

0 107 239 12

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการ
กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
THE RELATIONSHIP BETWEEN PERCEPTION OF DISEASE,
SELECTED FACTORS AND MATERNAL BEHAVIORS IN
CARING FOR CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE



วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2540

ISBN 974-588-763-3

สงวนลิขสิทธิ์

Copyright by Mahidol University

๗๗

๐๘๖๖.๔

๕๕๔๐

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการ
กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

.....
อุบล อสัมภินทรพย์

ผู้วิจัย

.....
ผศ.ดร. อิงกรีย์

.....
ฉลองรัฐ อินทรีย์, วท.บ.(พยาบาล),
M.S.(M.C.H. Nursing)

.....
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
พนัส ปรดิษฐา พ.

.....
พรศรี ศรีอัฐภาพร, วท.บ.(พยาบาล),
ค.ม.(วิจัยทางการศึกษา)

.....
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

.....
.....
.....

Copyright by Mahidol University

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค บังคับบางประการ
กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
ได้รับพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก

วันที่ 18 เมษายน 2540

.....

อุบล อสมันทวีทรัพย์

ผู้วิจัย

.....

ฉลองรัฐ อินทรีย์,วท.บ.(พยาบาล),

M.S.(M.C.H.Nursing)

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

พรศรี ศรีอัมภพร,วท.บ.(พยาบาล),

ค.ม.(วิจัยทางการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

วิรัตน์ ใกล้เคียง,วท.บ.(พยาบาล),

กศ.ม.(วัดผลการศึกษา)

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ทัศนีย์ บุญทอง, ค.บ.,M.S.,Ed.D.

คณบดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รัชณี สีดา,วท.บ.(พยาบาล),

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

ศิริอร สันธ,ค.บ.,วท.ม.(พยาบาล),

D.N.Sc.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....

อดุลย์ วิริยเวชกุล ราชบัณฑิต,

พ.บ.,น.บ.,F.R.C.P.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

Copyright by Mahidol University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางอุบล อสัมภินทรัพย์

วันเดือนปีเกิด 20 พฤษภาคม 2501

สถานที่เกิด จังหวัดพังงา

ประวัติการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2521-2525:
วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, พ.ศ.2528-2530:
คหกรรมศาสตรบัณฑิต (พัฒนาการเด็กและครอบครัว)
มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2536-2540:
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก)

ทุนการวิจัย China Medical Board of New York, Inc.

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พ.ศ.2525-ปัจจุบัน: หอผู้ป่วยอาันามัยมหิดล 7

โรงพยาบาลศิริราช

ตำแหน่ง : พยาบาลประจำการ ระดับ 6

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จได้ก็เพราะได้รับความรู้และคำแนะนำที่เป็นประโยชน์จากอาจารย์ผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ทั้งสามท่านคือ รองศาสตราจารย์ฉลองรัฐ อินทรีย์, รองศาสตราจารย์พรศรี ศรีอัมพาพร และผู้ช่วยศาสตราจารย์วิรัตน์ ากลับบผา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชนี้ สีดา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ศิริอร สันธู ซึ่งเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเพิ่มเติม ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเรื่องมีวิจัย พร้อมกันนี้ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ, หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าคลินิกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลศิริราช ที่กรุณาให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณมารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกท่านที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

ขอขอบคุณ China Medical Board of New York, Inc. ที่กรุณาเอื้อเพื่อเงินทุนบางส่วนในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และขอขอบคุณฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช ที่ทำให้ออกาสศึกษาต่อ

สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณคุณวิจิต และเด็กหญิงกษพร อสัมภินทรัพย์ ผู้เป็นกำลังใจที่สำคัญตลอดมา รวมทั้งเพื่อน ๆ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต รุ่นที่ 2 ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจจนมาตลอด จนประสบผลสำเร็จในการศึกษา

อุบล อสัมภินทรัพย์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค บั๊จจัยบางประการกับพฤติกรรม
ของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผู้วิจัย อุบล อัสมิงนทร์พัย

ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลแม่และเด็ก)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ฉลองรัฐ อินทรีย์, วท.บ., M.S.

พรศรี ศรีอัฐภาพร, วท.บ., ค.ม.

วิรัตน์ ากัสบุบผา, วท.บ., กศ.ม.

วันที่สำเร็จการศึกษา 18 เมษายน 2540

บทคัดย่อ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบมากในเด็ก และด้วยความก้าวหน้าของวิทยาการด้านการแพทย์ช่วยให้เด็กโรคนี้รอดชีวิตมากขึ้น อย่างไรก็ตามเด็กป่วยต้องการการดูแลที่เหมาะสมจากมารดาเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งบุตรมีอายุ 3-6 ปี จำนวน 120 คน และหาบุตรมารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, โรงพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลศิริราช เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และแบบสอบถามการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการคำนวณอัตราร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. มารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยถูกต้อง
2. การรับรู้เกี่ยวกับโรค ระดับการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว และอายุของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่

กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001, .01, .01 และ .05 ($r=.5431$, .2454, .2831 และ .1741 ตามลำดับ) ส่วนอาชีพของมารดาและระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

จากผลการวิจัยแสดงว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค ระดับการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว และอายุของมารดา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุตรป่วยเพิ่มเติมในมารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีรายได้ของครอบครัวต่ำ และมีอายุน้อย



Thesis Title The Relationship between Perception of Disease,
Selected Factors and Maternal Behaviors in Caring for
Children with Congenital Heart Disease

Name Ubol Asumpinzub

Degree Master of Nursing Science (Maternal and Child Nursing)

Thesis Supervisory Committee

Chalongrut Intree, B.Sc., M.S.

Pornsri Sriussadaporn, B.Sc., M.Ed.

Virat Klaibuppha, B.Sc., M.S. in Ed.

Date of Graduation 18 April B.E.2540 (1997)

ABSTRACT

Congenital heart disease is a chronic disease with high prevalence in children. Now the survival rate is increasing due to advances in medical science. However, the children need appropriate care from their mothers in order to maintain their health. The purposes of this study were 1) to investigate the maternal perception of disease and the maternal caring behaviors for their children 2) to study the correlation between maternal perception of disease, some selected factors and the maternal caring behaviors for their children. The sample consisted of 120 mothers of 3-6 years old children with congenital heart disease who brought their children for follow up at the congenital heart disease clinics at Chulalongkorn Hospital, Children Hospital and Siriraj Hospital. Data collection was done by using 2 sets of questionnaires: maternal caring behaviors for children with congenital heart disease and maternal perception of congenital heart disease. Data were analysed by using percentage,

mean, standard deviation and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The results were as follow:

1. Most of the mothers received correct information related to disease and child care.

2. There was a positive significant correlation between maternal perception of disease, education level, family income, maternal age and maternal caring behaviors for children with congenital heart disease at the level of .001, .01, .01 and .05 ($r=.5431$, $.2454$, $.2831$ and $.1741$). There was no significant correlation between maternal occupation, duration of caring and maternal caring behaviors for children with congenital heart disease.

From the results of this study, it is shown that maternal perception of disease, education level, family income and maternal age influenced maternal caring behaviors for children with congenital heart disease. Thus, the recommendation for nursing are that nurses should be concerned about the mothers with low income, low education and younger age by providing them more information related to appropriate performance for children with congenital heart disease.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย

ก

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ค

สารบัญ

จ

สารบัญตาราง

ช

สารบัญแผนภูมิ

ช

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

7

ขอบเขตของการวิจัย

7

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

7

นิยามตัวแปร

8

บทที่ 2 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

11

พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

22

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วย

35

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

47

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

47

การเก็บรวบรวมข้อมูล

51

การวิเคราะห์ข้อมูล

52

บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

54

การอภิปรายผล

82

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

99

ข้อเสนอแนะ

102

บรรณานุกรม

105

ภาคผนวก

ก. รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

117

ข. ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

119

ค. ตารางแสดงจำนวนมารดา จำแนกตามโรคประจำตัว

126

ตารางแสดงจำนวนมารดา จำแนกตามผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรป่วยและ
บทบาทอื่น ๆ

ตารางแสดงจำนวนเด็กป่วย จำแนกตามโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว

ตารางแสดงจำนวนเด็กป่วย จำแนกตามโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส	55
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ จำนวนบุตร และรายได้ของครอบครัว	56
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วย ผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรป่วยและบทบาทอื่นๆ	58
4	จำนวนและร้อยละของเด็กป่วย จำแนกตามอายุ ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	59
5	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน รายชื่อ	60
6	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค รายชื่อ	62
7	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา รายชื่อ	64
8	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และแรงจูงใจด้านสุขภาพ รายชื่อ	67
9	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมในการดูแลบุตร ด้านการดูแลโดยทั่วไป รายชื่อ	69
10	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมในการดูแลบุตร ด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการ รายชื่อ	73

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
11	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพรายข้อ	74
12	ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพรายข้อที่ไม่มีเหตุการณ์ ให้มารดาส่วนใหญ่ปฏิบัติ	76
13	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและจำแนกเป็น รายด้าน	78
14	ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน	79
15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมและรายด้าน กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลสุขภาพบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	80
16	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับพฤติกรรมของ มารดาในการดูแลสุขภาพบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	81

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่

หน้า

1

กรอบแนวคิดในการวิจัย

6



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่พบบ่อยในเด็ก เกิดจากความผิดปกติของการพัฒนาโครงสร้างหัวใจหรือเส้นเลือดใหญ่ของทารกในครรภ์เป็นผลให้หน้าที่ของหัวใจผิดปกติ หัวใจจึงไม่สามารถสูบฉีดโลหิตเพื่อนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายได้อย่างเพียงพอ ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง (ศรีสมวงศ์ วรณศิลป์ และกิตติยา สมุทรประดิษฐ์ 2537: 63) โรคนี้มีอุบัติการณ์ของการเกิดค่อนข้างสูงประมาณ 8 ใน 1000 ของเด็กคลอดมีชีวิตจะเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (วัชร คำเพ็ง 2535: 303)

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กนั้นส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กอย่างมาก โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาค่อนข้างยาวนาน เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เด็กจะมีปฏิกิริยาต่อความเจ็บป่วยค่อนข้างรุนแรง อาจมีความทุกข์ทรมานจากอาการของโรค และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเป็นอย่างมาก (Leventhal 1984: 71)

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มักจะพบได้ทันทีหลังคลอด หรือเมื่อเด็กเริ่มมีกิจกรรมมากขึ้น เช่น เริ่มหัดเดิน วิ่ง เป็นต้น ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือพยาธิสภาพที่ผิดปกติของหัวใจ ถ้าหากมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อยมักจะไม่มีอาการรุนแรงหรือไม่ปรากฏอาการผิดปกติใดๆ เด็กสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติถ้าได้รับการดูแลที่ดีตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล แต่ถ้ามีพยาธิสภาพที่หัวใจและเส้นเลือดมาก อาการของโรคจะรุนแรง เด็กป่วยจะมีอาการผิดปกติที่พบบ่อย เช่น อาการเขียวที่ริมฝีปาก เส้นมือและเส้นเท้า เทื่อ่าย หายใจเร็ว หัวใจเต้นผิดปกติ การเจริญเติบโตและการช้ากว่าปกติ เป็นต้น (บุญชอบ พงษ์พานิชย์ และม.ร.ว. จันทรนิวัธ เกษมสันต์ 2522: 1204-1205) ซึ่งเด็กป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วและถูกต้อง จึงจะสามารถควบคุมอาการของโรคช่วยให้เด็กมีชีวิตอยู่ได้ ในปัจจุบันความก้าวหน้าทางการแพทย์ช่วยให้เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับการรักษาให้รอดชีวิตมากขึ้น โดยเฉพาะการรักษาด้วยการผ่าตัดสามารถทำได้ผลดีและโรคหายขาดเป็นส่วนใหญ่ ซึ่ง

การผ่าตัดสามารถทำได้ทุกช่วงอายุ บางชนิดสามารถผ่าตัดได้ตั้งแต่แรกเกิด บางชนิดต้องรอให้เด็กโตก่อนจึงจะทำการผ่าตัดได้ (บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ 2534: 64) สำหรับเด็กป่วยที่รอรับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของหัวใจนั้นส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมการทำงานของหัวใจ แต่ในทางปฏิบัติพบว่าเด็กเหล่านี้มักจะประสบปัญหาจากภาวะแทรกซ้อนอยู่เสมออันเป็นสาเหตุการตายก่อนถึงวัยอันควร (Gidding & Rosenthal 1984: 1367) ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะหัวใจวาย ภาวะขาดออกซิเจนจับพลาสมา การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อที่เยื่อหุ้มหัวใจ ความดันโลหิตในปอดสูง และผื่นลมพิษ เป็นต้น (วันดี สีสวรรวรงค์ 2524: 401-403) จากประสบการณ์ของผู้วิจัยพบว่าเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักจะมีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจวาย และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เป็นผลให้อาการของโรคเลวลง และทำให้เด็กเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะหัวใจยายนับเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของเด็กโรคนี้ (ดวงมณี เลาพระสิทธิพร และอภิชาติ นานา 2536: 145) นอกจากผลกระทบทางด้านร่างกายแล้ว ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านอื่น ๆ ของเด็กด้วย เนื่องจากเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนับเป็นภาวะเครียดทางด้านจิตใจสำหรับเด็กเป็นอย่างมาก อาจส่งผลกระทบถึงการหยุดชะงักของพัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์และสังคม (ประคิน คุชภักดี 2528: 187) ดังนั้นการควบคุมอาการของโรคและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามที่ถูกต้องในเรื่อง การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับโรค การออกกำลังกายและการพักผ่อนที่เหมาะสม การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การสังเกตอาการผิดปกติ การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามแพทย์นัด (Gidding & Rosenthal 1984: 1367-1388, Clare 1985: 218-221) แต่สำหรับเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งอยู่ในวัยก่อนเรียน ยังไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากเด็กยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 23, Orem 1985: 85) ผู้ดูแลเด็กซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดาต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลสุขภาพของเด็กป่วย มารดาจึงควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็ก เพื่อให้สามารถดูแลเด็กป่วยได้อย่างถูกต้อง แต่จากการศึกษาของ นิลาวรรณ ทวีกันต์ (2529: 56-58) พบว่า ผู้ปกครองของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ในระดับต่ำ และมีความเชื่อด้าน

สุขภาพเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนระดับการดูแลของผู้ปกครองที่มีต่อเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้น พบว่า การดูแลเรื่องยาและการดูแลเมื่อเด็กมีอาการผิดปกติอยู่ในระดับสูง การดูแลด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการดูแลรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการดูแลด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การดูแลพันอยู่ในระดับต่ำ และจากการศึกษาของแคลร์ (Clare 1985: 218) พบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่ปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องการดูแลด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการผิดปกติ ถ้ามารดามีพฤติกรรมดูแลบุตรไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดผลเสียต่อเด็ก กล่าวคือ ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น และเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ภาวะหัวใจวาย ซึ่งอาจทำให้เด็กป่วยเสียชีวิตได้ ดังนั้นมารดาจึงควรได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลเด็กป่วย เพื่อให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง ปราศจากภาวะแทรกซ้อน สามารถดำรงชีวิตได้เหมือนเด็กปกติมากที่สุด

พฤติกรรมของบุคคลเป็นเสมือนระบบ ๗ หนึ่งในและเป็นระบบเปิดที่สัมพันธ์กับปัจจัยภายในและภายนอกบุคคล การเปลี่ยนแปลงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งย่อมมีผลกระทบต่อการกระทำพฤติกรรม (Joseph 1980: 136) การรับรู้ นับเป็นปัจจัยภายในของบุคคลปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม โดยบุคคลมีความคิดหรือเข้าใจสิ่งหนึ่งอย่างไร บุคคลมีแนวโน้มที่จะกระทำตามการรับรู้ นั้น ๆ (จรรยา สุวรรณทัต 2527: 810) การรับรู้จึงเป็นพื้นฐานในการไตร่ตรองและตัดสินใจแสดงพฤติกรรมของบุคคล ผู้ที่มีการรับรู้ที่ดีจะมีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม (สฤติย์ วงศ์สุวรรณ 2525: 207) ตามแนวคิดของโอเรม การรับรู้เป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งจะช่วยผลักดันให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อภาวะสุขภาพที่ดี (Orem 1991: 148-155) อาจกล่าวได้ว่าการที่มารดาจะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยได้ถูกต้องเพียงใด มารดาต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเสียก่อน เบคเกอร์ (Becker 1974: 83-88) กล่าวว่า การที่จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมป้องกันโรคและปฏิบัติตนตามแผนการรักษา นั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคในลักษณะดังต่อไปนี้ คือ รับรู้ว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน รับรู้ว่าโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและอาจทำอันตรายต่อตนเองหรือมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรมบางอย่างมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน หรือลดความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงอุปสรรคของการกระทำพฤติกรรม และมีแรงจูงใจด้านสุขภาพหรือมี

ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตลอดจนมีความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา จากการศึกษาของอังคณา นวลยง (2535: 89) พบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง เนื่องจากการตั้งครรภ์ การศึกษาของเสมอจันท์ อะนะเทพ (2535: 77) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มผู้เสพยาเสพติดทางเส้นเลือดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมธาโดน การศึกษาของพรนิภา ชัยโกศล (2536: 57) พบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก การศึกษาของ วีรยา จิงสมเจตไพศาล (2537: 84) พบว่า การรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน โรคหัวใจท่อนำไข่ และการศึกษาของ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 71) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย ดังนั้น การรับรู้เกี่ยวกับโรค จึงน่าจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ถ้าหากมารดาได้รับการส่งเสริมให้มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างถูกต้อง จะทำให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเหมาะสมกับอาการของโรคและการรักษา สามารถควบคุมอาการของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทำให้เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีสุขภาพแข็งแรง ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

นอกจากการรับรู้เกี่ยวกับโรคแล้ว ปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคลก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแตกต่างกันได้ กล่าวคือ มารดาที่มีอายุต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลบุตรต่างกัน เนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (Orem 1991: 239) มารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลบุตรได้ดีกว่ามารดาที่มีการศึกษาต่ำ เพราะว่าการศึกษช่วยให้บุคคลได้พัฒนาทักษะความรู้ และมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem 1985: 175) การประกอบอาชีพนอกบ้านนับเป็นการเพิ่มบทบาทให้แก่มารดา อาจทำให้มารดาเหน็ดเหนื่อยและเกิดความเครียด ส่งผลกระทบต่อการดูแลบุตรป่วยได้ รายได้ของครอบครัวเป็นแหล่งประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem 1985: 175) ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพตลอดจนเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม (Pender 1987: 161-162) ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของบุคคล (Orem

1985: 120) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน จะเป็นการเพิ่มประสบการณ์และช่วยพัฒนาทักษะของมารดาในการดูแลบุตร ทำให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผลการวิจัยจะนำไปใช้ประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างถูกต้อง และนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ





แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุของมารดา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วยกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

สมมติฐานของการวิจัย

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ อายุของมารดา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการ กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยศึกษาในมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งบุตรมีอายุระหว่าง 3-6 ปี และพบบุตรมารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลศิริราช

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการพยาบาลในการประเมินการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และนำข้อมูลที่ได้มาประกอบการให้ความรู้ คำแนะนำ เพื่อให้มารดา มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างถูกต้อง ตลอดจนมีพฤติกรรมการ

ดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม

2. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยด้วยโรคอื่น ๆ

นิยามตัวแปร

1. การรับรู้เกี่ยวกับโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของมารดาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา อุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ประเมินจาก "แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด" ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker 1974) ซึ่งมีรายละเอียด 5 ด้าน ดังนี้

1.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของมารดาเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

1.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของมารดาเกี่ยวกับผลกระทบของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายซึ่งอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงชีวิต รวมทั้งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันหรือการดำเนินชีวิต

1.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของมารดาเกี่ยวกับผลดีของการกระทำกิจกรรมเพื่อดูแลบุตรตามแผนการรักษา

1.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของมารดาเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดความลำบาก ยุ่งยาก หรือขัดขวางการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลบุตร

1.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของมารดาซึ่งชักนำให้มารดาปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรเพื่อควบคุมอาการของโรค และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของบุตร

2. พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อให้บุตรมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติสุข ประเมินจาก "แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด" ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem 1991) ซึ่งมีรายละเอียด 3 ด้าน ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของมารดาในการดูแลบุตรเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย ประกอบด้วย การดูแลให้ได้รับอากาศ อาหารและน้ำอย่างเพียงพอ การดูแลเรื่องการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ การรักษาความสมดุลระหว่างการพักผ่อนและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม และการป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

2.2 พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของมารดาในการดูแลบุตรเพื่อส่งเสริมให้บุตรมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการต่าง ๆ เป็นไปตามวัย

2.3 พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของมารดาในการดูแลบุตร เพื่อควบคุมอาการของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ การรับรู้สภาวะและดูแลผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น การปฏิบัติตามแผนการรักษา การรับรู้และสนใจที่คอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

3. ปัจจัยบางประการ หมายถึง ปัจจัยพื้นฐานของมารดา ได้แก่

3.1 อายุ หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของอายุของมารดานับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา

3.2 ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของระยะเวลาในการศึกษาของมารดานับตั้งแต่เริ่มได้รับการศึกษาจนจบการศึกษาชั้นสูงสุด

3.3 อาชีพ หมายถึง อาชีพปัจจุบันที่มารดาทำอยู่ แบ่งเป็น

3.3.1 ประกอบอาชีพในบ้านหรือเป็นแม่บ้าน คือ มารดาที่มีสถานที่ประกอบอาชีพอยู่ที่บ้าน เช่น ค้าขายที่บ้าน เปิดร้านเสริมสวยที่บ้าน รับซักรีดเสื้อผ้าที่บ้าน รับจ้างเย็บเสื้อผ้าที่บ้าน ฯลฯ หรือเป็นแม่บ้านที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

3.3.2 ประกอบอาชีพนอกบ้าน คือ มารดาที่มีสถานที่ประกอบอาชีพอยู่นอกบ้าน เช่น รับราชการ ทำงานบริษัท ทำงานก่อสร้าง ค้าขายนอกบ้าน เกษตรกรรม หรือรับจ้างทั่วไป ฯลฯ

3.4 รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้เฉลี่ยเป็นบาทต่อเดือนของมารดาและคู่สมรสรวมกัน

3.5 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง จำนวนเต็มเป็นเดือนของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่บุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจนถึงวันที่ผู้วิจัยทำการศึกษา



วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค บัณฑิตบางประการ กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยได้รวบรวมวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังต่อไปนี้

- โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
- พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
- บัณฑิตที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของการพัฒนาโครงสร้างหัวใจหรือเส้นเลือดใหญ่ของทารกในครรภ์ หรืออาจเกิดจากสาเหตุทั้ง 2 ประการ เป็นผลให้หน้าที่ของหัวใจผิดปกติ (ศรีสมวงศ์ วรรณศิลป์ และกิตติยาสมุทรประดิษฐ์ 2537: 63)

หัวใจทารกจะเริ่มสร้างขึ้นเมื่อทารกในครรภ์มีอายุได้ประมาณ 2 สัปดาห์ ลักษณะของหัวใจตอนแรกมีลักษณะคล้ายหลอดแก้ว และจะค่อย ๆ เปลี่ยนแปลงไปทีละน้อย ต่อมาจะมีการสร้างผนังกันหัวใจและเส้นหัวใจภายใน 6 สัปดาห์ และจะมีลักษณะของหัวใจที่สมบูรณ์ ในสัปดาห์ที่ 8 ถึง 10 ของการตั้งครรภ์ ซึ่งในช่วงระยะที่หัวใจมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างจากลักษณะคล้ายหลอดแก้วไปจนถึงลักษณะที่สมบูรณ์ที่สุดนี้ อาจจะทำให้เกิดความผิดปกติของส่วนต่าง ๆ ของหัวใจได้ง่าย ฉะนั้นในช่วงระยะ 2-3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ จึงเป็นระยะที่ก่อให้เกิดความผิดปกติของส่วนต่าง ๆ ของหัวใจมากที่สุด (รัชนิ ศรีสวัสดิ์ 2520: 2) ซึ่งสาเหตุที่อาจจะมีมาจากการพันธุกรรม สาเหตุจากมารดา เช่น มารดาอายุมาก (เกิน 35-40 ปี) มารดาเป็นโรคเรื้อรังและไม่ได้รับการควบคุม ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสที่สำคัญ คือ โรคหัดเยอรมัน หรือสาเหตุจากตัวเด็กเอง เช่น มีความผิดปกติของโครโมโซม ตัวอย่างเช่น เด็กที่เป็นมองโกลิซึม (Mongolism) หรือเด็กกลุ่มอาการดาวน์ (Down's syndrome) เป็นต้น (บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ 2534: 61)

การไหลเวียนโลหิตของทารกขณะที่อยู่ในครรภ์มารดาและเมื่อเด็กเกิดมาแล้วมีความแตกต่างกัน สำหรับการไหลเวียนโลหิตของทารกในครรภ์นั้นมีทางเชื่อมอยู่ 3 แห่ง ได้แก่ ดักตัส วีโนซัส (Ductus venosus) ฟอราเมน โอวาล์ (Foramen ovale) และ ดักตัส อาร์เทอริโอซัส (Ductus Arteriosus) โดยการไหลเวียนเริ่มจากเลือดน้ำออกซิเจนและธาตุอาหารจากมารดาผ่านรกทางหลอดเลือดคัมบิลิคัล (Umbilical vein) เข้าสู่ระบบการไหลเวียนโลหิตของทารกในครรภ์โดยผ่านสายสะดือ เมื่อเลือดนี้ผ่านไปยังตับจะแยกออกเป็น 2 ส่วน ส่วนหนึ่งเข้าสู่ระบบการไหลเวียนของตับ อีกส่วนหนึ่งผ่านทางดักตัส วีโนซัส ไปยังอินฟีเรียรินาคาวา (Inferior venacava) เข้าสู่หัวใจห้องบนขวา (Right atrium) แล้วไหลผ่านฟอราเมน โอวาล์ เข้าไปในหัวใจห้องบนซ้าย (Left atrium) และเข้าสู่หัวใจห้องล่างซ้าย (Left ventricle) ซึ่งหัวใจจะสูบฉีดเลือดผ่านหลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตา (Aorta) ไปเลี้ยงร่างกายส่วนบน แล้วเลือดที่ไหลกลับจากร่างกายส่วนบนจะไหลกลับสู่หัวใจห้องบนขวาทางซูพีเรียรินาคาวา (Superior venacava) เข้าสู่หัวใจห้องล่างขวา (Right ventricle) เข้าสู่หลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery) แล้วแบ่งออกเป็น 2 ส่วน เลือดจำนวนมากจะไหลผ่านดักตัส อาร์เทอริโอซัส เข้าสู่หลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาเพื่อไปเลี้ยงร่างกายส่วนล่าง ส่วนเลือดจำนวนน้อยจะไปยังปอดซึ่งยังไม่ได้ทำหน้าที่ทั้งสองข้างมากที่สุดเลือดทั้งหมดจะไหลกลับไปสู่รกทางหลอดเลือดแดงคัมบิลิคัล (Umbilical artery) 2 เส้น เพื่อรับออกซิเจนอีกครั้ง เมื่อทารกคลอดออกมาจากครรภ์มารดา จะมีการเปลี่ยนแปลงระบบการไหลเวียนของโลหิต เนื่องจากสายสะดือถูกตัดขาด ทำให้หยุดการไหลเวียนของเลือดไปสู่รก เมื่อทารกหายใจปอดจะขยายเลือดที่ไหลไปสู่ปอดมีจำนวนมากขึ้น ทำให้ปอดเริ่มทำงาน ความดันในหัวใจห้องบนซ้ายจะสูงขึ้นอย่างรวดเร็วเป็นผลให้ฟอราเมน โอวาล์ ปิดลง ต่อมา ดักตัส วีโนซัส และดักตัส อาร์เทอริโอซัส จะค่อย ๆ ตีบลงเช่นเดียวกัน ส่วนหลอดเลือดแดงคัมบิลิคัลและหลอดเลือดคัมบิลิคัล จะหยุดทำหน้าที่เพราะไม่มีเลือดผ่าน ต่อไปเลือดที่อยู่ในแหล่งดังกล่าวจึงจับเป็นก้อนและฝ่อเหี่ยวไป การไหลเวียนโลหิตในทารกแรกเกิดช่วงนี้เหมือนกับการไหลเวียนในผู้ใหญ่ คือ เลือดที่มีปริมาณออกซิเจนต่ำจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย จะไหลผ่านทางซูพีเรียและอินฟีเรียรินาคาวา เข้าสู่หัวใจห้องบนขวา ซึ่งจะบีบตัวให้เลือดผ่านลิ้นไตรคัสปิด (Tricuspid valve) ลงสู่หัวใจห้องล่างขวา จากนั้นจะไหลผ่านลิ้นพัลโมนิก (Pulmonic valve) เข้าสู่หลอดเลือดแดงใหญ่พัลโมนารี แล้วแยกไปตามหลอดเลือดแดงพัลโมนารีซ้ายขวาไปยังปอดทั้งสองข้าง มีการแลกเปลี่ยนจนได้เลือดที่มีปริมาณออกซิเจนสูง เมื่อเลือดอ้อมตัวด้วย

ออกซิเจนจะออกจากปอดทางหลอดเลือดดำพัฒนาารี่ เข้าสู่หัวใจห้องบนซ้ายผ่านลิ้นไบคัสปิด (Bicuspid valve) ลงสู่หัวใจห้องล่างซ้ายและบีบตัวผ่านลิ้นเอออร์ติค (Aortic valve) เข้าสู่หลอดเลือดแดงใหญ่เอออร์ตาไปยังระบบไหลเวียนของร่างกาย (Systemic arterial system) ถ้าการสร้างและการพัฒนาหัวใจของทารกในครรภ์ผิดปกติ ทารกที่คลอดออกมาจะมีความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจตั้งแต่กำเนิด เป็นผลให้เกิดความผิดปกติของระบบไหลเวียนของโลหิต (ศรีสมวงศ์ วรเวชศิลป์ และกิตติยา สมุทประคิษฐ์ 2537: 68-69)

พยาธิสรีรวิทยา

ผลจากความพิการของหัวใจแต่กำเนิด ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตผิดปกติ อาจแบ่งโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดออกเป็น 2 ชนิด ตามลักษณะการเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนโลหิต (Hemodynamic changes) ได้แก่ 1) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (Cyanotic type) เป็นโรคหัวใจที่มีทางติดต่อที่ผิดปกติและมีการเปลี่ยนแปลงของแรงดันเลือด โดยแรงดันเลือดในหัวใจซีกขวาสูงกว่าแรงดันเลือดในหัวใจซีกซ้าย ทำให้เลือดบางส่วนไหลลัดวงจรจากหัวใจซีกขวาไปยังหัวใจซีกซ้าย (Right to left shunt) และเข้าสู่ระบบการไหลเวียนของร่างกายโดยไม่ผ่านการพอกจากปอดให้เป็นเลือดแดงเสียก่อน ร่างกายจึงได้รับเลือดที่มีปริมาณออกซิเจนต่ำทำให้เกิดอาการเขียว ที่พบบ่อยได้แก่ ความผิดปกติ 4 ประการของฟาลโลท (Tetralogy of Fallot) เป็นต้น 2) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (Acyanotic type) โรคหัวใจชนิดนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ โรคหัวใจที่มีทางติดต่อที่ผิดปกติและเนื่องจากแรงดันเลือดในหัวใจซีกซ้ายสูงกว่าแรงดันเลือดในหัวใจซีกขวา เลือดแดงบางส่วนจึงไหลลัดวงจรจากหัวใจซีกซ้ายไปยังหัวใจซีกขวา (Left to right shunt) เข้าสู่ระบบไหลเวียนของปอด ดังนั้น ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายจึงลดลง ที่พบบ่อยได้แก่ ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องบน (Atrial septal defect) ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องล่าง (Ventricular septal defect) เป็นต้น โรคหัวใจชนิดไม่เขียวอีกประการหนึ่ง ได้แก่ โรคหัวใจที่มีการตีบแคบของทางเดินโลหิต (Stenotic lesions) ทำให้การไหลเวียนของโลหิตไม่สะดวก เป็นผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ ที่พบบ่อยได้แก่ หลอดเลือดเอออร์ตาตีบ (Coarctation of aorta) เป็นต้น (บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และ ม.ร.ว.จันทรวรรณ 2522 : 1211 , วันดี สี่เลศวรารวงศ์ 2524 : 392 ; วันดี สี่เลศวรารวงศ์ และ กัญญา ทศนสุวรรณ 2531 : 141)

อาการทางคลินิกที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการทางคลินิกที่พบบ่อยได้แก่

1. อาการเขียว (Cyanosis) เป็นสีคล้ำที่ปรากฏบนผิวหนัง ในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีอาการเขียว 2 ลักษณะ คือ 1) อาการเขียวทั่วตัว (Central cyanosis) เกิดขึ้นเนื่องจากเลือดที่ออกจากหัวใจซึ่งจะไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีปริมาณออกซิเจนจำนวนน้อย แต่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจปกติ อาการเขียวทั่วตัวพบในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเลือดไหลลัดวงจรจากหัวใจขวาไปยังหัวใจซ้าย 2) อาการเขียวของอวัยวะส่วนปลาย (Peripheral cyanosis) ซึ่งมักพบอาการเขียวตามปลายมือ ปลายเท้า ใบหน้าริมฝีปาก เกิดขึ้นเนื่องจากปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจเพื่อจะไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง แต่ปริมาณออกซิเจนในเลือดปกติ พบอาการเขียวชนิดนี้ในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีการตีบแคบของทางเดินโลหิต และพบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย (วนิดา เสนะสุทธิพันธ์ 2538: 13, King 1975: 89)

2. อาการเหนื่อยง่าย เกิดขึ้นเนื่องจากร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นผลมาจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้น้อยลง หรือการมีออกซิเจนในเลือดต่ำ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ ในเด็กเล็ก ๆ สังเกตอาการนี้ได้จากอาการเหนื่อยหอบขณะนอน แต่ในเด็กโตขึ้นมาอาจเหนื่อยหอบขณะออกกำลังกาย หรือหากเป็นมาก ๆ อาจเหนื่อยหอบขณะอยู่เฉย ๆ (บุษยชอบ พงษ์พาณิชย์ และ ม.ร.ว.จันทรวินวัตร เกษมสันต์ 2522: 1204) ในบางครั้งถ้าผู้ป่วยออกกำลังกายมากเกินไป ร่างกายต้องใช้ออกซิเจนมากขึ้น จะส่งผลให้สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจะมีอาการเป็นลม (Syncope) ซึ่งเป็นการสูญเสียความรู้สึกไปชั่วขณะ อาการดังกล่าวจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทันที่ทันใด และจะหายไปได้อีกใน 2-5 นาที (วนิดา เสนะสุทธิพันธ์ 2538: 9)

3. การเจริญเติบโตช้า (Failure to thrive) ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มักจะมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ นั่นคือมีน้ำหนักและส่วนสูงน้อยกว่าปกติ จากการศึกษาของ The New England Regional Infant Cardiac Program พบว่า เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งมีอายุระหว่าง 5.5-6.5 ปี มีความสูงและน้ำหนักต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 15 ถึงร้อยละ 69 และ 72 ตามลำดับ ซึ่งภาวะการเจริญเติบโตช้ามีสาเหตุมาจากความผิดปกติของการสูบฉีดเลือดออกจากหัวใจ ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน (Cellular hypoxia) ส่งผลให้เนื้อเยื่อ

ตามที่ต่าง ๆ มีการเจริญไม่ดี และเป็นวัฏจักรทำให้ความอยากรับประทานอาหารลดลง (จารุพิมพ์ สูงสว่าง และอภิชาติ นานา 2538: 418) และผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มักจะมี อาการเหนื่อยง่าย ทำให้รับประทานอาหารได้น้อย ในผู้ป่วยบางคนที่มีความหิวจาง การจำกัด กลืน ทำให้ผู้ป่วยต้องรับประทานอาหารจืด ผู้ป่วยจึงรับประทานอาหารได้น้อยกว่าที่ควร (อุมาพร สุทัศน์วรวิ 2531: 108-109) และการติดเชื้อในร่างกายบ่อย ๆ ทำให้สมรรถภาพในการดูดซึม อาหารลดลง (Rosenthal and Castaneda 1975: 27) นอกจากนี้ อัตราการเผาผลาญ (Basal metabolism rate) ของร่างกายยังสูงกว่าปกติ เนื่องจากการสะสมไขมันในร่างกาย มีน้อย ส่งผลให้ร่างกายเพิ่มอัตราการเผาผลาญเพื่อให้อวัยวะสำคัญในร่างกาย เช่น หัวใจและ สมองทำงานได้ (Gidding and Rosenthal 1984: 1369)

4. การเต้นของหัวใจผิดปกติ เนื่องจากความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจ ทำให้ การทำงานของหัวใจผิดปกติ เช่น หัวใจเต้นเร็วเกินไป (Tachycardia) หัวใจเต้นช้าเกินไป (Bradycardia) หรือหัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ (Arrhythmia) (บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และ ม.ร.ว. จันทรนิวัตร เกษมสันต์ 2522: 1204)

5. เหนื่อยออกมาก เนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอัตราการเผาผลาญ ของร่างกายสูงกว่าปกติ จึงทำให้มีเหงื่อออกมาก (จารุพิมพ์ สูงสว่าง และอภิชาติ นานา 2538: 415) ในผู้ป่วยที่มีความหิวจาง จะยังมีเหงื่อออกมากขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการทำงานเพิ่มขึ้น ของระบบประสาทอัตโนมัติเห็นได้ชัดที่บริเวณศีรษะทำให้ผิวหนังเย็นขึ้น (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร และอภิชาติ นานา 2536: 147)

6. ภาวะที่มีเม็ดเลือดแดงในร่างกายมากกว่าปกติ (Polycythemia) หมายถึง ภาวะ ที่มีระดับฮีมาโตคริต (Hematocrit) มากกว่า 55% ภาวะนี้พบในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ชนิดเขียว เนื่องจากภาวะขาดออกซิเจน (Hypoxia) เรื้อรัง ซึ่งจะกระตุ้นให้ไขกระดูกสร้าง เม็ดเลือดแดงออกมามากกว่าปกติเพื่อที่จะนำออกซิเจนไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้อย่าง เพียงพอ (จุล ทิสิยากร 2536: 88)

7. นิ้วมือนิ้วเท้าปูด (Clubbing of fingers and toes) อาการนี้พบในผู้ป่วย เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว นิ้วมือนิ้วเท้าของผู้ป่วยมีลักษณะคล้ายไม้ตีกลอง เกิด จากภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง ทำให้มีการเพิ่มของจำนวนหลอดเลือดฝอย เพื่อให้มีเลือดไปเลี้ยง บริเวณนิ้วมือนิ้วเท้ามากขึ้น และเกิดการหนาตัว (Hypertrophy) ของเนื้อเยื่อบริเวณนิ้วมือนิ้ว เท้า (วนิดา เสนะสุทธิพันธ์ 2538: 14)

8. การนั่งยอง ๆ (Squatting) เป็นอาการที่พบได้ในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่มีทางติดต่อที่ผิดปกติทำให้เลือดไหลกลับจากร่างกายจากหัวใจซีกขวาไปยังหัวใจซีกซ้าย การนั่งยอง ๆ จะช่วยลดการไหลกลับของเลือดดำ (Systemic venous return) และเพิ่มความต้านทานของระบบไหลเวียนส่วนปลาย (Peripheral systemic arterial resistance) ทำให้เลือดดำไหลกลับเข้าสู่หัวใจน้อยลงและเลือดดำไหลจากหัวใจซีกขวาไปยังซีกซ้ายน้อยลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเหนื่อยหอบน้อยลง

9. ภาวะขาดออกซิเจนฉับพลัน (Anoxic spells) เป็นกลุ่มอาการที่พบในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว โดยเฉพาะโรคความผิดปกติ 4 ประการของฟาลโลท (Tetralogy of Fallot) เป็นภาวะที่สมองขาดออกซิเจน (Brain anoxia) อย่างฉับพลัน มักเกิดอาการภายหลังมีกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การดูดนม การรับประทานอาหาร การร้องไห้ การเล่นและออกกำลังกาย หรือการถ่ายอุจจาระ เป็นต้น หรือบ่อยครั้งก็เกิดขึ้นหลังตื่นนอน เริ่มด้วยผู้ป่วยจะมีอาการกระสับกระส่าย ร้องกวน มีสีผิวคล้ำขึ้น หายใจเร็วลึก สลับกับหยุดหายใจเป็นพักๆ ถ้าหากไม่ได้รับการช่วยเหลือผู้ป่วยจะมีอาการเขียวมากขึ้น อ่อนเพลีย หดสติ ชัก และเสียชีวิตได้ อาการขาดออกซิเจนฉับพลัน เกิดขึ้นเนื่องจากการเพิ่มของ catecholamine ซึ่งทำให้หัวใจบีบแรงเป็นผลให้เนื้อเยื่อ (Pulmonic infundibulum) ซึ่งอยู่ใต้ลิ้นปี่ (Pulmonic valve) เกิดการตีบตัน เลือดจากหัวใจห้องล่างขวาจึงไหลไปอุดตันน้อยลง ความดันในหัวใจห้องล่างขวาส่งขึ้น จึงทำให้เกิดภาวะเลือดไหลกลับจากร่างกายจากหัวใจซีกขวาไปยังหัวใจซีกซ้าย ซึ่งจะทำให้ความอิ่มตัวของออกซิเจนในหลอดเลือดแดงลดลง ผู้ป่วยมีภาวะขาดออกซิเจน และเกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) ซึ่งจะไปกระตุ้นศูนย์การหายใจ ทำให้หายใจเร็วขึ้น ความต้านทานของระบบไหลเวียนลดลงทันที ทำให้เลือดดำไหลเข้าสู่หัวใจห้องบนขวามากขึ้น เมื่อรวมกับการใช้ออกซิเจนมากขึ้นของกล้ามเนื้อขณะหายใจเร็ว ยิ่งทำให้เกิดอาการเขียวและขาดออกซิเจนมากขึ้น (ชุมพล วงศ์ประทีป 2535: 310, วนิดา เสนะสุทธิพันธ์ 2538: 10-11)

10. ภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่สำคัญ ได้แก่

10.1 การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Respiratory infection) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักจะมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่ายและบ่อย เช่น เป็นหวัดหรือปอดอักเสบ (Pneumonia) ทั้งนี้เนื่องจากความผิดปกติของหัวใจ เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีเลือดไหลกลับจากร่างกายจากหัวใจซีกขวาไปยังหัวใจซีกขวา เลือดจึงไหลไปอุดตันมากขึ้น ทำให้มีการคั่งของเลือดในปอด เนื้อที่แลกเปลี่ยนออกซิเจนจึงลดลง ซึ่งมีผลทำให้ประสิทธิภาพ

การทำงานของปอดลดลง และง่ายต่อการติดเชื้อและการเจริญเติบโตของเชื้อโรค (วนิดา เสนะสุทธิพันธ์ 2538: 23)

10.2 ความดันโลหิตในปอดสูง (Pulmonary hypertension) พบในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดไหลล้นตรงจากหัวใจซ้ายไปยังหัวใจขวา ทำให้เลือดไหลเวียนไปสู่ปอดมากขึ้น จึงมีการคั่งของเลือดในปอด ส่งผลให้แรงต้านทานของหลอดเลือดปอดสูงขึ้น (วันดี สีสวรรวศ์ 2524: 401)

10.3 การติดเชื้อที่เยื่อหัวใจ (Infective endocarditis) หัวใจที่มีความผิดปกติของเยื่อหัวใจ (Endocardium) เช่น มีทางติดต่อที่ผิดปกติ (Shunt defect) หรือลิ้นหัวใจที่อักเสบหนา เมื่อถูกกระทบกระแทกจากกระแสเลือดอยู่ตลอดเวลา จะทำให้เนื้อเยื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง และเนื้อเยื่อพังผืดก็จะหนาขึ้น ถ้ามีเชื้อแบคทีเรียในกระแสเลือดเป็นครั้งคราว หรือมีการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) ขึ้น เนื้อเยื่อพังผืดที่หนาผิดปกติอยู่แล้วนั้นจะเป็นจุดเริ่มต้นสำหรับเชื้อโรค ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อหัวใจขึ้น (บุษยชอบ พงษ์พาณิชย์ และ ม.ร.ว.จันทรวินัย เกษมสันต์ 2522: 1265)

10.4 การแข็งตัวของเลือดในหลอดเลือด (Thrombosis) เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีฮีมาโตคริตสูงมาก ๆ เนื่องจากเม็ดเลือดแดงในร่างกายเพิ่มขึ้น ทำให้เลือดหนืดไหลช้าและเกิดการแข็งตัวขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดปอดได้ง่าย และถ้าเกิดภาวะนี้กับเส้นเลือดในสมอง ผู้ป่วยจะมีอาการชักและเป็นอัมพาตได้ (วันดี สีสวรรวศ์ 2524: 402, วนิดา เสนะสุทธิพันธ์ 2538: 14)

10.5 ภาวะหัวใจวาย (Congestive heart failure) เป็นภาวะผิดปกติที่เกิดจากการที่หัวใจไม่สามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้เพียงพอกับความ ต้องการ ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย เนื่องจากความผิดปกติของหัวใจทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นเพราะปริมาณเลือดเกินกำลัง (Volume overload) หรือต้องเพิ่มแรงเกินกำลัง (Pressure overload) นอกจากนี้อาจมีพยาธิสภาพที่กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานของหัวใจลดลง ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดบางรายอาจเกิดภาวะหัวใจวายได้หลาย ๆ ครั้ง ขึ้นอยู่กับความรุนแรงและชนิดของโรค ภาวะหัวใจวายแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ 1) หัวใจซีกขวายวาย (Right-side failure) อาจเกิดได้จากความผิดปกติของหัวใจห้องล่างขวา ทำให้หัวใจห้องล่างขวายไม่สามารถบีบเลือดออกสู่หลอดเลือดแดงปัลโมนารี (Pulmonary artery) ได้เต็มที่ ทำให้มีการคั่งของเลือดในหัวใจ

ใจห้องล่างขวา ส่งผลให้หัวใจห้องล่างขวามีความดันสูงขึ้น จึงทำให้เลือดจากหัวใจห้องบนขวา ไหลลงมาหัวใจห้องล่างขวาไม่ได้เต็มที่ ทำให้มีการคั่งของเลือดในหัวใจห้องบนขวา และส่งผลให้หัวใจห้องบนขวามีความดันสูงขึ้นด้วย ทำให้เลือดคั่งไหลกลับเข้าหัวใจไม่ได้เต็มที่ จึงทำให้เกิดการคั่งของเลือดในระบบไหลเวียนมาก โดยเลือดจะคั่งตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่นมีการคั่งของเลือดในหลอดเลือดค้ำที่คอ ตับ หรืออวัยวะในช่องท้อง ซึ่งจะตรวจพบว่าผู้ป่วยมีหลอดเลือดค้ำที่คอโป่งพอง ตับโต หรือมีน้ำในช่องท้อง (Ascitis) หรือในบางรายที่มีการคั่งของเลือดในหลอดเลือดค้ำส่วนปลายทำให้มีความดันสูงขึ้น จึงคั่งน้ำออกสู่ช่องว่างระหว่างเนื้อเยื่อ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการบวม เช่น บวมที่ขา บวมทั้งตัว 2) หัวใจซีกซ้ายวาย (Left-side failure) อาจพบได้ในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดไหลล้นดวงจรจากซ้ายไปขวา หรือโรคลิ้นหัวใจรั่ว ซึ่งเป็นผลทำให้หัวใจห้องล่างซ้ายไม่สามารถบีบเลือดออกสู่ระบบไหลเวียนได้เต็มที่ ทำให้มีการคั่งของเลือดในหัวใจห้องล่างซ้าย ส่งผลให้หัวใจห้องล่างซ้ายมีความดันสูงขึ้น และหัวใจห้องบนซ้ายจะมีความดันสูงขึ้นด้วย ทำให้เลือดแดงในปอดไม่สามารถไหลผ่านหลอดเลือดค้ำปอด (Pulmonary vein) ได้ จึงทำให้มีการคั่งของเลือดในหลอดเลือดค้ำปอด และทำให้มีความดันสูงขึ้น ความดันของหลอดเลือดฝอยในปอดจะสูงขึ้นด้วย จึงคั่งน้ำออกสู่ช่องว่างระหว่างเนื้อเยื่อ ทำให้มีการคั่งของน้ำในปอด (Pulmonary edema) เนื้อที่สำหรับการแลกเปลี่ยนอากาศในปอดจึงลดลง ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนบริเวณปอดลดลง (Poor oxygen exchange) ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะขาดออกซิเจน หายใจเร็ว หายใจลำบาก เหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ และมีอาการไอมีเสมหะเป็นฟอง หรือมีเลือดปน (วินดา เสนะสุทธิพันธ์ 2538: 17-18) ภาวะหัวใจวายในเด็กมักเป็นชนิดซีกซ้ายวาย หรือร่วมระหว่างซีกซ้ายและขวา พบน้อยที่เป็นเฉพาะซีกขวาอย่างเดียว ลักษณะสำคัญ 4 ประการ ที่ช่วยในการวินิจฉัยภาวะหัวใจวายในเด็ก ได้แก่ หายใจเร็ว อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ตับโต และหัวใจโต (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร และอภิชาติ นานา 2536: 147)

10.6 ฝีในสมอง (Brain abscess) พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว เนื่องจากภาวะสมองขาดออกซิเจนเรื้อรัง และการติดเชื้อในร่างกายบ่อย ๆ อาการของผู้ป่วยที่เป็นฝีในสมองได้แก่ บวมศีรษะ มีไข้ ชีพ อาเจียน ถ้าเป็นมากอาจหมดสติได้ (ปริชา วิจิตพันธ์ 2523: 103)

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ และอาจเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนนี้ได้ แต่ถ้าสามารถควบคุมอาการของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตได้เช่น

เดียวกับเด็กปกติ และรอรับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของหัวใจในเวลาที่เหมาะสมต่อไป

การรักษา

การรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่สำคัญ ได้แก่

1. การดูแลรักษาทั่วไป โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาค่อนข้างยาวนาน การอธิบายให้บิดามารดาเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรค การดำเนินโรค การปฏิบัติตนที่เหมาะสม และแผนการรักษาเป็นสิ่งที่สำคัญมาก เพราะช่วยให้บิดามารดาคลายความวิตกกังวลและให้ความร่วมมือในการรักษาต่อไป นอกจากนี้บิดามารดาควรดูแลให้เด็กมีชีวิตเช่นเดียวกับเด็กทั่วไปเป็นอันดับแรกและเป็นเด็กป่วยเป็นอันดับสอง (Whaley and Wong 1985: 714) เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตทางร่างกายและสติปัญญาใกล้เคียงกับเด็กปกติ เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ควรได้รับอาหารที่มีประโยชน์ครบทุกหมู่ โดยเฉพาะเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว ควรได้รับอาหารที่มีธาตุเหล็กเพื่อควบคุมให้ระดับฮีมาโตคริตอยู่ระหว่าง 60-65% ซึ่งช่วยให้มีการขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายได้ดี สำหรับเด็กป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย ควรดูแลให้อาหารเคี้ยวและรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร 2534: 6) เนื่องจากเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักจะมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้บ่อย จึงควรหลีกเลี่ยงจากผู้ที่มีการติดเชื้อ และหลีกเลี่ยงชุมชนแออัด ดูแลสุขภาพช่องปากและฟันให้สะอาด ถ้ามีปัญหาในช่องปากควรปรึกษาทันตแพทย์เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มหัวใจและฝีในสมอง นอกจากนี้ควรดูแลให้เด็กได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามสมรรถภาพ และพาเด็กไปพบแพทย์สม่ำเสมอ

2. การผ่าตัด การรักษาให้หายขาดจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักต้องทำการผ่าตัด โดยที่การผ่าตัดแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 2.1) การผ่าตัดแบบบรรเทาอาการ (Palliative surgery) เป็นการผ่าตัดชั่วคราว เพื่อให้ผู้ป่วยสบายขึ้น เช่นการผ่าตัดเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปปอดโดยการต่อระบบหลอดเลือดในร่างกายและระบบหลอดเลือดปอดเข้าด้วยกัน (Systemic to pulmonary shunt) ซึ่งมักทำในผู้ป่วยโรคความผิดปกติ 4 ประการของฟาลโลท (Tetralogy of Fallot) หลังผ่าตัดผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น เหนื่อยและเขียวน้อยลง เมื่อผู้ป่วยโตขึ้นจึงพิจารณาทำการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติทั้งหมด (จุล ทิสยากร 2536: 93) 2.2) การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ (Corrective surgery) เป็นการผ่าตัดที่ช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค เช่น การผ่าตัดเย็บปิดรูที่พิการในผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องบนหรือห้องล่าง (Atrial septal defect or Ventricular septal defect) เป็นต้น ในปัจจุบันความผิดปกติของหัวใจส่วน

ใหญ่สามารถผ่าตัดแก้ไขได้ และผลการผ่าตัดที่ดีขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ดูแล ดังนั้นผู้ป่วยจึงควรได้รับการติดตามตรวจเป็นระยะตามความเหมาะสม (ดวงมณี เลหาพระสิทธิพร 2534: 9)

3. การให้ยา การรักษาด้วยยาที่สำคัญในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้แก่

3.1 การรักษาภาวะหัวใจวาย จุดมุ่งหมายของการให้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ ยาที่ใช้ ได้แก่ Digitalis ซึ่งถือเป็นยาหลักในการรักษาภาวะหัวใจวายในเด็ก ยาไม่มีโครงสร้างแบบสเตียรอยด์ (Steroid) ออกฤทธิ์โดยทำให้อัตราการเต้นหัวใจเพิ่มความแรงและความเร็วในการหดตัว ชนิดของ Digitalis ที่นิยมใช้ ได้แก่ Digoxin ซึ่งมีทั้งชนิดฉีดและชนิดรับประทาน ขนาดของยาที่ใช้ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วย การใช้ยานี้ต้องระมัดระวังอาการข้างเคียงหรือภาวะเป็นพิษจาก Digitalis (Digitalis intoxication) ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ส่วนอาการทางตา เช่น ตามัว มินง พบได้น้อย นอกจากนี้ฤทธิ์ของ Digitalis ยังทำให้หัวใจเต้นช้าลง ดังนั้นควรลดขนาดยาหรือหยุดยา ถ้าพบว่าอัตราการเต้นของหัวใจในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 1 ปี น้อยกว่า 100 ครั้ง/นาที เด็กอายุมากกว่า 1 ปี น้อยกว่า 80 ครั้ง/นาที และเด็กโตน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ในผู้ป่วยบางรายการใช้ Digitalis เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องใช้ยาขับปัสสาวะร่วมด้วย เพื่อลดการคั่งของเกลือและน้ำ ยาออกฤทธิ์โดยลดการดูดกลับเกลือโซเดียมและน้ำที่ไต ยาขับปัสสาวะที่นิยมใช้ในเด็ก ได้แก่ Thiazide (Dichlortide) ให้ในขนาด 2-5 มก./กก./วัน Furosemide (Lasix) ให้ในขนาด 2-3 มก./กก./วัน และ Spironolactone (Aldactone) ให้ในขนาด 1-3.5 มก./กก./วัน ถ้าใช้ Digitalis และยาขับปัสสาวะแล้วผู้ป่วยยังไม่ดีขึ้น แพทย์อาจพิจารณาเพิ่มยาขยายหลอดเลือดและยาที่ช่วยเพิ่มการบีบตัวของหัวใจซึ่งเหมาะสมกับโรคและพยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยแต่ละคน นอกจากการให้ยาแล้ว การรักษาภาวะหัวใจวายยังมีหลักการอื่น ๆ อีก ได้แก่ 1) เพิ่มออกซิเจนแก่เนื้อเยื่อร่างกายโดยการให้ออกซิเจน และลดการใช้ออกซิเจนโดยให้ผู้ป่วยนอนพักบนเตียง ควบคุมอุณหภูมิของร่างกายให้ปกติ รักษาภาวะติดเชื้อ ให้ยานอนหลับในกรณีที่กระวนกระวายมาก 2) งดอาหารเค็ม โดยให้เกลือโซเดียม วันละ 0.5-1 mEq/kg/วัน หรือ 7-12 mEq/L ในรายที่มีอาการหัวใจวายมาก ต้องจำกัดน้ำเหลือวันละ 70 ซีซี/kg. หรือ 750 ซีซี/พื้นที่ผิว 1 ตารางเมตร 3) แก้ไขความผิดปกติทางเมตาบอลิก (Metabolic) ได้แก่ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ แคลเซียมต่ำ แมกนีเซียมต่ำ ภาวะเลือดเป็นกรด เป็นต้น 4) หาดันเหตุและแก้ไข เช่น แก้ไขและควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจให้ปกติ ในกรณีที่ภาวะหัวใจวายนั้นเกิดจากภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ เป็นต้น 5) การผ่าตัด ถ้าให้การรักษาทางยาแล้วได้ผลไม่ดี

เท่าที่ควร ต้องใช้วิธีผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือด สำหรับผู้ป่วยบางคนถ้าควบคุมภาวะหัวใจวายได้ดี ก็อาจไม่ต้องผ่าตัด เช่น ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องล่าง (Ventricular septal defect) เพราะโอกาสที่รูรั่วจะมีขนาดเล็กลงหรือปิดเองสูง ที่ต้องการการผ่าตัดพบเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น (จุล ทิสยากร 2532: 108-113, ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร 2535: 4-9, ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร และอภิชาติ นานา 2536: 145-156)

3.2 การรักษาภาวะขาดออกซิเจนจับพ่น ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวมีโอกาสเกิดอาการขาดออกซิเจนจับพ่น ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ แต่เป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้ สำหรับยาที่ใช้รักษาและป้องกันภาวะขาดออกซิเจนจับพ่น ได้แก่ Propanolol ซึ่งเป็นยาจากพวก Beta adrenergic blocking agent ออกฤทธิ์โดยลดการตีบบริเวณ Infundibulum ของหัวใจห้องล่างขวา ทำให้เลือดไปปอดได้มากขึ้น และยาายังช่วยลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพิ่มความต้านทานของระบบไหลเวียนเล็กน้อย นอกจากนี้ยังช่วยกันการตอบสนองต่อการหายใจเร็วลึก (Hyperpnea) ทำให้ปริมาณเลือดไหลกลับจากหัวใจซีกขวาไปยังหัวใจซีกซ้ายลดลง เมื่อผู้ป่วยเกิดอาการขาดออกซิเจนจับพ่น การรักษาที่เร่งด่วนประกอบด้วย 1) จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่างอเข่าชิดอก (Knee chest position) ซึ่งจะเป็นการเพิ่มความต้านทานในระบบไหลเวียน (Systemic vascular resistance) และลดปริมาณเลือดที่กลับสู่หัวใจ (Systemic venous return) 2) ให้ออกซิเจน เพื่อบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ 3) ในรายที่กระวนกระวายมาก ให้ Morphine เข้าได้ผิวหนังหรือเข้าเส้นเลือดดำ ขนาด 0.1-0.2 มก./กก./ครั้ง เชื่อว่า Morphine ช่วยลดความลึกของการหายใจ เป็นการลดปริมาณเลือดที่กลับสู่หัวใจ ทำให้ปริมาณเลือดไหลกลับจากหัวใจซีกขวาไปยังหัวใจซีกซ้ายน้อยลง 4) ถ้าผู้ป่วยมีอาการอยู่นาน ให้ Sodium bicarbonate 1-2 mEq/kg. เจือจางเข้าเส้นเลือดดำ เพื่อแก้ไขภาวะเลือดเป็นกรด (Metabolic acidosis) 5) ให้ Propanolol ขนาด 0.1-0.2 มก./กก. เจือจางเข้าเส้นเลือดดำ 6) ให้ยาเพิ่มความดันโลหิตในรายที่การรักษาดังกล่าวไม่ได้ผล 7) ในรายที่อาการไม่ดีขึ้น ภายใน 2-3 ชม. อาจพิจารณาผ่าตัดโดยด่วน (Shunt surgery) สำหรับการป้องกันการเกิดภาวะขาดออกซิเจนจับพ่น ได้แก่ การให้ผู้ป่วยรับประทานยา Propanolol ขนาด 1-4 มก./กก./วัน คอยควบคุมให้ระดับฮีมาโตคริต อยู่ระหว่างร้อยละ 60-65% ถ้าชี้ค่ารับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กหรือให้ยาเสริมเหล็ก (จุล ทิสยากร 2536: 92-93, ชุมพล วงศ์ประทีป 2535: 310-311, ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร 2534: 7-9)

จะเห็นได้ว่า ถึงแม้โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการผ่าตัด แต่ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตก่อนที่จะได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติของหัวใจ เนื่องจากเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นเช่น ภาวะหัวใจวาย ภาวะขาดออกซิเจนจับปล้น เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลเด็กซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดาจึงควรดูแลเด็กให้ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง และรอรับการผ่าตัดในเวลาที่เหมาะสมต่อไป

พฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ในภาวะปกติผู้ป่วยมักจะสามารดูแลตนเองได้ ส่วนทารกและเด็กยังต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 23, Orem 1985: 85) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดา จึงต้องทำหน้าที่ดูแลเด็ก เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมอนามัยที่ดี ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลไว้หลายลักษณะ ดังนี้

เมเยอร์รอฟ (Mayeroff 1971: 1) กล่าวว่า การดูแลนั้นมีความสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือให้คนเจริญเติบโตจนถึงระดับที่มีความพอใจของตนเอง

แบลทเนอร์ (Blattner 1981: 10) อธิบายว่า การดูแลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับ ช่วยกันสร้างความเจริญ ความพึงพอใจในชีวิต ช่วยกันยกระดับความมีสุขภาพดี ซึ่งเป้าหมายอยู่ที่การตอบสนองต่อความต้องการได้อย่างสมบูรณ์

ไลนิงเจอร์ (Leininger 1987: 9) อธิบายว่า การดูแลเป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ การสนับสนุนส่งเสริม และการอำนวยความสะดวกให้กับบุคคลหรือกลุ่ม ตามความต้องการที่แสดงออกหรือค้นหาได้ เพื่อสร้างหรือปรับปรุงแนวทางชีวิตและสภาพของมนุษย์

โอเรม (Orem 1991: 361-362) กล่าวถึงการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาว่า หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลซึ่งเป็นผู้ใหญ่ได้ริเริ่มและกระทำให้กับบุคคลที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบ เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต การส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ

จากความหมายข้างต้น บ่งชี้ถึงจุดเน้นของการดูแลว่า เป็นการปฏิบัติเพื่อให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล

โอเรม เป็นผู้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล โดยพัฒนาแนวคิดขึ้นเป็นทฤษฎีการพยาบาลชื่อว่า ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม (Orem's

General Theory of Nursing) โดยประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care Deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) (Orem 1985, 1991) โอเรมได้รวมแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent-care) ไว้ในทฤษฎีการดูแลตนเอง โดยเน้นว่าการดูแลนั้นเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลจงใจกระทำให้กับผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของตน (สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 23; Orem 1985: 84; 1991: 117)

โอเรม กำหนดการดูแลตนเองของเด็กที่พึ่งพาตนเองไม่ได้ ว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ใหญ่ (Orem 1991: 361) ซึ่งจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องของการเจริญเติบโตและระดับพัฒนาการของเด็กแต่ละวัย เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีการพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมความสำเร็จในแต่ละขั้นของการพัฒนาความสามารถของเด็กในการดูแลตนเองต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ในการดูแล ประคับประคอง ชี้แนะ สอน และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมให้กับเด็ก (Orem 1985 อ้างใน วิภา จีระแพทย์ 2533: 222) ก่อนที่ผู้ใหญ่จะลงมือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา บุคคลนั้นจะต้องทราบถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กเสียก่อน (Orem 1985: 88) ในที่นี้คือ มารดาต้องทราบถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อที่จะสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) แบ่งออกเป็น 3 อย่างตามภาวะสุขภาพและระยะพัฒนาการ ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 27-31; Orem 1991: 125-134)

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) การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ และ 6) ส่งเสริมการทบทวนที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-Care Requisites) เป็นการดูแลบุคคลตามระยะของกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในช่วงชีวิตต่าง ๆ รวมทั้งเหตุการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการ อาจเป็นการดูแลโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกัน เพื่อการส่งเสริมพัฒนาการต่าง ๆ กิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่ 1) การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการ ที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่ภาวะในระหว่างที่อยู่ในครรภ์มารดาและการคลอดหรืออยู่ในวัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ วัยชรา และในวัยสูงอายุ 2) การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยการจัดการเพื่อบรรเทาอาการเครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บ การพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการที่จะต้องตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health-Deviation Self-Care Requisites) เป็นการดูแลบุคคลซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากโครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ มีความพิการ หรือจากการวินิจฉัยของแพทย์ กิจกรรมเหล่านี้ ได้แก่ 1) การแสวงหา หรือคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคลากรทางด้านสุขภาพ 2) รับรู้และสนใจถึงอันตรายและผลเสียที่จะเกิดขึ้นอันเป็นผลมาจากการเจ็บป่วย 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และป้องกันพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ 4) รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับความไม่สุขสบายหรือผลข้างเคียงจากการรักษาหรือจากโรค 5) ปรับอัมโนทัศน์และภาพลักษณ์ด้านการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความจำเป็นที่ตนเองจะต้องการความช่วยเหลือเฉพาะจากระบบบริการสุขภาพ และ 6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่

ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า เด็กยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านด้านการเจริญเติบโตและระดับพัฒนาการ โดยเฉพาะเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ย่อมต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง มารดาเป็นบุคคลที่สำคัญในการทาบทบาทของผู้ให้การช่วยเหลือบุตร การดูแลบุตรโดยการควบคุม ดูแล ชี้นำและฝึกหัดให้บุตรทำกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองตามความสามารถของเด็กในแต่ละช่วงอายุ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการส่งเสริมความอยู่รอด ภาวะสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุตรที่อยู่ในความรับผิดชอบ (สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 22-23) พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเป็น

กิจกรรมที่มารดาต้องริเริ่มกระทำด้วยตนเองและกระทำอย่างจริงจัง มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นการเลือกปฏิบัติในสิ่งที่มีความหมายหรือสิ่งที่คาดว่าจะดีกับบุตร เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งจะช่วยควบคุมอาการของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของเด็ก พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลบุตร 3 ด้าน คือ

1. พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป

- 1.1 การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศ อาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
- 1.2 การดูแลเรื่องการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ
- 1.3 การรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเหมาะสม
- 1.4 การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

2. พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

3. พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

- 3.1 การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- 3.2 การรับรู้ สุนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น
- 3.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น
- 3.4 การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้ง 3 ด้าน มีรายละเอียด ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป

เป็นการดูแลเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต (Basic needs) สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ดังนี้

1.1 การดูแลให้ร่างกายได้รับอากาศ อาหารและน้ำอย่างเพียงพอ

1.1.1 อากาศ จากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความผิดปกติของระบบไหลเวียนโลหิต ส่งผลให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ และปริมาณออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าปกติ ทำให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ

ของร่างกายได้รับออกซิเจนน้อย ดังนั้นบิดามารดาจึงควรจัดที่พักอาศัยให้ถูกสุขลักษณะ อากาศถ่ายเทสะดวก เพื่อให้บุตรได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ นอกจากนี้ควรหลีกเลี่ยงการพาบุตรไปในสถานที่ที่มีคนแออัดและอากาศถ่ายเทไม่สะดวก เช่น ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ ตลาดนัด เป็นต้น เพราะจะทำให้บุตรได้รับออกซิเจนน้อยลงกว่าเดิม ซึ่งจะส่งผลให้บุตรมีอาการเหนื่อยมากขึ้น และมีโอกาสติดเชื้อจากผู้อื่นได้ง่าย

1.1.2 อาหารและน้ำ

อาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต มีประโยชน์เพื่อการเจริญเติบโต ซ่อมแซมเนื้อเยื่อส่วนที่สึกหรอ และให้พลังงานแก่ร่างกาย ซึ่งปกติเด็กอายุ 1-6 ปี หรือเด็กวัยก่อนเรียนมีความต้องการพลังงานจากอาหารวันละ 1,200-1,550 แคลอรี โดยควรให้เด็กรับประทานอาหารประเภทต่างๆ ดังนี้ คือ ข้าวหรือแป้งวันละ 2-3 ถ้วย อาหารที่มีโปรตีน 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 มะละกอ หรือส้ม ทุกวัน รับประทานน้ำมันพืชวันละ 1-2 ช้อนโต๊ะ ในรูปของอาหารทอดหรือผัด (วิทยาลัยนวมินทราชูทิศ 2526: 365, เสาวนีย์ จักรพิทักษ์ 2534: 34)

สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้น เนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ทำให้ผู้ป่วยมีการเจริญเติบโตช้า (Gidding & Rosenthal 1984: 1369) ซึ่งภาวะดังกล่าว นอกจากจะทำให้หัวใจทำงานผิดปกติมากขึ้นแล้วยังทำให้ความต้านทานโรคน้อยลง เกิดโรคติดเชื้อบ่อย ในกรณีที่จำเป็นต้องผ่าตัดรักษา จะทำให้ต้องเลื่อนการผ่าตัดออกไป หรือมีภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนอัตราการตายภายหลังการผ่าตัดมากขึ้น (อุมาพร สุทัศนาวุฒิ 2531: 108) ดังนั้นอาหารจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสุขภาพของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพราะการรับประทานอาหารครบทุกประเภทและมีคุณค่าทางอาหารอย่างเพียงพอ จะทำให้ร่างกายแข็งแรง เจริญเติบโต และมีภูมิคุ้มกันโรค เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักจะรับประทานอาหารได้น้อยเนื่องจากภาวะของโรค มารดาควรจะต้องดูแลให้เด็กได้รับอาหารที่มีประโยชน์และครบทุกประเภทอย่างเพียงพอ และควรให้รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็ก ได้แก่ ตับ ไข่แดง เลือดหมู เลือดไก่ เพื่อป้องกันภาวะซีด ซึ่งจะทำให้การขนส่งออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายไม่เพียงพอ (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร 2534: 8) นอกจากนี้ควรให้ผู้ป่วยรับประทานผักและผลไม้มาก ๆ เพราะนอกจากจะเป็นสารอาหารที่มีวิตามินและเกลือแร่แล้วยังช่วยในการขับถ่ายด้วย ในผู้ป่วยเด็ก

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ต้องควบคุมภาวะหัวใจวาย ต้องจำกัดปริมาณโซเดียมในอาหารให้เหลือเพียง 2-3 mEq/kg./วัน เพื่อลดการสะสมของน้ำและโซเดียมในร่างกาย (จารุพิมพ์สูงสว่างและอภิชาติ นานา 2538: 416) ดังนั้นจึงควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารรสจืด โดยในการประกอบอาหารให้ผู้ป่วยไม่ควรใส่เกลือ น้ำปลา ซีอิ้ว ซอสปรุงรส ผงชูรส และผงฟู นอกจากนี้ควรแนะนำให้อาหารที่ใช้เกลือหรือผงฟูเป็นองค์ประกอบ เช่น อาหารกระป๋อง ของหมักดอง ขนมปัง ขนมขบเคี้ยวต่างๆ เป็นต้น แต่การรับประทานอาหารรสจืด อาจจะทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย มารดาอาจเตรียมสารปรุงแต่งรสอาหารที่ไม่มีรสเค็ม เช่น มะนาว น้ำตาล หรือกวน สำหรับผู้ป่วยเด็กมีขนาดรับประทานเพื่อส่งเสริมให้อาหารมีรสชาติยิ่งขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ มีโอกาสสูญเสียโปรตีสเทียมออกมากับปัสสาวะ จึงควรดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานผักและผลไม้ที่มีโปรตีสเทียมสูง ได้แก่ กล้วย ส้ม น้ําอุ่น น้ําลูกพรุน ถั่วฝักยาว แครอท มะเขือเทศ รวมทั้งนมด้วย (วินิตา เสนาะสุทธินันท์ 2534: 20-21) สำหรับน้ำดื่มที่ให้แก่เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่สุขภาพแข็งแรง ตีไม่จำกัดน้ำดื่ม มารดาควรดูแลให้เด็กดื่มน้ำอย่างเพียงพอ โดยทั่วไปเด็กควรได้รับน้ำวันละ 1 ซีซี ต่ออาหาร 1 แคลอรี ดังนั้นเด็กวัยก่อนเรียนจึงควรได้รับน้ำวันละ 5-6 แก้ว การได้รับน้ำอย่างเพียงพอจะช่วยในการขับถ่ายและช่วยให้ผิวพรรณชุ่มชื้นด้วย (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์ 2534: 33) ส่วนในรายที่มีอาการบวมหรือภาวะหัวใจวายอย่างรุนแรง จึงจำกัดน้ำดื่มที่เหลือวันละ 70 ซีซี ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือ 750 ซีซี ต่อพื้นที่ผิวกาย 1 ตารางเมตร (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร 2535: 4)

1.3 การรักษาความสัมพันธ์ระหว่างการพักผ่อนและการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

1.3.1 การพักผ่อน การพักผ่อนคือ การที่ร่างกายและจิตใจได้ผ่อนคลาย

ความตึงเครียด ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น การนอนหลับ การทำงานอดิเรก การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ การพักผ่อนโดยการนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพราะช่วยให้ร่างกายได้ฟื้นฟูสภาพ สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้น จากการที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของระบบไหลเวียน ทำให้ปริมาณออกซิเจนที่ไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายน้อยกว่าปกติ จึงควรให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการพักผ่อนเพื่อให้อวัยวะต่างๆ ของร่างกายทำงานน้อยลง ซึ่งจะช่วยลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย โดยดูแล้วให้เด็กนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอเหมาะสมกับอายุของเด็ก ซึ่งเด็กวัยก่อนเรียนควรนอนกลางวันประมาณ 10-12 ชั่วโมง และนอนกลางคืนประมาณ 1-2 ชั่วโมง (ปริยา เกตุทัต 2527: 276) ดังนั้นมารดาจึงควรดูแลให้บุตรนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอประมาณวันละ 10-12 ชั่วโมง

1.3.2 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายและเล่นเป็นสิ่งที่มีความประโยชน์

และเป็นกิจกรรมที่สำคัญสำหรับเด็กทุกวัย เพราะการออกกำลังกายจะช่วยพัฒนาทางด้านร่างกาย ทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงและมีขนาดโตขึ้น ช่วยให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวที่คล่องแคล่วว่องไวมากขึ้น ช่วยกระตุ้นการทำงานของอวัยวะต่างๆ เกือบทุกระบบในร่างกาย และเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียด นอกจากนี้การออกกำลังกายหรือการเล่นยังช่วยส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการทางด้านอารมณ์และสังคมที่ดี ทำให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มเพื่อน เรียนรู้การอยู่ร่วมกันและการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น และกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์และจินตนาการของเด็กด้วย (ปริยา เกตุทัต 2527: 295) ดังนั้นจึงไม่ควรจำกัดกิจกรรมของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ควรปล่อยให้เด็กได้ออกกำลังกายหรือเล่นเหมือนเด็กปกติเท่าที่ความสามารถของเด็กป่วยจะทำได้ถ้าเด็กไม่มีอาการของโรครุนแรง แต่ไม่ควรให้เด็กเล่นกีฬาหนัก แข่งขันหรือใช้กำลังมาก เช่น การวิ่งไล่จับ การปีนป่าย การกระโดดโลดเต้น เป็นต้น (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร 2534: 6) เพราะการออกกำลังกายที่ใช้กำลังมาก จะทำให้ความต้องการในการใช้ออกซิเจนมากขึ้นตามไปด้วย ซึ่งจะส่งผลให้เด็กมีอาการเหนื่อยหอบได้ สำหรับเด็กป่วยที่มีอาการของโรครุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อน การออกกำลังกายหรือการเล่นจะต้องอยู่ภายใต้คำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

นอกจากนี้การคาดหวังคอยสังเกตอาการของบุตรในขณะที่เล่นหรือออกกำลังกาย ถ้าหากเด็กรู้สึกเหนื่อย ควรให้หยุดพักทันที มิฉะนั้นอาจเกิดอันตรายแก่เด็กได้ (รัชนิ ศรีสวัสดิ์ 2520: 44)

1.4 การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

1.4.1 การป้องกันการติดเชื้อ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายโดยเฉพาะการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากการคั่งของน้ำในปอด ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของปอดลดลง ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ป่วยหรือโรคติดเชื้ออื่น ๆ และมารดาไม่ควรพาเด็กไปในชุมชนแออัดบ่อยเกินไป (วันดี สีเสศวรารวงศ์ 2524: 405) เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมักจะทำให้เกิดอาการของโรคหัวใจรุนแรงขึ้น นอกจากนี้มารดาควรดูแลให้บุตรได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดควรได้รับการดูแลในเรื่องความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเด็กโรคนี้มักจะมีเหงื่อออกมากกว่าปกติ ซึ่งมีโอกาสติดเชื้อที่ผิวหนังได้ง่าย มารดาจึงควรดูแลเรื่องความสะอาดร่างกายของบุตรเป็นอย่างดี โดยการอาบน้ำทุกวันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง นอกจากนี้ควรดูแลความสะอาดของเสื้อผ้า ของใช้ส่วนตัวของบุตร เพื่อจัดสิ่งแวดล้อม ป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ

การดูแลความสะอาดช่องปากและฟันเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพราะการอักเสบภายในช่องปากหรือมีฟันผุ ทำให้มีแบคทีเรียในกระแสเลือดส่งผลให้เกิดการติดเชื้อที่เยื่อหัวใจได้ (Gidding & Rosenthal 1984: 1373) ดังนั้นมารดาจึงควรดูแลรักษาและทำความสะอาดช่องปากและฟันของเด็กป่วย โดยการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าและก่อนนอน และควรบ้วนปากหรือแปรงฟันภายหลังรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสะสมของเศษอาหารที่จะเป็นแหล่งของแบคทีเรีย โดยในเด็กเล็กมารดาควรเป็นผู้กระทำให้เด็ก ส่วนในเด็กโตมารดาควรเอาใจใส่ดูแลให้เด็กทำความสะอาดช่องปากและฟันของตนเองอย่างสม่ำเสมอและถูกวิธี นอกจากนี้ควรพานบุตรไปพบทันตแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพฟันทุก 6 เดือน หรือถ้าพบว่ามีฟันผุแม้เพียงเล็กน้อย ก็ควรพานบุตรไปพบทันตแพทย์ทันที ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ถ้ามีความจำเป็นต้องถอนฟัน ต้องแจ้งให้ทันตแพทย์ทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อว่าทันตแพทย์จะได้ให้ยาปฏิชีวนะในการป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อหัวใจ (Price 1980: 389, ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร 2535: 1)

นอกจากนี้ควรพาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไปรับการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรคหัดเยอรมัน เนื่องจากการติดเชื้อต่าง ๆ ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักจะก่อให้เกิดความรุนแรงมากกว่าปกติ (วิโรจน์ สืบหลินวงศ์ 2528: 190) การให้วัคซีนจะทำให้เช่น

เดียวกับเด็กปกติ โดยปกติเด็กวัยก่อนเรียนจะได้รับวัคซีน คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก และโปลิโอ มาตั้งแต่วัยทารก เมื่อเด็กอายุประมาณ 4-6 ปี ควรได้รับการฉีดกระตุ้นครั้งที่ 2 (ปรียา เกตุทัต 2527: 275)

1.4.2 การป้องกันอุบัติเหตุ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดวัยก่อนเรียนมี โอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เนื่องจากความซุกซนตามวัยของเด็ก ดังนั้นการดาจึงต้องคอยดูแล เลือกรชนิดของการเล่นหรือการทำกิจกรรมที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และดูแลจัดสภาพแวดล้อม ให้นำสิ่งของที่ช่วยส่งเสริมให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย เช่น เก้าอี้ของมีคม ยา หรือสารเคมีไว้ในที่มิดชิด และอธิบายให้เด็กเข้าใจถึงการป้องกันอุบัติเหตุ

2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

เด็กเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะส่งผลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กอย่างมาก จากพยาธิสภาพของโรคทำให้เด็กโรค หัวใจพิการแต่กำเนิดมีการเจริญเติบโตช้า แต่โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่มีผลต่อสติปัญญาของเด็ก เด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยไม่ได้มีความผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย จะมีสติปัญญาเป็น ปกติหรือใกล้เคียงปกติ ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการใกล้เคียง เด็กปกติให้มากที่สุด โดยการตอบสนองความต้องการตามพัฒนาการของเด็ก

พัฒนาการที่สำคัญของเด็กวัยก่อนเรียน ได้แก่ (ปรียา เกตุทัต 2527: 265; เพ็ญศรี พิชัยสนธิ์ 2526: 263-265)

1. มีความสมดุลของร่างกายในเรื่องเกี่ยวกับการรับประทานอาหารได้เอง การ เรียนรู้ที่จะควบคุมการขับถ่าย การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอตามที่ร่างกายต้องการ

2. มีการทรงตัว การเคลื่อนไหวของร่างกายได้อย่างคล่องแคล่วและสัมพันธ์กันดี มีความชำนาญของร่างกายมีมากขึ้น ชอบการปีนป่าย กระโดด วิ่ง และมีความชำนาญในการใช้มือ มากขึ้น เช่น การติดกระดุม วาดรูป ระบายสี เป็นต้น

3. ด้านสังคม รู้จักให้ รู้จักรับ รู้ระเบียบและระบบในครอบครัวของตนเอง และรู้ จักเปรียบเทียบความแตกต่างกับครอบครัวอื่น มีการปรับปรุงตัวเองในการแสดงออก เพื่อให้เข้ากัน ได้กับคนอื่น รู้จักประพฤติตนให้เหมาะสม

4. รู้จักแยกเพศหญิงและชาย และรู้ความแตกต่างระหว่างเพศได้

5. มีพัฒนาการทางอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปตามประสบการณ์ สามารถควบคุมอารมณ์ ตนเองได้ เมื่อได้รับความผิดหวัง หรือต้องรอคอย เป็นต้น

6. มีการเรียนรู้ถึงสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่าง ๆ เช่น ไฟสูง ไฟ ป่อน้ำ คนแปลกหน้า เป็นต้น และรู้จักรับความช่วยเหลือเมื่ออยู่นอกเหนือความสามารถของตน

7. รู้จักมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์และรู้จักรับผิดชอบ

8. มีความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นได้มากขึ้น เนื่องจากพูดได้และเข้าใจภาษาได้มากขึ้น เข้าสังคมได้ มีการเรียนรู้ที่จะสร้างสัมพันธ์กับบิดามารดา พี่น้อง และบุคคลอื่น

9. เริ่มมีความคิดรวบยอดง่าย ๆ เกี่ยวกับความจริงทางสังคมและทางกายภาพ ดังนั้นบิดามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กจึงควรให้การอบรมเลี้ยงดูโดยจัดสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ที่เหมาะสมสำหรับเด็ก โดยควรให้การดูแลเด็กอย่างสอดคล้องกับพัฒนาการตามวัยของเขา เพื่อให้พัฒนาการของเด็กเป็นไปตามวัย ดังต่อไปนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย บิดามารดาและผู้ดูแลเด็กควรปล่อยให้เด็กได้วิ่งเล่นในที่กว้าง ร่มรื่นและปลอดภัยทุกวัน แต่ควรระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ เช่น หกล้ม หรือตกจากที่สูง นอกจากนี้ควรให้เด็กมีการฝึกใช้นิ้วมือในการวาดภาพ ระบายสี ปั้นดินน้ำมัน เป็นต้น และควรกระตุ้นและให้กำลังใจเด็กในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การช่วยเหลืองานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ เท่าที่เด็กจะสามารถทำได้ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ทดลองทำสิ่งต่าง ๆ อย่างอิสระ ผู้ใหญ่ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยวมากนัก ควรให้ความช่วยเหลือและแนะนำอยู่ห่าง ๆ เพื่อให้เด็กเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และเกิดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Price 1980: 390) นอกจากนี้มารดาควรชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงของบุตรประมาณเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็ก รวมทั้งจะได้ทราบว่าเด็กมีอาการผิดปกติหรือไม่ เช่น อาการบวม เป็นต้น การชั่งน้ำหนักควรชั่งงานตอนเช้าก่อนรับประทานอาหาร และชั่งในเวลาเดียวกันทุกครั้ง (รัชณี ศรีवासดี 2520: 41, อุมพร สุทัศน์วรวิ 2531: 109)

2. พัฒนาการทางภาษา เพื่อให้เด็กได้มีการพัฒนาทางภาษาที่ดี ควรเปิดโอกาสให้เด็กได้พูด ฟังและอ่าน โดยการชวนเด็กพูดคุย เล่านิทานหรืออ่านหนังสือให้ฟัง (ปรีญา เกตุทัต 2527: 291)

3. พัฒนาการทางอารมณ์และสังคม สำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอารมณ์รุนแรงหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว เอาแต่ใจตนเอง หงุดหงิดง่าย ซึ่งพบมากในเด็กวัยก่อนเรียนอายุตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป เมื่อเด็กแสดงพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ดังกล่าว บิดามารดา

หรือผู้เลี้ยงดูไม่ควรให้ความสนใจมากนัก ยกเว้นพฤติกรรมก้าวร้าวที่ก่อให้เกิดอันตราย เช่น การทำลายของ การทำร้ายตนเอง เพราะถ้าผู้ใหญ่ให้ความสนใจในพฤติกรรมดังกล่าว เด็กจะเกิดการเรียนรู้ว่าการแสดงพฤติกรรมเช่นนั้นสามารถเรียกร้องความสนใจหรือทำให้ตนเองได้ในสิ่งที่ต้องการ จะทำให้เด็กแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวทุกครั้งเพื่อเด็กมีความต้องการสิ่งใด ควรจะให้ความสนใจเมื่อเด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมเท่านั้น เพื่อให้เด็กได้รับทราบถึงทิศทางของพฤติกรรมที่ควรทำต่อไป (พรณี ชูทัยเจนจิต 2530: 151)

นอกจากนี้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอาจเกิดความเครียดจากการที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว บิดามารดาควรให้การปลอบโยน ให้กำลังใจหรืออยู่ดูแลเด็กเมื่อเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะช่วยบรรเทาหรือขจัดภาวะเครียดต่าง ๆ ที่เกิดกับเด็กได้

สำหรับการส่งเสริมพัฒนาการด้านสังคมนั้นทำได้โดยการสนับสนุนให้เด็กได้มีกิจกรรมหรือเล่นกับกลุ่มเพื่อน พี่ หรือน้อง เป็นการส่งเสริมให้เด็กรู้จักการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการปรับตัวต่อการอยู่รวมกันในกลุ่ม (Clare 1985: 221)

4. พัฒนาการทางสติปัญญาและความคิด เด็กวัยก่อนเรียนมีการเรียนรู้โดยอาศัยการรับรู้จากประสาทสัมผัสเป็นส่วนใหญ่วิธีการจินตนาการบ้าง การคิดหาเหตุผลของเด็กยังจำกัดโดยจะยึดกับการรับรู้ จึงจำเป็นต้องจัดประสบการณ์การเรียนรู้เพื่อฝึกทักษะในการใช้ประสาทสัมผัสต่าง ๆ และส่งเสริมการเล่นที่กระตุ้นให้เด็กรู้จักสังเกตและใช้เหตุผล เช่น การถ่ายภาพ หัดเขียน หนังสือ วาดภาพ การเรียนรู้โดยการกระตุ้นให้เด็กคิด เป็นต้น (อรพรรณ ลืออนุวัชชัย 2534: 163) นอกจากนี้เด็กวัยก่อนเรียนนี้ยังเป็นวัยที่ช่างซักช่างถาม บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กควรมีความอดทนในการตอบคำถามหรือให้คำแนะนำเด็กให้เข้าใจ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เด็กมีแนวโน้มที่จะค้นคว้า สืบรวจ และมีความคิดริเริ่มเป็นของตนเอง

3. พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นตามภาวะเปี่ยงเบนของสุขภาพ

เมื่อเด็กป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด บิดามารดาควรให้การดูแลบุตรดังนี้

3.1 การแสวงหา และคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยบิดามารดาควรเข้ารับฟังการสอนสุขภาพหรือซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของบุตร ได้แก่ สาเหตุ อาการ การรักษา ความรุนแรงของโรค รวมทั้งวิธีการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่เหมาะสม เพื่อจะได้ทราบและเข้าใจเกี่ยวกับความ

เจ็บป่วยของบุตร

3.2 การรับรู้ สุนัข และดูแลผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น มารดาควรจะได้รับรู้และให้ความสนใจต่อการป้องกันและควบคุมผลที่เกิดจากการเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับบุตร โดยจะต้องรู้จักสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ เช่น สังเกตอัตราการหายใจ หรืออัตราการเต้นของหัวใจของเด็กป่วยว่าเพิ่มขึ้นหรือต่ำกว่าภาวะปกติ สังเกตสีผิวกาย ริมฝีปาก เล็บมือ เล็บเท้า เพื่อดูภาวะช็อคหรือเขียว ในกรณีเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีสีผิวกายเขียวอยู่แล้ว มารดาต้องสังเกตดูว่าเด็กมีอาการเขียวเพิ่มขึ้นหรือไม่ ดูว่าเด็กมีอาการไอ ไอ จาม เจ็บคอหรือไม่ ซึ่งเป็นอาการเริ่มแรกของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจซึ่งพบบ่อยที่สุด และควรสังเกตอาการบวม หายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ ซึ่งเป็นอาการของภาวะหัวใจวาย นอกจากนี้ยังมีอาการอื่น ๆ ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น เหงื่อออกมาก รับประทานอาหารได้น้อย ถ้าหากผิดปกติมารดาจะสังเกตได้จากการที่บุตรเปลี่ยนแปลงจากภาวะเดิม นั่นคือ เหงื่อออกเพิ่มมากขึ้น หรือไม่ยอมรับประทานอาหารเป็นต้น นอกจากการสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ แล้ว มารดาจะต้องรู้จักวิธีการดูแลเมื่อบุตรมีอาการผิดปกติ ได้แก่ เมื่อบุตรมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็วหรือหายใจลำบาก ซึ่งเป็นอาการหนึ่งของภาวะหัวใจวาย มารดาควรดูแลให้บุตรนอนศีรษะสูง และไม่ควรวางแขนบนหน้าท้อง เพราะจะทำให้หายใจไม่สะดวก (รัชนิ ศรีสวัสดิ์ 2520: 36) และถ้ามีอาการนี้มากกว่า 2 ครั้งใน 1 วัน หรือมีอาการผิดปกติอย่างอื่นร่วมด้วย ควรพาไปพบแพทย์ทันที (Clare 1985: 219) สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจพิการชนิดเขียว เมื่อบุตรเกิดอาการขาดออกซิเจนจับปล้น ซึ่งจะมีอาการเขียวมากขึ้น หายใจเร็วลึก ร้องไห้งอแง มารดาจะต้องดูแลให้บุตรนอนในท่าเข่าชิดอก (Knee chest position) และปลอบใจเด็กหยุดร้อง หลังจากนั้นพาบุตรไปพบแพทย์ แม้จะเกิดอาการเพียง 1-2 ครั้ง ใน 1 วัน (Clare 1985: 220) ในกรณีที่เด็กมีไข้ มารดาควรเช็ดตัวเพื่อลดไข้และให้ยาลดไข้ตามแพทย์สั่ง นอกจากนี้มารดาไม่ควรซื้อยาให้บุตรรับประทานเอง เมื่อบุตรไม่สบาย ควรพาบุตรไปพบแพทย์

3.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น มารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะต้องให้การดูแลบุตรโดยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เพื่อควบคุมอาการของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกาย เพื่อให้เด็กป่วยมีชีวิตรอยู่อย่างปกติสุข การดูแลบุตรตามแผนการรักษา ได้แก่

3.3.1 ดูแลให้บุตรรับประทานอาหาร นอนหลับพักผ่อนและออกกำลังกายอย่างเหมาะสมกับโรค

3.3.2 ดูแลให้บุตรรับประทานยาตามแผนการรักษา เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งรอรับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของหัวใจส่วนหนึ่งต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมการทำงานของหัวใจและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจวาย อาการขาดออกซิเจน จับปล้น เป็นต้น หรือในรายที่เป็นโรคติดเชื้อแพทย์จะให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ มารดาจึงควรดูแล และจัดให้บุตรรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ โดยให้บุตรรับประทานยาถูกต้องทั้งขนาด วิธี และเวลา และไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง

3.3.3 พานบุตรมาพบแพทย์ตามนัด มารดาควรพานบุตรมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าเด็กป่วยจะไม่มีอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนใด ๆ เพื่อแพทย์จะได้ตรวจสุขภาพของเด็ก ประเมินความรุนแรงของโรค และติดตามผลการรักษา นอกจากนี้มารดาจะได้ซักถามปัญหาต่าง ๆ จากแพทย์ เพื่อช่วยให้สามารถดูแลบุตรป่วยได้ถูกต้องยิ่งขึ้น (Rudick 1981: 751) ในกรณีที่เด็กป่วยมีอาการผิดปกติหรือยาที่ใช้รักษาหมดก่อนถึงวันที่แพทย์นัด มารดาต้องพานบุตรมาพบแพทย์ทันที ไม่ต้องรอให้ถึงวันนัดเพราะเด็กป่วยอาจมีอาการรุนแรงขึ้นได้

3.4 การรับรู้และสนใจที่จะคอยรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาเพื่อควบคุมการทำงานของหัวใจ จากพวก Digitalis อาจเกิดอาการซึ่งเป็นผลข้างเคียงของยาได้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มารดาต้องคอยสังเกตอาการของบุตรอยู่เสมอ นอกจากนี้ในเด็กป่วยบางรายที่ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ มารดาต้องคอยสังเกตอาการแพ้ยาซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ เช่น ผื่นแดงตามตัว หากพบอาการผิดปกติดังกล่าวต้องหยุดยาทันทีและพานบุตรไปพบแพทย์

พฤติกรรมในการดูแลบุตรในเรื่องต่าง ๆ ดังได้กล่าวมา เป็นการกระทำของมารดาที่ช่วยให้บุตรซึ่งเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีสุขภาพดี สามารถควบคุมอาการของโรคและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ถ้ามารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรอย่างถูกต้องและเหมาะสม แต่การที่มารดาจะกระทำกิจกรรมการดูแลบุตรได้นั้น มารดาจะต้องมีความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) (Orem 1991: 145) ซึ่งเป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นผู้ให้การทำการกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็ก (Orem 1991: 175-176)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพิงนั้น จะแสดงออกมาในรูปของพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยแนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาเปรียบได้กับแนวคิดของความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น (Taylor 1989 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 37) โอเรม กล่าวว่า โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามี 3 ระดับ เช่นเดียวกับโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง (สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 31-37; Orem 1991: 148-155) ซึ่งประกอบด้วย

1. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและจะต้องใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ 1) การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง 2) การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ สิ่งไม่ควร และจะกระทำเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น และ 3) การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power components) เป็นตัวกลางที่เชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำอย่างจริงจังเพื่อดูแลตนเอง (Orem & Taylor 1986 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล 2536: 34-35) ได้แก่ 1) ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง 2) ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่มและการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง 3) ความสามารถที่จะควบคุมสิ่งต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง 4) ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลตนเอง 5) มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง 6) มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ 7) มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ 8) มีทักษะในการใช้

กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพ กับบุคคลอื่น เพื่อรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง 9) มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และ 10) มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเอง เข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) ทั้งความสามารถที่จะรู้ และความสามารถที่จะกระทำ รวมทั้งคุณสมบัติที่มีต่อการมุ่งไปยังเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย 1) ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน การเขียน รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล 2) หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การรับรส 3) การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง 4) การเห็นคุณค่าในตนเอง 5) นิสัยประจำตัว 6) ความตั้งใจ 7) ความเข้าใจในตนเอง 8) ความห่วงใยในตนเอง 9) การยอมรับตนเอง 10) ระบบการจัดลำดับความสำคัญ และ 11) ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

จากแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเรม จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่าง ๆ หลายประการที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วย ในส่วนของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานนั้น ส่วนหนึ่งคือ การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีความรับผิดชอบ เอาใจใส่ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อภาวะสุขภาพที่ดี (Pender 1987: 64) โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพเกิดขึ้น จะทำให้บุคคลเกิดความต้องการในการดูแลตนเองเพื่อปรับและควบคุมร่างกายให้เข้าสู่ภาวะปกติและเกิดการรับรู้ต่อภาวะการเจ็บป่วย อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติที่บุคคลนั้นจะเลือกกระทำ (Orem 1985: 98)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของมารดา

การรับรู้ (Perception)

การรับรู้ เป็นกระบวนการทางจิตวิทยาพื้นฐานที่สำคัญของบุคคลได้มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

กันยา สุวรรณแสง (2532: 127) กล่าวว่า การรับรู้ คือ การใช้ประสบการณ์เดิม แปลความหมายสิ่งเร้าที่ผ่านประสาทสัมผัสแล้วเกิดความรู้สึก ระบุถึงความหมายว่าอะไร

จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์ (2532: 86) กล่าวว่า การรับรู้เป็นกระบวนการที่อินทรีย์หรือสิ่งมีชีวิตพยายามทำความเข้าใจสิ่งแวดล้อมโดยผ่านทางประสาทสัมผัส กระบวนการเริ่มจากอวัยวะรับสัมผัส (Sensory organ) สัมผัสกับสิ่งเร้าแล้วส่งกระแสไปยังระบบประสาทส่วนกลาง จากนั้นสมองอาศัยประสบการณ์เดิม แรงจูงใจ อารมณ์ สติปัญญา เพื่อแปลความหมายของการสัมผัสออกมาเป็นการรับรู้

โคซียเออร์และคณะ (Kozier, et al 1991: 72) กล่าวว่า การรับรู้เป็นประสบการณ์เกี่ยวกับความรู้สึก การแปลความหมาย และความเข้าใจต่อสิ่งต่าง ๆ ในโลก การรับรู้เป็นลักษณะที่เฉพาะของแต่ละบุคคล และเป็นการกระทำที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล

จากความหมายดังกล่าว สรุปได้ว่า การรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดและจิตใจของมนุษย์ที่แสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งเร้าที่ผ่านเข้ามาทางประสาทสัมผัส โดยการตีความหรือแปลความหมายของสมอง ซึ่งจะต้องอาศัยความจำ ประสบการณ์และความรู้เดิมเข้าช่วย

การรับรู้เกี่ยวกับโรค (Perception of disease)

โรคเป็นความผันแปรในหน้าที่การทำงานของอวัยวะหรือระบบต่าง ๆ ในร่างกาย (Kozier, et al 1991: 87) ซึ่งเกิดขึ้นได้ในชีวิตมนุษย์เมื่อบุคคลมีโรคหรือได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติเกิดขึ้น บุคคลจะแปลความหมายและตีความเกี่ยวกับโรค ตลอดจนสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคของตน เพื่อนำมาตัดสินใจเกี่ยวกับสภาพของตน ซึ่งจะนำไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เกิดขึ้นรวมทั้งความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพการทำงานของร่างกาย (Orem 1991: 184) อาการและความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น ปวด คัน คลื่นไส้ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย เช่น บวม ผิวแห้งลอก ฯลฯ อันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค เป็นสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นประสาทสัมผัสให้บุคคลใช้กระบวนการทางสติปัญญา เพื่อแปลความหมาย และตัดสินใจของสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นนั้นทำให้บุคคลตระหนักว่าลักษณะดังกล่าวหมายถึง การมีโรคหรือความเจ็บป่วยเกิดขึ้น และยังเป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลนั้นประเมินสภาพของตนว่าอยู่ในภาวะที่คุกคามหรือภาวะที่อาจนำไปสู่ความพิการหรือเสียชีวิตได้ (King 1962 อ้างในอังคณา นวलयง 2535: 49) การตีความและแปลความหมายของสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาเร้าประสาทสัมผัส ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจต่อสิ่งนั้น เป็นกระบวนการของการรับรู้ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า การตีความและแปลความหมายของอาการ อาการแสดง และความไม่สุขสบายต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งข้อมูลต่างๆ ที่ได้ทราบจากการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่มากกระตุ้นประสาทสัมผัส ทำให้บุคคลตระหนัก

หรือเข้าใจเกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วย ก็คือ การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคตนเอง หรือ กล่าวอีกนัยหนึ่ง การรับรู้เกี่ยวกับโรค หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ หรือความตระหนักของ บุคคลเกี่ยวกับโรค ซึ่งเป็นการค้นพบแนวโน้มที่การทำงานของอวัยวะหรือระบบต่าง ๆ ในร่างกาย โดยเป็นผลมาจากการตีความหรือแปลความของสมอง

ดังนั้นการได้รับการวินิจฉัยโรคจากแพทย์ อาการ อาการแสดง และความไม่สบาย ต่าง ๆ ของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น อาการเขียว เหนื่อยง่าย การเจริญเติบโต ช้า เป็นต้น ตลอดจนข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จึงถือเป็นสิ่งเร้าที่มา กระตุ้นประสาทสัมผัสของมารดาให้ใช้กระบวนการทางสติปัญญา ที่ความหมายสิ่งเร้าและตัดสินใจ เกี่ยวกับสภาพของบุตร ซึ่งนำไปสู่ความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้นคือ มารดาที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การรับรู้เกี่ยวกับโรคกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสำคัญมากในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติ ของบุคคล เพราะการที่บุคคลมีการรับรู้ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมส่งผลให้บุคคลมีการตอบสนองต่อ รับรู้ โดยแสดงพฤติกรรมที่สอดคล้องกับการรับรู้ นั้น ๆ (Orem 1991: 152)

เบคเกอร์ ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้ทำนายและอธิบาย พฤติกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ได้อธิบายว่า การที่จะให้บุคคลมีพฤติกรรมการป้องกัน โรคและปฏิบัติตามแผนการรักษา นั้น บุคคลจะต้องมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคในลักษณะดังต่อไปนี้คือ รับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน รับรู้ว่าเป็นโรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและ อาจทำอันตรายต่อตนเองหรือมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวัน รับรู้ว่าการกระทำพฤติกรรม บางอย่างมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน หรือลดความรุนแรง ของโรคที่เกิดขึ้น รับรู้ถึงอุปสรรคของการกระทำพฤติกรรม และมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ หรือมี ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตลอดจนมีความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษา และให้ความ ร่วมมือในการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับโรค มีรายละเอียดดังนี้ (Becker 1974: 62-91)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อน (Perceived susceptibility)

เป็นทัศนะหรือการคาดการณ์ล่วงหน้าว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรคในผู้ที่มีสุขภาพดีโดยทั่วไป และเป็นการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นโรคเรื้อรังหรือโรคอื่น ๆ อีก ได้ สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคที่แน่นอนจากแพทย์แล้ว ซึ่งการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บ

ป่วยของผู้ที่มีสุขภาพดีจะแตกต่างจากการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรค โดยการรับรู้จะเปลี่ยนไปในลักษณะดังนี้

1.1 ความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค ถ้าบุคคลขาดความเชื่อในตัวเองแพทย์หรือการวินิจฉัยของแพทย์ อาจทำให้บุคคลนั้นปฏิเสธการวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งจะทำให้การคาดคะเนเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของบุคคลผิดไป

1.2 การคาดคะเนถึงโอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการของโรคเกิดขึ้นอีกรับรู้ที่บุคคลนั้นเคยเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นมาก่อน

1.3 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในกรณีที่บุคคลนั้นกำลังเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงขึ้นและทำให้มีความรู้สึกว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ รวมด้วยได้งายมากกว่าบุคคลที่ยังไม่เกิดความเจ็บป่วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนนี้มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะให้ความสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันรักษาโรค และการส่งเสริมสุขภาพ (Becker, et al. 1977: 354-355)

จากรายงานการศึกษาวิจัยต่าง ๆ พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรค การรักษา และการส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาของเบคเกอร์ (Becker 1974: 84) พบว่า มารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหิวใจรูห์มาติกและรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหูชั้นกลางอักเสบ (Otitis media) ได้ง่ายจะดูแลให้บุตรรับประทานยาสม่ำเสมอ และพาบุตรมาตรวจตามนัดทุกครั้ง การศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1977: 348-368) พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ว่ามีบุตรของตนเองมีโอกาสเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่ายเมื่อมีน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือนในการควบคุมอาหาร และการพาบุตรมาตรวจตามนัด การศึกษาของวัลภา ผิวทน (2527: 92) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนํานุตรวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค การศึกษาของอังคณา จิรจินต์ (2530: 119) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเมื่อบุตรอุจจาระร่วง การศึกษาของพรนิภา ชัยโกศล (2536: 52) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกำเริบและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก การศึกษาของเพลินตา พรหมบัวศรี (2536: 69) พบว่า

การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของ มารดาเด็กโรคหอบหืด และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 72) พบว่า การรับรู้ถึง โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแล บุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived severity)

การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนเพียงอย่าง เดียวไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ จนกว่าบุคคลจะมีการรับรู้ว่าผลของ โรคที่มากจากความต้อสุขภาพนั้นเป็นอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย หรือมีผลกระทบต่อจิตใจ สมรรถภาพการทำงาน ชีวิตครอบครัว และสัมพันธภาพในสังคมมากน้อยเพียงใด จึงจะสนับสนุนให้ บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพนั้น การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคเป็นการประเมินโดยตัวบุคคลถึง ความรู้สึกนึกคิดของเขาที่มีต่อการเจ็บป่วย ไม่ใช่ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นจริง (Becker 1974: 84) ดังนั้น บุคคลที่รู้สึกว่าการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงอาจให้ความร่วมมือในการดูแลรักษาหรือ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่าบุคคลที่รู้สึกว่าโรคไม่รุนแรงได้

จากการศึกษาของเบคเกอร์และฟรานซิส (Becker & Francis cited in Becker 1974: 84) พบว่า การคาดการณ์ถึงความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับบุตรของตนมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของบิดามารดาในการนำบุตรมารับการตรวจรักษาและรับการ ป้องกันโรค ในระยะที่พบว่ามีภาวะเกิดขึ้นในโรงเรียน นอกจากนี้เบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1978: 271) ยังได้ทำการศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของ โรคหอบหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรตามแผนการรักษา ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของอังคณา จิราจินต์ (2530: 124) ที่พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรง ของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเมื่อบุตรอุจจาระร่วง การศึกษา ของเพลินตา พรหมบัวศรี (2530: 70) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาเด็กโรคหอบหืด การศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536: 67) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบหายใจมีความ สัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรของมารดา และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 73) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Perceived benefits)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นการคาดคะเนว่าพฤติกรรมที่จะปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและบุคคลที่ใกล้ชิด ช่วยให้เห็นจากความเจ็บป่วย หรือ ลดภาวะการเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามต่อสุขภาพในขณะนั้นได้

จากรายงานการศึกษาวิจัยจำนวนมากพบว่า บุคคลที่รับรู้ถึงประโยชน์หรือประสิทธิภาพของการรักษา จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางสุขภาพ ดังเช่น การศึกษาของ โรเซนสตอค (Rosenstock 1974: 345) พบว่า บุคคลที่มีความเชื่อหรือการรับรู้ว่าการปฏิบัตินั้น ๆ สามารถป้องกันการเกิดโรคหรือการกลับเป็นซ้ำ หรือลดภาวะเจ็บป่วยได้ จะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด การศึกษาของ เบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al. 1974: 205-216) พบว่า การที่มารดาของเด็กโรคหัดน้ำหนวากให้บุตรรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงประสิทธิภาพของยา และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ถึงความสามารถของแพทย์กับการพาบุตรมาตรวจตามนัด ต่อมาเบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al. 1978: 268-277) ยังศึกษาพบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือของมารดาในการให้บุตรรับประทานยาตามแผนการรักษา การศึกษาของ อังคณา จิราจินต์ (2530: 120) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเบื้องต้นที่บ้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเมื่อบุตรอุจจาระร่วง การศึกษาของ พรนิภา ชัยโกศล (2536: 53) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก การศึกษาของประกริต รัชวัตร์ (2536: 68) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรคและการดูแลรักษาเด็กป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรของมารดา และ การศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 73) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Perceived barrier)

เป็นการคาดคะเนถึงอุปสรรคต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือนั้น ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของบุคคลว่า สิ่งที่เขาปฏิบัติสามารถลดความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของเขาได้จริง และจะได้รับประโยชน์อย่างคุ้มค่ากับเวลาที่เสียไปในการมาตรวจรักษาแต่ละครั้ง ตลอดจนคุ้มค่ากับความยากลำบากหรือค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวด

ความไม่สบายจากการรักษา รวมทั้งความไม่สุขภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพบางคน จากการศึกษาของ เทอร์เรล และฮาร์ท (Tirrel & Hart 1980 อ้างงาน รุ่งทิพย์ วีระกุล 2539: 36) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการ ออกกำลังกายตามแผนการรักษาของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนเส้นเลือดโคโรนารีในหัวใจ การศึกษาของ อังคณา จิราจินต์ (2530: 121) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง การศึกษาของ ประภท รัชวัตร (2536: 68) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและดูแลรักษาเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรของมารดา และการศึกษาของ เฟลันดา พรหมบัวศรี (2536: 71) พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาเด็กโรคหอบหืด และจากการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 74) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ตลอดจนความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาและให้ความร่วมมือในการรักษา แรงจูงใจเป็นแรงกระตุ้นภายใน และเป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล บุคคลที่มีความสนใจในสุขภาพของตนเองจะไปรับการตรวจสุขภาพประจำปี และเมื่อพบอาการผิดปกติก็พร้อมจะไปพบแพทย์และรับการรักษา ตามแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา แรงจูงใจด้านสุขภาพ หมายถึง ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา โอเรม (Orem 1991: 155) กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาที่ช่วยให้บุคคลเกิดการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา แรงจูงใจจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาของ เบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1978: 271) พบว่า มารดาให้ความสนใจและห่วงใยบุตรป่วยโรคหอบหืดมากกว่าบุตรคนอื่น ๆ และให้ความร่วมมือในการรักษาโดยเชื่อว่าจะสามารถควบคุมอาการจับหืดได้ แม้ว่าบุตรจะหายจากอาการจับหืดแล้ว แต่มารดายังรู้สึกที่บุตรยังต้องรับประทานยาโรคหืดเพื่อป้องกันอาการจับหืด และควรรับประทานยาบำรุงด้วย นอกจากนี้ยังเห็นความสำคัญของการมีปรอทวัดไข้ส่วนตัวเพื่อตรวจสอบสุขภาพของบุตร รวมทั้งการพาบุตรมาพบแพทย์ จากการศึกษาของชูขวัญ บินลาภ (2533: 89) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัดเห็บเห็บเลือดขาวที่ได้รับเคมี-

บำบัด และจากการศึกษาของพรนิภา ชัยโกศล (2536: 48) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรด้วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก

จากที่กล่าวมาทั้งหมดอาจสรุปได้ว่า การรับรู้ของบุคคลมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม สุขภาพ สำหรับเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งเป็นโรคเรื้อรังจำเป็นต้องมีพฤติกรรมดูแล ตนเองตามแผนการรักษา แต่เด็กวัยก่อนเรียนยังมีความจำกัดในการดูแลตนเอง ดังนั้นมารดาจึง ต้องทำหน้าที่ดูแลบุตร ซึ่งมารดาจะสามารถดูแลบุตรได้ดีเพียงใดนั้น น่าจะขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของ มารดาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผน การรักษา การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และแรงจูงใจด้านสุขภาพ

นอกจากการรับรู้ของบุคคลจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแล้ว โอเรมกล่าวว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานของบุคคลด้วย ปัจจัยพื้นฐานประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมชนบทธรรมเนียมประเพณี ระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต สภาพที่อยู่อาศัย แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (Orem 1991: 136) ปัจจัยพื้นฐานที่นำมาศึกษานี้ ได้แก่ อายุของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา อาชีพของมารดา รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วย

อายุของมารดา

อายุมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากอายุมี ความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตและเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมี การตัดสินใจทางเลือกที่ดี และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลบุตรป่วย ความสามารถในการ ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา จะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และจะค่อย ๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem 1991: 239) เฮอร์ลอค (Hurlock 1980: 271) กล่าวว่า มารดาที่มีอายุน้อยยังขาดความพร้อมในการรับภาระเลี้ยงดูบุตร เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีการพัฒนา พัฒนกิจของการเลี้ยงดูบุตร และจะพัฒนาความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตรมากขึ้นเรื่อย ๆ จนสมบูรณ์ สูงสุดเมื่ออย่างเข้าวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมาร์คแลนด์และดูแรนด์ (Markland & Durand 1976: 169) ที่พบว่ามารดาที่พบบทมารับภูมิคุ้มกันครบตามจำนวน คือ มารดาที่มีอายุมาก แต่มารดาที่มีอายุน้อย พบบทมารับภูมิคุ้มกันไม่ครบ การศึกษาของนิลาวรรณ ทวีกันต์ (2529: 82) พบว่า อายุของผู้ปกครองสามารถทำนายการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่

กำเนิดในเรื่องการให้ยาได้ การศึกษาของอัจฉริยา ปทุมวัน (2534: ก) พบว่า อายุของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวลิมโฟบลาส การศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536: 75) พบว่า อายุของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกที่มีบุตรทั้งป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และจากการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 79) พบว่า อายุของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

ระดับการศึกษาของมารดา

การศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิต ทำให้รู้จักกระบวนการทางสติปัญญา แก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล โอเรม (1985: 175) เชื่อว่า การศึกษาช่วยทำให้บุคคลได้พัฒนาทักษะ ความรู้ และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีการรับรู้และปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาน้อยขาดโอกาสในการเรียนรู้เรื่องสุขภาพอนามัย (จรรยา สุวรรณทัต 2527: 838) ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสรับรู้ข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและเหมาะสม ส่วนผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าจะมีข้อจำกัดในการเรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้ และประสบการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Pender 1987: 161-162)

จากการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1978: 274) พบว่า มารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้ความเข้าใจ สนใจต่อสุขภาพบุตรและให้ความร่วมมือในการให้ยาป้องกันและการเกิดอาการจับหัดแก่บุตรมากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ จากการศึกษาของวัลภา ผิวทน (2527: 108) พบว่า ระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์กับการให้ความร่วมมือในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค การศึกษาของอัจฉริยา ปทุมวัน (2534: ก) พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็ก การศึกษาของสกาวัธน์ พวงจันทร์ (2538: 58) พบว่า ระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และจากการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 80) พบว่า ระดับการศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

อาชีพของมารดา

มารดามีหน้าที่ในการดูแลบุตรและสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ นอกจากนี้ยัง

ต้องรับภาระงานอื่น ๆ ภายในบ้านด้วย นับว่ามารดาที่มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบมาก ถ้าหากมารดาต้องประกอบอาชีพนอกบ้านด้วยนับเป็นการเพิ่มบทบาทให้แก่มารดา ซึ่งอาจจะทำให้มารดาเหน็ดเหนื่อยและเกิดความเครียดทางจิตใจ จากการศึกษาของออสเซอร์ (Ozer 1993 อ้างใน วนิดา ยืนยง 2538: 38) ซึ่งทำการศึกษามารดาหลังคลอดที่มีบุตรคนแรกจำนวน 90 คน พบว่า มารดาที่ตัดสินใจออกจากงานนอกบ้านนั้นการที่ต้องรับผิดชอบดูแลบุตรควบคุมรายได้และทำงานบ้านไปพร้อมๆ กัน ทำให้มีความรู้สึกไม่สบาย บทบาทในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การมีหลายบทบาทส่งผลกระทบต่อ การปรับตัวและสุขภาพจิต และอาจส่งผลกระทบต่อ การแสดงบทบาทมารดาในการดูแลบุตรได้ โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วย ซึ่งต้องการการดูแลมากกว่าบุตรที่มีสุขภาพดี จากการศึกษาของวนิดา ยืนยง (2538: 57) พบว่า อาชีพของมารดา มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด

รายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัว เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem 1985: 175) เนื่องจากผู้ที่มีรายได้สูงจะมีโอกาสดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เช่น อาหารที่มีคุณค่า ตลอดจนเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Pender 1987: 161-162) นอกจากนี้ผู้ที่มีรายได้น้อยจะมีความคิดเกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วยแตกต่างจากผู้ที่มีรายได้สูง ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมแตกต่างกัน เช่น ครอบครัวที่มีรายได้น้อย มักจะพาเด็กมาพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรง เนื่องจากคิดว่าเด็กเจ็บป่วยเมื่อเด็กไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรมได้ตามปกติ (Juenker 1971 อ้างใน สกาวรัตน์ พวงจันทร์ 2538: 41)

จากการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker, Drachman & Kirscht 1974: 205) พบว่า มารดาที่มีรายได้ต่ำเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมดูแลบุตรไม่ถูกต้อง การศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536: 75) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรทั้งป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคหืดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ การศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (539: 80) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

ระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วย

ระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วย เป็นประสบการณ์ของมารดาที่มีต่อการเจ็บป่วย

โอเรม (Orem 1985: 120) เชื่อว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้น จะแปร

เปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของบุคคล ซึ่งอาจจะมีผลต่อการตัดสินใจพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยของ มารดา รวมทั้งแผนการรักษาในอนาคต ระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วยที่ยาวนาน อาจจะเป็นการ เพิ่มประสบการณ์และช่วยพัฒนาทักษะในการดูแลบุตรของมารดา ทำให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น

จากการศึกษาของเวนเทอร์ส (Venters อ้างใน สกาวรัตน์ พวงจันทร์ 2538:

42) พบว่า หลังจากสิ้นสุดปีแรกของการวินิจฉัยว่าบุตรป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มารดาจะมีความเครียดลดลง สามารถดูแลบุตรได้ไม่ลืมหืม และครอบครัวสามารถตั้งจุดมุ่งหมายใหม่สำหรับอนาคตได้ การศึกษาของอัจฉริยา ปทุมวัน (2534: ก) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาสต์มีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถทำนายความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแลได้และจากการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 81) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

จากที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่า พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนซึ่งยังมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง มารดาจึงต้องทำหน้าที่ดูแลบุตรเพื่อควบคุมอาการของโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การที่มารดาจะมีพฤติกรรมการดูแลบุตรถูกต้องหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ที่สำคัญได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับโรค และปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา อาชีพ รายได้ของครอบครัว จำนวนบุตร และระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วย เป็นต้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจุบันบางประการ กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ลักษณะของประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พาบุตรมารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลศิริราช โดยไม่จำกัดอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วยของมารดา

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. บุตรป่วยมีอายุระหว่าง 3-6 ปี
2. บุตรป่วยไม่มีความผิดปกติแต่กำเนิดอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น Down's syndrome เป็นต้น

เป็นต้น

3. มารดาเป็นผู้ดูแลบุตรป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุของมารดา ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วย ผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรป่วย บทบาทอื่น ๆ (นอกเหนือจากการเป็นภรรยา, มารดาและหารายได้) อายุของเด็กป่วย การวินิจฉัยโรค และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรม (Orem 1991) ข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นข้อความที่เกี่ยวข้อง

กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร เพื่อสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองของเด็กป่วย โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 46 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

2.1 พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-28

2.2 พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 29-32

2.3 พฤติกรรมการดูแลบุตรที่จำเป็นตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ ได้แก่ ข้อ 33-46

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามระยะพัฒนาการและตามภาวะเปี่ยงเบนทางสุขภาพบางเรื่องรวมอยู่ในพฤติกรรมการดูแลบุตรโดยทั่วไปเนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกัน จึงทำให้ข้อคำถามด้านการดูแลโดยทั่วไปมีจำนวนข้อมากกว่าด้านอื่น ๆ

ข้อคำถามแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือก 3 คำตอบ แต่ละคำตอบมีความหมาย ดังนี้

ถ้าตอบ ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวัน หมายถึง ข้อความนั้นมารดาปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน หรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์อย่างสม่ำเสมอ

ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวัน หมายถึง ข้อความนั้นมารดาปฏิบัติบางวันหรือบางครั้งที่มีเหตุการณ์

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นมารดาไม่เคยปฏิบัติเลยแม้ว่ามีเหตุการณ์

ไม่มีเหตุการณ์ให้ปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีเหตุการณ์ให้มารดาปฏิบัติ

ผู้วิจัยเป็นผู้พิจารณาคำตอบของมารดา และใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่กำหนดให้ตรงกับการปฏิบัติของมารดา

ข้อความในแบบสัมภาษณ์นี้ทุกข้อ หมายถึง พฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มารดาต้องปฏิบัติ

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดดังนี้

ถ้าตอบ ปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 2 คะแนน

ดังนั้นคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสูงสุดเท่ากับ

138 คะแนน หมายถึง มารดามีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้องมากที่สุด

คะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่ำสุดเท่ากับ 46 คะแนน หมายถึง มารดามีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้องน้อยที่สุด

3. แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker 1974) ข้อคำถามที่สร้างขึ้นเป็นข้อความที่เกี่ยวกับความรู้สึนึกคิดและความเข้าใจของมารดาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 26 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

3.1 การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-5

3.2 การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6-10

3.3 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 11-19

3.4 การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 20-22

3.5 แรงจูงใจด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23-26
ลักษณะคำตอบของแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของมารดามากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของมารดาเป็นส่วนใหญ่

ไม่แน่ใจ หมายถึง มารดาไม่แน่ใจว่ามีความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจตรงกับข้อความนั้น และไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจ
ของมารดาเป็นส่วนใหญ่

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจ
ของมารดามากที่สุด

มารดาซึ่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถามนี้ ต้องเลือกตอบเพียง 1 ข้อ โดยใส่เครื่องหมาย / ลงในช่องที่กำหนด

ข้อความแบบสอบถามนี้ทุกข้อ หมายถึง การรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหัวใจ
พิการแต่กำเนิด

เกณฑ์การให้คะแนน กำหนดดังนี้

ถ้าตอบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	5	คะแนน
เห็นด้วย	ให้	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ให้	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1	คะแนน

ดังนั้นคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสูงสุดเท่ากับ 130 คะแนน
หมายถึง มารดามีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้องมากที่สุด

คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่ำสุดเท่ากับ 26 คะแนน หมายถึง
มารดามีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้องน้อยที่สุด

การหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Validity)

การหาความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรค
หัวใจพิการแต่กำเนิด และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยให้ผู้ทรง
คุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity)

ผู้ทรงคุณวุฒิ ประกอบด้วย

กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 2 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 3 ท่าน

(รายนามผู้ทรงคุณวุฒิอยู่ในภาคผนวก ก)

หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 2 ชุด มาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีความชัดเจนตามเนื้อหา ความเหมาะสมด้านภาษาและการเรียงลำดับข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้กับมารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ซึ่งมีสูตร ดังนี้ (ยุวดี ฤาชา และคณะ 2534: 127)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum Si^2}{St^2} \right]$$

α = ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

n = จำนวนข้อของแบบสอบถาม

Si^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

St^2 = ค่าความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ดังนี้

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีค่าความเชื่อมั่น = 0.80

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด = 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล ถึงผู้อำนวยการ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลศิริราช เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล

ตามวันและเวลา ดังนี้

สถานที่	วัน	เวลา
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	พุธ, ศุกร์	13.00-16.00 น.
โรงพยาบาลเด็ก	พุธ	9.00-12.00 น.
โรงพยาบาลศิริราช	อังคาร	9.00-12.00 น.

2. ผู้วิจัยเข้าพบแพทย์และพยาบาลหัวหน้าคลินิกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลศิริราช เพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการท้าววิจัย และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยศึกษาจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเด็ก และจกรายชื่อของผู้ป่วยเด็กไว้

4. ขณะผู้ป่วยเด็กรอแพทย์ตรวจ ผู้วิจัยเข้าพบมารดาของผู้ป่วยเด็กที่จกรายชื่อไว้ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

5. เมื่อมารดายินดียินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย ผู้วิจัยจัดทำมารดาทำงานสถานที่ที่เป็นสัดส่วน แล้วอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ชุด จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์มารดาเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล แล้วสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ต่อจากนั้นให้มารดาตอบแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในกรณีที่มารดาอ่านหนังสือไม่ออกหรือไม่สะดวกในการเขียนคำตอบ ผู้วิจัยจะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ฟังทีละข้อ แล้วจดบันทึกคำตอบไว้

6. ในกรณีที่มารดาตอบแบบสอบถามบางส่วนแล้วและไม่ต้องการตอบแบบสอบถามอีกต่อไป ผู้วิจัยยินดียินยอมให้มารดายุติการตอบแบบสอบถามเพียงแค่นั้น

7. เมื่อมารดาตอบแบบสอบถามเสร็จแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ ถ้าพบว่าข้อใดขาดหายไป ผู้วิจัยซักถามจากมารดาเพิ่มเติมจนครบ

8. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้มารดาซักถามปัญหาต่าง ๆ พร้อมกับให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

9. นำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS⁺ (Statistical Package for the Social Science) กำหนดความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล
2. คำนวณอัตราร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการรับรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมการดูแลบุตรรายข้อ
3. คำนวณค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และทดสอบความมีนัยสำคัญ โดยการทดสอบค่าที (t-test)
5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุของมารดา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วยกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และทดสอบความมีนัยสำคัญ โดยการทดสอบค่าที (t-test)

เนื่องจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันกำหนดไว้ว่า ตัวแปรที่จะนำมาคำนวณต้องเป็นตัวแปรที่วัดในระดับอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป ดังนั้นในการคำนวณจึงต้องปรับตัวแปรที่วัดในระดับนามบัญญัติให้วัดในระดับอันตรภาค โดยปรับให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้ (สุชาติ ประเสริฐรัฐสินธุ์ และลัดดาวัลย์ รอดมณี 2527: 7)

อาชีพ กำหนดให้ ประกอบอาชีพนอกบ้าน เท่ากับ 0

ประกอบอาชีพในบ้านหรือแม่บ้าน เท่ากับ 1

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค บั๊จจัยบางประการ กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พาบุตรมารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 คน ผลการวิจัยนำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายตามลำดับดังนี้



ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส (n=120 คน)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
20-24 ปี	11	9.20
25-29 ปี	36	30.00
30-34 ปี	40	33.30
35-39 ปี	15	12.50
40 ปีขึ้นไป	18	15.00
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	1.70
ประถมศึกษา	84	70.00
มัธยมศึกษา	14	11.70
ประกาศนียบัตรหรืออนุปริญญา	11	9.20
ปริญญาตรี	9	7.50
สถานภาพสมรส		
คู่	114	95.00
หม้าย, หย่า	6	5.00

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 และมีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 95

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอาชีพ จำนวนบุตร และรายได้ของครอบครัว (n=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ประกอบอาชีพในบ้านหรือแม่บ้าน	47	35.17
- แม่บ้าน	29	24.17
- ค้าขาย	17	14.17
- รับจ้างเย็บผ้า	1	0.83
ประกอบอาชีพนอกบ้าน	73	60.83
- รับจ้างทั่วไป	14	11.67
- ทำงานบริษัท	18	15.00
- รับราชการ	5	4.17
- เกษตรกร (ทำนา, ทำสวน, ทำไร่)	36	30.00
จำนวนบุตร		
1 คน	33	27.50
2 คน	58	48.40
3 คน	21	17.50
4 คนขึ้นไป	8	6.60
รายได้ของครอบครัว		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	61	50.80
5,001-10,000 บาท	44	36.70
10,001-15,000 บาท	3	2.50
15,001-20,000 บาท	6	5.00
มากกว่า 20,000 บาท	6	5.00

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 60.83 มีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 48.4 และมีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.8



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัว ระยะเวลาในการดูแล
บุตร ผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรป่วย และบทบาทอื่น ๆ (n=120)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
* โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	106	88.30
มีโรคประจำตัว	14	11.70
ระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วย		
น้อยกว่า 3 ปี	44	36.70
3-3 ปี 11 เดือน	24	20.00
4-4 ปี 11 เดือน	23	19.10
5-6 ปี	29	24.2
* ผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรป่วย		
ไม่มีผู้ช่วยเหลือ	67	55.80
มีผู้ช่วยเหลือ	53	44.20
* บทบาทอื่น ๆ (นอกเหนือจากการเป็นภรรยา, มารดาและหารายได้)		
ไม่มีบทบาทอื่น	116	96.70
มีบทบาทอื่น	4	3.30

* รายละเอียดในภาคผนวก ค

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 88.30 มีระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วย น้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.70 ไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรป่วย คิดเป็นร้อยละ 55.80 และไม่มีบทบาทอื่น คิดเป็นร้อยละ 96.70

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วย

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเด็กป่วย จำแนกตามอายุ ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
3 ปี	38	31.70
4 ปี	28	23.30
5 ปี	27	22.50
6 ปี	27	22.50
* ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด		
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว	41	34.20
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว	79	65.80
จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล		
ไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	69	57.50
1 ครั้ง	15	12.50
2 ครั้ง	13	10.80
3 ครั้ง	12	10.00
4 ครั้งขึ้นไป	11	9.20

* รยละเียดนาคณนวก ค

จากตารางที่ 4 พบว่า เด็กป่วยส่วนหนึ่มีอายุ 3 ปี คิดเป็นรยละ 31.70 เป็นโรคหัวใจพิการชนิดไม่เขียว คิดเป็นรยละ 65.80 และไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล คิดเป็นรยละ 57.50

ส่วนที่ 2 ข้อมูลแสดงลักษณะการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และพฤติกรรมการดูแลบุตร
ของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรายชื่อ (n=120)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันคิดว่ากาทำให้เด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม อาจทำให้เกิดอาการบวมและหายใจ เหนื่อยหอบได้	29.1	31.7	31.7	7.5	-
2. ฉันคิดว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่ กำเนิด มักจะติดเชื้อมะเร็ง ทางเดินหายใจ (เช่นเป็นหวัด) ได้ ง่าย จึงไม่ควรพาเด็กไปนันทนาการ แออัด หรือเข้าใกล้ผู้ที่มีการติดเชื้อ เช่น เป็นหวัด ไอ เจ็บคอ	50.8	37.5	7.5	3.3	0.9
3. ฉันคิดว่าถ้าเด็กโรคหัวใจพิการแต่ กำเนิด ร้องไห้เป็นเวลานาน อาจ ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ ชี้นิ้ว และหมดสติได้	42.2	39.1	14.2	2.5	-
4. ฉันคิดว่าถ้าเด็กโรคหัวใจพิการแต่ กำเนิดมีฟันผุจะทำให้เชื้อโรคเข้า ไปถึงหัวใจและเกิดโรคติดเชื้อได้	37.5	31.7	25	5.8	-

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5. จันคิดว่าถ้าเด็กโรคหัวใจพิการแต่ กำเนิดรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้	41.7	44.2	13.3	0.8	-

จาดตารางที่ 5 พบว่า ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่อง เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักจะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย (เช่นเป็นหวัด) จึงไม่ควรพาเด็กไปในชุมชนแออัด หรือเข้าใกล้ผู้ที่มีการติดเชื้อ เช่น หวัด ไอเจ็บคอ และเห็นด้วยในเรื่อง ถ้าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ คิดเป็นร้อยละ 50.8 และ 44.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรครายข้อ (n=120)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันคิดว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีอาการรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง	51.7	40.8	6.7	0.8	-
2. ฉันคิดว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการช้ากว่าปกติ	34.2	40.8	14.2	9.1	1.7
3. ฉันคิดว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่สามารถเล่นและออกกำลังกายได้มากเหมือนเด็กปกติ	26.7	47.4	11.7	11.7	2.5
4. ฉันคิดว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มักจะเป็นหวัดบ่อย ๆ และทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายแก่เด็กได้	38.3	43.4	15.8	2.5	-
5. ฉันคิดว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามาก	34.2	40.8	20.0	4.2	0.8

จากตารางที่ 6 พบว่า ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีอาการรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และเห็นด้วยในเรื่องเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่สามารถเล่นและออกกำลังกายได้มากเหมือนเด็กปกติ คิดเป็นร้อยละ 51.7 และ 47.4 ตามลำดับ



ตารางที่ 7 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษารายชื่อ (n=120)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. ฉันคิดว่าการรักษาโดยการผ่าตัดอาจจะช่วยทำให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหายขาดได้	36.7	44.1	17.5	1.7	-
2. ฉันคิดว่าการทำให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอสามารถควบคุมการทำงานของหัวใจ ทำให้อาการของโรคไม่กำเริบ	33.2	50.0	10.8	-	-
3. ฉันคิดว่าการรักษาความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะปากฟันทุกวันเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพราะช่วยป้องกันมิให้เกิดการติดเชื้อ	37.5	41.7	20.8	-	-
4. ฉันคิดว่าการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพราะช่วยให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง	50.8	43.3	4.2	1.7	-
5. ฉันคิดว่าการทำให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผักและผลไม้ทำให้ร่างกายเด็กแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค	55.8	40.8	3.4	-	-

ตารางที่ 7 (ต่อ)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
6. ฉันคิดว่าการพาเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมอาการของโรคได้	61.7	35.0	2.5	0.8	-
7. ฉันคิดว่าการสังเกตอาการผิดปกติ ของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อย่างสม่ำเสมอ และการช่วยเหลือ เมื่อเด็กมีอาการเขียวหรือเหนื่อยหอบ จะช่วยลดความรุนแรงของโรค	20.0	35.0	33.4	5.8	5.8
8. ฉันคิดว่าการพาเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดไปฉีดวัคซีนครบทุกชนิด และจำนวนครั้งตามแพทย์นัด จะช่วย ป้องกันโรคติดเชื้อต่าง ๆ ได้	38.3	45.9	7.5	8.3	-
9. ฉันคิดว่าควรรักษาการอบรมเลี้ยงดู เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเช่น เดียวกับเด็กอื่น ๆ ตลอดจนให้มี กิจกรรมต่าง ๆ เช่นเดียวกับเด็ก ปกติ	38.3	45.9	7.5	8.3	-

จากตารางที่ 7 พบว่า ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่อง การพาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมาตรวจตามนัด ทุกครั้งทำให้เด็กได้รับการรักษาต่อเนื่อง สามารถควบคุมอาการของโรคได้ และการทำให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ นม ไข่ ผัก และผลไม้ ทำให้ร่างกายเด็กแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค คิดเป็นร้อยละ 61.7 และ 55.8 ตามลำดับ



ตารางที่ 8 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและแรงจูงใจด้านสุขภาพ
รายข้อ (n=120)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ฉันรู้สึกว่าการจัดเตรียมอาหาร เฉพาะโรคสำหรับเด็กโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิดเป็นเรื่องยุ่งยาก แต่ฉันก็สามารถทำได้	27.5	55.0	9.2	7.5	0.8
2. ถึงแม้ฉันจะมีการะกิจมากมายในชีวิต ประจำวัน แต่ฉันก็ดูแลให้เด็กโรค หัวใจพิการแต่กำเนิดรับประทานยา ตรงตามเวลาทุกวัน	45.8	50.8	3.4	-	-
3. ถึงแม้ว่าการดูแลเด็กโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิดตามคำแนะนำของ แพทย์และพยาบาลจะยุ่งยาก แต่ฉัน ก็เต็มใจทำเพื่อให้เด็กมีสุขภาพ แข็งแรง	47.5	51.7	0.8	-	-
4. ฉันต้องการให้เด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดหายขาดจากโรค ฉันจึง ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และ พยาบาล	75.0	25.0	-	-	-

ตารางที่ 8 (ต่อ)

การรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
5. ฉันคิดว่าการชักถามแพทย์และ พยาบาลเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ เสมอ ทำให้ฉันสามารถดูแลเด็ก โรคนี้ได้	50.8	45.8	3.4	-	-
6. ฉันคิดว่าการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เป็นความรับผิดชอบของฉัน ฉันจึง เอาใจใส่ดูแลสุขภาพของเด็กโรค หัวใจพิการแต่กำเนิดให้แข็งแรง อยู่เสมอ	53.5	43.4	2.5	0.8	-
7. ฉันคิดว่าเมื่อเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดมีอาการผิดปกติ ฉันต้อง รีบพามาพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการ รักษาทันที	77.5	22.5	-	-	-

จากตารางที่ 8 พบว่า ด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและ
แรงจูงใจด้านสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่อง เมื่อเด็กโรคหัวใจพิการ
แต่กำเนิดมีอาการผิดปกติ ต้องรีบพามาพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษาทันที และต้องการให้เด็ก
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหายขาดจากโรค จึงปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล คิดเป็น
ร้อยละ 77.5 และ 75 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมการดูแลบุตรด้านการดูแลโดย
ทั่วไปรายชื่อ (n=120)

พฤติกรรมการดูแลบุตร	ปฏิบัติทุกครั้ง หรือทุกวัน	ปฏิบัติบางครั้ง หรือบางวัน	ไม่เคย ปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์ ให้ปฏิบัติ
1. จินาให้บุตรรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ	95.8	4.2	-	-
2. จินาให้บุตรรับประทานอาหารประเภท เนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ ปลา อย่างน้อยวันละ 3-4 ช้อนโต๊ะ	83.3	16.7	-	-
3. จินาให้บุตรรับประทานไข่วันละ 1 ฟอง หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ฟอง	75.0	25.0	-	-
4. จินาให้บุตรรับประทานผักสด เช่น ผักบุ้ง ผักทอง ตำลึง อย่างน้อยวันละ 4-8 ช้อนโต๊ะ	46.6	53.4	-	-
5. จินาให้บุตรรับประทานผลไม้ เช่น กัลลวย ส้ม มะละกอ ทุกวัน	35.0	65.0	-	-
6. จินาให้บุตรดื่มนมหรือเครื่องดื่มผสมนม อย่างน้อยวันละ 2 แก้ว	57.5	41.7	0.8	-
7. จินาให้บุตรดื่มน้ำวันละ 5-6 แก้ว เมื่อ บุตรมีไข้อาการบวมหรือเหนื่อยหอบ	40.8	56.7	2.5	-
8. จินาไม่ให้บุตรรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม และไม่เติมผงชูรส น้ำปลา เกลือ ซอส ซีอิ๊ว ในอาหารของบุตร	41.7	41.7	16.6	-
9. จินาไม่ให้บุตรรับประทานขนมที่ใส่ผงชู เช่น ขนมปัง ขนมขบเคี้ยวต่าง ๆ	32.5	43.3	24.2	-

ตารางที่ 9 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลบุตร	ปฏิบัติทุกครั้ง หรือทุกวัน	ปฏิบัติบางครั้ง หรือบางวัน	ไม่เคย ปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์ ให้ปฏิบัติ
10. จัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้มี อากาศถ่ายเทและไม่มีฝุ่นละออง	67.5	32.5	-	-
11. จัดหลีกเลี่ยงที่จะนำบุตรไปในที่ชุมชน แออัด เช่น ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์ หรือสถานที่ที่อากาศไม่ บริสุทธิ์ เช่น บริเวณที่มีควันบุหรี่	55.0	35.0	10.0	-
12. จัดดูแลให้บุตรขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอ	66.7	33.3	-	-
13. จัดสังเกตการถ่ายปัสสาวะของบุตร เช่น จำนวนและลักษณะ	36.7	44.1	19.2	-
14. จัดให้บุตรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้า-เย็น	88.3	11.7	-	-

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวันในเรื่องการให้
บุตรรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ และการให้บุตรอาบน้ำอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เวลาเช้า-
เย็น คิดเป็นร้อยละ 95.8 และ 88.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 9(ต่อ) ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมการดูแลบุตรด้านการดูแล โดยทั่วไปรายข้อ (n=120)

พฤติกรรมการดูแลบุตร	ปฏิบัติทุกครั้ง หรือทุกวัน	ปฏิบัติบางครั้ง หรือบางวัน	ไม่เคย ปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์ ให้ปฏิบัติ
15.ฉันเปลี่ยนเสื้อผ้าให้บุตรทุกวันหรือ ทุกครั้งที่สกปรก	89.2	10.8	-	-
16.ฉันให้บุตรแปรงฟันวันละ 2 ครั้งเวลา เช้า-ก่อนนอน	70.0	26.7	-	-
17.ฉันให้บุตรแปรงฟันหรือบ้วนปากหลัง รับประทานอาหารทุกครั้ง	25.8	50.9	23.3	-
18.ฉันพาบุตรไปตรวจสุขภาพฟันเป็นระยะๆ อย่างน้อยทุก 6 เดือน	33.3	41.7	25.0	-
19.เมื่อบุตรมีฟันผุ ฉันพาไปพบทันตแพทย์	60.8	31.7	7.5	-
20.เมื่อจะพาบุตรทำฟัน ฉันทราบว่าจะ ต้องรับประทานยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัด เชื้อก่อนและหลังการทำฟัน และได้แจ้ง ให้ทันตแพทย์ทราบ	53.3	10.0	36.7	-
21.ฉันให้บุตรนอนหลับวันละ10-12 ชั่วโมง	84.2	15.8	-	-
22.ฉันให้บุตรได้เล่นหรือออกกำลังกาย ที่ไม่รุนแรงอย่างสม่ำเสมอ	60.0	35.8	4.2	-
23.ฉันไม่พาบุตรออกกำลังกายในขณะที่มี อาการเหนื่อย หายใจเร็วหรือไม่สบาย	83.3	16.7	-	-
24. ฉันให้บุตรหยุดพักทันทีเมื่อเล่นหรือ ออกกำลังกายจนเหนื่อย	87.5	12.5	-	-

ตารางที่ 9 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลบุตร	ปฏิบัติทุกครั้ง หรือทุกวัน	ปฏิบัติบางครั้ง หรือบางวัน	ไม่เคย ปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์ ให้ปฏิบัติ
25. จินไม่ทำให้บุตรอยู่ใกล้กับผู้ที่ เป็นโรค คิดเชื้อต่าง ๆ เช่น เป็นหวัด มีไข้ ไอ หรือเจ็บคอ	75.8	19.2	5.0	-
26. จินพาบุตรไปรับการฉีดวัคซีนป้องกัน โรคครบทุกชนิดและจำนวนครั้ง ตามแพทย์นัด	92.5	7.5	-	-
27. จินจัดสภาพแวดล้อมของบ้านให้เป็น ระเบียบ ไม่วางของเกะกะ ซึ่งอาจ ทำให้บุตรสะดุดหกล้มได้	72.5	25.8	1.7	-
28. จินไม่ให้บุตรเล่นของมีคม เช่น มีด กรรไกร	76.7	23.3	-	-

จากตารางที่ 9 (ต่อ) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวันในเรื่องการพาบุตรไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบทุกชนิดและจำนวนครั้งตามแพทย์นัด และการเปลี่ยนเสื้อผ้าให้บุตรทุกวันหรือทุกครั้งที่สกปรก คิดเป็นร้อยละ 92.5 และ 89.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 10 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมการดูแลบุตรด้านการดูแลตาม
ระยะพัฒนาการรายข้อ (n=120)

พฤติกรรมการดูแลบุตร	ปฏิบัติทุกครั้ง หรือทุกวัน	ปฏิบัติบางครั้ง หรือบางวัน	ไม่เคย ปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์ ให้ปฏิบัติ
1. จินซังน้ำหนักและวัดส่วนสูงของบุตร เป็นระยะอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง	21.7	51.6	26.7	-
2. จินดูแลเอาใจใส่ให้บุตรได้มีกิจกรรม เสริมความรู้ของเด็กตามวัย เช่น อ่านหนังสือ วาดภาพ หรือต่อภาพ	60.0	39.2	0.8	-
3. จินส่งเสริมให้บุตรช่วยเหลือตนเอง เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ฯลฯ และคอยช่วยเหลือเมื่อ บุตรทำไม่ได้	74.2	25.0	0.8	-
4. จินให้บุตรได้เล่นรวมกลุ่มกับเด็กอื่นๆ หรือให้บุตรดำเนินชีวิตเหมือนเด็กปกติ มากที่สุด	69.2	29.1	1.7	-

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวันในเรื่องการส่งเสริมให้บุตรช่วยเหลือตนเอง เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว และคอยช่วยเหลือเมื่อบุตรทำไม่ได้ และการให้บุตรได้เล่นรวมกลุ่มกับเด็กอื่น ๆ หรือให้บุตรดำเนินชีวิตเหมือนเด็กปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.2 และ 69.2 ตามลำดับ

ตารางที่ 11 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมการดูแลบุตรด้านการดูแลตามภาวะเสี่ยงเบนทางสุขภาพรายข้อ (n=120)

พฤติกรรมการดูแลบุตร	ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวัน	ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวัน	ไม่เคยปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์ให้ปฏิบัติ
1. จินชักถามแพทย์และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อฉันมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการ การรักษา หรือคำแนะนำในการดูแลบุตร	66.7	33.3	-	-
2. จินหันสังเกตผิวกาย เล็บมือ เล็บเท้า และริมฝีปากของบุตรว่าผิดปกติ เช่น เขียวคล้ำ ชีด เปรียบเทียบกับภาวะปกติ	73.3	25.9	0.8	-
3. จินสังเกตลักษณะการหายใจของบุตร ว่าสะดวกเป็นปกติ เช่น หายใจไม่เข้า หรือเร็วผิดปกติ จุกไม่บาน ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หน้าอกไม่บุ๋ม เป็นต้น	52.5	44.2	3.3	-
4. เมื่อบุตรมีไข้ฉันเช็ดตัวให้เพื่อลดไข้	88.3	11.7	-	-
5. เมื่อบุตรไม่สบาย เช่น ไอ เจ็บคอ จินพาบุตรไปรับการตรวจรักษาที่คลินิก สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลทุกครั้ง โดยไม่ซื้อยาให้บุตรรับประทานเอง	82.5	16.7	0.8	-
6. จินให้บุตรรับประทานยาถูกต้องตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง	100.0	-	-	-
7. จินพาบุตรไปตรวจรักษาตามแพทย์นัด แม้ว่าบุตรจะไม่มีอาการเจ็บป่วยใด ๆ	93.3	6.7	-	-

ตารางที่ 11 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลบุตร	ปฏิบัติทุกครั้ง หรือทุกวัน	ปฏิบัติบางครั้ง หรือบางวัน	ไม่เคย ปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์ ให้ปฏิบัติ
8. ถ้าหากฉันไม่สามารถพาบุตรมาพบแพทย์ ตรงวันที่แพทย์นัดไว้ ฉันจะรีบพาบุตรมา พบแพทย์ในวันที่แพทย์ทำการตรวจรักษา เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดครั้งต่อไป	97.5	2.5	-	-

จากตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวันในเรื่อง การ
พาบุตรรับประทานยาถูกต้องตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่งและถ้าหากไม่สามารถพาบุตรมาพบแพทย์
ตรงวันที่แพทย์นัดไว้ จะรีบพาบุตรมาพบแพทย์ในวันที่แพทย์ทำการตรวจรักษาเด็กโรคหัวใจพิการแต่
กำเนิดครั้งต่อไป คิดเป็นร้อยละ 100 และ 97.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 12 ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะพฤติกรรมการดูแลบุตรด้านการดูแลตามภาวะเสี่ยงบนทางสุขภาพรายข้อที่ไม่มีเหตุการณ์ให้มารดาส่วนใหญ่ปฏิบัติ (n=120)

พฤติกรรมการดูแลบุตร	ปฏิบัติทุกครั้ง หรือทุกวัน	ปฏิบัติบางครั้ง หรือบางวัน	ไม่เคย ปฏิบัติ	ไม่มีเหตุการณ์ ให้ปฏิบัติ
1. เมื่อบุตรมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็ว หรือหายใจลำบาก จันดูแลให้บุตรนอนศีรษะสูง วางแขนข้างลำตัว	25.0	-	-	75.0
2. เมื่อบุตรมีอาการเขียวคล้ำ ร้องไห้แง หายใจเร็วลึก จันดูแลให้บุตรอยู่ในท่านั่งยอง ๆ หรือนอนตะแคง เข้าชิดอกและป้อนน้ำให้เด็กหยุดร้อง	10.0	-	-	90.0
3. เมื่อบุตรมีอาการผิดปกติดังกล่าวในข้อ 1 และ 2 หลังจากทำการช่วยเหลือเบื้องต้นแล้ว จันพาบุตรไปพบแพทย์	19.2	15.8	-	65.0
4. หลังจากให้บุตรรับประทานยาโรคหัวใจ จันสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดอันตรายต่อบุตร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน	11.7	15.8	9.2	63.3
5. เมื่อบุตรรับประทานยาโรคหัวใจแล้ว มีอาการผิดปกติดังกล่าวในข้อ 4 จันงดยาและพาบุตรไปพบแพทย์	-	-	-	100.0
6. ถ้าบุตรได้รับยาขับปัสสาวะ จันให้บุตรรับประทานผลไม้จำพวกกล้วย ส้ม ทุกวัน	3.3	5.9	-	90.8

จากตารางที่ 12 พบว่า ไม่มีเหตุการณ์ที่ทำให้มารดาส่วนใหญ่วิถีดำเนินเรื่อง เมื่อบุตรรับประทานยาโรคหัวใจแล้วมีอาการผิดปกติ ต้องงดยาและพานุตรไปพบแพทย์ และถ้าบุตรได้รับยาขับปัสสาวะ ต้องให้บุตรรับประทานผลไม้จำพวก กล้วย ส้ม ทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 100 และ 90.8 ตามลำดับ



ส่วนที่ 3 ข้อมูลแสดงคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และคะแนนพฤติกรรม
การดูแลบุตรของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการ
แต่กำเนิดของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
การรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	130	110.38	9.67
โดยรวม			
การรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด			
รายด้าน			
- การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด	25	20.69	2.94
ภาวะแทรกซ้อน			
- การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	25	20.45	2.83
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ	45	37.84	3.79
ตามแผนการรักษา			
- การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตาม	15	12.90	1.57
แผนการรักษา			
- แรงจูงใจด้านสุขภาพ	20	18.49	1.59

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ
พิการแต่กำเนิดโดยรวม เท่ากับ 110.38 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.69

ตารางที่ 14 ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมและจำแนกเป็นรายด้าน

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	คะแนนเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
พฤติกรรมการดูแลบุตรโดยรวม	120*	103.77	8.45
พฤติกรรมการดูแลบุตรรายด้าน			
- การดูแลโดยทั่วไป	84	72.11	6.48
- การดูแลตามระยะพัฒนาการ	12	9.95	1.37
- การดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	24*	21.71	1.80

* เนื่องจากมีพฤติกรรมการดูแลบุตรตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจำนวน 6 ข้อที่ไม่มีเหตุการณ์เข้าห้มีการคำนวณหาปฏิบัติ และไม่นำมาคิดคะแนน ดังนั้นคะแนนเต็มของคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรโดยรวมและคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจึงเท่ากับ 120 และ 24 คะแนนตามลำดับ

จากตารางที่ 14 พบว่า กลุ่มตัวอย่่างมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรโดยรวมเท่ากับ 103.77 คะแนน และมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 8.45

ส่วนที่ 4 ข้อมูลแสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุของมารดา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมและรายด้าน กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)
การรับรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวม	.5431***
การรับรู้เกี่ยวกับโรครายด้าน	
- การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	.5848***
- การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	.3431***
- การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา	.4241***
- การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา	.3704***
- แรงจูงใจด้านสุขภาพ	.2390**
*** P<.001 **P<.01	

จากตารางที่ 15 พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r=.5431)

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ตัวแปร	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)
อายุของมารดา	.1741*
ระดับการศึกษาของมารดา	.2454**
อาชีพของมารดา	-.0204NS
รายได้ของครอบครัว	.2831**
ระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วย	.0508NS

** P<.01 *P<.05 NS = non significant

จากตารางที่ 16 พบว่า ระดับการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว และอายุของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01, .01 และ .05 (r=.2454, .2831 และ .1741 ตามลำดับ) ส่วนอาชีพของมารดาและระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (P>.05)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค บั๊จจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานของการวิจัยดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ : ศึกษาการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในการศึกษาครั้งนี้ ทุกข้อเป็นการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการศึกษาพบว่า มารดาส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้อง โดยมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมคิดเป็นร้อยละ 84.9 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมารดาได้พาบุตรมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และมารดาส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 63.3 มีประสบการณ์ในการดูแลบุตรมากกว่า 3 ปี มารดาจึงมีโอกาสได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่เสมอ แต่มีการรับรู้บางเรื่อง ซึ่งมารดายังไม่แน่ใจ ดังนี้

ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า มารดาร้อยละ 31.7 ไม่แน่ใจว่า การให้โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม อาจทำให้เกิดอาการบวมและหายใจเหนื่อยหอบได้ และร้อยละ 25 ไม่แน่ใจว่า ถ้าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีฟันผุ จะทำให้เชื้อโรคเข้าไปถึงหัวใจ และเกิดโรคติดเชื้อได้ การที่มารดารับรู้เช่นนี้อาจทำให้มารดาละเลยการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งอาจรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 116) ซึ่งศึกษาการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคธาลัสซีเมียในด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า มารดาร้อยละ 41 ไม่แน่ใจว่า ถ้าเด็กธาลัสซีเมียรับประทานอาหารพวกตับหมู ตับไก่ เลือดหมูหรือเลือดไก่มาก ๆ จะทำให้สีผิวดำคล้ำขึ้น อาจเกิดโรคเบาหวานหรือตับแข็งได้ และมารดาร้อยละ 33 ไม่แน่ใจว่า การที่เด็กธาลัสซีเมียมีฟันผุ จะเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กไม่สบายบ่อย ๆ

ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่ามารดาร้อยละ 33.4 ไม่แน่ใจว่า การสังเกตอาการผิดปกติของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และการช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการเขียวหรือหายใจเหนื่อยหอบจะช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ การที่มารดารับรู้เช่นนี้อาจทำให้มารดาขาดความสนใจในการสังเกตอาการของเด็กอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งวิธีการช่วย

เหลืออันเบื้องต้น เมื่อเด็กมีอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อย มารดาจึงไม่สังเกตเห็น และเมื่อเกิดอาการเขียว หรือเหนื่อยหอบมากขึ้น มารดาไม่สามารถช่วยเหลือเด็กได้ ซึ่งอาจทำให้เด็กเสียชีวิตก่อนที่จะนำส่งโรงพยาบาล

พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในการศึกษารั้งนี้ทุกข้อเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งมารดาควรปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวัน ผลการศึกษาพบว่า มารดาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 86.47 มีพฤติกรรมบางเรื่องที่ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลบุตรโดยทั่วไป ได้แก่ การดูแลด้านอาหารและน้ำ พบว่า มารดาปฏิบัติบางครั้งหรือบางวันในเรื่อง การให้บุตรรับประทานไข่วันละ 1 ฟองหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 4 ฟอง คิดเป็นร้อยละ 25 การให้บุตรรับประทานผักสด เช่น ผักบุ้ง ฟักทอง ตำลึง อย่างน้อยวันละ 4-8 ช้อนโต๊ะ คิดเป็นร้อยละ 53.4 การให้บุตรรับประทานผลไม้ เช่น กล้วยส้ม มะละกอ คิดเป็นร้อยละ 65 การให้บุตรดื่มนมหรือเครื่องดื่มผสมนมอย่างน้อยวันละ 2 แก้ว คิดเป็นร้อยละ 41.7 การให้บุตรดื่มน้ำวันละ 5-6 แก้ว เมื่อบุตรไม่มีอาการบวมหรือเหนื่อย หอบ คิดเป็นร้อยละ 56.7 การที่กลุ่มมารดาปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องเหล่านี้อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ที่เพียงพอ โดยพบว่า มารดาร้อยละ 50.8 มีรายได้ต่ำกว่า หรือเท่ากับ 5,000 บาท ซึ่งรายได้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ (Pender 1982 อ้างใน วีรยา จึงสมเจตไพศาล 2538: 90) เนื่องจากภาวะการเงินที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง โดยเฉพาะเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด บิดามารดาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจรักษาตามนัด รวมทั้งค่ายาและค่าใช้จ่ายอื่น ๆ หรือบางครั้งบุตรไม่สบายบ่อยต้องมาพบแพทย์หลายครั้ง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น มารดาจึงไม่อาจจัดหาอาหารซึ่งมีราคาค่อนข้างแพง เช่น ไข่ นม หรือผลไม้บางชนิด ให้บุตรรับประทานได้ทุกวัน นอกจากนี้มารดาบางส่วนยังไม่ชอบรับประทานอาหารบางชนิดโดยเฉพาะผักสดในแต่ละวันจึงรับประทานเพียงเล็กน้อย หรือบางวันไม่ได้รับประทานเลย ส่วนเรื่องน้ำดื่มนั้น มารดาบางส่วนบอกว่าได้ให้บุตรดื่มน้ำเท่าที่บุตรต้องการและบุตรไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ จึงไม่ได้เอาใจใส่น้ำดื่มมากนัก และมารดาบางส่วนบอกว่า เนื่องจากบุตรไปโรงเรียน จึงไม่สามารถดูแลเรื่องนี้ได้ทุกวันเช่นเดียวกัน ซึ่งการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องของมารดาทั้งหมดที่กล่าวมาอาจทำให้เด็กป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโต และเกิดอาการท้องผูกเนื่องจากได้รับน้ำ ผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ซึ่งทำให้เด็กต้องออกแรงเบ่งในการถ่าย

อุจจาระ อาจทำให้เด็กเกิดการเหนียวหนืดได้

การดูแลเรื่องอาหารเฉพาะโรค พบว่า มารดาปฏิบัติบางครั้งหรือบางวันในเรื่อง การให้บุตรรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและเติมผงชูรส น้ำปลา เกลือ ซอส ซีอิ๊ว ในอาหาร ของบุตร คิดเป็นร้อยละ 41.7 และการให้บุตรรับประทานอาหารที่ใส่ผงฟู เช่น ขนมปัง ขนมขบ เคี้ยวต่าง ๆ คิดเป็นร้อยละ 43.3 ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เด็กป่วยเกิดภาวะหัวใจวายได้ เนื่องจากหัวใจต้องทำงานหนักในการขับเกลือโซเดียมออกจากร่างกาย ทั้งนี้มารดา บางส่วนให้เหตุผลว่าบุตรไม่ชอบรับประทานอาหารรสจืดและรับประทานได้น้อย และมารดาเห็นว่า บุตรไม่มีอาการรุนแรงจึงตามใจบุตร มารดาบางรายระบุว่าสมาชิกในครอบครัวชอบรับประทาน อาหารรสเค็มและมักจะเติมน้ำปลาน้ำอาหารที่รับประทานและบุตรป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ในการ รับประทานอาหารจะเติมน้ำปลาน้ำอาหารของตนเองบ่อย ๆ โดยที่มารดาห้ามไม่ฟัง ในบาง ครอบครัวมารดาไม่มีเวลาประกอบอาหารเองต้องซื้ออาหารสำเร็จรูปจากร้านอาหารต่าง ๆ มา รับประทาน เด็กป่วยจึงต้องรับประทานอาหารเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว มารดา ส่วนหนึ่งบอกว่าบุตรไปโรงเรียน มารดาไม่ได้ดูแลอย่างใกล้ชิด บุตรจึงรับประทานอาหารเช่น เดียวกับเพื่อนๆ นอกจากนี้มารดาหลายรายยังมีความเข้าใจผิดในเรื่องอาหารเฉพาะโรค มารดา ไม่ทราบว่าผงชูรส ผงฟู มีส่วนประกอบของเกลือโซเดียม มารดาจึงเติมผงชูรสในอาหารของบุตร และให้บุตรรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของผงฟู ดังนั้นมารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่ กกำเนิด จึงควรได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับอาหารรสจืด การประกอบอาหารและอาหารที่ มีเกลือโซเดียมสูงซึ่งไม่ควรให้บุตรรับประทาน สอดคล้องกับการศึกษาของวีรยา จึงสมเจตไพศาล (2537: 87) ที่พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติกร้อยละ 20 มีการปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องการ รับประทานอาหารเฉพาะโรค และไม่รับประทานอาหารเฉพาะโรคตามคำแนะนำ ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนั้น เห็นว่าไม่เกิดผลเสียใด ๆ ต่อสุขภาพของตนมากนัก จึงรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมกับโรคที่ เป็น และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 78) พบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 25 ให้บุตรรับประทานอาหารพวกตับสัตว์และเลือดสัตว์ ซึ่งอาจทำให้เด็กป่วยมีภาวะธาตุ เหล็กเกินในร่างกาย ส่งผลให้อวัยวะต่าง ๆ ที่เหล็กไปจับนั้นทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวาน ตับแข็ง เป็นต้น

แนวทางปฏิบัติปัจจุบันนี้แพทย์มักจะให้ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวบางโรค ที่ไม่มีโอกาสเกิดภาวะหัวใจวาย รับประทานอาหารธรรมดา เนื่องจากการรับประทานอาหารจืด ทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย แต่ไม่ควรรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด เช่น ปลาเค็ม โซ่

เค็ม ของหมักดอง เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจทั่ว ๆ ไป ไม่ควรรับประทานเกลือโซเดียมเกิน 2-3 mEq./กก./วัน (จารุพิมพ์ สูงสว่าง และอภิชาติ นานา 2538: 416)

การดูแลด้านอากาศ พบว่า มารดาปฏิบัติบางครั้งหรือบางวันในเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีอากาศถ่ายเทสะดวกและไม่มีฝุ่นละออง คิดเป็นร้อยละ 32.5 ทั้งนี้มารดาบอกว่า ตนต้องประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้ทุกวัน นอกจากนี้พบว่า มารดาบางส่วนปฏิบัติบางครั้งหรือบางวันในเรื่องการหลีกเลี่ยงที่จะนำบุตรไปในที่ชุมชนแออัด คิดเป็นร้อยละ 35 ซึ่งมารดาให้เหตุผลว่า บุตรไม่มีอาการรุนแรง จึงพาบุตรไปเที่ยวตามศูนย์การค้าบ้างเป็นครั้งคราว ซึ่งการปฏิบัติดังกล่าวบ่อย ๆ อาจทำให้เด็กป่วยได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากเด็กป่วยโรคหัวใจมีการแตกาเนคมีจะมีปริมาณออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าปกติอยู่แล้ว ซึ่งจะส่งผลให้เด็กป่วยมีอาการเหนื่อยหอบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 113) ที่พบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 75 ปฏิบัติบางครั้งในการพาบุตรไปบริเวณที่มีคนอยู่รวมกันอย่างแออัด

การดูแลด้านการขับถ่าย พบว่า มารดาปฏิบัติบางครั้งหรือบางวันในเรื่องการดูแลให้บุตรขับถ่ายอุจจาระสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 33.3 การสังเกตการถ่ายปัสสาวะของบุตร เช่น จำนวนและลักษณะ คิดเป็นร้อยละ 44.1 ซึ่งการปฏิบัติเช่นนี้ อาจทำให้มารดาไม่ทราบว่าเด็กป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น เมื่อเกิดภาวะหัวใจวาย เด็กป่วยจะถ่ายปัสสาวะน้อยลง เป็นต้น ทั้งนี้การคาดคะเนว่า บุตรของตนไม่เคยมีอาการผิดปกติใด ๆ จึงไม่ค่อยได้ปฏิบัติตามเรื่องนี้

การดูแลด้านความสะอาดของฟัน พบว่า มารดาปฏิบัติบางครั้งหรือบางวันในเรื่องการดูแลให้บุตรแปรงฟันวันละ 2 ครั้งเวลาเช้า-เย็น คิดเป็นร้อยละ 26.7 การให้บุตรแปรงฟันหรือบ้วนปากหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง คิดเป็นร้อยละ 50.9 การพาบุตรไปตรวจสุขภาพฟันเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยทุก 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 41.7 เมื่อบุตรมีฟันผุ มารดาพาไปพบทันตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 31.7 นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาบางส่วนไม่ได้ปฏิบัติตามเรื่องการพาบุตรไปตรวจสุขภาพฟันเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยทุก 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 25 และเมื่อจะพาบุตรไปหาฟัน มารดาทราบว่าบุตรต้องรับประทานยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อก่อนและหลังการหาฟัน และได้แจ้งให้ทันตแพทย์ทราบ คิดเป็นร้อยละ 36.7 ซึ่งการปฏิบัติไม่ถูกต้องดังกล่าวทำให้เกิดอันตรายต่อเด็กป่วยได้ เพราะการอักเสบภายในช่องปากหรือมีฟันผุทำให้มีแบคทีเรียในกระแสเลือดส่งผลให้เกิดการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มหัวใจได้ ทั้งนี้มารดาบางส่วนบอกว่า เนื่องจากบ้านอยู่ไกลและ

งานยุ่ง จึงไม่ค่อยได้ปฏิบัติตามเรื่องนี้ ในขณะที่มารดาบางส่วนให้เหตุผลว่า บ้านอยู่ไกลจากสถานพยาบาลและไม่มีเงิน จึงไม่ได้พาบุตรไปตรวจสุขภาพฟัน และกลุ่มมารดาบอกว่าตนไม่ทราบว่าเมื่อจะทำฟันบุตรต้องได้รับยาปฏิชีวนะก่อนและหลังการทำฟัน เนื่องจากไม่เคยได้รับคำแนะนำในเรื่องนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิลาวรรณ ทวีกันต์ (2528: 79) ที่พบว่า ผู้ปกครองของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ร้อยละ 93.9 มีความสามารถในการดูแลเด็กป่วยด้านการดูแลฟันอยู่ในระดับต่ำ การศึกษาของรุจา ภูโพลย์ (2533: 22) ซึ่งศึกษาบทบาทของบิดามารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจที่มาตึกในครอบครัวด้านการป้องกันอันตรายแก่บุตรพบว่า การป้องกันการติดเชื้อโดยการตรวจฟันบุตรและการนำบุตรไปพบทันตแพทย์ เป็นสิ่งที่บิดามารดาไม่ได้ถือปฏิบัติมากที่สุด การศึกษาของพรนิภา ชัยโกศล (2536: 87) พบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ร้อยละ 54.7 ไม่ได้พาบุตรไปตรวจสุขภาพฟันอย่างน้อยทุก 6 เดือน และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 78) พบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมีย ร้อยละ 19 ไม่ดูแลให้บุตรแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

การดูแลด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน พบว่า มารดาร้อยละ 35.8 ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวันในการพาบุตรได้เล่นหรือออกกำลังกายที่ไม่รุนแรงอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องจาก มารดาทราบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักจะมีอาการเหนื่อยง่ายกว่าปกติ มารดากลัวว่าการเล่นหรือการออกกำลังกายจะทำให้เด็กป่วยเกิดอาการเหนื่อยหอบมากขึ้น จึงไม่ค่อยได้ปฏิบัติตามเรื่องนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของนิลาวรรณ ทวีกันต์ (2528: 76) ที่พบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความขัดแย้งในใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายของเด็กป่วย เนื่องจากมารดาได้รับคำแนะนำให้ปล่อยเด็กเล่นและออกกำลังกายตามความต้องการของเด็ก แต่หากว่าเด็กออกกำลังกายมากเกินไปก็จะเป็นอันตรายต่อเด็กได้ ดังนั้นมารดาจึงไม่ค่อยพาให้เด็กได้ออกกำลังกาย เนื่องจากกลัวว่าเด็กจะออกกำลังกายมากเกินไปจนเกิดอันตราย

การดูแลด้านการป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิตและสวัสดิภาพ พบว่า มารดาร้อยละ 25.8 ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวันในการจัดสภาพแวดล้อมของบ้านให้เป็นระเบียบไม่วางของเกะกะซึ่งอาจทำให้อุปกรณ์สะดุดหกล้มได้ ทั้งนี้มารดาให้เหตุผลว่า ต้องทำงานนอกบ้าน จึงไม่มีเวลาจัดบ้านทุกวัน แต่ก็มีคามระมัดระวังในเรื่องนี้ เมื่อพบสิ่งที่จะเกิดอันตรายต่อบุตร จะเก็บสิ่งนั้นทันที

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามระยะพัฒนาการ พบว่า การชักนำหนักและวัดส่วนสูงของบุตรเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง มารดาร้อยละ 51.6 ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวัน และมารดาร้อยละ 26.7 ไม่เคยปฏิบัติ ทั้งนี้มารดาที่ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวันระบุว่า ที่บ้านไม่มี

เครื่องชั่งน้ำหนัก บุตรจะได้รับการชั่งน้ำหนักเป็นครั้งคราวที่โรงเรียน หรือสถานเอนกนันทน์ในบ้าน ส่วนมารดาที่ไม่เคยปฏิบัติให้เหตุผลว่าที่บ้านไม่มีเครื่องชั่งน้ำหนักและอยู่ไกลสถานเอนกนันทน์ มารดาบางรายบอกว่าไม่ทราบว่าจะต้องชั่งน้ำหนัก และบางรายบอกว่าเมื่อบุตรมาตรวจตามนัดจะได้รับการชั่งน้ำหนักอยู่แล้ว จึงไม่ได้ปฏิบัติ ซึ่งการที่มารดาปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องนี้ ทำให้มารดาไม่ทราบว่าบุตรมีการเจริญเติบโตเหมาะสมกับวัยหรือไม่ นอกจากนี้การชั่งน้ำหนักจะทำให้ทราบว่าเด็กป่วยมีอาการบวมหรือไม่ ซึ่งภาวะนี้เด็กป่วยจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้นอย่างผิดปกติ ส่วนเรื่องการดูแลเอาใจใส่ให้บุตรได้มีกิจกรรมเสริมความรู้ของเด็กตามวัย มารดาร้อยละ 39.2 ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวัน ทั้งนี้มารดาจะพบว่า บุตรไปโรงเรียน บุตรได้รับการสอนเรื่องเหล่านี้ที่โรงเรียนอยู่แล้ว จึงไม่ค่อยได้ปฏิบัติ ในเรื่องการส่งเสริมให้บุตรช่วยเหลือตนเอง เช่น อาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร และคอยช่วยเหลือเมื่อบุตรทำไม่ได้ มารดาร้อยละ 25 ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวัน โดยมารดาบอกว่าบุตรอายุน้อย (3 ปี) ยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จึงไม่ค่อยให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ และมารดาบางรายบอกว่า บางครั้งต้องรีบออกไปทำงาน เพื่อความรวดเร็ว จึงต้องทำกิจกรรมต่าง ๆ ให้บุตรแทนที่จะให้บุตรช่วยเหลือตนเอง สำหรับเรื่องการให้บุตรได้เล่นรวมกลุ่มกับเด็กอื่น ๆ มารดาร้อยละ 29.1 ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวัน ทั้งนี้มารดาให้เหตุผลว่า การเล่นรวมกับเด็กอื่น ๆ บุตรมักจะเล่นรุนแรงตามเพื่อน ๆ มารดากลัวว่าบุตรจะเกิดอาการเหนื่อยหอบ จึงไม่ค่อยได้ปฏิบัติในเรื่องนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 78) ที่พบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียมีพฤติกรรมการดูแลบุตรด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการไม่ถูกต้องในเรื่อง ไม่ได้เปรียบเทียบน้ำหนักและส่วนสูงของบุตรกับเกณฑ์มาตรฐานเป็นระยะ ๆ คิดเป็นร้อยละ 35 การไม่ให้บุตรช่วยเหลือตนเอง เช่น อาบน้ำ แปรงฟัน รับประทานอาหารเอง คิดเป็นร้อยละ 55 ไม่ส่งเสริมการเรียนรู้ของบุตร โดยการจัดหาของเล่นที่เหมาะสมกับวัยให้บุตรเล่น คิดเป็นร้อยละ 29

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามภาวะเสี่ยงแบบทางสุขภาพ พบว่า มารดาร้อยละ 33.3 ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวันในเรื่องการชักถามแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อมีปัญหหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับอาการ การรักษา หรือคำแนะนำในการดูแลบุตร ทั้งนี้มารดาบอกว่าไม่กล้าชักถามเนื่องจากเกรงใจแพทย์และพยาบาล เพราะเห็นว่ามียางอยู่ ส่วนมากจะชักถามจากมารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดคนอื่น ๆ ที่มีปัญหาเหมือนกัน สอดคล้องกับการศึกษาของพรนิภา ชัยโกศล (2536: 87) ที่พบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก ร้อยละ 24 ปฏิบัติบางครั้งในเรื่อง การหาความรู้หรือชักถามแพทย์พยาบาล เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับ

การดูแลสุขภาพของบุตร และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 78) พบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียร้อยละ 30 ปฏิบัติบ้างครั้งในเรื่อง การชักถามแพทย์หรือพยาบาล เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับโรค อาการ การรักษา หรือคำแนะนำในการดูแลบุตร นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาร้อยละ 25.9 ปฏิบัติบ้างครั้งหรือบางวันในเรื่องการสังเกตผิวกาย เล็บมือเล็บเท้าและริมฝีปากของบุตรว่าผิดปกติ เช่น เขียวคล้ำ ซีด เปรียบเทียบกับภาวะปกติ และมารดาร้อยละ 44.2 ปฏิบัติบ้างครั้งหรือบางวันในเรื่องการสังเกตลักษณะการหายใจของบุตรว่าสะดวกเป็นปกติ เช่น หายใจไม่ช้าหรือเร็วผิดปกติ จุกนํ้ามวน ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หน้าอกนํ้ามวน เป็นต้น ทั้งนี้ มารดาบอกว่าบุตรไม่เคยมีอาการผิดปกติที่รุนแรง จึงไม่ค่อยได้ปฏิบัติ และมารดาบางรายบอกว่าเมื่อบุตรมีอาการเหนื่อย บุตรจะบอกให้มารดาทราบเอง มารดาจึงไม่ค่อยได้ปฏิบัติ เรื่องนี้เช่นเดียวกัน การที่มารดาปฏิบัติไม่ถูกต้องดังกล่าว ทำให้มารดาไม่ทราบว่าบุตรมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น ซึ่งควรจะรีบนำบุตรไปพบแพทย์เพื่อรับการรักษาทันที ซึ่งจะช่วยลดความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของพรนิภา ชัยโกศล (2536: 87) ที่พบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกส์ร้อยละ 16 ปฏิบัติบางวันในเรื่องการสังเกตอาการปวดท้องของบุตร

การศึกษาค้นคว้านี้เด็กป่วยส่วนใหญ่มียาอาการเจ็บป่วยและรุนแรงมาก เด็กสามารถดำรงชีวิตที่บ้านได้อย่างปกติ โดยพบว่าเด็กป่วยร้อยละ 57.5 ไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจำนวน 6 ข้อ ที่ไม่มีเหตุการณ์ทำให้มารดาส่วนใหญ่ปฏิบัติ พฤติกรรมดังกล่าวมีดังนี้

1. การดูแลเมื่อบุตรมีอาการเหนื่อยหอบ หายใจเร็ว หรือหายใจลำบาก โดยดูแลให้บุตรนอนศีรษะสูง วางแขนข้างลำตัว พบว่า ไม่มีเหตุการณ์ให้มารดาปฏิบัติ คิดเป็นร้อยละ 75 ส่วนมารดาอีกร้อยละ 25 ปฏิบัติทุกครั้ง เมื่อบุตรมีอาการดังกล่าว ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ถูกต้อง

2. การดูแลเมื่อบุตรมีอาการเขียวคล้ำ ร้องไห้แง หายใจเร็วลึก โดยดูแลให้บุตรอยู่ในท่านั่งยอง ๆ หรือนอนตะแคงเข้าชิดอก และปลอบให้เด็กหยุดร้อง พบว่า ไม่มีเหตุการณ์ให้มารดาปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 90 เนื่องจากเด็กป่วยร้อยละ 65.8 เป็นโรคหัวใจชนิดไม่เขียวจึงไม่เกิดอาการเขียวคล้ำ ร้องไห้แง หายใจเร็วลึก และเด็กป่วยโรคหัวใจชนิดเขียวร้อยละ 25.2 ไม่เคยเกิดอาการดังกล่าว ส่วนมารดาอีกร้อยละ 10 ปฏิบัติทุกครั้งเมื่อบุตรมีอาการดังกล่าว ซึ่งเป็นการปฏิบัติที่ถูกต้อง

3. การพาบุตรไปพบแพทย์หลังจากทำการช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อบุตรมีอาการดังกล่าวในข้อ 1 และ 2 พบว่า ไม่มีเหตุการณ์ให้มารดาปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 65 และมารดาร้อยละ

19.2 ปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนมารดาร้อยละ 15.8 ปฏิบัติบางครั้ง ทั้งนี้มารดาที่ปฏิบัติบางครั้งบอกว่า เมื่อทำการช่วยเหลือเบื้องต้นแล้วบุตรอาการเป็นปกติ ก็จะไม่พาบุตรไปพบแพทย์ แต่ถ้าบุตรอาการไม่ดีขึ้นจึงจะพาบุตรไปพบแพทย์

4. การสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดอันตรายต่อบุตร เช่น เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน หลังจากให้บุตรรับประทานยาโรคหัวใจ (ดิจิตาลิส) พบว่า ไม่มีเหตุการณ์ฉีให้มารดาปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 63.3 เนื่องจากบุตรไม่ได้รับประทานยาโรคหัวใจ (ดิจิตาลิส) และมารดา ร้อยละ 11.7 ปฏิบัติทุกครั้ง มารดาร้อยละ 15.8 ปฏิบัติบางครั้ง และมารดาร้อยละ 9.2 ไม่เคยปฏิบัติ ซึ่งมารดาที่ไม่เคยปฏิบัติระบุว่า ตนไม่ทราบว่ายาโรคหัวใจ (ดิจิตาลิส) จะเกิดผลข้างเคียงอะไรบ้าง จึงไม่ได้ปฏิบัติ ส่วนมารดาที่ปฏิบัติบางครั้งบอกว่า บุตรได้รับยาโรคหัวใจนี้มานาน แต่ไม่เคยเกิดอาการดังกล่าว จึงไม่ค่อยได้ปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 78) ที่พบว่า มารดาของเด็กป่วยโรคธาลัสซีเมียร้อยละ 23 ไม่ได้สังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้น ภายหลังจากบุตรได้รับเลือดและกลับบ้านแล้ว

5. การงดยาและพาบุตรไปพบแพทย์ เมื่อบุตรรับประทานยาโรคหัวใจ (ดิจิตาลิส) แล้วมีอาการดังกล่าวในข้อ 4 พบว่า ไม่มีเหตุการณ์ฉีให้มารดาปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 100 เนื่องจากเด็กป่วยร้อยละ 63.3 ไม่ได้รับยาโรคหัวใจชนิดนี้ ส่วนเด็กป่วยที่ได้รับยาโรคหัวใจชนิดนี้ไม่เคยเกิดอาการข้างเคียงดังกล่าว

6. การดูแลให้บุตรรับประทานผลไม้จากกล้วย ส้ม ทุกวัน ถ้าบุตรได้รับยาขับปัสสาวะ พบว่า ไม่มีเหตุการณ์ฉีให้มารดาปฏิบัติคิดเป็นร้อยละ 90.8 เนื่องจากเด็กป่วยไม่ได้รับยาขับปัสสาวะ และมารดา ร้อยละ 3.3 ปฏิบัติทุกวัน ส่วนมารดา ร้อยละ 5.9 ปฏิบัติบางวัน ซึ่งมารดาที่ปฏิบัติบางวันให้เหตุผลว่า บุตรไม่ชอบรับประทานกล้วย ส้ม จึงไม่ได้รับประทานทุกวัน และมารดาบางรายบอกว่า บุตรได้รับยาซึ่งขัดขวางการสูญเสียเกลือแร่อยู่แล้ว จึงไม่ได้ปฏิบัติทุกวัน

จากที่กล่าวมาทั้งหมด จะเห็นได้ว่า มารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจกับการแต่กำเนิด ปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลบุตรไม่ถูกต้องหลายเรื่อง ซึ่งควรได้รับการแก้ไข ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคตลอดจนวิธีการดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจกับการแต่กำเนิดแก่มารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคนี้ทุกคน โดยเน้นในเรื่องที่มารดาส่วนใหญ่มักจะปฏิบัติไม่ถูกต้อง เช่น การดูแลเรื่องอาหารเฉพาะโรค การดูแลเรื่องฟัน เป็นต้น

สมมติฐาน 1 การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.5431$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 1 แสดงว่า มารดาที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคถูกต้อง จะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้อง ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้เป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีส่วนกำหนดแนวโน้มของการกระทำหรือกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติตามแนวคิดหรือการรับรู้ นั้น ๆ เนื่องจากการรับรู้ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ อันจะนำไปสู่ความคิด ความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น และทำให้บุคคลตระหนักและเห็นความสำคัญของสิ่งที่รับรู้ นั้น (กันยา สุวรรณแสง 2532: 150) ดังนั้นถ้าบุคคลมีการรับรู้สิ่งหนึ่งสิ่งใดถูกต้อง บุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมต่อสิ่งนั้นอย่างถูกต้องตรงตามความเป็นจริง ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีการรับรู้คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง บุคคลจะแสดงพฤติกรรมผิด ๆ ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโรค และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรค่อนข้างสูง กล่าวคือมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้เกี่ยวกับโรค คิดเป็นร้อยละ 84.91 และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตร คิดเป็นร้อยละ 86.48 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคถูกต้อง ทำให้มีพฤติกรรมการดูแลบุตรถูกต้อง ซึ่งสนับสนุนแนวคิดของโอเรม (Orem 1991: 148-155) ที่กล่าวว่า การรับรู้ของบุคคลต่อเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเองซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อย่างจงใจและมีเป้าหมาย เพื่อที่จะรักษาชีวิต ภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพที่ดีของตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาที่รับรู้ว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มารดาที่จะพาบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมาตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1978: 271-273) ที่พบว่า การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุตร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืด การศึกษาของพรนิภา ชัยโกศล (2536: 51) พบว่า การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับสุขภาพบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 71) พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรครายด้านกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.5848$) แสดงว่า มารดาที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนถูกต้อง จะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1977: 354) ที่ว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ บุคคลที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน จะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาที่รับรู้ว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักจะติดเชื้อมีในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย มารดาที่จะดูแลไม่ให้บุตรอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีการติดเชื้อต่าง ๆ เช่น เป็นหวัด ไอ เจ็บคอ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al., 1977: 354) ที่พบว่า มารดาของบุตรโรคอ้วนที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เมื่อบุตรมีน้ำหนักเกินมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมน้ำหนักของบุตร การศึกษาของวัลภา ผิวทน (2527: 92) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยก่อนเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค การศึกษาของพรนิภา ชัยโกศล (2536: 52) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกำเริบและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 72) พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.3431$) แสดงว่ามารดาที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคถูกต้อง จะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้อง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าแม้ว่าบุคคลจะมีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนแล้วก็ตาม อาจไม่เพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมด้านสุขภาพได้จนกว่าบุคคลจะมีการรับรู้ถึงผลของโรคในคุณภาพชีวิตนั้นเป็นอันตรายต่ออวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย จิตใจ สมรรถภาพการทำงาน ชีวิต

ครอบครัว และสังคมมากหรือน้อยเพียงใด ซึ่งจะสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Becker 1974: 84) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาที่รับรู้ว่าได้โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักจะเป็นหวัดบ่อย ๆ และทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบ ซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายแก่เด็กได้ มารดาที่จะดูแลไม่ให้บุตรอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่ เป็นโรคติดเชื้อต่าง ๆ เช่น เป็นหวัด ไอ เจ็บคอ และพาบุตรไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบทุกชนิดและจำนวนครั้งตามแพทย์นัด ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1974: 205-216) ที่พบว่า มารดาที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคหูชั้นกลางอักเสบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บุตรรับประทานยาและพาบุตรมาตรวจตามนัด การศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536: 67) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตร การศึกษาของเพลินตา พรหมบัวศรี (2536: 70) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาเด็กโรคหอบหืด และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (539: 73) พบว่า การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.4241$) แสดงว่ามารดาที่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาถูกต้อง จะมีพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของโรเซนสตอค (Rosenstock 1974: 345) ที่ว่า บุคคลที่มีการรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นสามารถป้องกันการเกิดโรคหรือการกลับเป็นซ้ำหรือลดภาวะการเจ็บป่วยได้ เขาจะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาที่รับรู้ว่าการนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอเป็นสิ่งสำคัญสำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพราะช่วยให้ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง มารดาที่จะดูแลให้บุตรนอนหลับพักผ่อนวันละ 10-12 ชั่วโมง และมารดาที่รับรู้ว่าการพาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมาตรวจตามนัดทุกครั้ง ทำให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมอาการของโรคได้ มารดาที่จะพาบุตรมาตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง แม้ว่าบุตรจะไม่มีอาการเจ็บป่วยใด ๆ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1978: 268-277) ที่พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือของมารดาในการให้บุตรโรคหอบหืดรับประทานยาตามแผนการรักษา การศึกษาของอังคณา จิราจินต์

(2530: 120) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเบื้องต้นที่บ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเมื่อนุตรอุจจาระร่วง การศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536: 68) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ในการป้องกันโรค และการดูแลรักษาเด็กป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตร การศึกษาของพรนิภา ชัยโกศล (2536: 53) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโฟรติค และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 73) พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหาลัสซีเมีย

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.3704$) แสดงว่ามารดาที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษาถูกต้อง จะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้อง ทั้งนี้เพราะบุคคลจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับการรับรู้ว่าสิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นจะได้รับประโยชน์คุ้มค่ากับเวลาที่เสียไปในการมารับบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการรักษาหรือเดินทาง ความยุ่งยากในการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ การได้รับความเจ็บปวดหรือความไม่สบายจากการรักษา รวมทั้งความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นไม่ขัดกับอาชีพ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาที่รับรู้ถึงแม้จะมีภาระกิจมากมายในชีวิตประจำวัน แต่ก็ต้องดูแลให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรับประทานยาตรงตามเวลาทุกวัน มารดาก็จะดูแลให้บุตรรับประทานยาถูกต้องตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบคเกอร์ และคณะ (Becker, et al. 1978: 268-277) ที่พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้ความร่วมมือในการรักษาของมารดาเด็กโรคหอบหืด การศึกษาของอังคณา จิราจินต์ (2530: 121) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาเมื่อนุตรอุจจาระร่วง การศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536: 68) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันและดูแลรักษาเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรของมารดา การศึกษาของเพลินตา พรหมบัวศรี (2536: 71) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาเด็กโรคหอบหืด และการศึกษา

ชาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 74) พบว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคในการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

5. แรงจูงใจด้านสุขภาพ พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.2390$) แสดงว่า มารดาที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพ จะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโจเซฟ (Joseph 1991: 155) ที่กล่าวว่า แรงจูงใจเป็นหนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาที่ช่วยให้บุคคลเกิดการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา แรงจูงใจจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาที่รับรู้ว่าการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นความรับผิดชอบของตนเอง มารดาจะเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้แข็งแรงอยู่เสมอ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์และคณะ (Becker, et al. 1978: 268-277) ที่พบว่า มารดาให้ความสนใจและห่วงใยบุตรป่วยโรคหอบหืดมากกว่าบุตรคนอื่น ๆ และให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี การศึกษาของพรนิชา ชัยโกศล (2536: 48) พบว่าแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก การศึกษาของเพลินดา พรหมบัวศรี (2536: 71) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพทั่วไปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาเด็กป่วยโรคหอบหืด

สมมติฐานที่ 2 ปัจจัยบางประการ ได้แก่ อายุของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา อาชีพของมารดา รายได้ของครอบครัวและระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผลการศึกษาพบว่า สมมติฐานที่ 3 ได้รับการสนับสนุนบางส่วน โดยพบว่า อายุของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .01 ($r=.1741$, $.2454$, $.2831$ ตามลำดับ) ส่วนอาชีพของมารดาและระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ($P>.05$) ซึ่งแยกอภิปรายผลได้ดังนี้

อายุของมารดา ผลการศึกษาพบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r=.1741$) แสดงว่า มารดาที่มีอายุมาก จะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้องมาก ทั้งนี้เพราะอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตและเป็นตัวบ่งบอกวุฒิภาวะ เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี มีความสามารถในการจัดการกับสิ่งแวดล้อม และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพ (Orem 1991: 239) ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริยา ปทุมวัน (2534: 51) ที่พบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโพลาส การศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536: 75) พบว่า อายุของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรทั้งป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 79) พบว่า อายุของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

ระดับการศึกษาของมารดา ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.2454$) แสดงว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้องมาก อธิบายได้ว่า การศึกษาช่วยให้บุคคลได้พัฒนาทักษะ ความรู้ และมีเจตคติที่ดีต่อการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem 1985: 175) ผู้ที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ดี มีความสามารถในการทำความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ที่ได้เรียนรู้มา มีการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง (Pender 1987: 161-162) ผลการศึกษาค้นนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉริยา ปทุมวัน (2534: 52) ที่พบว่า ระยะเวลาในการศึกษาของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโพลาสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็ก การศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536: 75) พบว่า ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกที่มีบุตรทั้งป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 80) พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

อาชีพของมารดา ผลการศึกษาพบว่า อาชีพของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ($P>.05$) แสดงว่า อาชีพของมารดาไม่

เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การศึกษาครั้งนี้พบว่า มารดาส่วนใหญ่ประกอบอาชีพนอกบ้านคิดเป็นร้อยละ 60.8 ประกอบอาชีพในบ้านหรือเป็นแม่บ้านคิดเป็นร้อยละ 39.2 แต่ถึงแม้มารดาต้องประกอบอาชีพนอกบ้านซึ่งเป็นการเพิ่มบทบาทให้แก่มารดา ก็ไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลบุตร ซึ่งไม่สอดคล้องกับแนวคิดของเมลริส (Meleis 1975 อ้างในวินิดา ยืนยง (2538: 58) ที่กล่าวว่า มารดาที่มีบทบาทเพิ่มขึ้นจากการปฏิบัติเป็นประจำ จะทำให้มารดามีความบกพร่องในการแสดงบทบาทการดูแลบุตรป่วยได้ และผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวินิดา ยืนยง (2538: 57) ที่พบว่า มารดาที่ประกอบอาชีพในบ้านหรือเป็นแม่บ้านสามารถปรับตัวในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดได้มาก อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้จากการสัมภาษณ์มารดาพบว่า มารดาที่ประกอบอาชีพนอกบ้านส่วนใหญ่มีผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรป่วย มารดาสามารถมอบหมายหน้าที่การดูแลบุตรที่ไม่ยุ่งยากให้ผู้ช่วยเหลือทำได้ ส่วนมารดาที่ประกอบอาชีพนอกบ้านซึ่งไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรป่วยนั้น ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นเกษตรกร ซึ่งเป็นอาชีพอิสระ มารดาสามารถหยุดงานเพื่อดูแลบุตรป่วยได้ตลอดเวลาเมื่อมีความจำเป็น

รายได้ของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.2831$) แสดงว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวมากจะมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถูกต้องมาก อธิบายได้ว่าผู้ที่มีรายได้สูงมักเป็นผู้มีฐานะทางสังคมสูง มีโอกาสได้ติดต่อสื่อสารกับกลุ่มบุคคลในสังคม ทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ รวมทั้งมีความสามารถในการแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ ตลอดจนเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Pender 1987: 161-162) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเรม (Orem 1985: 175) ที่กล่าวว่า รายได้เป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของประกริต รัชวัตร (2536: 75) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรทั้งป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 80) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ($P > .05$) แสดงว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทั้งนี้เป็นเพราะว่า มารดาที่ศึกษาครั้งนี้มีประสบการณ์ในการดูแลบุตรมากกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.3 มารดาเหล่านี้จึงมีโอกาสดำเนินการและคำแนะนำจากแพทย์พยาบาลอยู่เสมอ จากการหาบุตรมาตรวจรักษาตามนัด รวมทั้งได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในการเลี้ยงดูบุตรกับมารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดคนอื่น ๆ นอกจากนี้ การดูแลบุตรมาเป็นระยะเวลานานทำให้มารดาได้เรียนรู้จากประสบการณ์ในการดูแลบุตรของมารดาเองด้วย เหตุผลดังกล่าวจึงทำให้พฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่ผันแปรตามระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของพรนิภา ชัยโกศล (2536: 58) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโรติก การศึกษาของสกวรัตน์ หวงจันทร์ (2538: 72) พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง และการศึกษาของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539: 84) พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมีย

จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรค อายุของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่เป็นไปตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรมที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยการรับรู้เกี่ยวกับโรคเป็นส่วนหนึ่งของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนและบุคคลที่ต้องพึ่งพา ทำให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาอย่างจริงจัง และมีเป้าหมาย เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สวัสดิภาพ และภาวะสุขภาพ (Orem 1991: 148-155) ในขณะที่อายุของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัวก็นับเป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Orem 1991: 136) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ทั้งที่เป็นปัจจัยองค์ประกอบของโครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 3 ระดับ และปัจจัยพื้นฐานอื่น ๆ ที่อาจมีความ

สัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วย แต่ไม่ได้มาศึกษาในครั้งนี้ เช่น ภาวะสุขภาพของมารดา แบบแผนการดำเนินชีวิต ความเชื่อ เจตคติ เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น



สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค บังคับบางประการ กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอายุ 3-6 ปี ที่พาบุตรมารับการตรวจรักษา ณ คลินิกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเด็ก และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 120 คน ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็กป่วย แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน 2539 นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล รวมทั้งข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และข้อมูลพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรายข้อ ด้วยสถิติร้อยละ
2. คำนวณค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และคะแนนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค บังคับบางประการ ได้แก่ อายุของมารดา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วยกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่าที (t-test)

ผลการวิจัยมีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-34 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.3 ได้รับการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 95 ประกอบอาชีพนอกบ้าน คิดเป็นร้อยละ 60.8 มีบุตรจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 48.4 มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.8 ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็น

ร้อยละ 88.3 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.7 ไม่มีผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 55.8 และไม่มีบทบาทอื่น (นอกเหนือจากการเป็นมารดาและหารายได้) คิดเป็นร้อยละ 96.7 ส่วนเด็กป่วยส่วนใหญ่อายุ 3 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.7 เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว คิดเป็นร้อยละ 65.8 และไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 57.5

2. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่า

ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่อง เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มักจะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (เช่น เป็นหวัด) ได้ง่าย จึงไม่ควรพาเด็กไปในชุมชนแออัด หรือเข้าใกล้ผู้ที่มีการติดเชื้อ เช่น หวัด ไอ เจ็บคอ และเห็นด้วยในเรื่อง ถ้าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรับประทานยาไม่สม่ำเสมออาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ คิดเป็นร้อยละ 50.8 และ 44.2 ตามลำดับ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่อง เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีอาการรุนแรงจนถึงแก่ความตายได้ ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง และเห็นด้วยในเรื่อง เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่สามารถเล่นและออกกำลังกายได้มากเหมือนเด็กปกติ คิดเป็นร้อยละ 51.7 และ 47.4 ตามลำดับ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่อง การพาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมาตรวจตามนัด ทุกครั้งทำให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สามารถควบคุมอาการของโรคได้และการทำให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรับประทานอาหารที่มีประโยชน์เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก และผลไม้ ทำให้ร่างกายเด็กแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค คิดเป็นร้อยละ 61.7 และ 55.8 ตามลำดับ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในเรื่องการจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรคสำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นเรื่องยุ่งยาก แต่ก็สามารถทำได้และถึงแม้ว่าการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลจะยุ่งยาก แต่ก็เต็มใจทำเพื่อให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง คิดเป็นร้อยละ 55 และ 51.7 ตามลำดับ ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งในเรื่องเมื่อเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอาการผิดปกติ ต้องรีบพามาพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษาทันที และเมื่อต้องการให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหายขาดจากโรค ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 77.5 และ 75 ตามลำดับ ในการวิจัยครั้งนี้พบว่ามี การรับรู้เกี่ยวกับโรคบางเรื่อง ซึ่งมารถตายังไม่แน่ใจ ได้แก่ การทำให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รับประทานอาหารที่มีรสเค็ม

อาจทำให้เกิดอาการบวมและหายใจเหนื่อยหอบได้ คิดเป็นร้อยละ 31.7 ถ้าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีฟันผุจะทำให้เชื้อโรคเข้าไปถึงหัวใจและเกิดโรคติดเชื้อได้ คิดเป็นร้อยละ 25 และการสังเกตอาการผิดปกติของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและการช่วยเหลือมีเด็กมีอาการเขียวหรือเหนื่อยหอบจะช่วยลดความรุนแรงของโรค คิดเป็นร้อยละ 33.4

3. พฤติกรรมการดูแลบุตรด้านการดูแลโดยทั่วไป พบว่า มารดาส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวันในเรื่อง การให้บุตรรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ และการพาบุตรไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคครบทุกชนิดและจำนวนครั้งตามแพทย์นัด คิดเป็นร้อยละ 95.8 และ 92.5 ตามลำดับด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการ พบว่า มารดาส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวันในเรื่อง การส่งเสริมให้บุตรช่วยเหลือตนเอง เช่น รับประทานอาหาร อาบน้ำ แต่งตัว ฯลฯ และคอยช่วยเหลือเมื่อบุตรทำไม่ได้ และการให้บุตรได้เล่นรวมกลุ่มกับเด็กอื่น ๆ หรือให้บุตรดำเนินชีวิตเหมือนเด็กปกติมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.2 และ 69.2 ตามลำดับ ด้านการดูแลตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ พบว่า มารดาส่วนใหญ่ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวันในเรื่อง การให้บุตรรับประทานยาถูกต้องตามขนาดและเวลาที่แพทย์สั่ง และถ้าหากไม่สามารถพาบุตรมาพบแพทย์ตรงวันที่แพทย์นัดไว้ จะรีบพาบุตรมาพบแพทย์ในวันที่แพทย์ทำการตรวจรักษาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดครั้งต่อไป คิดเป็นร้อยละ 100 และ 97.5 ตามลำดับ ในการวิจัยครั้งนี้พบพฤติกรรมการดูแลบุตรบางเรื่องซึ่งมารดาไม่ได้ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวัน ที่สำคัญได้แก่ การดูแลด้านอาหารเฉพาะโรค พบว่า มารดาร้อยละ 41.7 ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวันในเรื่อง การให้บุตรรับประทานอาหารที่มีรสเค็มและเติมผงชูรส น้ำปลา เกลือ ซอส ซีสต์ในอาหารของบุตร และมารดาร้อยละ 43.3 ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวันในเรื่อง การให้บุตรรับประทานขนมที่ใส่ผงฟู เช่น ขนมปัง ขนมขบเคี้ยวต่าง ๆ การดูแลฟัน พบว่า มารดาร้อยละ 41.7 ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวัน และร้อยละ 25 ไม่เคยปฏิบัติ ในเรื่องการพาบุตรไปตรวจสุขภาพฟันเป็นระยะ ๆ อย่างน้อยทุก 6 เดือน และมารดาร้อยละ 36.7 ไม่เคยปฏิบัติในเรื่อง เมื่อจะพาบุตรไปทาสีฟัน ต้องให้บุตรรับประทานยาปฏิชีวนะเพื่อกำจัดเชื้อก่อนและหลังการทาสีฟันและการแจ้งให้ทันตแพทย์ทราบ

4. การรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.5431$) สำหรับการรับรู้เกี่ยวกับโรครายด้านพบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการ

ดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r=.5878$, $.3431$, $.4241$ และ $.3704$ ตามลำดับ) ส่วนแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=.2390$)

5. อายุของมารดา ระดับการศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .01 ($r=.1741$, $.2454$ และ $.2831$ ตามลำดับ) ส่วนอาชีพของมารดาและระยะเวลาในการดูแลบุตรป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ($P>.05$)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น การศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกของพรนิภา ชัยโกศล (2534) รวมทั้งการศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียของรุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) จึงอาจกล่าวได้ว่าการรับรู้เกี่ยวกับโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคเรื้อรัง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดดังนี้

ด้านการพยาบาล

1. พยาบาลควรประเมินการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ถ้าพบว่ามีส่วนใดยังไม่ถูกต้อง พยาบาลต้องเน้นให้มารดาเข้าใจและเห็นความสำคัญของเรื่องนั้นเป็นพิเศษ เพื่อให้มารดามีการรับรู้เกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม

2. พยาบาลควรประเมินพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หากพบว่ามีส่วนใดยังไม่ถูกต้อง พยาบาลต้องเน้นให้ความรู้ในเรื่องนั้นเป็นพิเศษ ซึ่งในการศึกษครั้งนี้พบพฤติกรรมที่มารดาควรจะได้รับคำแนะนำเพิ่มเติมที่สำคัญได้แก่การดูแลเรื่องอาหารเฉพาะโรค การดูแลเรื่องพัน เป็นต้น เพื่อให้มารดามีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลบุตรป่วย ซึ่งจะส่งผลให้บุตรป่วยมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

3. จัดวิธีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรูปแบบต่าง ๆ ตามความเหมาะสมและความต้องการของมารดา เช่น การจัดหน่วยบริการให้ความรู้ คำแนะนำ และคำปรึกษา หรือการจัดกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อให้มารดาที่มีบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้มีโอกาสพูดคุยและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ร่วมกัน โดยมีพยาบาลคอยดูแลและให้ความรู้เพิ่มเติม นอกจากนี้อาจเผยแพร่ความรู้โดยการแจกเอกสาร แผ่นพับ เป็นต้น

4. จากผลการวิจัยพบว่า อายุของมารดา ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ดังนั้นในการให้ความรู้และคำแนะนำต่าง ๆ ต้องให้เหมาะสมกับอายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของมารดาแต่ละคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดาที่มีอายุน้อย มีระดับการศึกษาต่ำ และมีรายได้ครอบครัวต่ำ พยาบาลต้องให้ความรู้มากเป็นพิเศษ

ด้านบริหาร

ผู้บริหารควรเห็นความสำคัญของการส่งเสริมให้มารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ถูกต้อง โดยการสนับสนุนด้านบุคลากร สถานที่ และเวลาในการทำกิจกรรม เช่น การจัดหน่วยบริการให้ความรู้ คำแนะนำ หรือการจัดกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำเอกสาร แผ่นพับ ฯลฯ เพื่อเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด นอกจากนี้ผู้บริหารควรจัดให้มีการอบรมเพื่อเพิ่มทุนความรู้แก่บุคลากร ทำให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตร ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่บุตรป่วยมีอาการของโรคไม่รุนแรงและไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล จึงควรศึกษาเรื่องนี้ในกลุ่มตัวอย่างที่บุตรป่วยต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดกับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcome) ของบุตร เช่น พัฒนาการ การเกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นต้น

3. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลครรภ์
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น ภาวะสุขภาพของมารดา แบบแผนการดำเนินชีวิต และการรับรู้
สมรรถนะแห่งตน เป็นต้น

4. ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลครรภ์โรคอื่น ๆ เช่น โรคเบาหวาน
โรคมะเร็ง เป็นต้น



บรรณานุกรม

- กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์บำรุงสารสน, 2532.
- กุลชลี ภูมิรินทร์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- จรรยา สุวรรณทัต. "ความเชื่อเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดูเด็ก". ใน เอกสารการสอนชุดวิชา พัฒนาการเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 8-15 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า 810-843. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2527.
- จรัญ จันทลักษณ์ และอนันต์ชัย เชื้อนธรรม. สถิติเบื้องต้นแบบประยุกต์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิชย์, 2535.
- จารุพิมพ์ สูงสว่าง และอภิชาติ นานา. "โภชนาบำบัดในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ". ใน โภชนศาสตร์ทางคลินิกในเด็ก. หน้า 413-418. พิมพ์ จีรวิญญู, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2538.
- จิราภรณ์ ตั้งกิตติภรณ์. "การรับรู้". ใน จิตวิทยาเบื้องต้น. หน้า 86-95. สงขลา: คณะวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2532.
- จิรประภา ภาวิไล. การศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- จุล ทิสยากร. "Tetralogy of Fallot". ใน กุมารเวชศาสตร์เล่ม 1. หน้า 221-222. สำหรับ จิตตินันท์และคณะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ยูนิตีพับลิเคชั่น, 2528.
- _____. "Cyanotic Congenital Heart Disease". ใน กุมารเวชศาสตร์ก้าวหน้า: กลยุทธ์ในการรักษา. หน้า 87-94. นวลจันทร์ ปราปพาลและประสพศรี อึ้งถาวร, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.

เจียงคำ อินทรวิชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ การสนับสนุนทางสังคม กับ พฤติกรรมเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ชุมพล วงศ์ประทีป. "Anoxic Spells". ใน ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย. หน้า 310-311. สุจิตรา นิมานิตย์ และประมวญ สุนทร, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไฉไล, 2535.

ชูขวัญ ปิ่นสากร. การศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาและเด็กและพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร. "การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด". วารสารพยาบาล โรคหัวใจและทรวงอก. 4(กรกฎาคม-ธันวาคม 2534): 4-9.

_____. "การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (ชนิดไม่เขียว)". วารสารพยาบาล โรคหัวใจและทรวงอก. 5(มกราคม-มิถุนายน 2535): 1-9.

ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร และอภิชาติ นานา. "Congestive Heart Failure in Children". ใน กุมารเวชศาสตร์ก้าวหน้า. หน้า 145-156. จุฬารัตน์ มหาสันทนะ, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชัยเจริญ, 2536.

ทวีร์สวัสดิ์ ธนาคม. พัฒนาการเด็ก. กรุงเทพมหานคร: วิบูลกิจการพิมพ์, 2534.

นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแล ตนเอง และความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจวาย เลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.

นิตยา ไทยาภิรมย์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัย ของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

- นิลาวรรณ ทวีกันต์. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคิดสรรด้านภูมิหลังกับระดับการดูแลของ
ผู้ปกครองที่มีต่อเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต
ภาควิชาพยาบาลศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.
- บุญชอบ พงษ์พาณิชย์. "หัวใจพิการแต่กำเนิด." ใน หัวใจของเรา. หน้า 60-65.
กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิหัวใจแห่งประเทศไทย, 2534.
- บุญชอบ พงษ์พาณิชย์ และ ม.ร.ว.จันทรวินัย เกษมสันต์. "โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด."
ใน กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 2. หน้า 1203-1294. กรุงเทพมหานคร:
อมรินทร์การพิมพ์, 2522.
- ประกริต รัชวัตร. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรป่วยและ
ไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร-
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
- ประคิม คชภักดี. "พฤติกรรมของเด็กต่อการอยู่โรงพยาบาล". วารสารพยาบาลศาสตร์.
3(กรกฎาคม-กันยายน 2528): 187-195.
- ประภาเพ็ญ และสรวง สุวรรณ. "การรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การป้องกันโรคและการรักษา:
องค์ประกอบด้านผู้ป่วย". ใน พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพ และสุขศึกษา.
หน้า 65-103. กรุงเทพมหานคร: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล,
2532.
- ปรีชา วิจิตพันธ์. "Hypoxic Spells". ใน ภาวะฉุกเฉินทางกุมารเวชศาสตร์.
หน้า 101-104. วินัย สุวัฒน์และมนตรี ผู้จินดา, บรรณาธิการ. พิมพ์ครั้งที่ 2
กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์, 2523.
- ปรีชา เกตุทัต. "การอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน". ใน เอกสารการสอนชุดวิชาพัฒนาการ
เด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 1-7 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช. หน้า 232-302. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สยามบรรณ
การพิมพ์, 2527.
- พรนิภา ชัยโกศล. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการ
เนฟโรติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์.
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.

พรณี ชูทัยเจนจิต. "การสนองความต้องการพื้นฐานเด็ก". ใน เอกสารการสอนชุดวิชา
การพัฒนาพฤติกรรมเด็ก หน่วยที่ 1-5 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า 113-117. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัย
ธรรมาธิราช, 2530.

เพชรน้อย สิ่งข้างซ้าย และคณะ. วิจัยทางการแพทย์บาล: หลักการและกระบวนการ.

พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: โรงพิมพ์อัลลายด์เพรสสงขลา, 2535.

เพ็ญศรี พิชัยสนธิ. อนามัยครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ผลิตและพัฒนาสื่อสาธารณสุข
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.

เพลินตา พรหมบัวศรี. การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษา
ของมารดาในกลุ่มเด็กโรคหอบหืดที่มีการควบคุมโรคต่างกัน. วิทยานิพนธ์ปริญญา
วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,
2536.

ยุวดี ฤาชา และคณะ. วิจัยทางการแพทย์บาล. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์
การพิมพ์, 2534.

รัชณี ศรีสวัสดิ์. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรไทย,
2520.

รุจา ภูโพลย์. รายงานวิจัยการศึกษาทบทวนของบิดามารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจ
รูมาติกในครอบครัว. ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2533.

รุ่งทิพย์ วีระกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม
ของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

วัชร ค่ำเพ็ง. "โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด". ใน ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย. หน้า 310-311.
พิมพ์ครั้งที่ 7. สุจิตรา นิมนานิตย์ และประมวญ สุนทร, บรรณาธิการ.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ดีไซด์, 2535.

วันดี สีเลศรวางศ์. "โรคหัวใจ". ใน การพยาบาลเด็ก 1. หน้า 388-408.

กรุงเทพมหานคร: กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข,
2524.

- วันดี สีเลิศรวางศ์ และกัญญา ทศนสุวรรณ. "การพยาบาลโรคหัวใจ". ใน การพยาบาลเด็ก 2. หน้า 141-152. กรุงเทพมหานคร: กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักรงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, 2531.
- วัลภา ผิวทน. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคติดต่อ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคม กับการให้ความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กวัยเรียนมารับภูมิคุ้มกันโรค. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- วนิดา ยืนยง. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยบางประการกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- วนิดา เสนะสุทธิพันธ์. "การให้อาหารผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ: ปัญหาและแนวทางช่วยเหลือ". วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 4(มกราคม-มิถุนายน 2534): 17-24.
- _____. "การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางระบบหัวใจและหลอดเลือด". ใน เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น. หน้า 1-32. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
- วรณี ดำรงรัตน์ และคณะ. รายงานวิจัยการสำรวจความรู้และปฏิบัติในการดูแลบุตรของมารดาผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย. ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- วลัย อินทรมพรรย์. "อาหารสำหรับบุคคลในภาวะเปลี่ยนแปลง". ใน เอกสารการสอนชุดวิชาโภชนาการกับชีวิตมนุษย์ หน่วยที่ 6-10 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า 305-396. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2526.
- วิโรจน์ สืบหลินวงศ์. "หัวใจล้มเหลว". ใน โรคหัวใจเด็ก: ปัญหาและการรักษา. หน้า 195-200. วัชร จามจุรีรักษ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชัยเจริญ, 2536.

วีณา จีระแพทย์. "ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม: แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก."

วารสารพยาบาล. 39(กรกฎาคม-กันยายน 2533): 216-227.

วีรยา จิงสมเจตไพศาล. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูมาติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.

ศรีสมวงศ์ วรรณศิลป์ และกิตติยา สมุทรประดิษฐ์. "การพยาบาลเด็กป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับระบบหัวใจและหลอดเลือด". ใน เด็กป่วยและการพยาบาล. หน้า 61-109.

ศรีสมวงศ์ วรรณศิลป์ และยุพิน เนียมแสง, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อัสสัมชัญ, 2537.

สการรัตน์ พวงจันทร์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ผลกระทบจากการเจ็บป่วยเรื้อรังของบุตรต่อครอบครัวกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.

สถิต วงศ์สวรรค์. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์บำรุงสาสน์, 2525.

สมจิต หนูเจริญกุล. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.

_____. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2.

กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี.เจ.พรินติ้ง, 2536.

เสมอจันทร์ อะนะเทพ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มผู้เสพยาเสพติดที่ได้รับการรักษาด้วยยาเมทธาโดน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.

เสาวณี จักรพิทักษ์. โภชนาการสำหรับครอบครัวและผู้ป่วย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2534.

สุขศรี บุรณะกนิษฐ์. สุขภาพเด็ก: วัยทารก-วัยก่อนเรียน ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: บพิธการพิมพ์, 2530.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การบริหารทารกและเด็กวัยก่อนเรียน. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.

- อังคณา จิราจันต์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
- อังคณา นวलयง. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะความดันโลหิตสูงเนื่องจากการตั้งครรภ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- อัจฉริยา บทุมวัน. แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวจับปล้นชนิดลิมโฟโบลาส. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- อุมาพร สุทัศนาวุฒิ. "โภชนาการในโรคหัวใจ". ใน โภชนาการในเด็กปกติและเจ็บป่วย. หน้า 108-112. ไกรสิทธิ์ ตันติศิรินทร์, อุมาพร สุทัศนาวุฒิ และภาวดี ฤทธราหุสสวัสดิ์, บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เมดิคัลมีเดีย, 2531.
- Becker, M.H. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior". In The Health Belief Model and Personal Health Behavior. pp. 82-92. New Jersey: Charles B. Slack, Inc., 1974.
- Becker, M.H., et al. "The Health Belief Model and Prediction of Dietary Compliance: A Field Experiment". Journal of Health and Social Behavior. 18(December 1977): 348-366.
- . "Compliance with a Medical Regimen for Asthma: A Test of the Health Belief Model". Journal of Public Health Reports. 93 (July-August 1978): 268-277.
- Becker, M.H., Drachman, R.H. and Kirshet, J.P. "A New Approach to Explaining Sick-Role Behavior in Low-Income Populations". American Journal of Public Health. 64(March 1974): 205-216.
- Becker, M.H. and Maiman, L.A. "The Health Belief Model: Origins and Correlation in psychological theory". Health Education Monographs. 2(Winter 1974): 336-353.

- Blatter, B. Holistic Nursing. New Jersey: Prentice Hall, Inc., 1981.
- Champion, V.L. "Instrument Development for Health Belief Model Constructs". Advances in Nursing Science. 6(April 1984): 73-85.
- Clare, M.D. "Home Care of Infants and Children with Cardiac Disease". Heart and Lung. 14(May 1985): 218-221.
- Cloutier, J. and Measel, C.P. "Home Care for the Infant with Congenital Heart Disease". American Journal of Nursing. 82(Summer 1982): 100-103.
- Connelly, C.E. "Self-Care and the Chronically Patient". Nursing Clinics of North American. 22(September 1987): 621-629.
- D'Antonio, I.J. "Mother's Responses to the Functioning & Behavior of Cardiac Children in Child-Rearing Situations". Maternal-Child Nursing Journal. 6(Winter 1976): 207-261.
- Futcher, J.A. "Chronic Illness and Family Dynamics". Pediatric Nursing. 14(September-October 1988): 381-385.
- Gast, H.L., et al. "Self-Care Agency: Conceptualizations and Operationalization". Advance in Nursing Science. 12(October 1989): 26-38.
- Gidding, S.S. and Rosenthal, A. "The Interface Between Primary Care and Pediatric Cardiology". The Pediatric Clinic of North America 31(December 1984): 1367-1388.
- Hass, D. The Relationship Between Coping Dispositions and Power Components of Dependent-Care Agency in Parents of children with Special Health Care Needs. (Doctoral Dissertation) College of Nursing, Wayne State University, Detroit, MI. 1988.
- Hurlock, E.B. Developmental Psychology: A Life-Span Approach. pp. 271. 5th ed. New Delhi: TATA Mc. Graw-Hill Publishing Company, 1980.

- Hymovick, D.P. and Baker, C.D. "The Needs, Concerns and Coping of Parrents of Children with Cystic Fibrosis". Family Relations. 34(January 1986): 91-97.
- Jame, S.R. and Mott, S.R. Child Health Nursing: Essential Care of Children and Families. New York: Addison-Wesley Publishing Company, 1988.
- Janz, N.K. and Becker, M.H. "The Health Belief Model: A Decade Later". Health Education Quartery. 11(Spring 1984): 1-47.
- Joseph, L.S. "Self-Care and the Nursing Process". The Nursing clinics of North American 15(March 1980): 131-143.
- King, Q.M. "Congenital heart Disease". In Care of the Cardiac Surgical Patient. pp. 87-126. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1975.
- Kozier, B., Erb, G. and Oliveri, R. fundamental of Nursing: Concepts, Process and Practice. 4th ed. California: Addison-Wesley Nursing, 1991.
- Kupst, M.J., et al. "Helping Parent Cope with the Diagnosis of Congenital Heart Disease". Pediatrics 59(February 1977): 266-272.
- Lamb, I.J. and Carlson, R.V. Handbook of Cardiovascular Nursing. J.B. Lippincott Company, 1986.
- Leininger, M. Transcultural Nursing concepts: Theories and Practices. New York: John Wiley and Sons, 1987.
- Leventhal, J.M. "Psychological Assessment of Children with Chronic Physical disease". Pediatric Clinics of North America. 31(February 1984): 71-87.
- Linley, J.F. "Mothers' Attitude Regarding Health Care for their Children". American Journal of Maternal and Child Nursing. 9(January-February 1984): 37-39.

- Marlow, D.R. and Redding, B.A. Textbook of Pediatric Nursing. pp. 834-840. 6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1988.
- Markland, R.E, and Durand, D.E. "An Investigation of Socio Psychological Factors Affecting Infant Immunization". American Journal of Public Health. 66(February 1976): 168-169.
- Nadas, A.S. "Update on CHD". Pediatric Clinics of North America. 31 (February 1984): 153-164.
- Nelson, N.P. and Becker, J. "Cardiovascular". In Nursing Care Plan for the Pediatric Patient. pp. 1-22. St. Louis: the C.V. Mosby Company, 1987.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practics. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1980.
- . Nursing Concepts of Practice. 3rd ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1985.
- . Nursing concepts of Practice. 4th ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1991.
- Olson, M.J. and Hazinski, F.M. "The Cardiovascular System". In Pediatric Nursing Care. pp.574-620. Edited by M.G. Scipien, et al. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1990.
- Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1987.
- Pinelle, J.M. "A Comparison of Mothers' Concerns Regarding the Care-Taking Tasks of Newborns with Congenital Heart Disease Before and After Assumung their Care". Journal of Advanced Nursing. 6(February 1981): 261-270.
- Price, E.C. "Congenital Heart Disease". In Cardiology for Nurses. pp. 381-418. Edited by N.K. Wenger, J.W. Hurst and M.C. McIntyre. New York: McGraw-Hill Book Company, 1980.

Prugh, D.G. The Psychological Aspects of Pediatrics. Philadelphia:

Lea & Febiger, 1983.

Richard, K., Brady, M.S. and Gresham, E.L. "Nutritional Management of The Chronically Ill Child Congenital Heart Disease and Myelomeningocele". Pediatric Clinic of North America. 24 (February 1977): 157-173.

Robinson, M.J. and Lee E.L. "Heart disease in Infancy and Childhood". In Pediatric Problems in Tropical Countries. pp. 244-262. Singapore: P.G. Publishing, 1991.

Rosenstock, I.M. "Historical Origins of the Health Belief Model". Health Education Monograph. 2(Winter 1974): 328-335.

Rosenthal, A. and Castaneda, A.R. "Growth and Development After Cardiovascular Surgery in Infant and Children". Progress Cardiovascular Disease. 18(June 1975): 27-37.

Roy, D.L. "Cardiovascular Assessment of Infant and Children". In Pediatric Clinical Skill. Edited by R.B. Goldbloom. pp. 171-193. New York: Churchill Livingstone, 1992.

Rudick, E. "Congenital Heart Defects". In Primary Health Care of the Young. pp. 750-752. Edited by A.J. Fox. New York: McGraw-Hill Book Company, 1981.

Shortridge, L.M. and Lee, E.J. Introduction to Nursing Practice. New York: McGraw-Hill Book Company, 1980.

Steinhauer, P.D. "Psychological Aspects of Chronic Illness". Pediatric Clinics of North America. 21(November 1974): 825-841.

Shulman, S.T., et al. "Prevention of Bacterial Endocarditis". Pediatrics. 75(March 1985): 603-607.

Taylor, S.G. "An Interpretation of Family within Orem's General Theory of Nursing". Nursing Science Quarterly. 2(Fall 1986): 131-137.

- Uzark, K. Messiter, E. and Rosenthal, A. "Promotion Dental Health Care in Children with Congenital Heart Disease". Pediatric Nursing. 12(March-April 1986): 96-99.
- Underhill, L.S., et al. Cardiac Nursing. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1989.
- Waechter, E.H., Phillips J. and Holaday, B. "The Cardiovascular System". In Nursing Care of Children. pp. 819-836. 10th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1985.
- Whaley, L.F. and Wong, D.L. "The Preschool Years". In Nursing of Infants and Children. pp. 525-542. 2nd ed. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1983.
- . "The Child with Problems Related to Production and Circulation of Blood". In Essentials of Pediatric Nursing. pp.706-721. 2nd ed. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1985.
- Wong, D.L. "The child with Cardiovascular Dysfunction". In Whaley & Wing's Essential of Pediatric Nursing. pp. 808-840. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc., 1993.
- Wong, D.L. and Whaley, L.F. "Nursing Care Plan the Child with Congenital Heart Disease". In Clinical Manual of Pediatric Nursing. pp. 365-367. 3rd ed. St. Louis: The C.V. Mosby Company, 1990.



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์เหตุการณ์ของมารดาใน การดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และแบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์อภิชาติ นานา
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์รัชณี สีดา
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศศิธร วรรณพงษ์
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



เรื่อง ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เรียน มารดาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

เนื่องด้วยดิฉัน นางอุบล อสัมภินทรพย์ นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีความประสงค์ที่จะทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค บั๊จจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และจะนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อไป

ดังนั้น ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะเก็บเป็นความลับ ส่วนผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะเป็นส่วนรวมไม่นำไปเสนอเป็นรายบุคคล และท่านมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาบุตรของท่าน

ดิฉันขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้ เป็นอย่างสูง

ขอแสดงความนับถือ

(อุบล อสัมภินทรพย์)

เลขที่แบบสอบถาม.....

โรงพยาบาล.....

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

ข้อมูลของมารดา

1. อายุ..... ปี
2. ระดับการศึกษา
3. อาชีพ
 - () ทำงานในบ้านหรือแม่บ้าน ระบุ.....
 - () ทำงานนอกบ้าน ระบุ.....
4. สถานภาพสมรส.....
5. จำนวนบุตร.....คน
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน.....บาท
7. โรคประจำตัว
 - () ไม่มี
 - () มี ระบุ.....
8. ตั้งแต่บุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดท่านดูแลบุตรมาเป็นระยะเวลานาน..... เดือน (1 ปี = 12 เดือน)
9. ผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - () ไม่มี
 - () มี ระบุ.....
10. บทบาทอื่น ๆ (นอกเหนือจากการเป็นภรรยา, มารดาและหารายได้)
 - () ไม่มี
 - () มี ระบุ

ข้อมูลของเด็กป่วย

1. อายุ..... ปี
2. การวินิจฉัยโรค (ดูจากแฟ้มประวัติ).....
3. เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน..... ครั้ง



แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

คำชี้แจง

แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามพฤติกรรมของมารดา เกี่ยวกับการดูแลบุตรที่ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้อ่านข้อความในแบบสัมภาษณ์ให้มารดาฟังทีละข้อ เพื่อให้มารดาพิจารณาว่าข้อความในประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติจริงมากน้อยเพียงใด ถ้ามารดาไม่เข้าใจข้อความใด ผู้สัมภาษณ์จะต้องอธิบายให้ละเอียด เพื่อให้มารดาเข้าใจและตอบได้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ผู้สัมภาษณ์เป็นผู้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับการปฏิบัติจริงของมารดามากที่สุดเพียงคำตอบเดียว แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

- ปฏิบัติทุกครั้งหรือทุกวัน หมายถึง ข้อความนั้นมารดาปฏิบัติเป็นประจำทุกวันหรือทุกครั้งที่มีเหตุการณ์อย่างสม่ำเสมอ
- ปฏิบัติบางครั้งหรือบางวัน หมายถึง ข้อความนั้นมารดาปฏิบัติเป็นบางวันหรือบางครั้งที่มีเหตุการณ์
- ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นมารดาไม่เคยปฏิบัติเลยแม้ว่ามีเหตุการณ์
- ไม่มีเหตุการณ์ให้ปฏิบัติ หมายถึง ข้อความนั้นไม่มีเหตุการณ์ให้มารดาปฏิบัติ

ตัวอย่าง

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง หรือทุกวัน	ปฏิบัติ บางครั้ง หรือบางวัน	ไม่เคยปฏิบัติ	ไม่มี เหตุการณ์ ให้ปฏิบัติ
1	ฉันเปลี่ยนเสื้อผ้าให้บุตรหลังอาบน้ำ	/			

จากตัวอย่าง หมายความว่า มารดาเปลี่ยนเสื้อผ้าให้บุตรหลังอาบน้ำทุกครั้ง

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ ทุกครั้ง หรือทุกวัน	ปฏิบัติ บางครั้ง หรือบางวัน	ไม่เคย ปฏิบัติ	ไม่มี เหตุการณ์ ให้ปฏิบัติ
1	ฉันให้บุตรรับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ.....	.....	.....	.....	.....
2	ฉันให้บุตรรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ เช่น หมู ไก่ ปลา วันละ 3-4 ช้อนโต๊ะ.....	.....	.....	.....	.....
3	ฉันให้บุตรรับประทานไข่วันละ 1 ฟอง หรืออย่าง น้อยสัปดาห์ละ 4 ฟอง.....	.....	.....	.....	.....
4	ฉันให้บุตรรับประทานผักสด เช่น ผักบุ้ง ฟักทอง ตำลึง อย่างน้อยวันละ 4-8 ช้อนโต๊ะ.....	.....	.....	.....	.....
5	ฉันให้บุตรรับประทานผลไม้ เช่น กล้วย ส้ม มะละกอ ทุกวัน.....	.....	.....	.....	.....
.					
.					
.					
45	ฉันพาบุตรไปตรวจรักษาตามแพทย์นัด แม้ว่าบุตรจะ ไม่มีอาการเจ็บป่วยใด ๆ.....	.....	.....	.....	.....
46	ถ้าหากฉันไม่สามารถพาบุตรมาพบแพทย์ตามวันที่ แพทย์นัดได้ ฉันจะรีบพาบุตรมาพบแพทย์ในวันที่ แพทย์ทำการตรวจรักษาได้โรคหัวใจพิการแต่- กำเนิดครั้งต่อไป.....	.....	.....	.....	.....

แบบสอบถามการรับรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

คำชี้แจง

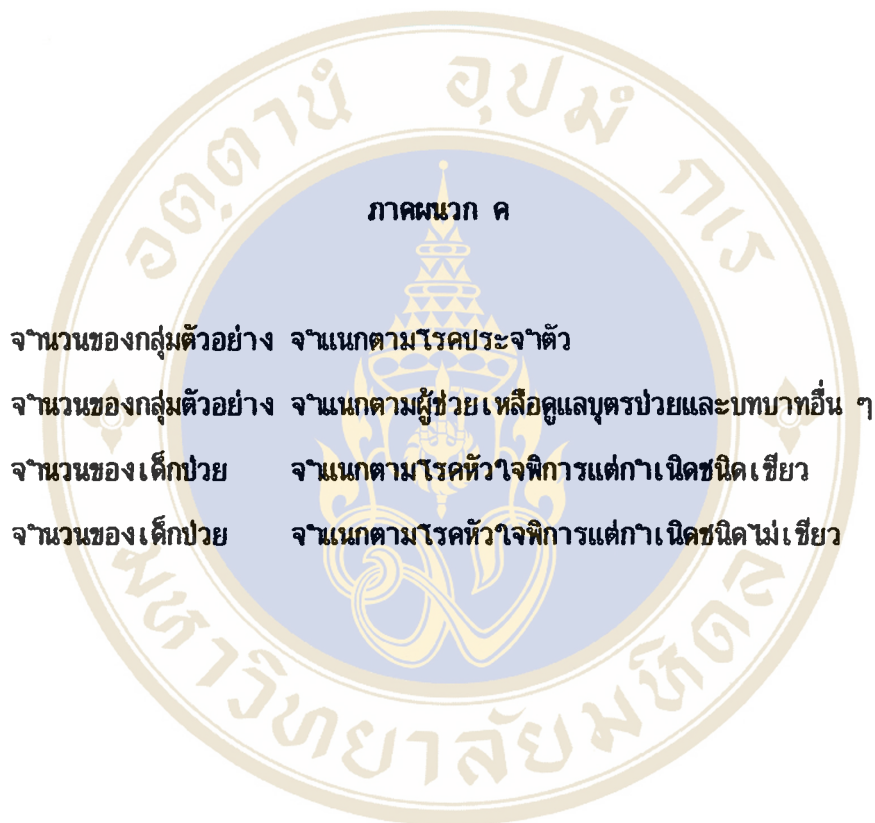
แบบสอบถามนี้ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คำตอบของท่านจึงไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย / ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของท่านมากที่สุด กรุณาตอบทุกข้อ แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายความว่า ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของท่านมากที่สุด
- เห็นด้วย หมายความว่า ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของท่านเป็นส่วนใหญ่
- ไม่แน่ใจ หมายความว่า ท่านไม่แน่ใจว่ามีความรู้ความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจตรงกับข้อความนั้น และไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย
- ไม่เห็นด้วย หมายความว่า ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของท่านเป็นส่วนใหญ่
- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายความว่า ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกนึกคิดและความเข้าใจของท่านมากที่สุด

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ฉันคิดว่าการรักษาความสะอาดร่างกายช่วยป้องกันโรคติดเชื้อได้	/				

จากตัวอย่าง หมายความว่า ท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการรักษาความสะอาดร่างกายช่วยป้องกันโรคติดเชื้อได้

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1	ฉันคิดว่ากาทำให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรับประทานอาหารที่มีรสเค็มอาจทำให้เกิดอาการบวมและหายใจเหนื่อยหอบได้.....					
2	ฉันคิดว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักจะติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย (เช่นเป็นหวัด) จึงไม่ควรพาเด็กไปในชุมชนแออัดหรือเข้าใกล้ผู้ที่มีการติดเชื้อ เช่น เป็นหวัด ไอ เจ็บคอ.... . . .					
25	ฉันคิดว่าการป้องกันภาวะแทรกซ้อนเป็นความรับผิดชอบของฉัน ฉันจึงเอาใจใส่ดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้แข็งแรงอยู่เสมอ.....					
26	ฉันคิดว่าเมื่อเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอาการผิดปกติ ฉันต้องรีบพามาพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการรักษาทันที.....					



จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามโรคประจำตัว

จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามผู้ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและบทบาทอื่น ๆ

จำนวนของเด็กป่วย จำนวนตามโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว

จำนวนของเด็กป่วย จำนวนตามโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ตารางที่ 17 จำนวนของมารดา จำแนกตามโรคประจำตัว (N=14)

ข้อมูล	จำนวน
โรคประจำตัว	
โรคเบาหวาน	1
โรคภูมิแพ้	3
โรคหัวใจ	1
โรคตับอักเสบ	1
โรคไตอักเสบ	1
โรคความดันโลหิตสูง	2
โรคธัยรอยด์	3
โรคกระเพาะ	1
โรคหอบหืด	1

ตารางที่ 18 จำนวนของมารดา จำแนกตามผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรป่วย (n=53) และบทบาทอื่นๆ (n=4)

ข้อมูล	จำนวน
ผู้ช่วยเหลือดูแลบุตรป่วย	
ปู่และย่า	13
ตาและยาย	31
พี่สาว	4
น้องสาว	1
พี่เลี้ยง	4
บทบาทอื่น ๆ	
ช่วยขายของ	1
ดูแลบิดาป่วยด้วยโรคอัมพาต	1
ดูแลบิดาป่วยด้วยโรคชรา	1
ดูแลมารดาป่วยด้วยโรคหอบหืด	1

ตารางที่ 19 จำนวนของเด็กป่วย จำแนกตามโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (n=41)

ข้อมูล	จำนวน
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว	
- Tetralogy of Fallot	17
- Transposition of Great Artery	6
- Pulmonary Stenosis	5
- Total Anomalous Pulmonary Venous Connection	4
- Dextrocardia	3
- Abstein Anomaly	1
- Common Atrium	1
- Common Ventricle with Transposition of Great Artery	1
- Pulmonary Atresia	1
- Tricuspid Atresia with Pulmonary Stenosis	1
- Truncus Arteriosus	1

ตารางที่ 20 จำนวนของเด็กป่วย จำแนกตามโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (n=79)

ข้อมูล	จำนวน
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว	
- Ventricular Septal Defect	38
- Atrial Septal Defect	21
- Patent Ductus Arteriosus	11
- Pulmonary A-V Canal	2
- Aortic Stenosis	2
- Mitral Regurgitation	2
- Tricuspid Regurgitation	1
- Coarctation of Aorta	1
- Ventricular Septal Defect with Patent Ductus Arteriosus	1