มตัวอย่างควรได้รับ ในการตอบแบบสอบถามและการบันทึกข้อมูลมีการอนุญาตเป็นลายลักษณ์อักษร ประเด็นในการนำเสนอผลการวิจัย มีการนำเสนอในภาพรวมที่ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ใด รวมถึงข้อมูลที่ได้จากการวิจัยได้ถูกเก็บเป็นความลับ ไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ร่วมวิจัยได้ และมีการชี้แจงถึงประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับ ในมารดา กลุ่มควบคุมได้แจ้งให้มารดาทราบว่าตนเองอาจไม่ได้รับประโยชน์จากการวิจัยโดยตรงแต่ข้อมูลที่ได้จะเป็น

ประโยชน์ต่อมารดาคนอื่นๆที่บุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจต่อไป และเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษาผู้วิจัยได้แจกคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้มารดากลุ่มควบคุมนำกลับไปอ่านที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ อัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มโดยสถิติ ANCOVA ใช้คะแนนความรู้ก่อนเข้าโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย



แผนภาพ 3.1 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ระหว่างมารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) กับมารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) ผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอในรูปแบบของตาราง โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย (ตาราง 4.1-4.2)

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ระหว่างมารดาที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ (กลุ่มทดลอง) และมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (กลุ่มควบคุม) (ตาราง 4.3-4.4)

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

คุณลักษณะของมารดาในกลุ่มควบคุม มารดามีอายุในช่วง 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 อายุเฉลี่ยประมาณ 33.83 ปี สถานภาพการสมรสคิดเป็นร้อยละ 80 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 91.66 มารดาทำงาน/มีกิจการส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 58.33 มีรายได้ 5000-10000 บาท คิดเป็นร้อยละ 66.67 เฉลี่ยประมาณ 8041.67 บาท มารดามีบุตรที่ต้องดูแลมากกว่า 2 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 มีบุตรคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 33.33

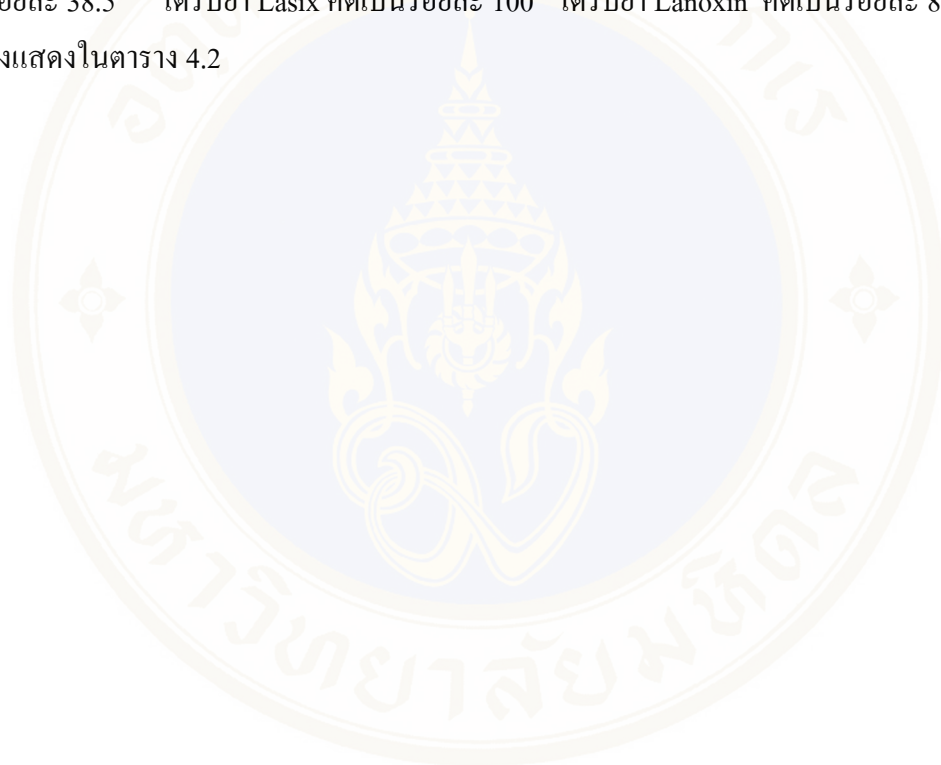
คุณลักษณะของมารดาในกลุ่มทดลอง มารดามีอายุในช่วง 20-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 75 อายุเฉลี่ยประมาณ 32.08 ปี ทุกรายมีสถานภาพการสมรสคู่ จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี-โท คิดเป็นร้อยละ 53.84 มารดาทำงาน/มีกิจการส่วนตัว คิดเป็นร้อยละ 92.30 มีรายได้มากกว่า 10000 บาทขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 79.62 เฉลี่ยประมาณ 23430 บาท มารดามีบุตรที่ต้องดูแลคนเดียว คิดเป็นร้อยละ 69.23 มีบุตร 2 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 30.77 ดังแสดงในตาราง 4.1

ตาราง 4.1 คุณลักษณะของมารดาจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะของมารดา	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	(n = 12)		(n = 13)	
	n	%	n	%
อายุ (ปี)				
20-35	9	75	10	76.92
36-50	3	25	3	23.08
$\bar{x}$ (SD)	33.83 (5.32)		32.08 (6.59)	
สถานภาพการสมรส				
คู่	10	83.33	13	100
หย่า/แยกกันอยู่	2	16.67	0	0
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา- มัธยม	11	91.66	6	46.15
ป.ตรี/ป.โท	1	8.37	7	53.84
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ/แม่บ้าน	5	41.67	1	7.69
ทำงานหรือกิจการส่วนตัว	7	58.33	12	92.30
รายได้ของครอบครัว				
5,000 - 10,000 บาท	8	66.67	3	23.08
มากกว่า 10,000 บาทขึ้นไป	4	33.33	10	76.92
$\bar{X}$ (SD)	8041.67 (2666.78)		23430 (19303.66)	
จำนวนบุตร				
คนเดียว	4	33.33	9	69.23
มากกว่า 2 คนขึ้นไป	8	66.67	4	30.77

คุณลักษณะของผู้ป่วยเด็กในกลุ่มควบคุม ผู้ป่วยเด็กมีอายุในช่วง 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.66 เป็นเพศชายคิดเป็นร้อยละ 66.6 ป่วยเป็นโรคผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว คิดเป็นร้อยละ 41.66 ผู้ป่วยเด็กได้รับการผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องล่าง คิดเป็นร้อยละ 50 ได้รับความ Lasix คิดเป็นร้อยละ 100 ได้รับความ Lanoxin คิดเป็นร้อยละ 86.7

คุณลักษณะของผู้ป่วยเด็กกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลมีอายุในช่วง 1-3 ปี คิดเป็นร้อยละ 61.3 เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 53.8 ป่วยเป็นโรคผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว คิดเป็นร้อยละ 38.5 ผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว คิดเป็นร้อยละ 23.6 ผู้ป่วยเด็กได้รับการผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องล่าง คิดเป็นร้อยละ 38.5 ได้รับความ Lasix คิดเป็นร้อยละ 100 ได้รับความ Lanoxin คิดเป็นร้อยละ 83.33
ดังแสดงในตาราง 4.2



ตาราง 4.2 คุณลักษณะของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คุณลักษณะของผู้ป่วยเด็ก	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	
	(n = 12)		(n = 13)	
	n	%	n	%
อายุ (ปี)				
< 1	4	33.3	2	15.40
1-3	3	25	8	61.53
3-5	5	41.66	3	23.07
เพศ				
ชาย	8	66.66	6	46.2
หญิง	4	33.33	7	53.8
ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด				
ASD	2	16.66	5	38.5
VSD	5	41.66	3	23.6
ASD and VSD	0	0	1	7.7
TOF	2	16.66	2	15.4
VSD with PH	1	8.33	0	0
Hypoplastic Left Heart	1	8.33	1	7.7
TGA	1	8.33	1	7.7
ชนิดของการผ่าตัด				
ASD, VSD closer	0	0	1	7.7
VSD closer	6	50	4	30.8
ASD closer	1	8.33	5	38.5

ตาราง 4.2 (ต่อ)

คุณลักษณะของผู้ป่วยเด็ก	กลุ่มควบคุม (n = 12)		กลุ่มทดลอง (n = 13)	
	n	%	n	%
ชนิดของการผ่าตัด(ต่อ)				
Total Correction	2	16.66	2	15.4
Arterial switch operation	1	8.33	1	7.7
Fontan operation	1	8.33	0	0
Repair Truncus Arteriosus	1	8.33	0	0
ยาที่เด็กได้รับ				
Lanoxin	11	91.66	11	84.6
Lasix	12	100	13	100
Lanoxin	10	83.33	11	84.6
Lasix	12	100	13	100
Aldactone	10	83.33	8	61.5
Warfarin	1	8.33	0	0

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิด ระหว่างมารดากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) กับมารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย (ตาราง 4.3-4.4)

ในการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อต้องการเปรียบเทียบพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างมารดากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้ความรู้ฯ กับกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ฯ การประเมินความรู้ของมารดาครั้งนี้ไม่ได้เป็นตัวชี้วัดของประสิทธิผลของโปรแกรมฯ แต่ผู้วิจัยประเมินเพื่อต้องการควบคุมเชิงสถิติ (Statistical control) ในอิทธิพลของตัวแปรความรู้ก่อนเข้าโปรแกรมฯ ซึ่งอาจส่งผลแทรกซ้อนต่อตัวแปรตามหรือพฤติกรรมในการดูแลบุตรนั่นเอง

ส่วนการประเมินความรู้ของมารดาในวันที่ 3 (Posstest) เป็นการประเมินเพื่อดูว่ามารดาแต่ละกลุ่มมีความเข้าใจเป็นอย่างไร หลังจากได้รับความรู้จากพยาบาลตามปกติและจากการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งค่าสถิติพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ได้แสดงไว้ในตาราง 4.3

ตาราง 4.3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนความรู้และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร กลุ่มที่ศึกษา	ความรู้				พฤติกรรมของมารดา	
	วันที่ 1		วันที่ 3			
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD
กลุ่มควบคุม	13.50	2.514	14.25	2.989	87.17	4.61
กลุ่มทดลอง	14.46	1.391	20.31	1.548	93.85	2.82

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยมีคะแนนความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นตัวแปรร่วม (covariate) นั้น (ดูผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติ ANCOVA ในภาคผนวก ง) พบว่า สมมติฐานการวิจัยได้รับการสนับสนุน นั่นคือ หลังการทดลองมารดากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสูงกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 6.698, p < .001$) ดังแสดงในตาราง 4.4

ตาราง 4.4 เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ระหว่างกลุ่มมารดาที่ได้รับโปรแกรมฯ (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย (กลุ่มควบคุม) โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	P
ความรู้ก่อนเข้าโปรแกรม	1	56.434	56.434	.549	.044
กลุ่ม	1	07.145	207.145	6.698	.000
ความคลาดเคลื่อน	22	12.406	12.406		
ผลรวม	24	607.760			

บทที่ 5

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือมารดาหรือผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 0-5 ปี ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 25 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 คน และกลุ่มทดลอง 13 คน ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองมารดากลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสูงกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=6.698, p<.001$) ซึ่งอาจอภิปรายผลได้ดังนี้

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่าการสอน การให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการของมารดา จะช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของมารดา ทำให้มารดาสามารถนำความรู้และทักษะเหล่านั้นไปสู่การปฏิบัติการดูแลบุตรที่เหมาะสม ซึ่งในการศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์มารดาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับความต้องการการได้รับข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลบุตรที่บ้าน เมื่อได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยนำมาสังเคราะห์ข้อมูลที่คล้ายคลึงกัน นำมาวิเคราะห์เพื่อสร้างเนื้อหาในการให้ความรู้แก่มารดา จัดทำเป็นบทบรรยายและสร้างเป็นสื่อคอมพิวเตอร์ จึงอาจกล่าวได้ว่า ความรู้ที่ให้กับมารดาในกลุ่มทดลอง เป็นความรู้ที่เฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการของมารดา นับเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำความรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับสิ่งที่มารดาต้องการมาถ่ายทอดแก่มารดาโดยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีความตรงคือมองเห็นภาพและมีเสียงบรรยายไปพร้อมกัน ทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของมารดาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลบุตรที่เหมาะสมกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วย ตรงกับการศึกษาของนัทธมนต์ สายสอน (2544) ศึกษาการเปรียบเทียบผลการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด ภายหลังการทดลองพบว่ามารดาทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมดูแลบุตรที่ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับชมวีดิทัศน์ และกลุ่มที่ได้ชมวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์เยี่ยมมีพฤติกรรมดูแลบุตรที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้ชมวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียว และสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของเพียงใจ นวนหนู (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนกลุ่มอาการเนฟโฟรติก โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และแจกคู่มือการดูแล

หลังการทดลองพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าเด็กกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การนำทฤษฎีในเรื่องการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในโปรแกรมการให้ความรู้ มีจุดเด่นคือ กิจกรรมใน โปรแกรมไม่ได้มีแค่การให้ความรู้เท่านั้น แต่ยังมีการจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการพยาบาลที่เอื้อต่อการปฏิบัติของมารดา โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การให้คำแนะนำ และให้กำลังใจเป็นวิธีการที่จะช่วยให้มารดามีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลบุตร ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากมารดาในกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้จากการดูสื่อคอมพิวเตอร์แล้ว ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้ไปพบกับมารดาเพื่อสอบถามปัญหาและข้อสงสัยในการดูแลบุตรรวมถึงให้กำลังใจมารดาในการดูแลบุตร และแจ้งให้มารดาทราบว่าสามารถโทรศัพท์สอบถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยได้ โดยมีมารดา 2 รายโทรศัพท์กลับมาสอบถาม รายแรกสอบถามเรื่องบุตรมีน้ำมูก และหายใจเร็วขึ้น แต่ยังไม่มีไข้ และไม่แน่ใจว่าจะควรพาพบแพทย์หรือไม่ ส่วนอีกรายสอบถามเรื่องชีพจรบุตรซึ่งมีอัตราการเต้นเร็ว แต่ไม่ได้มีอาการเหนื่อยหรือเขียว จะเห็นได้ว่าการได้รับความรู้และการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลทำให้พฤติกรรมของมารดาในกลุ่มทดลองดีกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาดังต่อไปนี้

การศึกษาของสมถวิล ศิริเรือง (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ใช้ระยะยาวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติมโดยให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์พร้อมคู่มือ ภายหลังการทดลองพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม และการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับอาการแสดงเริ่มต้นของการติดเชื้อแผลสายสวนในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง

การศึกษาของธิดา แก้วเหลา (2551) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืดและความรุนแรงของโรคหอบหืด พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการสอนผ่านวีดิทัศน์มีพฤติกรรมการดูแลบุตรสูงกว่าก่อนได้รับชมวีดิทัศน์

โดยสรุป การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระบบพยาบาลที่สามารถช่วยให้มารดาได้รับข้อมูลตรงตามความต้องการและเรียนรู้การดูแลบุตร นำไปสู่พฤติกรรมดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้อย่างเหมาะสม

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Two Group Pretest-Posttest Design

ผู้ป่วยนอกเด็กโรคหัวใจ ตึก ภปร ชั้น 9 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยกลุ่มตัวอย่างต้องมีคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นมารดาที่มีบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 5 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยในโรคหัวใจเด็ก ตึก สก. ชั้น 6, 18 และมาตรวจเพื่อติดตามอาการตามนัดที่คลินิกดังนี้

ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่าง 12 คนแรกจัดเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วย และ 13 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่บ้าน ประกอบด้วย

ก. สื่อคอมพิวเตอร์ เรื่อง การดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยและหนังสือต่างๆที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การรักษาด้วยการผ่าตัด การดูแลหลังได้รับการผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องโดยแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจในเด็ก

ข. คู่มือเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งมีเนื้อหาที่เหมือนกับสื่อวิทัศน์ ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การรักษาด้วยการผ่าตัด การดูแลหลังได้รับการผ่าตัด ตรวจสอบความถูกต้องโดยแพทย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านโรคหัวใจในเด็ก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

ก. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งระบุ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว และข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร ประกอบด้วย อายุ เพศ โรคที่เป็น ความรุนแรงของโรค การผ่าตัดที่ได้รับ ยาที่ได้รับเมื่อกลับบ้าน

ข. แบบวัดความรู้ของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสาร งานวิจัยและหนังสือซึ่งมีความสอดคล้องกับเนื้อหาในสื่อวิดีโอ

ค. แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลบุคคลที่ด้อยพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถาม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน มีขั้นตอนดังนี้

กลุ่มควบคุม

ก) วันที่ 1 ของการย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยภายหลังการพักฟื้นในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและของบุตร หลังจากนั้นให้มารดาทำแบบวัดความรู้การดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (pretest) จากนั้นมารดาจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ข) ผู้วิจัยติดตามให้มารดาตอบแบบวัดความรู้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอีกครั้งในวันที่ 3 ของการกลับมาที่หอผู้ป่วย (Posttest)

ค) 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน มารดาพาบุตรมาตรวจตามนัดผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พร้อมทั้งแจกคู่มือดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดให้มารดานำกลับไปอ่านที่บ้าน

กลุ่มทดลอง

ก) ผู้วิจัยพบมารดากลุ่มทดลองในวันที่ 1 ของการย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยภายหลังการพักฟื้นในหอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจ ผู้วิจัยแนะนำตัวและให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและของบุตร และทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ (Pretest) และให้ความรู้แก่มารดาใน

การดูแลบุตรโดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้ที่มีสื่อคอมพิวเตอร์ในการสอนเป็นรายบุคคล ประมาณ 45 นาที

ข) ภายหลังได้รับโปรแกรมให้มารดาตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรอีกครั้ง ในวันที่ 3 ของการกลับมาที่หอผู้ป่วย (Posttest) หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือที่มีเนื้อหาเหมือนสื่อคอมพิวเตอร์ให้มารดานำกลับไปอ่าน

ค) ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยไปพบมารดาเพื่อสอบถามปัญหาในการดูแลบุตร และตอบข้อซักถามของมารดาในการดูแลบุตรที่บ้าน ให้กำลังใจมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่บ้าน และแจ้งให้มารดาทราบว่าสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้ระหว่างกลับไปอยู่ที่บ้าน

ง) 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน มารดาพาบุตรมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ อัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย
2. ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มโดยสถิติ ANCOVA ใช้คะแนนความรู้ก่อนเข้าโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)

สรุปผลการวิจัย

หลังการทดลองมารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสูงกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F= 6.698, p< .001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษานี้ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการให้ความรู้มาใช้ ในการช่วยพัฒนาความรู้และทักษะแก่มารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลบุตรที่เหมาะสม เพราะภายหลังที่มารดาได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ฯ แล้ว ทำให้มีความรู้ในการดูแลบุตรสูงขึ้น

และมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรภายหลังกลับไปอยู่ที่บ้านสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้

มีแนวทางในการปฏิบัติดังนี้

- 1) แจ้งมารดาหรือผู้ดูแลให้ทราบว่าภายหลังการผ่าตัด และอยู่ในระยะพักฟื้นในโรงพยาบาล ทางหน่วยงานจะมีการสอนให้ความรู้ในการดูแลบุตรเมื่อต้องกลับไปดูแลที่บ้านตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษในช่วงรอการผ่าตัด
- 2) ภายหลังผู้ป่วยกลับมาพักรักษาตัวที่หอผู้ป่วย และผู้ป่วยมีอาการคงที่ พยาบาลเตรียมมารดาก่อนการสอน หากไม่สามารถที่จะให้ข้อมูลรายบุคคลได้ อันเนื่องมาจากการะงานพยาบาลที่หนัก อาจให้เป็นรายกลุ่ม แต่พยาบาลควรมีการสรุปและตอบข้อซักถามแก่มารดา
- 3) ควรมีการติดตามประเมินเนื้อหาในการให้ความรู้ให้มีความทันสมัย ทันต่อวิทยาการรักษาที่ก้าวหน้าขึ้นเรื่อยๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตาม เพื่อประเมินความยั่งยืนของความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะยาว อาจมีการปรับปรุงโปรแกรมโดยสื่อมัลติมีเดียอาจจัดเป็นรายการที่สามารถฉายซ้ำๆ ในเครื่องเล่นหรือโทรทัศน์ภายในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. อาจมีการเพิ่มกลวิธีที่จะช่วยให้มารดาเกิดความมั่นใจในการดูแลบุตรมากขึ้น อาจเป็นกระบวนการกลุ่มที่เสริมเข้ามา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังต้องมีการมารับการตรวจเป็นระยะ ทำให้มารดาได้พบเจอกันและเกิดความคุ้นเคยกันได้ง่าย
3. อาจทำการศึกษาต่อถึงเรื่องภาวะสุขภาพหรืออาการแทรกซ้อนของเด็กภายหลังกลับไปอยู่ที่บ้าน เพราะปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคมีผลต่อการดูแลของมารดาด้วย

ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

THE EFFECT OF EDUCATIONAL PROGRAM ON MATERNAL CARE FOR CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE POST OPEN-HEART SURGERY

ฉัตรชญา พยอมหอม NSPN/M

พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)

คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์: รัชณี สีดา, ค.ม. (การวัดและการประเมินผลการศึกษา),
ไข่มุกข์ วิเชียรเจริญ, กศ.ด. (การวิจัยและพัฒนาหลักสูตร)

บทสรุปแบบสมบูรณั

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) เป็นความพิการแต่กำเนิดที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในเด็กช่วงขวบปีแรก (Hockenberry, M. J. & Wilson, D., 2007) พบมากถึง 5-8 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน ในประเทศไทยนั้นพบเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 4.36 คน ในจำนวนเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 คน (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2548) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเกิดจากความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจหรือเส้นเลือดใหญ่ของทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา เป็นผลให้หัวใจทำหน้าที่ผิดปกติ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือพยาธิสภาพที่ผิดปกติ (วัชร จามจุรีรักษ์, 2539) โดยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งชนิดไม่เขียวและเขียวที่พบได้บ่อย ได้แก่ ชนิดที่มีรูรั่วระหว่างผนังกันห้องหัวใจ (Atrial Septal Defect, Ventricular Septal Defect) ชนิดที่มีการตันของลิ้นหัวใจ (Pulmonary Atresia, Tricuspid Atresia) ความผิดปกติทั้งสี่ของฟาโลท (Tetralogy of Fallot) (วัชร จามจุรีรักษ์, 2539) ปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ช่วยให้เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับการรักษาให้รอด

ชีวิตมากขึ้น การรักษาประกอบด้วย การรักษาด้วยยาและการผ่าตัด โดยเฉพาะการรักษาด้วยการผ่าตัดนั้นส่วนใหญ่ได้ผลดี และสามารถช่วยให้โครงสร้างของหัวใจกลับสู่ภาวะปกติมากที่สุด จากสถิติการผ่าตัดหัวใจในเด็กของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ปี 2550 พบว่ามีเด็กอายุ 0-5 ปีเข้ารับการผ่าตัดหัวใจทั้งหมด 205 ราย เป็นการผ่าตัดหัวใจแบบปิดจำนวน 66 ราย การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 139 ราย

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดนั้นเป็นการผ่าตัดใหญ่ต้องทำในขณะที่หัวใจหยุดการทำงาน มีอัตราเสี่ยงสูงมากที่จะทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้มาก ได้แก่ ภาวะเลือดออกจากแผลผ่าตัดมาก ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (David & Junior, 2003; Rekawek et al., 2007) การผ่าตัดแบบเปิดอาจเป็นการผ่าตัดทั้งแบบประคับประคองหรือแก้ไขความผิดปกติทั้งหมด ผลการรักษาโดยการผ่าตัดทำได้ดีแต่ก็เป็นเพียงการแก้ไขลักษณะทางโครงสร้างเท่านั้น หัวใจยังคงต้องการการปรับตัวในการทำหน้าที่ การดูแลภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจมักพบว่าผู้ป่วยจะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการปรับตัวในการทำหน้าที่ของหัวใจยังไม่ดีพอ ที่พบบ่อยคือ ภาวะหัวใจวาย ภาวะนี้เกิดขึ้นได้จากการที่มีความผิดปกติทางโครงสร้างหลงเหลืออยู่หรืออาจเกิดจากการทำงานของหัวใจซีกขวาที่ยังไม่ดีพอ (Ma et al., 2007) และมักพบหลังการได้รับการผ่าตัดซ่อมแซม (Hockenberry et al., 2007) หรือจากความรุนแรงของโรค กล่าวคือมีความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจหลายตำแหน่ง การแก้ไขให้เกือบเป็นปกติทำได้ยาก (Hockenberry et al., 2007)

นอกจากนี้ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแล้วก็คือ ภาวะติดเชื้อที่เยื่อผนังหัวใจ (Infective Endocarditis) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจจะเกิดภาวะนี้ โดยเฉพาะหลังการผ่าตัดต่อเส้นเลือดเทียม (palliative shunt) หลังผ่าตัดแก้ไขโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีความซับซ้อน (Complex Cyanotic Congenital Heart Disease) หรือกลุ่มที่ต้องใส่ลิ้นหัวใจเทียม (prosthetic heart valve) เป็นต้น (วรการ พรหมพันธุ์, 2549) เนื่องจากภายหลังการผ่าตัดถึงแม้ว่าจะได้รับการแก้ไขความผิดปกติแล้ว แต่เด็กอาจเกิดภาวะติดเชื้อได้ง่ายภายหลังการผ่าตัด และเพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อภายในหัวใจ ก่อนการทำหัตถการใดๆ เช่น การทำฟัน การผ่าตัด เป็นต้น โดยส่วนใหญ่เด็กจะต้องรับประทานยาปฏิชีวนะหรือยาฆ่าเชื้อเพื่อป้องกันไปตลอดชีวิต โดยแพทย์จะแนะนำเป็นรายๆ ไป (วิชัย เบญจชลมาส, 2543)

นอกจากนี้เด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จะมีการผ่าแยกกระดูกหน้าอกออกแล้วผูกติดกันเมื่อเสร็จการผ่าตัด ความแข็งแรงของกระดูกมักจะเริ่มตั้งแต่สัปดาห์ที่ 2-3 (วิชัย เบญจชลมาส, 2543) จึงต้องมีการระมัดระวังอันตรายจากอุบัติเหตุ เช่น แรงกระแทกที่หน้าอก และไม่ควรให้ผู้ป่วยยกของหนัก ภายใน 4-6 สัปดาห์ เด็กส่วนใหญ่จะสามารถทำกิจวัตรประจำวันในการช่วยเหลือตนเองได้ใน

1-2 สัปดาห์ และกลับไปเรียนได้หลังจาก 2 สัปดาห์ไปแล้ว เด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียมช่วงขณะผ่าตัด ยิ่งระยะเวลาการใช้เครื่องนานก็จะมีผลต่อการมีพัฒนาการด้านการทำหน้าที่ของ sensorymotor และการใช้ภาษาโดยพบว่าอยู่ในระดับต่ำกว่าเด็กปกติ และการทดสอบระดับสติปัญญา (Intelligence Quotient) ของเด็กทั้งสองกลุ่มพบว่ากลุ่มที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีระดับสติปัญญา (IQ) ในเรื่องคำศัพท์และการวาดภาพให้เสร็จช้ากว่าเด็กปกติ และหากมีการหลงเหลืออยู่ของความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจ และยังคงต้องมาตรวจเพื่อติดตามอาการของโรคอย่างต่อเนื่องนั้น ในช่วงนี้การได้รับยาโรคหัวใจจึงยังคงมีความจำเป็นมากสำหรับเด็กกลุ่มนี้ (Limperopoulos et al., 2002; Miatton et al., 2007; Landolt et al., 2007)

ภายหลังการผ่าตัดหัวใจเด็กต้องใช้เวลาประมาณหนึ่งปีเพื่อให้หัวใจมีการปรับตัวให้การทำงานของหัวใจคงที่ ในช่วงที่ร่างกายต้องปรับตัวนั้นจึงเป็นช่วงสำคัญของการดูแล หลังผ่าตัดเด็กยังคงต้องการการดูแลที่ใกล้ชิดจากผู้ปกครอง รวมทั้งต้องปฏิบัติตามข้อปฏิบัติและข้อระวังต่างๆ เพราะหากเด็กไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องแล้ว ก็อาจเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดหัวใจได้ ซึ่งผลจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นนั้นส่งผลกระทบต่อตัวเด็กทั้งการเจริญเติบโตด้านร่างกายและด้านพัฒนาการ ต่อผู้ดูแลและครอบครัว ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่าย ทำให้การทำหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป มีภาระในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น เป็นต้น (McCubin, Patterson, & McCubin, 1993 อ้างอิงในวนิดา เสนะสุทธิพันธ์, 2544)

ดังนั้นภายหลังการผ่าตัดจึงยังมีคงความจำเป็นที่เด็กจะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูการเจริญเติบโตทั้งด้านร่างกายและพัฒนาการที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของเด็กภายหลังได้รับการผ่าตัด ซึ่งในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดวัย 0-5 ปี เป็นเด็กที่อยู่ในวัยพึ่งพาและยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากยังอยู่ในวัยเริ่มต้นของชีวิต รวมถึงมีการรับรู้ในระดับต่ำตามพัฒนาการ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) และภายหลังการผ่าตัดแก้ไขเรียบร้อยแล้ว เด็กต้องกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน ในช่วงเวลานี้ผู้ที่มิบทบาทสำคัญในการดูแลเด็กก็คือมารดา จึงมีความจำเป็นที่มารดาควรได้รับความรู้ในการดูแลสุขภาพหลังผ่าตัดหัวใจของบุตรที่ถูกต้อง เพื่อให้เด็กได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองครบทั้ง 3 ด้าน ตามแนวคิดความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) และแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

การที่มารดาจะสามารถดูแลบุตรเพื่อให้บุตรมีการฟื้นฟูร่างกายภายหลังผ่าตัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสมได้นั้น มารดาควรได้รับการพัฒนาความสามารถ โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่าการสอนหรือการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลและเป็นบทบาทที่สำคัญอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาล สำหรับโปรแกรมการสอนหรือการให้

ความรู้นั้นมีหลากหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย สถานบริการ และตัวผู้ให้บริการ การสอนเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมในการพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ การใช้สื่อการสอนประกอบการให้ความรู้ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ เข้าใจในสิ่งที่ป็นนามธรรม โดยการถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน กิจกรรมและวิธีการให้ความรู้ด้านสุขภาพกระทำได้หลายวิธี เช่น การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การให้ความรู้โดยใช้โสตทัศนูปกรณ์ การให้ความรู้เป็นรายบุคคล การสาธิต (บุญชม ศรีสะอาด, 2537) การเลือกใช้จึงต้องคำนึงให้เหมาะสมกับผู้เรียน เนื้อหา เวลา สถานที่ และต้องเข้าใจจุดมุ่งหมายของแต่ละวิธีการ การสอนหรือการให้ความรู้มีความสำคัญต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของผู้ป่วย คือ เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ช่วยพัฒนาให้ผู้ป่วยรับการเปลี่ยนแปลงได้ ทำให้มีการรับรู้ที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม

ก่อนการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ในมารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดและเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในเด็ก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 9 ราย และที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 4 ราย เพื่อต้องการทราบถึงข้อมูลที่มาตราต้องการทราบเมื่อต้องกลับไปดูแลบุตรต่อที่บ้าน ภายหลังการสัมภาษณ์ผู้วิจัยสกัดเนื้อหาที่มีความคล้ายคลึงกัน จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัย เกิดความสนใจที่จะพัฒนาวิธีการที่จะช่วยให้มารดาได้รับข้อมูลหรือความรู้ที่ตรงกับความต้องการของมารดา โอเรม (2001) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมกับการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยเน้นที่การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ที่เปลี่ยนแปลงเพิ่มมากขึ้น เมื่อมีความต้องการเพิ่มขึ้น จากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ วิธีการที่ใช้คือ การสอน การชี้แนะ สนับสนุนให้กำลังใจ ภายใต้งานแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นการพัฒนาทักษะ ความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ให้คงไว้ซึ่งความรับผิดชอบในการดูแลชีวิต สุขภาพ ความผาสุกของบุคคลที่ต้องพึ่งพา อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม (Orem, 2001)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในช่วงที่รับการรักษาแบบประคับประคองหรือช่วงที่รอร่างกายพร้อมต่อการผ่าตัดแก้ไข

ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้ถูกต้องเหมาะสม และเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายปฏิรูปสุขภาพที่เน้นเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมการให้ความรู้มาใช้ในการที่จะส่งเสริมให้มารดาสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติในการดูแลบุตรเมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการสอนให้มากขึ้น จึงนำสื่อทัศนูปกรณ์เข้ามา

ประยุกต์ในการสอนผู้ป่วย ในส่วนของสื่อคอมพิวเตอร์ถือเป็นสื่อวิทัศน์ที่มีอิทธิพลต่อผู้ชมเป็นอย่างมากและมีการใช้กันอย่างแพร่หลาย สามารถใช้โน้มน้าวหรือเปลี่ยนแปลงค่านิยมทัศนคติ และพฤติกรรมต่างๆ นอกจากนี้ยังสามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้มีความเด่นชัด ไม่ซับซ้อน เรียงตามลำดับเหตุการณ์จริง ข้อดีของสื่อคอมพิวเตอร์คือสามารถสื่อได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง ผู้เรียนได้รับเนื้อหาที่ครบถ้วน คงที่ ได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ซึ่งจะส่งผลให้มีการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และช่วยประหยัดเวลาของพยาบาล ข้อมูลที่นำเสนอเป็นระบบและทำให้เกิดความเพลิดเพลิน เป็นประโยชน์ต่อผู้ที่มีปัญหาเรื่องการอ่านได้เป็นอย่างดี

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยมีรูปแบบการวิจัยเป็นแบบ Two Group Pretest-Posttest Design มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อทดสอบสมมติฐานที่ว่าหลังการทดลองมารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสูงกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นมารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งชนิดเขียวและไม่เขียว และได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด รับประทานเป็นผู้ป่วยใน แผนกผู้ป่วยในโรคหัวใจเด็ก ตึก สก. ชั้น 6, 18 และมาตรวจเพื่อติดตามอาการตามนัดที่คลินิกผู้ป่วยนอกเด็กโรคหัวใจ ตึก ภปร ชั้น 9 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลบุตรเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สามารถเข้าร่วมการวิจัยตลอดการศึกษาจำนวน 25 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 12 ราย และกลุ่มทดลอง 13 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่โปรแกรมการให้ความรู้การดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่บ้าน ประกอบด้วย

ก) สื่อคอมพิวเตอร์ เรื่อง การดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การรักษาด้วยการผ่าตัด การดูแลหลังได้รับการผ่าตัด

ข) คู่มือเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งมีเนื้อหาที่เหมือนกับสื่อคอมพิวเตอร์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ก) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร

ข) แบบวัดความรู้ของมารดาในการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด จำนวน 22 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามถูกผิด ซึ่งมีความสอดคล้องกับเนื้อหาในสื่อคอมพิวเตอร์

ค) แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถาม แบ่งการดูแลออกเป็น 3 ด้าน คือ การดูแลทั่วไป การดูแลตามระยะพัฒนาการ การดูแลเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ มีจำนวน 27 ข้อ โดยมีคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ

การตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำบทบรรยายในสื่อคอมพิวเตอร์และคู่มือการดูแลบุตร รวมถึงแบบวัดความรู้แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาไปให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล อาจารย์พยาบาล ช่วยตรวจสอบเรื่องความตรงของเนื้อหา หลังจากนั้นมาแก้ไขปรับปรุงแล้ว ได้นำไปทดลองใช้กับมารดาที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย แล้วนำผลที่ได้ไปตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชในการคำนวณ โดยแบบวัดความรู้ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และแบบสอบถามพฤติกรรมได้ค่าความเชื่อมั่น .85

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขออนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมและการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล เริ่มจากการสำรวจรายชื่อผู้ป่วยจากสมุดสถิติของผู้ป่วย คัดเลือกมารดาตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยให้มารดา 12 รายแรกเป็นกลุ่มควบคุม และอีก 13 รายหลังเป็นกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยพบมารดาผู้ดูแลธิดาอายุ 6 ปี และรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย แจ้งสิทธิ์การตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย เมื่อมารดายินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลโดยทำการ

เก็บข้อมูลของกลุ่มควบคุมให้ครบก่อน เมื่อได้กลุ่มควบคุมครบตามจำนวน ผู้วิจัยจะเริ่มเก็บข้อมูลของกลุ่มทดลองต่อไปโดยมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูลดังนี้

กลุ่มควบคุม

ก) วันที่ 1 ของการย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยภายหลังการพักฟื้นในหอผู้ป่วยวิกฤติหัวใจ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและของบุตร หลังจากนั้นให้มารดาตอบแบบวัดความรู้การดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Pretest) จากนั้นมารดาจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

ข) ผู้วิจัยติดตามให้มารดาตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดอีกครั้งในวันที่ 3 ของการกลับมาที่หอผู้ป่วย (Posttest)

ค) 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน มารดาพาบุตรมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พร้อมทั้งแจกคู่มือดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดให้มารดานำกลับไปอ่านที่บ้าน

กลุ่มทดลอง

ก) ผู้วิจัยพบมารดากลุ่มทดลองในวันที่ 1 ของการย้ายกลับมาที่หอผู้ป่วยภายหลังการพักฟื้นในหอผู้ป่วยวิกฤติหัวใจ ผู้วิจัยแนะนำตัวและให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและของบุตร และทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนได้รับโปรแกรม (Pretest) และให้ความรู้แก่มารดาในการดูแลบุตรโดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้ที่มีสื่อวิทัศน์ในการสอนเป็นรายบุคคล ประมาณ 45 นาที

ข) ภายหลังได้รับโปรแกรมให้มารดาตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรอีกครั้ง ในวันที่ 3 ของการกลับมาที่หอผู้ป่วย (Posttest) หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือที่มีเนื้อหาเหมือนสื่อวิทัศน์ให้มารดานำกลับไปอ่าน

ค) ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยไปพบมารดาเพื่อสอบถามปัญหาในการดูแลบุตร และตอบข้อซักถามของมารดาในการดูแลบุตรที่บ้าน ให้กำลังใจมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่บ้าน และแจ้งให้มารดาทราบว่าสามารถโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัยได้ระหว่างกลับไปอยู่ที่บ้าน

ง) 2 สัปดาห์หลังจำหน่ายกลับบ้าน มารดาพาบุตรมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยการแจกแจงความถี่ อัตราส่วนร้อยละ ค่าเฉลี่ย

2. ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดระหว่างกลุ่มโดยสถิติ ANCOVA ใช้คะแนนความรู้ก่อนเข้าโปรแกรมเป็นตัวแปรร่วม (Covariate)

ผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการควบคุมเชิงสถิติ (Statistical control) เพื่อควบคุมอิทธิพลแทรกซ้อนของความรู้ในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตร ดังนั้นจึงได้ประเมินความรู้ของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด เพื่อต้องการใช้เป็นตัวแปรร่วม (covariate) ในการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ANCOVA เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผลการวิเคราะห์พบว่า สมมติฐานการวิจัยได้รับการสนับสนุน นั่นคือหลังการทดลองมารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดสูงกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=6.698, p<.001$)

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าเมื่อมารดาได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ พบว่าทำให้มารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดที่บานสูงกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.01$)

การอภิปรายผล

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การสอน การให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการของมารดา จะช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของมารดา ทำให้มารดาสามารถนำความรู้และทักษะเหล่านั้นไปสู่การปฏิบัติการดูแลบุตรที่เหมาะสม ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์มารดาที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับความต้องการการได้รับข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการปฏิบัติการดูแลบุตรที่บ้าน เมื่อได้ข้อมูลแล้วผู้วิจัยนำมาสกัดเนื้อหาที่คล้ายคลึงกัน นำมาวิเคราะห์เพื่อสร้างเนื้อหาในการให้ความรู้แก่มารดา จัดทำเป็นบทบรรยายและสร้างเป็นสื่อคอมพิวเตอร์ จึงอาจกล่าวได้ว่า ความรู้ที่ให้กับมารดาในกลุ่มทดลอง เป็นความรู้ที่เฉพาะเจาะจงตรงกับความต้องการของมารดา นับเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อให้นำไปสู่การปฏิบัติที่ถูกต้อง

นอกจากนี้ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำความรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับสิ่งที่มารดาต้องการมาถ่ายทอดแก่มารดาโดยผ่านสื่อคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีความตรงคือมองเห็นภาพและมีเสียงบรรยาย

ไปพร้อมกัน ทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของมารดาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลบุตรที่เหมาะสมกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วย ตรงกับการศึกษาของนันทมนต์ สายสอน (2544) ศึกษาการเปรียบเทียบผลการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด ภายหลังการทดลองพบว่ามารดาทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ดีขึ้นกว่าก่อนได้รับชมวีดิทัศน์ และกลุ่มที่ได้ชมวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยผู้วิจัยจะโทรศัพท์เยี่ยมมีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ดีกว่ากลุ่มที่ได้ชมวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียว และสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของเพียงใจ นวนหนู (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนกลุ่มอาการเนฟโรติก โดยใช้สื่อวีดิทัศน์และแจกคู่มือการดูแล ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าเด็กกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การนำทฤษฎีในเรื่องการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในโปรแกรมการให้ความรู้ มีจุดเด่นคือ กิจกรรมในโปรแกรมไม่ได้มีแค่การให้ความรู้เท่านั้น แต่ยังมี การจัดสิ่งแวดล้อม และให้บริการพยาบาลที่เอื้อต่อการปฏิบัติของมารดา โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวว่า การให้คำแนะนำ และให้กำลังใจเป็นวิธีการที่จะช่วยให้มารดามีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลบุตร ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ นอกจากมารดาในกลุ่มทดลองจะได้รับความรู้จากการดูสื่อคอมพิวเตอร์แล้ว ก่อนการจำหน่ายกลับบ้าน ผู้วิจัยได้ไปพบกับมารดาเพื่อสอบถามปัญหาและข้อสงสัยในการดูแลบุตรรวมถึงให้กำลังใจมารดาในการดูแลบุตร และแจ้งให้มารดาทราบว่าสามารถโทรศัพท์สอบถามข้อสงสัยจากผู้วิจัยได้ โดยมีมารดา 2 รายโทรศัพท์กลับมาสอบถาม รายแรกสอบถามเรื่องบุตรมีน้ำมูก และหายใจเร็วขึ้น แต่ยังไม่ มีไข้ และไม่แน่ใจว่าจะพามาพบแพทย์หรือไม่ ส่วนอีกรายสอบถามเรื่องชีพจรบุตรซึ่งมีอัตราการเต้นเร็วแต่ไม่ได้มีอาการเหนื่อยหรือเขียว จะเห็นได้ว่าการได้รับความรู้และการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลทำให้พฤติกรรมของมารดาในกลุ่มทดลองดีกว่ามารดาในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาดังต่อไปนี้

การศึกษาของสมถวิล ศิริเรือง (2548) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในเด็กที่ใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางที่ใช้ระยะยาวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติม โดยให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์พร้อมคู่มือ ภายหลังการทดลองพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลางสูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม

และการเกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับอาการแสดงเริ่มต้นของการติดเชื้อแผลสายสวนในกลุ่มควบคุมสูงกว่ากลุ่มทดลอง

การศึกษาของธิดา แก้วเหลา (2551) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดและความรุนแรงของโรคหอบหืด พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการสอนผ่านวีดิทัศน์มีพฤติกรรมการดูแลบุตรสูงกว่าก่อนได้รับชมวีดิทัศน์

โดยสรุป การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นระบบพยาบาลที่สามารถช่วยให้มารดาได้รับข้อมูลตรงตามความต้องการและเรียนรู้การดูแลบุตร นำไปสู่พฤติกรรมการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดได้อย่างเหมาะสม



THE EFFECT OF EDUCATIONAL PROGRAM ON MATERNAL CARE FOR CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE POST OPEN-HEART SURGERY

CHATCHADA PAYOMHOM NSPN/M

M.N.S. (PEDIATRIC NURSING)

THESIS ADVISORY COMMITTEE: RASHANEE SEEDA, M.Ed. (EDUCATIONAL MEASUREMENT AND EVALUATION), KAIMOOK WICHIENTHAROEN, Ed.D. (CURRICULUM RESEARCH AND DEVELOPMENT)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of Problems

Congenital heart disease is severe birth defect that became the main cause for loss of life among children in their first year (Hockenberry & Wilson, 2007). Congenital heart disease occurred as much as 5-8 children per every 1,000 birth. Congenital heart disease caused by the abnormality of heart anatomy or infant great artery ever since the fetus remained in the mother's womb which made the heart dysfunctional. The sickness intensity depended on the position or irregular pathophysiology (Vachara Jamjureeruk , 1996), Both cyanotic and acyanotic congenital heart diseases frequently found were Atrial Septal Defect, Ventricular Septal Defect and Pulmonary Atresia, Tricuspid Atresia, Tetralogy of Fallot (Vachara Jamjureeruk , 1996). Presently, medical advance has saved many lives of congenital heart disease children. There are the treatments by medication and surgery which worked well, especially with surgery which has helped heart physiology returning to normal conditions. According to the statistic in children open-heart surgery at King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross in 2007, there were 205 children, from birth to 5 years of age received heart surgery. Out of that numbers, 66 children received the Closed-heart surgery and 139 children on Open-heart surgery.

Open heart surgery is the major surgery that must be done during the heart stop function temporary and high risk of complication after the surgery. It is the real surgery that involved the loss of blood and irregular heartbeat (David & Junior, 2003; Rekawek et al., 2007). Then, Open heart surgery could be done as sustained surgery or correct all abnormality. Even treatment with surgery has worked well; it only altered the structure because the heart still needed to adjust to its function. After the heart surgery, the patient would encounter complication from the heart still unable to adjust to its function. The frequent found symptom is a heart attack as a result from the structure abnormality or poor function of the heart on the right side (Ma et al., 2007) and occurred after the repairing surgery or disease intensity perhaps from abnormality of heart anatomy in many locations which made the repair rather difficult (Hockenberry et al., 2007).

Furthermore, complication frequently found among children with congenital heart disease post Open-heart surgery was the Infective Endocarditis. Estimated half of this type of patients would develop this symptom, especially after palliative shunt, and after complex cyanotic congenital heart disease or prosthetic heart valve (Vorakarn Prompun, 2006). Even after the surgery and correcting the abnormality, a child may catch infection easily after the surgery. Therefore, to prevent infection inside the heart, before any activities such as dental care and surgery, most children needed to take antibiotics to prevent infection for the rest of their lives with doctor's advice on each individual case (Vichai Benjacholamas, 2000).

Besides, children that received the open-heart surgery would have the thoracotomy and sew back after the surgery was completed. The bone regained its strength at 2-3 weeks (Vichai Benjacholmas, 2000). Then, the patient must be careful not to get into the accident such as bumping the chest or lifting heavy materials within 4-6 weeks. As for most children, they would be able to carry on their routine functions within 1-2 weeks and return to school after 2 weeks.

Children received open-heart surgery required the use of heart and lung machine during the surgery. The extended use of the machine would interfere with the function of sensory motor and the use of language found below ordinary children. The Intelligent Quotient test of both groups indicated that a group of children with congenital heart disease had less Intelligent Quotient in vocabulary and painting than normal children. Any abnormality of the heart structure must be monitored closely. During this period, taking

heart medication is essential for proper health conditions for these children (Limperopoulos et al., 2002; Miatton et al., 2007; Landolt et al., 2007).

After the heart surgery, a child must wait for a year for the heart's function to be stable. During the body adjusting itself, a child required close care from the parent, including following the accurate practice otherwise danger may risen from complication after surgery. Such complication could affect the child's physical growth and development as well as causing the caregiver and family huge expenses and may change family nature and increase burden in caring the children (McCubin, Patterson, & McCubin, 1993 cited Wanida Saenasuthipu, 2001).

Therefore, after the surgery, there is still a need for extended care the children could be recuperated well, both physical and development in order to continue productive life after the surgery. A child developed congenital heart disease from birth to 5 years of age must depend on others for care because it is the early age of his life, including low perception per child development (Somjit Hanucharoenkul, 2000). After the surgery, the children must return home to recovery. This is the critical time for the mother to provide in proper maternal care after her child had been through the heart surgery so he could receive appropriate response in self-care for what he needed based on the concept of self-care and deficit, the Orem concept. (Somjit Hanucharoenkul, 2000).

For the mother to care for her child properly after the surgery, the mother should develop her care ability. According to Orem (2001), teaching or giving health knowledge is another approach to develop individual self-care and became one of the significant roles of nurses. There are many types of education programs depending on the patients, service place and service receiver. Education is one of appropriate approaches in developing knowledge and skills. Using teaching media to educate should help learning and understanding more on abstract by transforming into something more concrete.

Activities and methods for education on health could be done in many ways. For examples, lectures focus groups and VCD, individual tutoring and demonstration (Boonchom Srisa-ard, 1994). Therefore, the approach must be chosen to suit the learner both in contents, time and location that required thorough understanding in each approach objective which should benefit the patients' health practice so they could look after themselves, leading to changes and accurate perception so they could administer self-care correctly.

Prior to this study, the researcher had conducted in-depth interview among 9 mothers of children with congenital heart disease post open-heart surgery and admitted for treatment in the children ward, Siriraj Hospital and 4 mothers at King Chulalongkorn Memorial hospital, Thai Red Cross to acquire information needed for mother to care for her children at home. The researcher had extracted similar information from the interview. Such information had aroused the researcher interest to develop new approach for mothers to access data or knowledge per their needs/. Orem (2001) had presented the concept on the nursing model appropriated for developing ability of caregiver which focused mainly on the caregiver's potential to respond to the more demands of care receiver from health deviation through teaching, comments and heart support under the appropriate environment. It is the way to develop skills, knowledge and caregiver ability as to continue sustain healthy life and happiness (Orem, 2001).

Earlier literatures had not revealed any studies related to the educational program on maternal care in children with congenital heart disease post open-heart surgery, only having the study to promote mother's ability in caring children with congenital heart disease during the sustain treatment.

In order to promote appropriate maternal care in children with congenital heart disease post open-heart surgery to coincide with the health revolution policy that focused on health promotion, the researcher applied the educational program on maternal care at home for children with congenital heart disease post open-heart surgery. In order to better educational quality, VCD was adapted for teaching the patient. As for computerized media, using VCD is considered the influential approach and widely accepted, enabled to persuade or change values, attitudes and behaviors. Furthermore, many significant aspects may be emphasized to bring out the situation and behavior without complication in chronological events. The advantages of using computer media are the ability to communicate both in pictures and sound at the same time and repeated countless. The learner can receive complete and accurate information with experiences as close as the real event which should make learning more effective and less time-consuming. The information presented could be enjoyable and benefit those who had problems in reading.

This study was done as the quasi-experimental research to study the effect of educational program on maternal care in children with congenital heart disease post-open heart surgery, using two group pretest-posttest design with the objective to learn the

outcomes of educational program, hoping to test the assumption that mothers in the experimental group had higher behavioral scores than mothers received routine nursing care.

Samples in this study were mother of diagnosed children with cyanotic congenital heart and acyanotic congenital heart diseases received open-heart surgery and admitted as in-patient of Cardiology Peadiatric Care Unit, Queen Sirikit Bldg. 6th and 18th Floors, and came in for check-up on appointment at the out –patient clinic at King Bhumipol Bldg, 9th Floor, King Chulalongkorn Memorial Hospital, Thai Red Cross. These samples must be mother to their children when they returned home and able to participate in the research throughout the study.

Research Tools

1. Research tool used in the experiment is mainly the Educational Program on Maternal Care at home in children with Congenital Heart Disease post Open-heart surgery which consisted of:

- a).The VCD on maternal care in children with Congenital Heart Disease post Open-heart surgery and post surgery care.
- b).The maternal care manual for on children with Congenital Heart Disease with similar content to VCD.

2. Data collection tools are consisted of:

- a) Mothers and children personal data questionnaire
- b) Knowledge measurement on maternal care in children with Congenital Heart Disease post Open heart surgery questionnaire has 22 true or false questions which contents similar to VCD
- c) A questionnaire on maternal behavior in children with Congenital Heart Disease post Open heart surgery based on conceptual framework of Orem (2001) as the guidelines do constructing questions. Maternal care was divided into 3 areas for 27 items, negative and positive questions as follows: general care, development stages, changing health conditions.

Research tools were taken to a group of expert comprised of doctor, nurse, nurse instructors to verify VCD scripts and manual for maternal care, including questionnaire on the knowledge measurement and mothers' behavior for contents accuracy and revision. After that, the revised questionnaires were tried out with 15 non-sample mothers with similar characteristics with sample mothers. The acquired results were subjected to reliability test through SPSS, using Cronbach Alpha Coefficient in the calculation and received the knowledge reliability .84 and behavior reliability .85

Data collection method

The researcher had obtained the approval from the Ethical and Human Research Committee of Chulalongkorn University and Chulalongkorn Hospital, Thai Red Cross for collecting data. Then, the researcher asked for approval from the Hospital Director as well by checking the name of patients from the patient statistical records to select mothers based on the set qualifications. The control group was assigned 12 mothers and other 13 mothers for the experimental group. The researcher met with the mother to explain the research objectives and procedures along with informing the participant's right to enter the researcher and disclosure information. The researcher had begun to collect the data only when the mother agreed to participate in the research by starting to collect data of the control group. As soon as data on the control group were completed, the researcher started to collect data from the experimental group.

Control Group

a) Day 1 of returning to the patient ward after recuperating in the Cardiology Children Unit, the researcher had collected personal data of the mother and children. After that, the mother was asked to answer the measurement questionnaire on maternal care in congenital heart disease post open-heart surgery, (pretest). Then, the mother would receive regular treatment from the nurse at the patient ward.

b) The researcher contact the mother for her answers on educational measurement on maternal care in Congenital Heart Disease post Open-heart surgery quoesstionnaire, during the 3rd day of returning to the patient ward (Posttest).

c) Two weeks after discharge, the patient return for check-up on appointment and the researcher asked the mother to answer behavior questionnaires in maternal care at home.

Experimental Group

a) The researcher met the mother of experimental group in day 1 of the patient's transferring to the patient ward after recuperating in the Cardiology Children Unit; the researcher had collected personal data of the mother. The researcher introduced herself to the mother and asked her to answer the questions on the mother and her children, together with pretest knowledge measurement on maternal care for children with congenital heart disease post open-heart surgery and giving educational program with VCD for individual teaching estimated 45 minutes.

b) Educational Program on maternal care in congenital heart disease post open-heart surgery, Posttest, was given to the mother during the 3rd day of returning to the patient ward. After that, the researcher distributed the manual that had similar content with computerized media for the mother to read.

c) Before discharge, the researcher had the meeting with the mother to ask about problems from maternal care and answer the mother's question maternal care in congenital heart disease post open-heart surgery, Posttest, was given to the mother to prevent maternal care in congenital heart disease post open-heart surgery and inform her that she could contact the researcher through phone if any doubt.

d) Two weeks after discharge, the patient returned for check-up on appointment. The researcher asked the mother to answer the behavior questionnaires on maternal care at home.

Data Analysis

Data analysis was done with the computer and computerized program SPSS.

1. General characteristics of mothers and of child patients with the application of frequency distribution, percentage.

2. The mean behavioral scores on maternal care for children with Congenital Heart Disease post Open-heart surgery at home between the controls led group and experimental group were compared using ANCOVA, and having pretest knowledge scores on maternal care as the covariate.

Research Results

In order to control an influence of the knowledge on maternal care behavior, statistical control using ANCOVA with the maternal knowledge as a covariate was performed. The study finding supported the hypothesis, that is, mean scores of maternal care behavior in the experimental group was significantly higher than that in the control group ($F= 6.698, p< .001$)

Research Discussions

Orem (2001) mentioned that teaching or giving health knowledge is another approach for developing individual self-care ability which considered another significance behavior of the nurse. The education program takes many forms, depending on the patients, service location and the service providers. Teaching is another appropriate approach for developing knowledge and skills, together with media, learning could be done effectively and individual would have concrete understanding through activities and approach for providing health knowledge such as lectures, focused group, using VCD, giving knowledge individually and demonstration (Boonchom Srisa-ard, 1994). Teaching or giving knowledge is significance for the patient's health practice as helping the patient to help himself. When a person accepted changes, she can follow appropriate healthcare.

This study showed that when the mother received Educational Program, mothers in the experimental group could display higher scores on maternal care behavior for children with congenital heart disease post open-heart surgery than mothers who received routine nursing care from the nurse in the patient ward, demonstrated statistically significance ($p<.001$) and the educational results that support the research hypothesis.

Conclusion

The research results showed that after the mother received the Educational Program on maternal care for children with Congenital Heart Disease post Open-heart surgery, having higher mean behavioral scores than mothers received routine nursing care from the registered ward nurse.



รายการอ้างอิง

- กฤษณา ครามแสง. (2539). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความพร่องของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- กิดานันท์ มลิทอง. (2543). เทคโนโลยีการศึกษาและนวัตกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อรุณการพิมพ์
- คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. (2548). สถิติผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ. ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- จริยา สายวาริ และวันดี ชูชาติ. (2549). ผลการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. สงขลานครินทร์เวชสาร, 25(3) (พฤษภาคม-มิถุนายน), 179-184.
- จารุพิมพ์ สูงสว่าง และอภิชาติ นานา. (2538). โภชนบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ. ใน พิภพ จิรภิญโญ (บรรณาธิการ), โภชนศาสตร์ทางคลินิกในเด็ก (หน้า 413-418).
- จิรพรรณ พิรุณ. (2542). สื่อการเรียนการสอนทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮาส์.
- ฉลองชัย สุวัฒนบุรณ. (2538). การเลือกและการใช้สื่อการสอน. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาเทคโนโลยีการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- คูสิต สถาวร, เกลิมเกียรติ ตันตระกูล และธีรภัทร ศิลารัตน์. (2545). *Perioperative management of Pediatric cardiac surgery*. ใน คูสิต สถาวรและคณะ, ตำรากุมารเวชวิกฤต. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์
- ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร. (2534). การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วารสารโรคหัวใจและทรวงอก, 4 (กรกฎาคม-ธันวาคม), 1-9
- เต็มดวง ช้อยหิรัญ. (2545). ผลของการใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในระบบการพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน โรคไตกลุ่มอาการเนฟโรติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ณัฐนิชา ไบยา. (2549). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการลดความวิตกกังวล

- ของมารดาที่มีบุตรเข้ารับการตรวจสวนหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- ธิดา แก้วเหลา. (2551). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารดาใน
การดูแล และภาวะความรุนแรงของโรคหัดในเด็กเล็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล-
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- นฤมล พรหมเกทย์. (2541). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และ
ความสามารถของมารดาในการดูแลทารกป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้ารับการรักษาใน
โรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลบิดา
มารดาและเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- นัทธมนต์ สายสอน. (2544). การเปรียบเทียบผลการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวีดิ
ทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรค
หอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
ครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- น้ำทิพย์ แก้ววิชิต และกัลยาณี ท่าจีน. (2550). ความรู้และบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตร
โรคหัวใจ. สงขลานครินทร์สาร, 25(4) (กรกฎาคม-สิงหาคม): 273-282.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2537). การพัฒนาการสอน. กรุงเทพมหานคร: สุวีสาส์น
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2539). วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่2.
สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- เพียงใจ นวนหนู. (2549). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่
บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กกลุ่มอาการเนฟโรติก. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ยุวดี ภาษาและคณะ. (2540). วิจัยทางการพยาบาล. โครงการตำราภาควิชาพยาบาล-ศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- ยุพาภรณ์ พงษ์สิงห์. (2540). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความพร้อมในการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- รัตนชฎาวรรณ มั่นกันนาน. (2541). ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองต่อความ
พร้อมในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโต โรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

วัชร จามจุรีรักษ์. (2539). โรคหัวใจเด็ก: ปัญหาและการรักษา. (พิมพ์ครั้งที่ 2) ชัยเจริญการพิมพ์
กรุงเทพฯ

วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์. (2534). การให้อาหารในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ: ปัญหาและแนวทาง
ช่วยเหลือ. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 4 (มกราคม-มิถุนายน), 17-24.

วิชัย เบญจชลมาศ. (2543). การผ่าตัดหัวใจเด็ก. ใน จุล ทิสยากร, ห่วงใยหัวใจเด็ก, หน้า 192-207.

กรุงเทพมหานคร: บริษัทศรีสยามการพิมพ์ จำกัด

วรการ พรหมพันธุ์. (2549). ภาวะติดเชื้อที่เยื่อปอดหัวใจ. Retrieved December 13, 2006 from
http://www.doctordek.com/index.php?option=com_content&task=view&id=79&Itemid=11.

ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์. (2543). หลักและกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ. ภาควิชาการ
พยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (พิมพ์ครั้งที่ 2)
ไพศาลศิลป์การพิมพ์ กรุงเทพฯ

ศรีสุภา แก้วประพาฬ, พวงทอง เครือมังกร, รุ่งรัตน์ เพิ่มเกียรติขจรและรักยิม ปัทมสิงห์ ณ
อยุธยา. (2536). รายงานการวิจัยเรื่อง : การศึกษาสภาพสังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแล
ผู้ป่วยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ. งานสังคมสงเคราะห์ คณะ
แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

ศศิธร คำเพราะ (2541). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมของมารดา
ในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดมีรูรั่วระหว่างผนังกันหัวใจห้องล่าง
ฉ. สถาบันเด็กแห่งชาติมหิดล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
(สาขารณสุขศาสตร์ วิชาเอก: สุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล

สมพร โชติวิทยธารกร. (2543). ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแล
บุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการ
พยาบาลสาธารณสุข) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

สมจิต หนูเจริญกุล. (2543). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. กรุงเทพมหานคร:
วิ.เจ. พรินติ้ง

สมถวิล ศิริเรือง. (2548). ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแล
ของผู้ดูแลเด็กและการเกิดภาวะแทรกซ้อนในเด็กที่ได้สายสวนหลอดเลือดดำ
ส่วนกลางที่ใช้ระยะยาวภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์. วิทยานิพนธ์

- ปริญญา-พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2539). *ทฤษฎีและเทคนิคปรับพฤติกรรม*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัมพันธุ์ พรวิลาวณย์. (2542). การผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและ
ทรวงอก*, 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม), 13-28.
- สุชาดา ประสงค์ตันสกุล. (2544). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความพร้อม
ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก*. วิทยานิพนธ์ปริญญา-
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุภาวดี อเนก. (2544). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการ
ป้องกันโรคปอดบวมเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์. (2539). *การพยาบาลเด็กโรคหัวใจ*. ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์
- อรจิรา เทียนน้ำเงิน. (2546). *ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการ
ดูแลของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่เสี่ยงต่อการ
เกิดภาวะเขียวกะทันหันและการเกิดภาวะเขียวกะทันหัน*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- อจรรย์ยา ปทุมวัน. (2534). *แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วย
โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
- อุบล อสัมภินทรัพย์. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคและปัจจัยบางประการ กับ
พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด*. วิทยานิพนธ์พยาบาล-
ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
- อุมาพร สุทัศนาวุธ. (2531). *โภชนาการโรคหัวใจ*. ใน ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์, อุมาพร สุทัศนาวุธ
และภาวดี คุญชรานุสรณ์ (บรรณาธิการ), *โภชนาการในเด็กปกติและเจ็บป่วย* (หน้า

108-112). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เมดิคัลมีเดีย

Clare, M. D. (1985). Home care of infant and Children with cardiac disease. *Heart and Lung*, 14 (May), 218-221.

Curry, R. L. (1990). Using Videorecordings in Pediatric Nursing Practice. *Pediatric Nursing* 16: 501-504.

Demaso, D.R., Gonzalez-Heydrich J., Erickson J.D., Grimes V.P. & Strohecker C. (2000). The Experience Journal: A Computer –Based Intervention For Families Facing Congenital Heart Disease. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, June, 39(6)

David Joao, P. R. & Junior F. F. (2003). Immediate Post-Operative Care Following Cardiac Surgery. *Journal of Pediatric (Rio Journal)*, 79(2): 213-222.

Green , A. (2004). Outcome of congenital heart disease : A Review. *Journal of Pediatric Nursing*. 30 (4), 280-284.

Gidding, S. S. & Rosenthal, A. (1984). The Interface Between Primary Care and Pediatric Cardiology. *The Pediatric Clinic of North America*, 31 (December), 1367-1388.

Akay Hakki, T., Ozkan, S., Gultakin, B., Uguz, E., Varan, B., Sezgin, A., Tokel, K. & Aslamaci, S. (2006). Diaphragmatic Paralysis After Cardiac Surgery in Children: Incidence, Prognosis and surgical management. *Journal of Pediatric Surgery International*, 22: 341-346.

Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2007). *Wong ' s nursing care of infants and children*. (8thed.) Canada: Mosby.

Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2009). *Wong's essentials of pediatric nursing*. (11th ed.). USA: Mosby

Hovels Gurich, H. H., Konrad,K., Skororzewski, D., Herpertz-Dahlmann, B., Messmer,J. B. & Seghaye, C. M. (2007). Attentional Dysfunction in Children After Corrective Cardiac Surgery in Infancy. *Journal of Annals Thoracic Surgery*, 83: 1425-1430.

Landolt, M. A. (2007). Health Related Quality of Life in Children and Adolescents after Open-Heart Surgery. *The Journal of Pediatrics*, article in press.

Limperopoulos, C., Majnemer, A., Shevell, M. I., Robicek, C., Rosenblatt, B., Tchervakov, C. et al. (2002). Predictors of developmental disabilities after open heart surgery in young

- children with congenital heart defects. *The Journal of Pediatrics*, 141(1): 51-57.
- Limperopoulos, C., Majnemer, A., Shevell, M. I., Robicek, C., Rosenblatt, B., Rohlicek, C. et al. (2001). Function Limitations in Young Children With Congenital Heart Defects After Cardiac Surgery. *Journal of The American Academy of Pediatric*, 108(6): 1325-1330.
- Majnemer, A. Limperopoulos, C., Shevell, M. I., Robicek, C., Rosenblatt, B., Tchervenkov, C. et al. (2006). Health and well-being of children with congenital cardiac malformations, and their families, following open-heart surgery. *Journal of The Cardiology in the Young*, 16(2): 157-164.
- Ma, M., Gauvreau, K., Allan, C. K., Mayer, Jr, J. E. & Jenkins, K. J. (2007). Cause of Death After Congenital Heart Surgery. *Journal of the Annals Thoracic Surgery*; 83: 1438-1445.
- Mendenhall, W. & Beaver, R.J. (1994). Introduction to probability and statistics. (9th ed.). An imprint of Wadsworth Publishing Company.
- Miatton, M., Francois, K., Thiery, E. & Vingerhoets, G. (2007). Neuropsychological Performance in School-Aged Children with Corrected Congenital Heart Disease. *Journal of Pediatrics*, Feb, 5: 73-78.
- Polit, Denise F. and Hungler, Bernadette P. (1997). Essentials of nursing research : methods, appraisal, and utilization. (4th ed.). Philadelphia : Lippincott.
- O'Brien, P. (2007). The Role of the Nurse Practitioner in congenital heart surgery. *Journal of Pediatric Cardiology*, 28: 89-95.
- Orem, D. E. (1995). *Nursing: concept of practice*. (5th ed.). St. Louis: Mosby year book.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concept of practice*. (6th ed.). St. Louis: Mosby year book.
- Rekawek J., Kansay A., Miszczak-Kenecht M., Manowska M., Biegankowska K., Brzezinska-Paszke M., et al. (2007). Risk factors for cardiac arrhythmias in children with congenital heart disease after surgical intervention in the early postoperative period. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 133(4): 90-904.
- Smith, P. (2001). Primary care in children with congenital heart disease. *Journal of Pediatric Nursing*. 16 (5): 308-317 .
- Vida V.L., Leon-Wyss J., Larrazabal A., Cruz S. & Castaneda A.R. (2007). Mediastinitis in Pediatric Cardiac Surgery: Treatment and Cost-Effectiveness in a Low-Income Country. *The Journal of Pediatric Cardiology*, May-June; 28(3) : 163-166.

Woods W. A. (2003). Care of Children Who Have Had Surgery for Congenital Heart Disease.
The American Journal of Emergency Medicine, 21(4): 318-327.





ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

**ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาของแบบวัดความรู้ของมารดาในการดูแลบุตร
และแบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร**

1. รองศาสตราจารย์นายแพทย์พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล
4. นางสาวสุพัตรา โมรานนท์
หัวหน้าหอผู้ป่วยอานันท์มหิดล ชั้น 7 คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาคผนวก ข

การรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

Protocol Number 025/52

INSTITUTIONAL REVIEW BOARD
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University
 1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15
Approval of Documents related to Study Protocol

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

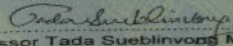
Study Title : The Effect of Educational Program on Maternal care for Children with Congenital Heart Disease Post Open-heart Surgery

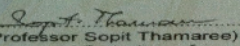
Study Code :

Principal Investigator : Miss Chatchada Payomhom

Study Center : Faculty of Nursing, Mahidol University

Document Approval :
 1. Extension 6 Month

Signature:  (Professor Tada Sueblinvong MD)
 Chairperson of
 The Institutional Review Board

Signature:  (Associate Professor Sopiit Thamaree)
 Committee and Secretary of
 The Institutional Review Board

Date of Approval : December 2, 2010

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

All approved investigators must comply with the following conditions:

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any), interview outline and/or questionnaires bearing the Institutional Review Board's seal of approval; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for the record;
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event or any changes in the research activity within five working days;
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested;
5. If the study cannot be finished within the expire date of the approval certificate, the investigator is obliged to reapply for approval at least one month before the date of expiration;
6. All the above approved documents are expired on the same date of the previously approved protocol (Protocol Number.....025/52)

* A list of the Institutional Review Board members (names and positions) present at the meeting of Institutional Review Board on the date of approval of this study has been attached. All approved documents will be forwarded to the principal investigator.

ภาคผนวก ค
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตัวอย่างสื่อคอมพิวเตอร์
บทบรรยายและภาพใช้เวลาในการชมประมาณ 20 นาที

ภาพ	เวลา	เสียง/คำบรรยาย
การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดย นางสาวฉัตรชญา พยอมหอม หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก มหาวิทยาลัยมหิดล		
วัตถุประสงค์	วินาที	สื่อคอมพิวเตอร์ชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ ความรู้เรื่องการดูแลเด็กโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัด หัวใจแบบเปิดสำหรับพ่อแม่หรือ ผู้ดูแล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ พ่อแม่หรือผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ได้รับการ ผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเมื่อกลับไปอยู่ที่ บ้าน
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดคืออะไร	วินาที	โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดคือ อะไร

ภาพ	เวลา	เสียง/คำบรรยาย
สาเหตุของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด		สาเหตุของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด		ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
การรักษา		การรักษา
เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเด็กควรได้รับดูแลเรื่อง อะไรบ้าง		การดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน
Capture จะขึ้น ตามคำบรรยาย		การดูแลแผลผ่าตัด
Capture จะขึ้น ตามคำบรรยาย		การรับประทานยา
Capture จะขึ้น ตามคำบรรยาย		การป้องกันการติดเชื้อ
Capture จะขึ้น ตามคำบรรยาย		อาหารสำหรับเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ
Capture จะขึ้น ตามคำบรรยาย		การมีกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย
Capture จะขึ้น ตามคำบรรยาย		อาการผิดปกติที่ควรพาเด็กมาพบ แพทย์ก่อนกำหนด
Capture จะขึ้น ตามคำบรรยาย		การมาตรวจตามนัด ควรพาเด็กมา พบแพทย์ตามนัดทุกครั้งเพื่อแพทย์จะ ได้ประเมินสุขภาพของ เด็ก.....
Capture จะขึ้น ตามคำบรรยาย		คำถาม

ภาพ	เวลา	เสียง/คำบรรยาย
Capture จะขึ้น ตามคำบรรยาย		สื่อคอมพิวเตอร์ชุดนี้จัดทำโดย นางสาวฉัตรชญา พยอมหอม เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาระดับ บัณฑิตศึกษา สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์รัชณี สีดา

**แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดาที่ดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด**

คำชี้แจง กรุณาตอบคำถาม โดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่เป็นคำตอบของท่าน

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

1. อายุ.....ปี
2. สถานภาพสมรส
() คู่ () หม้าย () หย่า หรือแยกกันอยู่
3. ระดับการศึกษา
() ไม่ได้เรียนหนังสือ () ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา () ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา
() ปริญญาตรี/โท () อื่นๆระบุ.....
4. อาชีพ
() ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน () รับจ้าง
() ค้าขาย () รับราชการ
() เกษตรกร () อื่นๆระบุ.....
5. รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน.....บาท
6. จำนวนบุตรในครอบครัว.....คน
ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก (ข้อ 8-10 กรอกข้อมูลโดยผู้วิจัย)
7. เด็กอายุ.....ปี.....เดือน.....วัน
8. ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เป็น ระบุ.....
9. ชนิดของการผ่าตัดที่เด็กได้รับ ระบุ.....
10. ยาที่เด็กได้รับเมื่อกลับบ้าน ระบุ.....

แบบวัดความรู้
เรื่อง การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด
เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

คำชี้แจง แบบวัดความรู้นี้จัดทำขึ้น เพื่อเป็นการวัดความรู้ของมารดาในการที่จะต้องดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยขอให้ท่านพิจารณาข้อความด้านล่างและกรูณาเขียนเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่ท่านคิดว่าเป็นการดูแลบุตรที่ถูกต้อง หรือเครื่องหมาย X หน้าข้อที่ท่านคิดว่าเป็นการดูแลบุตรที่ไม่ถูกต้อง

- 1. เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านถ้าแผลผ่าตัดของเด็กไม่มีเลือดหรือน้ำเหลืองออกจากแผล เด็กสามารถอาบน้ำได้
- 2. เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านถ้าแผลผ่าตัดของเด็กแห้งสามารถทาแป้งหรือโลชั่นได้
- 3. เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านถ้ารอบแผลผ่าตัดบวมแดง แต่ไม่มีน้ำเหลืองซึมถือเป็นอาการปกติ ท่านไม่ต้องพาบุตรไปพบแพทย์
- 4. เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านถ้าท่านลืมให้บุตรรับประทานยาโรคหัวใจ ภายใน 4 ชั่วโมงของเวลาฯ ท่านสามารถให้บุตรรับประทานได้ตามปกติ
- 5. จากข้อ 4 หากเกิน 4 ชั่วโมงของเวลาฯ ท่านจะดยาใหม่นั้น และให้ยาเมื่อต่อไปตามเวลาที่กำหนด
- 6.
- 7.
- 8.
- 21. เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน หากบุตรมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้อาเจียน หรือแขนขาบวม ท่านสามารถพาบุตรมาพบแพทย์ก่อนนัดได้
- 22. ถ้าท่านไม่สามารถพาบุตรมาตรวจตามนัด ท่านสามารถรอจนกว่าจะเกิดอาการผิดปกติจึงพาเด็กมาพบแพทย์

แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดา

เรื่อง การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

คำชี้แจง แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดาชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการทราบการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยให้มารดาเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติของมารดามากที่สุด

วิธีการตอบแบบสอบถาม

ข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 4 คำตอบ แต่ละคำตอบมีความหมายดังนี้

ถ้าตอบ ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมการดูแลบุตรข้อนั้นมารดาได้ปฏิบัติเป็น

ประจำวันหรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมการดูแลบุตรข้อนั้นมารดาได้ปฏิบัติบ่อย

ครั้งหรือบางครั้งที่มีเหตุการณ์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมการดูแลบุตรข้อนั้นมารดาไม่เคยปฏิบัติเลย

ไม่มีเหตุการณ์นั้น หมายถึง ในการดูแลบุตรที่บ้านไม่มีกิจกรรมตามข้อคำถาม

นั้นให้ปฏิบัติ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม

กิจกรรม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์นั้น
1. จัดดูแลให้บุตรรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ทุกวัน	✓			
2. ถ้าบุตรมีอาการชัก จัดให้ บุตรนอนราบทันที				✓

การแปลความหมาย ข้อ 1. หากท่านกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องตัวอย่างหมายถึงท่านดูแลให้บุตร
รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทุกวัน

ข้อ 2. หากท่านกาเครื่องหมาย ✓ ในช่องตัวอย่างหมายถึงไม่มีเหตุการณ์นั้น
เกิดขึ้นกับบุตรของท่าน ท่านจึงไม่ได้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ

**แบบสอบถามพฤติกรรมของมารดา เรื่อง การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับ
การผ่าตัดหัวใจ แบบเปิดเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน**

ภายหลังผ่าตัดหัวใจ เมื่อบุตรกลับไปอยู่ที่บ้าน	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	ไม่มีเหตุ- การณ์นั้น
1.ฉันให้บุตรรับประทานอาหารเหมาะสม กับวัย โดย วัย 0-1 ปี ให้รับประทานนมและอาหารเสริม ตามวัย เช่น กล้วย ข้าวบด หรือ วัย 1 ปีขึ้นไป ให้รับประทานอาหาร 3 มื้อ และรับประทานนมเสริม				
2.ฉันให้รับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ ปลา				
3.				
4.				
5.				
25. เมื่อบุตรเป็นหวัด ไอมีเสมหะ ฉันซื้อยา จากร้านขายยามาให้ รับประทาน				
26. เมื่อบุตรมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ฉันจะ พาไปพบแพทย์ที่ใกล้บ้านก่อนเพื่อตรวจ อาการเบื้องต้น				
27. เมื่อฉันไม่สามารถพานบุตรไปพบแพทย์ได้ ในวันที่แพทย์นัด ฉันจะรีบพานบุตรไปพบ แพทย์หลังวันนัดให้เร็วที่สุด				

ภาคผนวก ง

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ ANCOVA

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นนี้จะใช้ทดสอบก่อนการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม ANCOVA ดังนี้

1. ทดสอบการกระจายตัวของตัวแปรตามว่ามีการกระจายแบบปกติหรือไม่ โดยใช้ One-Sample Kolmogorov-Smirnov test

ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการกระจายคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติ Kolmogorov- Smirnov test ได้ค่า Kolmogorov- Smirnov $Z = .591, .544$ ค่า $p = .876$ และ $.929$ ($p > .05$) ยอมรับสมมติฐานนัล (H_0) จึงสรุปผลการทดสอบครั้งนี้ได้ว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีการกระจายปกติที่ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ $.05$ ($p > .05$) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นการใช้สถิติวิเคราะห์ดังแสดงในตาราง ง 1

ตาราง ง 1 ทดสอบการกระจายของคะแนนพฤติกรรมของมารดาหลังเข้าโปรแกรมฯ ของแต่ละกลุ่ม โดยใช้ One-Sample Kolmogorov-Smirnov test

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Behavioral post control	Behavioral post experimental
N		12	13
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	87.1667	93.8462
	Std. Deviation	4.60895	2.82389
Most Extreme Differences	Absolute	.171	.151
	Positive	.171	.151
	Negative	-.155	-.120
Kolmogorov-Smirnov Z		.591	.544
Asymp. Sig. (2-tailed)		.876	.929

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. The distribution has no variance for this variable. One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test cannot be performed.

2. ทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรตาม (homogeneity of variance) ประเมินผลการทดสอบโดยใช้ Levene' s test ซึ่งเป็นข้อตกลงเบื้องต้นของ analysis of covariance ซึ่งพบว่าความแปรปรวนของตัวแปรตาม หรือคะแนนพฤติกรรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมของมารดาในแต่ละกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($F= 2.225, p>.05$) แสดงดังในตาราง ง 2

ตาราง ง 2 ทดสอบความแปรปรวนของตัวแปรตาม (homogeneity of variance)

Levene's Test of Equality of Error Variances^a

Dependent Variable:BPOST

F	df1	df2	Sig.
2.225	1	23	.149

Tests the null hypothesis that the error variance of the dependent variable is equal across groups.

a. Design: Intercept + pre1 + GROUP

ตาราง ง 3 ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรควบคุม (covariate) และตัวแปรตามซึ่งต้องเหมือนกันในแต่ละกลุ่ม (homogeneity of regression across group) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กับคะแนนพฤติกรรมของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน ($F = .221, p > .05$) ดังแสดงในตาราง ง 3

ตาราง ง 3 ทดสอบความสัมพันธ์ (Interaction) ระหว่างตัวแปรควบคุมกับตัวแปรตาม

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: PostB2

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	337.678 ^a	3	112.559	8.752	.001
Intercept	2249.132	1	2249.132	174.879	.000
GROUP	11.607	1	11.607	.903	.353
PretestK	31.591	1	31.591	2.456	.132
GROUP * PretestK	2.843	1	2.843	.221	.643
Error	270.082	21	12.861		
Total	205998.000	25			
Corrected Total	607.760	24			

a. R Squared = .556 (Adjusted R Squared = .492)

โดยสรุป การศึกษาครั้งนี้สามารถใช้สถิติ ANCOVA ทดสอบสมมติฐานการวิจัยได้

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นามสกุล	นางสาวนัทรชญา พยอมหอม
วัน เดือน ปีเกิด	3 เมษายน 2518
จังหวัดและประเทศที่เกิด	จังหวัดราชบุรี ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 2541 พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล, 2554 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลเด็ก)
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	ไอ ซี ยู กุมาร ตึก สก.ชั้น 8 พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย