


ผลของการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรม
ดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด



นางสาวจันทร์จรรย์ ถือทอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2550

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF TEACHING ACCORDING TO HEALTH BELIEF CONCEPT AND CAREGIVER
PARTICIPATION ON HEALTH CARE BEHAVIORS OF SCHOOL- AGED CHILDREN
WITH CONGENITAL HEART DISEASE

Miss Chanchuri Thuthong

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing

Faculty of Nursing


Chulalongkorn University

Academic Year 2007

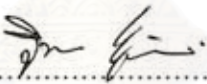
Copyright of Chulalongkorn University

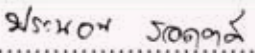
หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วม
ร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรค
หัวใจพิการแต่กำเนิด
โดย นางสาวจันทร์จรรย์ กือทอง
สาขาวิชา การพยาบาลเด็ก
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัย
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)


..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนันท์ คลไศสุม)

จันทร์จรรย์ ธิอทอง : ผลของการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. (THE EFFECT OF TEACHING ACCORDING TO HEALTH BELIEF CONCEPT AND CAREGIVER PARTICIPATION ON HEALTH CARE BEHAVIOURS OF SCHOOL-AGED CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : ผศ.ดร. ประนอม รอดคำดี, 148 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก ของ Bush & Iannotti (1990) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 7-12 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน โดยจัด 20 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุมก่อน แล้วจัด 20 คนหลังเข้ากลุ่มทดลอง โดยจับคู่ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค ของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และ ระดับการศึกษา รายได้ของผู้ดูแล กลุ่มควบคุมได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .79 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. พฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สาขาวิชา...การพยาบาลเด็ก...ลายมือชื่อนิสิต..... จันทร์จรรย์ ธิอทอง

ปีการศึกษา.....2550.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... ๒/๖/๒๐๒ ๖๐๑๐๖

4977559236 : MAJOR PEDIATRIC NURSING

KEY WORD: HEALTH BELIEF CONCEPT / CAREGIVER PARTICIPATION / SCHOOL- AGED CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE / HEALTH CARE BEHAVIORS

CHANCHURI THUTHONG : THE EFFECT OF TEACHING ACCORDING TO HEALTH BELIEF CONCEPT AND CAREGIVER PARTICIPATION ON HEALTH CARE BEHAVIORS OF SCHOOL - AGED CHILDREN WITH CONGENITAL HEART DISEASE. THESIS ADVISOR : ASST. PROF. BRANOM RODCUMDEE, Ph.D, 148 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of using teaching according to health belief concept and caregiver participation on health care behaviors of school-aged children with congenital heart disease. The child health belief model of Bush & Iannotti (1990) and family participation concept of Friedman (2003) were used to guide this study. Subjects were 40 school aged children 7-12 years with congenital heart disease who received treatment at out patient Department, Chulalongkorn hospital. They were assigned to control group and experimental group, 20 for each. Age of children, severity of disease and caregiver education and salary were matched. The control group received routine teaching from the professional nurse and the experimental group received the teaching according to health belief concept and caregiver participation. Health care behaviors assessed using questionnaire developed by the investigator. The questionnaire was tested for reliability using Cronbach's coefficient (alpha = .79). Data were analyzed using t-test statistics.

Major findings were as follows :

1. Health care behaviors of school-aged children with congenital heart disease after receiving the teaching according to health belief concept and caregiver participation were significantly higher than those before. (p< .05)
2. Health care behaviors of school-aged children with congenital heart disease experimental group received the teaching according to health belief concept and caregiver participation were significantly higher than those of the control group received routine teaching from the professional nurse (p< .05)

Field of study.....Pediatric Nursing.....Student's signature.....*Chanchuri Thuthong*.....
 Academic year2550.....Advisor's signature.....*Branom Rodcumdee*.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณา และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำแนะนำ และความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ รวมทั้งให้การสนับสนุนและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยมาตลอด ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ. โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณประธานกรรมการในการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ และกรรมการสอบ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุพันธ์ ศลโกสุม ที่กรุณาให้ความรู้และคำแนะนำที่มีประโยชน์ยิ่ง ในการสอบ และขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาทุ่มเทเวลาถ่ายทอดวิชาความรู้และประสบการณ์การเรียนการสอนที่มีคุณค่ายิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับเอกสารการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย

ขอขอบพระคุณ หัวหน้าหอผู้ป่วยตึก ภปร. ชั้น 9 และเจ้าหน้าที่ตึกประจำตึก รวมทั้งเด็กป่วยและผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทำให้การศึกษาครั้งนี้ให้ลุล่วงได้ด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลสมมุติฐานการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
การเจริญเติบโตและพัฒนาการในเด็กวัยเรียน.....	14
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	17
แนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพ.....	21
พฤติกรรมสุขภาพ.....	29
การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล.....	35
บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิด.....	39
การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล.....	42
สื่อในการให้ความรู้เด็กวัยเรียน.....	45
การเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์.....	46
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	48

บทที่	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	53
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	59
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	70
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	78
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	82
สรุปผลการวิจัย.....	86
อภิปรายผลการวิจัย.....	87
ข้อเสนอแนะ.....	96
รายการอ้างอิง.....	97
ภาคผนวก.....	106
ภาคผนวก ก รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	107
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	110
ภาคผนวก ค ใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย.....	129
ภาคผนวก ง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล.....	141
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	148

สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

- 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยแสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำแนก ตามอายุ เพศ กำลังศึกษา ระดับความรุนแรงของโรค และผู้ดูแล จำแนกตาม..... 56
- 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยแสดงจำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำแนกตาม ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแล อายุ รายได้ ระดับการศึกษา..... 57
- 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Paired t- test ที่ระดับนัยสำคัญ .05.... 80
- 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Independent t- test ที่ระดับนัยสำคัญ .05..... 81
- 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการสอนตามปกติโดยใช้สถิติ Paired t- test ที่ระดับนัยสำคัญ .05..... 143
- 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการสอนปกติ และกลุ่มทดลองก่อนได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลโดยใช้สถิติ Independent t- test ที่ระดับนัยสำคัญ .05..... 144
- 7 การแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลด้วยสถิติ One-Sample Kolomogorov-smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญ .05.....145
- 8 การแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลด้วยสถิติ One-Sample Kolomogorov- smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญ .05.....146

- 9 การแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลด้วยสถิติ One-Sample Kolomogorov-smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญ .05.....147



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

ฎ

แผนภูมิที่

หน้า

1 แสดงแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเด็กของ Bush & lanotti.....	24
2 กรอบแนวคิดการวิจัย.....	52
3 วิธีดำเนินการทดลอง.....	77



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นความพิการที่พบได้บ่อยในทารกแรกคลอด อุบัติการณ์ประมาณ 5 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย (McKinney, James, Murray, & Ashwill., 2005) ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าทางการแพทย์เพิ่มขึ้น ทำให้ทารกแรกคลอดที่มีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอัตราการรอดชีวิตมากขึ้น เนื่องจากเด็กได้รับการรักษาและผ่าตัดตั้งแต่แรก แต่ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถแก้ไขภาวะผิดปกติได้ตั้งแต่แรกหรือได้รับการรักษาผ่าตัดแบบประคับประคอง (palliative surgery) ก็ยังคงมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง มีอาการเหนื่อยง่ายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหมือนเด็กปกติได้ เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคส่งผลให้หัวใจทำงานผิดปกติ กล่าวคือ ทำให้หัวใจทำหน้าที่สูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่ดี หากอาการรุนแรงจะทำให้มีอันตรายถึงชีวิตได้ จึงต้องได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเพื่อควบคุมอาการ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติที่สมบูรณ์ (Total repair) เพื่อให้โรคมีความรุนแรงลดลง

สำหรับในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เริ่มมีพัฒนาการในการดูแลสุขภาพตนเอง ยังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสมกับโรค จากการศึกษาของ วิภารัตน์ สุขทองสา (2545) พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่สำคัญของโรคหัวใจ เช่น การสังเกตอาการของตนเอง หยุดเล่นเมื่อมีอาการเหนื่อย หายใจไม่สะดวก การบอกรับประทานอาหารรสจืด เด็กยังปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวไม่ถูกต้อง ซึ่งทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้ เช่น ฝืนในสมอง ติดเชื้อทางเดินหายใจ ภาวะหัวใจวาย ทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม และพัฒนาการ โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นวัยกำลังพัฒนาการเรียนรู้จากสังคม มีกลุ่มเพื่อน เมื่อต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ต้องขาดเรียนทำให้เรียนไม่ทันเพื่อน เด็กจะรู้สึกที่ตนเองด้อยไม่มีคุณค่า (Smith, 1982 อ้างใน ยุคลธร จินตนาติก, 2545) จากการศึกษาของ จุฑามาศ โชติบางและคณะ (2544) พบว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในวัยเรียน มีผลให้ผู้ป่วยเด็กขาดเรียนบ่อย เรียนไม่ทันเพื่อน บางรายต้องเรียนซ้ำชั้น รวมทั้งไม่สามารถเล่นกีฬาและกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนได้ ทำให้รู้สึกมีปมด้อย นอกจากนั้นการเข้าโรงพยาบาลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนชีวิต ถูกจำกัดกิจกรรม

และต้องพึ่งพาผู้อื่นเพิ่มขึ้น (McKinney, et al., 2005) ในผู้ป่วยที่ต้องรอรับการผ่าตัดเพื่อแก้ไขความพิการของหัวใจ เมื่อมีการเจ็บป่วยทำให้ไม่สามารถผ่าตัดได้ เนื่องจากการผ่าตัดจำเป็นต้องมีร่างกายที่แข็งแรง และความพร้อมในการผ่าตัด ทำให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเหล่านี้ต้องมีการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก (จุฬารัตน์ ตั่งภักดี, 2547)

เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง พบว่ามีความสัมพันธ์กับการรับรู้ที่ต่ำเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย ไม่ได้รับการสอนที่เจาะจงในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อที่จะประคับประคองอาการของโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (วิภารัตน์ สุขทองสา, 2545) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของความเชื่อด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญซึ่งมีผู้สนใจและศึกษามาตลอด Becker (1974) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพราะการที่บุคคลรับรู้และเชื่อในเรื่องใดจะส่งผลให้บุคคลนั้นตอบสนองโดยแสดงพฤติกรรมสอดคล้องกับการรับรู้ และความเชื่อนั้น สำหรับเด็กความเชื่อด้านสุขภาพจะมีความแตกต่างจากผู้ใหญ่ Bush and Iannotti (1990) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก พบว่าปัจจัยร่วมที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็ก คือ พัฒนาการด้านสติปัญญา การเรียนรู้ของเด็ก และผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, กุลทัต หงส์ชยางกูร และ อุทัยวรรณ พุทธิรัตน์ (2548) ที่พบว่า เด็กวัยเรียนโรคหัวใจเรื้อรัง มีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของตนเองที่บ้านและโรงเรียน เรียนรู้ในการจัดการเกี่ยวกับการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา และการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจได้ แต่พฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเรื่องดังกล่าวยังไม่เหมาะสมเนื่องจากพัฒนาการเด็กในวัยเรียนมีการรับรู้เฉพาะส่วนที่เป็นรูปธรรม ผู้ดูแลยังต้องมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง

การพัฒนาเด็กให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม พบว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) มีความเหมาะสมในการนำมาประยุกต์ใช้ เนื่องจากได้อธิบาย การมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแล กระตุ้นให้กำลังใจ สนับสนุนกระบวนการตัดสินใจในการดูแลบุตรในทุกๆ ภาวะสุขภาพ เด็กจะได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและพัฒนาการ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในปัจจุบันที่บุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลควรนำครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพื่อตอบสนองความต้องการของเด็กและช่วยให้เด็กกลับคืนสู่สภาพปกติสามารถดูแลตนเองได้ (ชลิดา ธนัฐธิกรกุล, 2546) เพราะสมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วย (จินตนา หาญประสิทธิ์คำ, 2545) เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยที่คงที่สำหรับผู้ป่วย เป็นผู้รับผิดชอบสุขภาพ ความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจของเด็กตลอดชีวิต ในขณะที่บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้

ช่วยเหลือ แก้ปัญหาความเจ็บป่วยในระยะสั้นเท่านั้น (Dennis & Elliott, 2002 อ้างใน ทศนีย์ อรรถารส, จุไร อภัยจิรรัตน์ และ จุรีย์ สุนสวัสดิ์, 2549)

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดร่วมกับผู้ดูแล จึงเป็นหัวใจที่สำคัญของการพยาบาลเด็ก เนื่องจากปัจจุบันการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 10 มุ่งเน้นให้บุคคลสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ และในสถานการณ์ปัจจุบันพบว่าโรงพยาบาลตติยภูมิ ซึ่งมีผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจและผู้ดูแล มารับบริการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก เป็นจำนวนมาก จากสถิติโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ปี 2548 พบว่า มีเด็กโรคหัวใจมารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 4,486 ราย โดยเฉพาะเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งเริ่มต้องดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านด้วยตนเอง จึงจำเป็นต้องพัฒนานวัตกรรมเพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการพัฒนาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อเนื่องที่บ้านมักมุ่งเน้นผู้ดูแลเป็นหลัก เช่น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (อุบล อสัมภินทรัพย์, 2540) การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังใจต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการตนเองของมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (ซิม สกุลนุ้ม, 2545) ในส่วนของการพัฒนาให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพนั้น มีเพียงการสอนให้ความรู้แก่เด็กแต่ไม่ได้นำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมและความรู้ที่ให้เป็นนามธรรมไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มักออกคำสั่งให้ทำมากกว่าให้เด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง (วิภารัตน์ สุขทองสา, 2545) และยังไม่มีการวิจัยแบบทดลอง ในการพัฒนาการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม เพื่อมุ่งหวังผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคหัวใจแต่กำเนิด มีเพียงการศึกษาเชิงความสัมพันธ์การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองพบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก (วีรยา จึงสมเจตไพศาล, 2538) ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องโดยการสอน ให้ความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง โดยให้ความรู้แก่เด็กอย่างเป็นรูปธรรม ให้เด็กมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล กระตุ้น ให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้เรียนรู้เพื่อพัฒนาความสามารถให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ได้อย่างถูกต้อง จึงเป็นบทบาทที่สำคัญ เพราะเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากความเจ็บป่วย ระยะเวลาของการเข้าอยู่ในโรงพยาบาลของเด็ก ตลอดจนลดภาวะของครอบครัวในการดูแลเด็กลงได้ (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูรและคณะ, 2548)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้ตระหนักถึงความจำเป็นของ การศึกษาผลของการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยนำกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กที่พัฒนาโดย Bush and Iannotti (1990) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) มาใช้ในการกำหนดกิจกรรมการสอน เพราะเชื่อว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ ทั้งนี้เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาวางแผนการพยาบาลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับโรค

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนและหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล กับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือไม่ อย่างไร
2. เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแตกต่างอย่างไรกับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การพัฒนาเด็กวัยเรียนที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ให้มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับโรค ปัจจัยที่สำคัญคือ ความเชื่อด้านสุขภาพ Becker (1974) ได้ศึกษาเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยพบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลตนเองตามแผนการรักษา ดังนั้นผู้ที่มีความเชื่อด้านสุขภาพ จึงมีความเชื่อเกี่ยวกับ

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง กล่าวคือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้สุขภาพที่ถูกต้องบุคคลนั้นจะสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยจะแสดงออกในลักษณะพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องตามบทบาทของผู้ป่วย (Sick role behavior) ซึ่งมีองค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการปฏิบัติตน ตามแผนการรักษา (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตามแผนการรักษา (Perceived Barrier) และการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) ต่อมา Bush and Iannotti (1990) ได้ศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก โดยมีพื้นฐานแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลในพฤติกรรมบทบาทของผู้ป่วย (Sick role behavior) ของ Becker (1974) พบว่าปัจจัยร่วมที่สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก คือ พัฒนาการด้านสติปัญญาการเรียนรู้ของเด็ก และผู้ดูแล และพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเด็กค่อนข้างน้อย เนื่องจากเด็กวัยเรียนมีพัฒนาการด้านสติปัญญา การเรียนรู้ที่ไม่สามารถคาดเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ สิ่งที่ได้รู้รู้นั้นจะเพิ่มความวิตกกังวลแก่เด็กมากกว่าจะเป็นแรงจูงใจในพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก (Hunberger, Betz, and Wright : 1994, cited in Gochman & Saucier, 1982) สอดคล้องกับการศึกษา ของ วีรยา จึงสมเจตไพศาล (2538) พบว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการกลับเป็นโรคซ้ำของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจหัตถ์มาติกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ Bush and Iannotti (1990) ไม่ได้นำองค์ประกอบด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนมาเป็นตัวแปรที่ศึกษาในพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา เพราะการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนนั้นเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของตนในทางลบ (Becker, 1974) ซึ่งในเด็กวัยเรียนพบว่าพัฒนาการด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ นั้น ยังไม่สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ดังกล่าวได้ชัดเจน

การนำครอบครัว คือ ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าแนวคิดของ Friedman (2003) คือ ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบสุขภาพและร่วมตัดสินใจในการดูแลทุกขั้นตอน ตั้งแต่การป้องกันรักษา และฟื้นฟูสภาพ เนื่องจากครอบครัวมีส่วนในการส่งเสริมพัฒนาทักษะการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียน Gauvain & Perez. (2005) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของเด็กและบิดามารดาในการวางแผนทำกิจกรรมนอกโรงเรียนในเด็กวัยเรียน พบว่าทำให้เด็กพัฒนา เรียนรู้ ทักษะการวางแผนในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้เพิ่มมากขึ้น การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ประสิทธิผลแห่งตนในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลางและดีสัมพันธ์กับการรับรู้ว่าตนได้รับการสนับสนุนจาก

ผู้ปกครอง (สุนันทา ตันติกนภพร, 2540) และพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของเด็กคือ พ่อแม่ มีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย (เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญใจ ศุภรพันธ์ (2548) พบว่า โปรแกรมการให้ความรู้โดย ประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม คือ พ่อแม่ ทำให้พฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสมของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาหลังได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น จึงเห็นได้ว่าการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดน่าจะส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับโรค

ดังนั้นในการพัฒนาการสอนโดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล น่าจะส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคมากขึ้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเด็กของ Bush and Iannotti (1990) ใน 3 องค์ประกอบ คือ 1.) การรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) 2.) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และ 3.) การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตน และการรักษา (Perceived Benefits) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003) มาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการสอน เพื่อหวังผลให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคมากขึ้น โดยมีกิจกรรมการสอนเพื่อพัฒนาบทบาทผู้ดูแล 1 กิจกรรม และ การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเน้นเชิงรูปธรรมแก่เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เรียนรู้ ร่วมฝึกทักษะร่วมกับผู้ดูแล 2 กิจกรรม และมีการติดตามกระตุ้นอย่างต่อเนื่องด้วยการโทรศัพท์ จำนวน 3 ครั้ง รวมทั้งหมด 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1. การสอนพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตามแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ของ Friedman (2003) เป็นการให้ความรู้ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแก่ผู้ดูแล ตั้งแต่ การป้องกันการป่วยซ้ำ หรือการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจ การดูแลค้นหาอาการการเจ็บป่วย ในระยะเริ่มต้นในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การตัดสินใจในการแสวงหาแหล่งการช่วยเหลือ ดูแลรักษาพยาบาลเมื่อเด็กมีอาการเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจในการร่วมวางแผนการรักษา กับแพทย์ และพยาบาลในขณะที่เด็กได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแลให้เด็กมีการปรับตัว และการฟื้นฟู และความสามารถในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เนื่องจากครอบครัว และผู้ดูแลเป็นแหล่งสุขศึกษาที่สำคัญของสมาชิก และมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคลอย่างมากที่จะทำการดูแลรักษาสุขภาพของตนในแต่ละระยะของสุขภาพ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) ดังนั้นการนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กสามารถตอบสนองความต้องการของเด็ก ช่วยให้เด็กกลับคืนสู่สภาพปกติสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

กิจกรรมที่ 2. การสอนสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) เป็นการสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลพร้อมกับเปิดโอกาสให้เด็กพูดคุยเกี่ยวกับโรคของตน เพื่อแสดงถึงการรับรู้เกี่ยวกับโรคของตนเอง เนื่องจากสัมพันธภาพที่ไว้วางใจซึ่งกันและกันทำให้ผู้ป่วยพูดคุยปัญหาออกมา และทำให้พยาบาลสามารถคาดการณ์การตรวจสอบสุขภาพของผู้ป่วยได้ เป็นการสร้างแรงจูงใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้ว่าปัญหา หรือโรคที่ตนเป็นอยู่สามารถควบคุมได้จะได้มีแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล , 2539) จากนั้นให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทั้งสุขภาพดี และเมื่อมีการเจ็บป่วย แก่เด็กพร้อมกับผู้ดูแล เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพดีจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แต่เมื่อมีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพเด็กและผู้ดูแลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีการรับรู้ที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองของเด็กวัยเรียนได้เหมาะสม (วิภารัตน์ สุขทองสา ,2545) ซึ่งสอดคล้องกับ Becker (1974) ได้กล่าวไว้ว่าการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพจะกระตุ้นด้วยสิ่งเร้าซึ่งจะเป็นทั้งทางบวก และทางลบ ผู้วิจัยได้ใช้สิ่งเร้าโดยการสอนโดยใช้สื่อเป็นรูปหัวใจจำลอง ให้ความรู้เกี่ยวกับ หัวใจ และโรคหัวใจ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การใช้สื่อจำลองอวัยวะภายในของร่างกายให้ความรู้แก่เด็กวัยเรียนนั้นจะเพิ่มความเข้าใจอย่างเป็นรูปธรรมกับอวัยวะซึ่งอยู่ภายในร่างกายมากขึ้น (Gaudion C., 2000) และร่วมกับให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกระตุ้นเด็กเพื่อเพิ่มแรงจูงใจด้านสุขภาพของเด็ก เพราะผู้ดูแลเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กขณะอยู่ที่บ้านมากที่สุด

กิจกรรมที่ 3. การสอนให้เด็กรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตน และการรักษา (Perceived Benefits) เป็นกิจกรรมการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง จากการสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพเมื่อมีความเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับรู้ผลของความรุนแรงของโรคหัวใจที่มีผลกระทบต่อร่างกาย และบทบาททางสังคมของบุคคล เมื่อไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และรับรู้ประโยชน์เมื่อปฏิบัติตามแผนการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการร่วมมือในการดูแลสุขภาพมากขึ้น โดยมีนิทานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในลักษณะหนังสือการ์ตูนเป็นรูปแบบเปรียบเทียบ 2 แบบ เป็นสื่อในการสอน เนื่องจากการให้ข้อมูลในเด็กวัยเรียนจำเป็นต้องให้เป็นรูปธรรม ซึ่งพบว่าเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสอนโดยใช้หนังสือการ์ตูนประกอบ ความรู้ เจตคติ และนำไปปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพได้สูงกว่าการสอนตามธรรมดา (ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ , 2534) เนื่องจากเด็กวัยเรียนสามารถแยกความแตกต่างได้ และจะเปรียบเทียบตนเองกับตัวละคร การ์ตูน (บุญเชียร ปานเสถียรกุล และคณะ, 2541) ทำให้เด็กรับรู้ว่าการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาจะทำให้เกิดความรุนแรงของโรค และเมื่อปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล จะทำให้เกิดประโยชน์อย่างไร เมื่อเปรียบเทียบตนเองกับตัวแบบในนิทาน และนำไปสู่การปฏิบัติตามตัวแบบดังกล่าว

เมื่อผู้ป่วยรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพและความรุนแรงที่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพแล้ว ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้เด็กสะท้อนความคิดจากนิทานร่วมกับผู้ดูแลมีกิจกรรมร่วมกันในการนำการปฏิบัติตนที่เป็นประโยชน์ และต้องดูแลต่อเนื่องมาไว้ในบทสรุปของหนังสือนิทาน โดยมีผู้วิจัยคอยกระตุ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้เลือกสิ่งที่จะต้องกระทำและตัดสินใจว่าจะกระทำกิจกรรมอะไรที่เป็นประโยชน์แก่ตนเอง เป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเองในระยะตัดสินใจเพื่อสนองความต้องการ การดูแลตนเอง และให้ผู้ป่วยวางเป้าหมายที่แท้จริงและมองเห็นเป็นรูปธรรม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) เช่น การรับประทานยา การรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ และให้เด็กป่วยและผู้ดูแลได้ลองฝึกปฏิบัติทำกิจกรรมที่จำเป็นต้องนำไปปฏิบัติต่อเนืองที่บ้าน เช่น ฝึกจับชีพจร นับการหายใจ เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากพยาธิสภาพของโรค และการฝึกปฏิบัติจริงจะเพิ่มความมั่นใจแก่เด็ก และผู้ดูแลมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4. การติดตามการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และการกระตุ้นให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ที่ถูกต้อง

เมื่อเด็กและผู้ดูแลกลับบ้านมีการติดตามทางโทรศัพท์พูดคุยกับเด็กและผู้ดูแล เนื่องจาก การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นโปรแกรมที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย และช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น (Nicklin, 1986, cite in รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) และเป็น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้าน และประเมินความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษา กระตุ้นชี้แนะและให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม ติดตามพฤติกรรม ในการดูแลสุขภาพตนเอง (Hunter, 2000) และระยะเวลาที่ติดตามทางโทรศัพท์ที่เหมาะสม ประมาณ 15 นาที (Elliott & Reimer, 1998 cite in รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึง ได้ติดตาม กระตุ้นให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมส่งเสริมให้เด็กรับรู้ประโยชน์ในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับกระตุ้นให้เด็กรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ครั้ง ละ ประมาณ 10 นาที โดยข้อมูลที่ผู้ดูแลและเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะได้รับทาง โทรศัพท์ คือ การสร้างแรงจูงใจทางสุขภาพให้ปฏิบัติตามแผนการรักษา ประโยชน์เมื่อเด็ก ปฏิบัติการดูแลที่ถูกต้องต่อเนืองที่บ้าน และสอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด สอบถามบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เพื่อเป็นการกระตุ้นและสร้าง แรงจูงใจให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ที่ถูกต้อง อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งให้คำแนะนำเมื่อ ผู้ดูแลและเด็กมีปัญหาในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

จะเห็นว่าจากการจัดกิจกรรมการสอนดังกล่าวดังกล่าวที่ผู้วิจัยได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเด็กของ Bush and Iannotti (1990) และร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003) มาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการสอน น่าจะส่งผลให้เด็กวัยเรียน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคมากขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมุติฐานการวิจัยดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สูงขึ้น
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สูงขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่มีอายุ 7 – 12 ปี ที่มารับบริการรักษาต่อเนื่อง ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลอง และรวบรวมข้อมูลที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในทุก วันพุธ และ ศุกร์ เวลา 8.00 น – 15.00 น

ตัวแปรที่ศึกษา คือ การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หมายถึง เด็กที่มีอายุ 7-12 ปี ที่แพทย์ได้วินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง และได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยผู้ดูแล พร้อมทั้งแพทย์ยังนัดติดตามอาการต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดปฏิบัติตามบทบาทของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้แก่

1. การรับประทานอาหาร หมายถึง รูปแบบในการรับประทานอาหารของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อให้ได้สารอาหารครบและมีคุณค่า งดรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพและโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. การออกกำลังกายและการพักผ่อนที่สมดุล หมายถึง การออกกำลังกาย หรือการเล่นที่เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทำได้ตามสภาพร่างกาย ไม่เหนื่อยเกินไป และได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอในแต่ละวัน
3. การป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจ หมายถึง การกระทำกิจกรรมเพื่อไม่ให้ร่างกายได้รับเชื้อโรคเข้าสู่หัวใจ
4. การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติ หมายถึง การกระทำกิจกรรมของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้ได้รับการดูแลเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง
5. การปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล เช่น การมาตรวจตามนัด การรับประทานยาโรคหัวใจ

โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรม และสร้างขึ้นเองตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเด็กของ Bush and Iannotti , (1990) ให้เหมาะสมกับพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัวจำนวน 1 คน ที่อาศัยอยู่กับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และให้การดูแลเด็กเป็นหลักเมื่ออยู่ที่บ้าน และนำเด็กมารับการรักษาต่อเนื่องตามนัดของแพทย์

การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคและพัฒนาการของเด็ก โดยนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก ของ Bush and Iannotti (1990) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003) เป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการสอนเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยมีกิจกรรมการสอนเพื่อพัฒนาบทบาทผู้ดูแล และการสอนให้ความรู้เน้นเชิงรูปธรรมแก่เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เปิดโอกาสให้เด็กตัดสินใจ และเรียนรู้ ร่วมฝึกทักษะร่วมกับผู้ดูแล รวม 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1. การสอนผู้ดูแลในบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ตั้งแต่ การป้องกันการป่วยซ้ำ การมีภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจ การดูแลค้นหาอาการ การเจ็บป่วย ในระยะเริ่มต้นของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การตัดสินใจในการช่วยเหลือเบื้องต้น แสวงหาแหล่งการช่วยเหลือ ดูแล รักษาพยาบาลเมื่อเด็กมีอาการเปลี่ยนแปลง การตัดสินใจในการร่วมวางแผนการรักษากับแพทย์และพยาบาลในขณะเด็กได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และการดูแล ให้เด็กมีการปรับตัว และการฟื้นฟู และความสามารถในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

กิจกรรมที่ 2. การสอนสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรับรู้ว่ามีโรคของตนเองสามารถควบคุมได้จากการกระทำของตนเอง และให้เด็กและผู้ดูแล ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ทั้งสุขภาพดี และภาวะสุขภาพเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อให้เด็กเกิดแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้เหมาะสม

กิจกรรมที่ 3. การสอนให้รับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) และการรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตน ตามแผนการรักษา (Perceived Benefits) เป็นกิจกรรมให้ผู้ดูแลและผู้ดูแลได้รับรู้ผลของความรุนแรงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่มีต่อร่างกาย และบทบาททางสังคมของบุคคล เมื่อไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเชื่อว่าการปฏิบัติตามแผนการรักษา สามารถช่วยให้การหายเจ็บป่วย อาการดีขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

กิจกรรมที่ 4. การติดตามทางโทรศัพท์ หมายถึง กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อ ติดตาม กระตุ้น ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก และส่งเสริมการรับรู้ผลจากการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนการรักษา และ ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง

การสอนตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ให้ความรู้ตามแผนการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของแพทย์ในวันนั้น แก่ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในแต่ละราย และการตอบข้อซักถามตามการสอบถามเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจากผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระยะเวลาในการสอน รายละเอียดไม่เกิน 10 นาที

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในบทบาทผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย (Health Educator) เพื่อดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ส่งผลให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปในอนาคต
2. ด้านการวิจัยเป็นแนวทางในการวิจัยประเด็นอื่นๆ เพื่อให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค
3. ด้านการศึกษาพยาบาล เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการส่งเสริมการรับรู้และมีความเข้าใจด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาลเด็ก



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2.

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนและหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูล CINHAl Medline ฐานข้อมูลของมหาวิทยาลัยต่างๆ และการค้นคว้าจากวารสารต่างๆ (Hand Searching) ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ จากปี 1990 ถึง 2007 โดยสรุปรวบรวมสาระสำคัญและนำเสนอตามหัวข้อลำดับต่อไปนี้

1. การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กวัยเรียน
2. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
3. ความเชื่อด้านสุขภาพ
4. พฤติกรรมสุขภาพ
5. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
6. บทบาทพยาบาลในการสอนเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน

ในสถานการณ์ปัจจุบัน

7. การสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
8. สื่อหนังสือการ์ตูนสำหรับเด็กวัยเรียน
9. การติดตามทางโทรศัพท์
10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การเจริญเติบโต และพัฒนาการของเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนคือเด็กที่มีอายุระหว่าง 6 – 12 ปี แบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ คือ เด็กวัยเรียนตอนต้น อายุ 6-7 ปี วัยเรียนตอนกลาง 8-10 ปี และวัยเรียนตอนปลายคือ 11-12 ปี (Pedigo , 1994) พัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็กวัยเรียนมีดังนี้

1. พัฒนาการด้านร่างกาย

1.1 น้ำหนักพบว่าในเด็กวัยเรียนนั้น มีน้ำหนักเฉลี่ยเพิ่มขึ้นปีละ 2.5 กิโลกรัม ส่วนสูงเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 5.5 เซนติเมตร (James & Ashwill & Droske, 2002) เด็กวัยเรียนเป็นช่วงสุดท้ายที่เด็กหญิง และเด็กชายจะมีรูปร่างสัดส่วนของร่างกายใกล้เคียงกัน

1.2 กระดูก และฟัน การเจริญเติบโตของแขนขายังมีอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มความยาวของแขนขามากขึ้น แต่ในส่วนของกระดูก Eustachian tube นั้นยังมีการเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ซึ่งจะทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อในหูส่วนกลางได้ง่ายอยู่ การเปลี่ยนแปลงของฟัน โดยฟันซี่แรก (Primary teeth) จำนวน 20 ซี่ จะเปลี่ยนเมื่ออายุ 6 ปี และจะเริ่ม เปลี่ยนเป็นฟันแท้ (Permanente teeth) โดยทั่วไปในเด็กวัยเรียนจะมีจำนวน 28 จากฟันแท้ 32 ซี่ จะขึ้นครบเมื่อมีอายุในช่วงวัยรุ่น (James et al, 2002) จึงทำให้เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีฟันผุได้ง่าย ซึ่งในเด็กโรคหัวใจนั้นต้องเป็นสิ่งที่จะต้องระมัดระวังเป็นพิเศษในการดูแลเด็กไม่ให้ฟันผุ

1.3 การเจริญเติบโตของสมอง เด็กจะมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างและสร้างเซลล์สารเยื่อหุ้มประสาท (myelination) สมบูรณ์เมื่ออายุ 7 ปี ขนาดของเส้นรอบศีรษะจะเพิ่มขึ้นจากวัยก่อนเรียนเล็กน้อย จากการศึกษาระดับสารสื่อประสาท (neurotransmitter) ซึ่งมีผลต่อสมาธิของเด็ก จะเริ่มทำงานในช่วงต้นของวัยเรียน ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาของ Dopaminergic system และ Serotonergic system ซึ่งเป็นสารสื่อประสาทที่มีผลต่ออารมณ์เด็ก (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2546)

1.4 การเจริญเติบโตของหัวใจ มีการเจริญเติบโตค่อนข้างช้าในวัยนี้ จะมีน้ำหนักเป็น 6 เท่าของแรกเกิด (Murray and Zentner, 1989) จากสาเหตุที่หัวใจมีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับสัดส่วนของร่างกาย จึงทำให้เด็กวัยเรียนเหนื่อยง่ายเมื่อมีกิจกรรมที่ต้องใช้พลังงานมาก เช่น การวิ่งเล่นที่ออกแรงมากๆ อัตราการหายใจจะลดลง ความดันโลหิตจะเพิ่มขึ้นในช่วงอายุ 6-12 ปี (Wong, 2007)

1.5 การเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อ ในเด็กวัยเรียนนั้นการทำงานเชื่อมโยงระหว่างนิวเคลียสในก้านสมอง (brainstem nuclei) กับโครงสร้างของสมองส่วน cortical structure กล้ามเนื้อประสานงานกันได้ดี ทำให้เด็กวัยเรียนมีความสามารถในการควบคุมตนเอง (self

regulation) สามารถเคลื่อนไหวได้เป็นจังหวะ การทรงตัวที่ดีขึ้น เด็กจะมีการเล่นกีฬาต่างๆ กล้ามเนื้อมัดเล็กจะมีการพัฒนามากขึ้นมีการประสานงานกันระหว่างมือ และตาได้ดีขึ้น กล้ามเนื้อจะทำงานประสานกับประสาทสัมผัสมีการพัฒนาให้มีความละเอียดอ่อนขึ้น มีผลต่อพัฒนาการด้านการเรียนรู้และสติปัญญาที่ต้องใช้ทักษะประเภทนี้เป็นสื่อ เด็กจะสามารถปฏิบัติได้ดี

1.6 พัฒนาการด้านเพศ อวัยวะเพศเจริญเติบโตยังไม่เต็มที่ แต่ในเพศหญิงช่วงอายุ 10 - 12 ปี จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเริ่มเข้าวัยรุ่นปรากฏชัดเจน ทำให้รู้สึกวิตกกังวล ส่วนเพศชายจะมีการเปลี่ยนแปลงรวดเร็วเมื่ออายุ 12 - 14 ปี ในเด็กวัยเรียนจะแสดงออกในเรื่องเพศ ในการพูดล้อเลียน

2. พัฒนาการด้านสติปัญญา การคิดรู้ (Cognitive Development)

เด็กวัยเรียนจะมีการเจริญเติบโตของสมองที่รวดเร็ว สิ่งที่ควบคู่ไปกับการเจริญเติบโตของสมองคือ พัฒนาการด้านสติปัญญาในเด็ก ซึ่ง Piaget ได้ศึกษาเกี่ยวกับพัฒนาการของสติปัญญาในวัยเรียนไว้ดังนี้ (James et al, 2002)

2.1 Intuitive Thought Stage ซึ่งมักพบในเด็กวัย 6-7 ปี ความคิดที่อยู่บนพื้นฐานการรับรู้ของสิ่งแวดล้อมและตัวเองยึดตัวเองเป็นจุดศูนย์กลาง

2.2 Concrete Operation Stage โดยเริ่มในเด็กวัย 7 ปี หมายถึงสมองสามารถรับรู้และเข้าใจ เฉพาะสิ่งที่มองเห็นได้ สามารถแยกแยะมองเห็นความแตกต่างและรายละเอียดของสิ่งต่างๆ ได้ดีขึ้น มีความสามารถทางสัญลักษณ์ ถ้อยคำ และเป็นรูปธรรม และเริ่มมีความเป็นอิสระมากขึ้น ยึดตนเองเป็นจุดศูนย์กลางลดลง และเด็กจะต้องการทำกิจกรรมด้วยตัวของตัวเอง

2.3 Reversibility หมายถึงการที่เด็กสามารถมองเห็นสิ่งต่างๆ ในลักษณะย้อนกลับได้ เช่น เข้าใจว่า $5 + 3 = 8$ และเข้าใจว่า $8 - 3 = 5$ หรือเมื่อทำของเล่นแตกเด็กจะรู้ว่าสามารถต่อเข้าเหมือนเดิมได้

2.4 Conservation คือ การเรียนรู้ว่าสิ่งต่างๆ ไม่ได้สูญหาย วัตถุแม้เปลี่ยนรูปลักษณะภายนอก แท้จริงแล้วยังคงสภาพเดิมในบางลักษณะได้ ซึ่งลักษณะวัตถุ สามารถรับรู้ได้ใน 3 ลักษณะ คือ ปริมาณ น้ำหนัก และ ปริมาตร พบว่าเด็กวัยเรียนสามารถเข้าใจเชิงปริมาตรได้ดีกว่าวัยเด็กตอนต้น ทั้งนี้เนื่องจากความเข้าใจเชิงปริมาตรต้องอาศัยเข้าใจเชิงนามธรรมมากกว่า

2.5 Classification and Logic หมายถึงการที่เด็กสามารถแยกหมวดหมู่ของต่างๆ ที่แตกต่างกัน ได้ รับรู้เข้าใจระหว่างของใหญ่ และของเล็ก ความสว่าง ความมืด หรือสามารถคิดต่อได้ เช่น ผู้ชาย จะเป็น พ่อ หรือพี่ชาย และผู้หญิงจะเป็น แม่ หรือ พี่สาว

พัฒนาการด้านการเรียนรู้ของเด็กในวัยนี้ จะเริ่มมีผลต่อพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของตนเอง

3. พัฒนาการด้าน อารมณ์ และจิตใจ

Erikson ได้กล่าวถึงสิ่งสำคัญในวัยเรียนว่าจะมีการพัฒนาในด้านอุตสาหกรรม (Development of a sense of Industry) เด็กจะขยันหมั่นเพียร ทำในสิ่งต่างๆให้สำเร็จ เด็กจะพอใจในความสามารถของตน เมื่อประสบความสำเร็จ เด็กจะรู้สึกภาคภูมิใจ ถ้าไม่สำเร็จเด็กจะรู้สึกว่าตนเองด้อยกว่าคนอื่น (inferiority) (Wong, 2007) วัยนี้จึงเป็นวัยแห่งการแข่งขัน ไม่ว่าจะเป็นการเรียน หรือสังคม ดังนั้นเด็กในวัยนี้ครอบครัว และกลุ่มเพื่อน จะมีส่วนสำคัญที่จะทำให้เด็กมีความภูมิใจในตนเอง (self esteem) Erikson จึงเน้นว่าเด็กวัยเรียนนี้จะมีความเสี่ยงต่อปัญหาทางอารมณ์ เมื่อรู้สึกว่าตัวเองทำไม่ได้ หรือทำไม่ได้ดีเท่าเพื่อน โดยการมองผลงานของตนเองเปรียบเทียบกับเพื่อนและเรียนรู้ผ่านปฏิกิริยาของคนรอบข้าง เด็กปรับตัวได้ไม่ดีนักในช่วงแรก แต่ถ้าเจริญเติบโตขึ้นก็จะปรับตัวได้ดีขึ้นจากความสามารถที่จะมองตนเองแบบองค์รวม (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2546) ความกลัวจะเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเข้าสังคม การเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรง ทั้งนี้เกิดจากความเข้าใจความหมายของเหตุการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น เข้าใจและรู้ถึงผลที่จะตามมาหลังเหตุการณ์เกิดขึ้น เช่น ความตาย และความพิการ

4. พัฒนาการด้านภาษาและสังคม

พัฒนาการในด้านภาษานั้นจะได้รับการพัฒนาอย่างรวดเร็วในเด็กวัยเรียน เด็ก อายุ 6 ปี สามารถพูดคำศัพท์ได้ ประมาณ 8,000 – 14,000 คำ การอ่านจะช่วยในการส่งเสริมด้านภาษาของเด็กวัยนี้มาก (James et al, 2002) แสดงความเห็นได้อย่างมีเหตุผล ชอบอ่านหนังสือ รู้ความหมายของคำต่างๆ ได้ดีขึ้น เมื่ออายุ 9 ขวบ สามารถเขียนบรรยายภาพได้ อายุ 10 ขวบสามารถใช้สำนวนในการเขียนและการพูดได้ดี

พัฒนาการด้านสังคม เด็กวัยเรียนจะมีพัฒนาการด้านสังคมที่เด่นมาก เด็กจะเริ่มเข้าสู่โลกกว้าง การไปโรงเรียน กลุ่มเพื่อนจะมีอิทธิพลต่อเด็กวัยนี้ เด็กจะเรียนรู้เกี่ยวกับ ทักษะการอยู่ร่วมกับเพื่อน มีการเรียนรู้กติกาการเล่น และกติกาสังคม มีความเป็นตัวของตัวเอง เอกลักษณ์ทางเพศจะเริ่มมั่นคงขึ้น เข้าใจบทบาททางเพศว่าเป็นผู้หญิง หรือผู้ชาย การเข้ากลุ่มจะแยกระหว่างหญิง และชาย ซึ่ง Freud จัดให้ระยะนี้อยู่ในระยะ “Latency period” Sullivan (1953) ได้อธิบายถึง Series of internal process ที่เด็กค่อยๆ พัฒนามาตรฐานของตนเองโดยอาศัยแรงกระตุ้นจากสังคมภายนอก (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2546) โดยมีการยอมรับอำนาจจากคนนอกบ้าน เช่น ตำรวจ ครู การรับรู้ในความแตกต่างของคนซึ่งระยะแรกอาจยอมรับและทนกับคนอื่นไม่ได้ ใช้การเปรียบเทียบ (Differentiation of authority figure) มีพื้นฐานจากอารมณ์กลัวที่จะถูกทอดทิ้ง (Control of focal awareness) การปรับตัวเองให้อยู่ในกลุ่มเพื่อนที่ยอมรับ และพัฒนาความสามารถในการมองตัวเอง

การที่สังคมยอมรับตัวเด็กจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญที่จะ ส่งผลกระทบต่ออารมณ์ตนเอง ทั้งในปัจจุบันและอนาคต บทบาทของพ่อแม่ในช่วงนี้จึงตั้งอยู่บนพื้นฐานของผู้ให้คำปรึกษา เป็นโค้ชในการฝึกทักษะด้านต่างๆ การให้โอกาสเด็กในการทำผิดพลาดบ้างเพื่อพัฒนาความสามารถ ในการแก้ปัญหาเพื่อการอยู่รอดด้วยตัวเอง และพัฒนาความสามารถได้สูงสุด (วินัดดา ปิยะศิลป์, 2546)

2. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease) เป็นโรคที่พบได้บ่อยในทารกแรกคลอด เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้เมื่อเด็กคลอด แต่บางครั้งความผิดปกติจากความพิการไม่ปรากฏขณะที่เป็นเด็กแต่จะปรากฏเมื่อร่างกายโต ซึ่งจะแบ่งความผิดปกติได้ 2 ประเภท ดังนี้

2.1 พยาธิสภาพของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผลจากความพิการของหัวใจพิการแต่กำเนิด ทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตผิดปกติ อาจแบ่งโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดออกเป็น 2 ชนิด ตามลักษณะเปลี่ยนแปลงการไหลเวียนของเลือด

2.1.1 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (Cyanotic type) เป็นโรคหัวใจที่มีทางติดต่อที่ผิดปกติและมีการเปลี่ยนแปลงของแรงดันเลือด โดยแรงดันเลือดในหัวใจซีกขวาสูงกว่าแรงดันเลือดในหัวใจซีกซ้าย ทำให้เลือดดำบางส่วนไหลลัดวงจรจากหัวใจซีกขวาไปยังหัวใจซีกซ้าย (Right to left shunt) และเข้าสู่ระบบไหลเวียนของร่างกายโดยไม่ผ่านการพอกจากปอดให้เป็นเลือดแดงเสียก่อน ร่างกายจึงได้รับเลือดที่มีปริมาณออกซิเจนต่ำ ทำให้เกิดอาการเขียว ที่พบบ่อยได้แก่ ความผิดปกติ 4 ประการของ Tetralogy of Fallot (TOF) คือ ทางออกของหัวใจห้องล่างขวาตีบ รูรั่วของผนังกันห้องล่างขวาและซ้าย เอออร์ตาเอียงไปทางขวา ผนังห้องล่างขวานหนา และหัวใจโต เป็นต้น

2.1.2 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (Acyanotic type) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ โรคหัวใจที่มีทางติดต่อที่ผิดปกติ และเนื่องจากแรงดันเลือดในหัวใจซีกซ้ายสูงกว่าแรงดันเลือดในหัวใจซีกขวา เลือดแดงบางส่วนจึงไหลลัดวงจรจากหัวใจซีกซ้ายไปยังหัวใจซีกขวา (Left to right shunt) เข้าสู่ระบบไหลเวียนปอด ดังนั้นปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายจึงลดลง ที่พบบ่อยได้แก่ ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องบน (Atrial septal defect) ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องล่าง (Ventricular septal defect) การมีรูเปิดระหว่างหลอดเลือดแดงเอออร์ตากับหลอดเลือดแดงพัลโมนารี (Patent ductus arteriosus) ความผิดปกติของ

การตีบแคบของทางเดินโลหิต ทำให้การไหลเวียนของโลหิตไม่สะดวกเป็นผลให้ปริมาณเลือดที่ไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ ที่พบบ่อย ได้แก่ หลอดเลือดเอออร์ตาตีบ (Coarctation of aorta) เป็นต้น

2.2 อาการทางคลินิกที่พบบ่อยในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2.2.1 อาการเขียว (Cyanosis) เป็นสีคล้ำที่ปรากฏบนผิวหนัง มี 2 ลักษณะ คือ

2.2.1.1 อาการเขียวทั่วตัว (Central cyanosis) เกิดจากเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายมีปริมาณออกซิเจนน้อยขณะที่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจปกติ พบในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเลือดไหลลัดวงจรจากหัวใจซีกขวาไปหัวใจซีกซ้าย

2.2.1.2 อาการเขียวของอวัยวะส่วนปลาย (Peripheral cyanosis) จะมีอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า ริมฝีปาก เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง ซึ่งจะพบในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีการตีบแคบของทางเดินโลหิต

2.2.2 ภาวะขาดออกซิเจนเฉียบพลัน (Anoxic spell) เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว โดยเฉพาะโรคความผิดปกติ 4 ประการของ Tetralogy of Fallot เป็นภาวะที่สมองขาดออกซิเจนอย่างเฉียบพลัน มักเกิดภายหลังการมีกิจกรรม เช่น ร้องไห้ การเล่น การออกกำลังกาย หรือ การดูนมในทารก ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ

2.2.3 อาการเหนื่อยง่าย เนื่องจากร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอเนื่องหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ (สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์, 2545)

2.2.4 นิ้วมือนิ้วเท้าปูด (Clubbing of fingers and toes) พบในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว นิ้วมือนิ้วเท้ามีลักษณะคล้ายไม้ตีกลอง เกิดจากภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรัง ทำให้มีการเพิ่มของหลอดเลือดฝอย เพื่อไปเลี้ยงนิ้วมือ และเท้ามากขึ้น และเกิดการหนาตัวของเนื้อเยื่อบริเวณนิ้วมือ (สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์, 2545)

2.2.5 การเจริญเติบโตช้า (Failure to thrive) เป็นที่ยอมรับกันว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีส่วนสูงและน้ำหนักต่ำกว่าเด็กปกติโดยทั่วไป (Jotids A: 2003 Abad - Sinden & Sutphen, 2001: Leitch, 2000 .) และนอกจากนั้นพบว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีภาวะขาดสารอาหาร และเจริญเติบโตช้า ร้อยละ 27 ของผู้ป่วยเหล่านั้นจะมีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่า 3 percentile ความรุนแรงของภาวะขาดสารอาหารไม่สัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคหัวใจเสมอไป สาเหตุที่ทำให้เด็กโตช้ากว่าปกติในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น มีความต้องการพลังงานเพิ่มมากขึ้น (Increased Metabolic Demands) เช่นมีภาวะหัวใจวาย มีความพร่องของการได้รับสารอาหาร (Insufficient Nutrient Intake) เช่นการได้รับสารอาหารน้อย

2.3 ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ

2.3.1 ภาวะหัวใจล้มเหลว (Conginital Heart Failure) เป็นกลุ่มอาการที่แสดงถึงสภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถสูบฉีดโลหิตเพื่อนำสารอาหารและออกซิเจนไปยังอวัยวะต่างๆ ได้อย่างเพียงพอต่อความต้องการทางเมตาบอลิซึมและการเจริญเติบโตของร่างกาย (Talner NS; อ้างใน ไพโรจน์ โชติวิทยาธารกร,2543) โดยจะมีอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจล้มเหลวที่สำคัญ เช่น ซีพจรเต้นเร็ว ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย ซีด ซีพจรปลายมือปลายเท้าเบา ความดันโลหิตต่ำ หัวใจโต น้ำท่วมปอด หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ ตับโต บวม เส้นเลือดดำที่คอโป่ง (Neck vein distention) (Wong, 2003)

2.3.2 การติดเชื้อภายในหัวใจ (Bacterial endocarditis) เนื่องจากภายในหัวใจที่มีความผิดปกติอยู่แล้ว เช่น มีการตีบ หรือการรั่วของผนังหัวใจ ลิ้นหัวใจ ทำให้การไหลเวียนของเลือดในหัวใจไม่สม่ำเสมอเกิดการไหลวนของเลือดภายในหัวใจ ทำให้เชื้อโรคที่เข้าไปตามกระแสเลือดเกาะติดอยู่ที่ผนังเนื้อเยื่อมีการทำลายของหัวใจบริเวณนั้นมากขึ้น เด็กจะมีอาการไข้เรื้อรัง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาจมีหัวใจวายร่วมด้วย (อภิชาติ นานา, 2549)

2.3.3 ความดันโลหิตในปอดสูง (Pulmonary hypertension) พบในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดไหลกลับตรงจากหัวใจซีกซ้ายไปยังหัวใจซีกขวา ทำให้เลือดไปสู่อุดมมากขึ้นจึงมีการคั่งของเลือดในปอด ส่งผลให้แรงต้านทานของหลอดเลือดฝอยในปอดเพิ่มขึ้น

2.3.4 ฝีในสมอง (Brain abscess) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเขียว และการติดเชื้อบ่อยๆ ในร่างกายเนื่องจากเชื้อโรคในกระแสเลือดไม่ได้รับการกรองเพื่อผ่านไปปอด จะผ่านเส้นเลือดแดงไปเลี้ยงสมองโดยตรง และเกิดการติดเชื้อบ่อยๆในร่างกาย ผู้ป่วยที่มีฝีในสมองจะมีอาการ ปวดศีรษะ มีไข้ ซึม อาเจียน ถ้าเป็นมากอาจหมดสติ

2.4 ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ แบ่งเป็น 4 ระดับ ตามระดับความทนต่อการทำกิจกรรมของผู้ป่วย ดังนี้

ระดับ 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำงานบ้าน ออกกำลังกาย

ระดับ 2. ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำงานบ้าน ออกกำลังกายได้ตามปกติ แต่จะมีอาการเมื่อยออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น วิ่ง หรือ เดินขึ้นบันไดเร็วๆ และขณะพักจะทำให้อาการดีขึ้น

ระดับ 3. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ แม้ออกแรงเพียงเล็กน้อย เช่น เดินไปห้องน้ำ อาการหอบดีขึ้นเมื่อพัก

ระดับ 4. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ แม้ขณะพัก หรือนั่งอยู่บนเตียงเฉยๆ และเมื่อทำกิจกรรมเล็กน้อยจะทำให้เหนื่อยหอบอย่างรุนแรง

2.5 การรักษาผู้ป่วยเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิด

2.5.1 การรักษาโดยการให้ยา

2.5.1.1 เพื่อควบคุมภาวะหัวใจวาย ซึ่งเป็นยาในกลุ่มของ Cardiac glycoside เช่น ยา Digoxin ที่ถูกนำมาใช้ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว การออกฤทธิ์ต่อกล้ามเนื้อหัวใจ เพิ่มแรงบีบตัวของหัวใจ ลดอัตราการเต้น ฤทธิ์ข้างเคียงของ Digoxin ที่พบได้คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง อาจเกิดก่อน หรือ หลังจากเกิดพิษที่หัวใจ (ยุพาพร ปรีชากุล, 2550) และยาที่กระตุ้นให้กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวมากขึ้น เช่น Dopamine จะทำให้ชีพจรเร็วขึ้น และหลอดเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อขยายตัว ข้อควรระวังในการใช้ยานี้คือ ความดันโลหิตสูง ปัสสาวะออกมาก

2.5.1.2 เพื่อขยายหลอดเลือด ได้แก่ยา Enalapril เป็น Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitor ทำให้ total peripheral resistance ลดลงเป็นการลด after load โดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงของ Cardiac output ลดการคั่งของเกลือ และน้ำ ในปัจจุบันนิยมยาในกลุ่มนี้ร่วมกับ diuretic ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลวซึ่งจะเป็นช่วยลดทั้ง after load และ preload ในการรักษาภาวะหัวใจล้มเหลว (พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2543) ข้อควรระวังในการใช้ยาตัวนี้คือ ความดันโลหิตต่ำลงในผู้ป่วยมี Blood Volume ไม่เพียงพอ ไม่ควรใช้ยาร่วมกับยาขับปัสสาวะที่ไม่ขับโพแทสเซียม เพราะจะทำให้โพแทสเซียมในเลือดสูงเกินไป และในผู้ป่วยที่ภาวะหัวใจล้มเหลว ยาในกลุ่มนี้จะลดทั้ง Preload และ Afterload ทำให้ Cardiac output เพิ่มขึ้น และ Central venous ลดลง

2.5.1.3 ยาขับปัสสาวะ ได้แก่ Lasix และ Aldactone ออกฤทธิ์ยับยั้งการดูดกลับของโซเดียมและคลอไรด์ ทำให้ร่างกายเสียโซเดียม และคลอไรด์ออกมากับปัสสาวะจำนวนมาก ฤทธิ์ข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้คือ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่า ทำให้มีอาการมึนงง สับสน การสูญเสียอิเล็กโทรไลต์มากทำให้อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นตะคริว เบื่ออาหาร

2.5.2 รักษาโดยการผ่าตัด

การรักษาโดยการผ่าตัดในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเริ่มครั้งแรกในปี ค.ศ. 1938 และได้รับการพัฒนามาเรื่อยๆ จนในปัจจุบัน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกโรค สามารถรักษาโดยการผ่าตัดได้ แต่จะเลือกการผ่าตัดให้เหมาะกับชนิดของโรค และอายุของผู้ป่วย และความพร้อมทางด้านร่างกายของเด็กด้วย ซึ่งการผ่าตัดแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ (สัมพันธ์ พรวิลาวัณย์, 2542)

2.5.2.1 การผ่าตัดแบบบรรเทาอาการโดยชั่วคราว (Palliative treatment) เป็นการผ่าตัดเพื่อรอการผ่าตัด Total repair อีกครั้งหนึ่ง เนื่องจากภาวะบางอย่างอาจไม่เหมาะสมกับการทำ Total repair ขณะนั้นได้ เช่นการผ่าตัดเพื่อเพิ่มปริมาณเลือดไปปอดโดยการต่อระบบหลอดเลือดของร่างกาย และระบบหลอดเลือดของปอดเข้าด้วยกัน เช่น การทำ systemic-pulmonary shunt, central shunt การผ่าตัดเพื่อลดจำนวนเลือดที่ไปปอด เช่น การทำ pulmonary arter banding

2.5.2.2 การผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติทั้งหมด (Total repair) เป็นการผ่าตัดที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหายขาดจากโรค จะทำทั้งในด้าน anatomy หรือ physiology ในบางโรค เช่น การผ่าตัดเย็บปิดรูที่พิการในผู้ป่วย ASD, VSD , PDA ทั้งนี้การพิจารณาการผ่าตัดจะขึ้นอยู่กับ การพิจารณาของแพทย์ผู้ให้การดูแล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิด ความรุนแรง และความพร้อมของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

3. แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974)

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ ความยอมรับ หรือการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการดูแลรักษา โดยจะชักนำให้บุคคลนั้นมีพฤติกรรมสุขภาพตามความคิด และความเข้าใจนั้นๆ (นรลักษ์ฌณ์ เอื้อกิจ, 2550)

การสร้างแบบแผนความเชื่อเพื่อทำนายพฤติกรรมอนามัยบุคคลโดยอาศัยทฤษฎีแรงจูงใจของเลวิน เพื่อให้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในด้านการป้องกันโรคเท่านั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมในการทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย Becker (1974) ได้พัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Sick role behavior)

ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Sick role behavior) โดย Becker (1974) มีรายละเอียดดังนี้

1. ตัวแปรที่แสดงถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ (readiness to take action) ประกอบด้วย

1.1 แรงจูงใจ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป ความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษา และการปฏิบัติตามคำแนะนำ กิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ

1.2 การรู้ถึงคุณค่าการลดภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งแบ่งตัวแปร เป็น 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

1.3 การให้ความร่วมมือเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วย เป็นตัวแปรเกี่ยวกับการรับรู้ ประโยชน์ของการรักษา ประสิทธิภาพของการรักษา

2. ตัวแปรที่เป็นปัจจัยร่วม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย อุปสรรคในการปฏิบัติ ตน ทักษะของผู้ป่วยต่อแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือ เจ้าหน้าที่สุขภาพ และสิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือพยาบาล ส่งผล ให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพปกติได้เร็วขึ้น

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เกี่ยวกับการรับรู้และความเชื่อของ บุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ได้มีผู้นำมาใช้ประยุกต์ให้เหมาะกับภาวะโรคต่างๆ มีองค์ประกอบ คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อความเจ็บป่วย (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง ของโรค (Perceived Severity) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมปฏิบัติตนการรับการรักษา (Perceive Benefits) และการรับรู้อุปสรรค (Perceived barriers) แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) แต่การนำแบบแผนสุขภาพของ Becker (1974) ไปใช้พบว่าจะมีความเหมาะสมกับ ผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพและความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กและผู้ใหญ่มี ความแตกต่างกัน ในระดับของพัฒนาการและความสามารถในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ของตนเอง ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก (A Children's Health Belief Model) ที่ได้รับการพัฒนาโดย Bush & Iannotti (1990) ซึ่งมีความเหมาะสมกับการศึกษาครั้งนี้ มากกว่าความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ใหญ่

3.2 ความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก ของ Bush & Iannotti (1990)

Bush & Iannotti (1990) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก (A Children's Health Belief Model) โดยพัฒนาจาก แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) เพื่อใช้อธิบายหรือทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Sick role behavior) Bush & Iannotti ได้ศึกษาตัวแปรด้านพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยในการรักษา ในเรื่อง ความร่วมมือ ยอมรับประทานยาของเด็กวัยเรียน โดยนำผู้ดูแลมาใช้ศึกษาในตัวแปรปัจจัยร่วมด้วย พบว่าผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของเด็ก และได้กล่าวไว้ว่าความ เชื่อด้านสุขภาพเด็กเป็นการนำบางส่วน ของ 3 ทฤษฎี มาอธิบายเพื่อให้เข้าใจในแบบแผนความ เชื่อด้านสุขภาพเด็กยิ่งขึ้น ซึ่งประกอบด้วย

1. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) เนื่องจาก Bush & Iannotti, (1990) พบว่าปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อมของเด็ก คือมารดา พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของ มารดาจะมีผลต่อการรับรู้ของเด็ก และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กด้วย

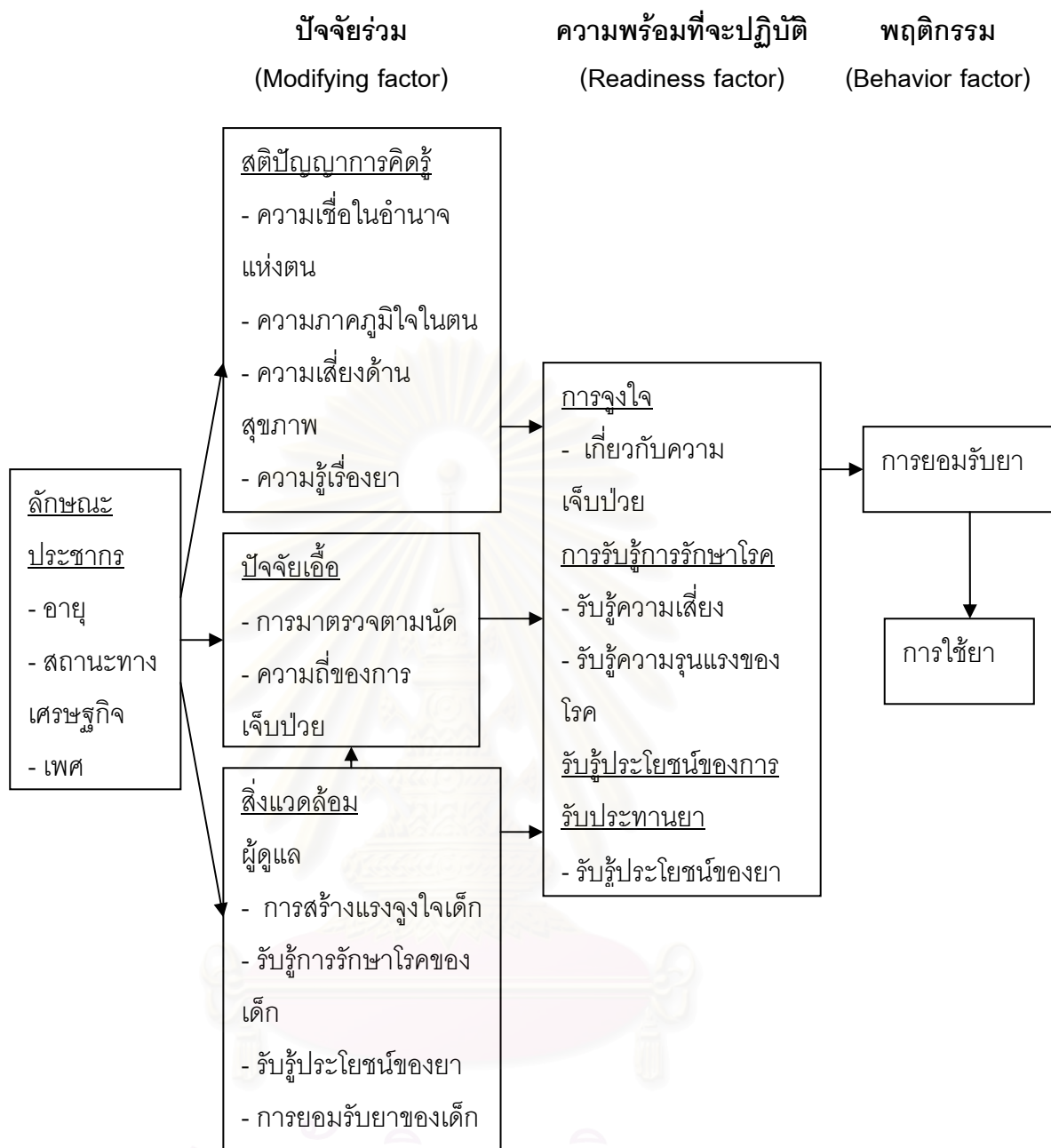
2. ทฤษฎีพัฒนาการด้านการคิดรู้ (Cognitive Development Theory) เนื่องจากพัฒนาการเด็กจะมีผลต่อการคิดรู้และเข้าใจเกี่ยวกับโรคของเด็กในแต่ละวัยที่ต่างกัน

3. ทฤษฎีการตั้งใจกระทำพฤติกรรม (Behavioral Intention Theory) เนื่องจากเด็กมีการรับรู้ในการตั้งใจในการกระทำพฤติกรรมน้อยกว่าผู้ใหญ่ การสร้างแรงจูงใจ และให้ผู้ดูแลมีส่วนจะเป็นการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองของเด็กที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็กได้มากยิ่งขึ้น

Bush & Iannotti (1990) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก (A Children's Health Belief Model) ดังแผนภูมิต่อไปนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 1. ความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก Bush and Iannotti

จากแผนภาพความเชื่อด้านสุขภาพเด็กของ Bush & Iannotti (1990) ซึ่งมีพื้นฐานแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Sick role behavior) ของ Becker (1974) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กที่ Bush & Iannotti ได้พัฒนาเพิ่มเติมให้เหมาะสมกับเด็กมากขึ้น มีรายละเอียดของตัวแปรต่างๆ ดังนี้

1. ตัวแปรที่เป็นปัจจัยร่วม (Modifying factor) ประกอบด้วย

1.1 พัฒนาการ การคิดรู้ของเด็ก ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อในอำนาจแห่งตน ความภาคภูมิใจในตน

1.2 ปัจจัยเอื้อ เช่น การมาตรวจตามนัด จำนวนครั้งในการป่วย

1.3 สภาพแวดล้อม หมายถึง ผู้ดูแลที่ดูแลเด็กป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กของผู้ดูแล

2. ปัจจัยที่แสดงถึงความพร้อมที่จะปฏิบัติ (readiness to take action) ประกอบด้วย

2.1 แรงจูงใจ เช่น ความสนใจเกี่ยวกับสุขภาพทั่วไป

2.2 การรับรู้ต่อการรักษาโรค ซึ่งแบ่งตัวแปร เป็น 2 ตัวแปร คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค

2.3 การให้ความร่วมมือเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วย เป็นตัวแปรเกี่ยวกับ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย

พฤติกรรมความร่วมมือการยอมรับประทานยาของเด็ก Bush & Iannotti (1990) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) พบว่า ปัจจัยความพร้อมที่จะปฏิบัติ ในการรับรู้แรงจูงใจในเรื่องโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการใช้ยา มีผลต่อการยอมรับรับประทานยาของเด็ก ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์น้อยต่อการรับประทานยาของเด็ก นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กของผู้ดูแล โดยเฉพาะการรับรู้ความเสี่ยงต่อโรคของเด็กของผู้ดูแล เป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก และยังส่งผลทางอ้อมต่อการมาตามนัด และจำนวนการป่วยของเด็กด้วย ตลอดจนพัฒนาการของเด็กมีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก

สรุปได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน ระดับพัฒนาการของเด็ก สิ่งแวดล้อม คือ ผู้ดูแล มีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็ก เนื่องจากเด็กมีขีดความสามารถในการรับรู้ตามระดับพัฒนาการตามวัย ดังนั้นบิดามารดา และผู้ดูแล มีส่วนให้การสนับสนุน ส่งเสริม ช่วยเหลือ และเปิดโอกาสให้เด็กได้ใช้ศักยภาพที่ตนมีอยู่ให้มีการรับรู้สุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับระยะพัฒนาการตามวัย เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมกับโรคต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้จึงนำปัจจัยที่พร้อมจะปฏิบัติในการที่จะทำให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคใน 3 ปัจจัย คือ

1. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity)

หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ยากลำบาก และต้องใช้เวลาในการรักษา Bush and Iannotti (1990) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยทำนายให้เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมความร่วมมือการรับประทานยา สูง สำหรับในประเทศไทย การศึกษาของ วีรยา จึงสมเจตไพศาล (2538) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจรูห์มาติกในเด็กวัยเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศินี บุญยวัฒน์นางกุล และคณะ (2545) พบว่าการรับรู้ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเพื่อบรรเทาผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง เพราะเมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไม่สบาย ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

2. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมปฏิบัติตนการรับการรักษา (Perceived Benefits)

หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีปฏิบัติให้หายจากโรค การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับการรักษาที่ได้รับประสิทธิภาพของยา ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าสามารถช่วยให้หายจากความเจ็บป่วยได้ ความเชื่อนี้ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการรักษาของแพทย์ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับ การศึกษาของ วีรยา จึงสมเจตไพศาล (2538) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และการรักษาของโรคหัวใจรูห์มาติกในเด็กวัยเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ

3. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation)

แรงจูงใจด้านสุขภาพของเด็กเกี่ยวกับโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก Becker (1974) ได้กล่าวเกี่ยวกับแรงจูงใจทางด้านสุขภาพว่า เป็นความแตกต่างทางอารมณ์ หรือความรู้สึกนึกคิดที่ถูกกระตุ้น โดยสิ่งเร้าทางด้านสุขภาพ อนาคต ซึ่งจะกระตุ้นให้บุคคลเกิดความสนใจทางด้านสุขภาพ และเมื่อมีอาการผิดปกติพร้อมที่จะรับการรักษา ซึ่งสิ่งเร้านี้มีทั้งทางบวกและทางลบ

Hunsberger. (1994) ได้กล่าวเกี่ยวกับแรงจูงใจในการมีพฤติกรรมทางสุขภาพว่าจะมีทั้งภายในและภายนอก ในเด็ก นั้นพบว่าแรงจูงใจภายนอก เช่นกลุ่มเพื่อน ครอบครัว มีส่วนต่อพฤติกรรมสุขภาพ

Utz, 1990 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2539 ได้ชี้ให้เห็นถึงการเสริมสร้างแรงจูงใจในแต่ละระยะของการปฏิบัติดูแลตนเองของ Orem, 1991 คือ ระยะตรวจสอบสถานการณ์ (Estimative) โดยให้ความรู้เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม จากประสบการณ์ ในระยะการปรับเปลี่ยน (Transitional) การกระตุ้นและการเตรียมการเพื่อการกระทำ หรือกระทำดูแล

ตนเอง อย่างเป็นทางการให้วางเป้าหมายที่เป็นจริง ระยะของการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง หรือลงมือกระทำ (Productive) สร้างความเชื่อมั่นให้มีความพร้อมที่จะปฏิบัติ และทราบผลที่จะได้รับ

ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้เด็กวัยเรียนในการดูแลสุขภาพ โดยให้ความรู้และเปิดโอกาสให้เด็กมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสุขภาพต่างๆ เพราะแรงจูงใจเป็น หนึ่งในสิบของพลังความสามารถในการดูแลตนเองที่ช่วยให้บุคคลเกิดการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง เพราะแรงจูงใจเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ช่วยให้บุคคลมีความพร้อม และหันมาดูแลตนเอง (Orem, 2001)

3.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียน

2.3.1 การเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่มีการเรียนรู้จากคนรอบข้าง จากการศึกษาของ Bush & Iannotti, (1990) พบว่าปัจจัยทางด้านสังคมของเด็ก คือมารดา พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาจะมีผลต่อความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กด้วย ในวัยเรียนตอนต้นมีความคิดความเข้าใจว่า สาเหตุของความเจ็บป่วยจะได้รับอิทธิพลโดยตรงจากบุคคลใกล้ชิด ผู้เลี้ยงดูจะมีอิทธิพลต่อแนวคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กทั้งทางตรง โดยการบอกเล่า การอบรม สั่งสอน โดยเด็กจะประมวลการบอกเล่า ปฏิบัติของบุคคลดังกล่าวมาเป็นแนวคิดของตนเอง (สุทธิศา ล่ามช้าง, 2545) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และวัฒนธรรมมีผลต่อความรู้สึก ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพ (Kozier & Erb,1988 , อ้างใน วีรยา จึงสมเจตไพศาล, 2538)

2.3.2 พัฒนาการด้านสติปัญญาและการคิดรู้ (Cognitive Development) การรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการของบุคคล เพราะความสามารถในการรวบรวมความคิดเกี่ยวกับสุขภาพ และการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงนั้นขึ้นอยู่กับอายุ (Kozier & Erb,1988 , อ้างใน วีรยา จึงสมเจตไพศาล, 2538) จากการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับสาเหตุความเจ็บป่วยของเด็กพบว่า เด็กอายุ 10 -11 ปี สามารถเข้าใจเหตุผลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยได้ดีกว่า เด็กอายุ 7-9 ปี เด็กในวัยเรียนส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยสามารถบอกสาเหตุของการเจ็บป่วยได้เฉพาะเจาะจง เด็กจะบอกว่าความเจ็บป่วยเกิดจากภายในร่างกายและสาเหตุเกิดจากร่างกายนอกร่างกาย รวมทั้งเชื่อว่าเชื้อโรคทำให้เจ็บป่วย เนื่องจากเด็กวัยเรียนมีพัฒนาการสามารถแยกแยะสิ่งที่อยู่ภายใน และภายนอกร่างกายได้ (สุทธิศา ล่ามช้าง, 2545) นอกจากนั้นความเชื่อในอำนาจแห่งตน (Self of control) ซึ่งความคิดนั้นจะเกิดจากภาวะสุขภาพในตัวเอง (internal control) หรือความคิดนั้นมาจากภายนอก (External control) ซึ่งความเชื่อในพลังอำนาจแห่งตนนั้นจะเพิ่มขึ้นกับสถานะทางเศรษฐกิจ และอายุของเด็ก (Bush & Iannotti, 1988)

2.3.3 ประสบการณ์ในอดีต (Previous Experiences) การรับรู้และความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก มีผลจากประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมาของเด็กด้วย (Wood, 1983) เช่นเด็กที่มีอาการเจ็บป่วยไม่รุนแรง ขณะรับการรักษาไม่มีอุปสรรคทางการแพทย์ติดตัว รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของตนไม่หนัก และดีขึ้น เด็กที่ได้รับการเรียนการสอนเกี่ยวกับสุขภาพในชั้นเรียนจะกล่าวถึงการปฏิบัติตนให้สุขภาพแข็งแรงได้ (สุธิศา ล่ามข้าง, 2544) เนื่องจากปัจจัยด้านจิตวิทยาที่กล่าวว่า ครั้งแรกที่เด็กได้สัมผัสกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือสถานการณ์ใด ทำให้เด็กเกิดการรับรู้ แล้วสมองจะสะสมประสบการณ์เดิมในการแปลความหมายของสิ่งเร้าใหม่ๆ ต่อไป (นิศยา ไทยาภิรมย์, 2532)

3.4 การรับรู้เกี่ยวกับร่างกายและสุขภาพในเด็กวัยเรียน

Pollock. & Middleton, (1994) ได้กล่าวว่า การให้ความรู้ในเรื่องอวัยวะภายในร่างกายของตนเอง (internal anatomy) ทำให้เด็กวัยเรียนรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของตนเองได้มากขึ้น ผลการศึกษาการรับรู้เกี่ยวกับร่างกายของเด็กวัยเรียน (Tackett and Hunsberger. 1981, อ้างใน สมปรารธนา ทราชมุข, 2545) พบว่า เด็กรับรู้เกี่ยวกับร่างกายในแง่ของเนื้อหา และหน้าที่ของส่วนต่างๆ ของร่างกายจากการสัมภาษณ์ พบว่า เด็กวัยเรียนตอนต้น (6- 7 ปี) รับรู้ ว่าร่างกายจะอยู่ตรงกลางอยู่ตรงที่นำอาหารเข้าสู่ร่างกาย เด็กช่วงนี้ยังรับรู้เกี่ยวกับกระดูก สมอง และตา เป็นส่วนต่างๆ ของร่างกาย เด็กวัยเรียนตอนกลาง (8-10 ปี) ฟังสิ่งที่ส่วนต่างๆ ของร่างกายที่ถาวร ได้แก่ กล้ามเนื้อ กระดูก และหัวใจและเส้นเลือด และบ่งชี้ว่าตา และสมองทำด้วยกระดูก นอกจากนี้เด็กยังบอกด้วยว่าหัวใจเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย และหัวใจสัมพันธ์กับการหายใจ เด็กวัยเรียนตอนปลาย (11 – 12 ปี) เช่นเดียวกับเด็กวัยเรียนตอนกลาง แต่ตำแหน่งที่อยู่ และขนาด จะใกล้เคียงความจริงมากกว่า และเริ่มมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างปอด หัวใจ เพื่อการหายใจและการไหลเวียนโลหิต

Hunsberger, (1994) ได้กล่าวว่าเด็กวัยเรียนจะสามารถบอกสาเหตุของการเจ็บป่วยได้ เด็กสามารถเรียนรู้ว่าการรักษาทำให้การเจ็บป่วยดีขึ้น รับรู้สุขภาพคือการที่ร่างกายมีสุขภาพดี และการเจ็บป่วยคือการที่มีสุขภาพไม่ดี เด็กจะสามารถแยกความแตกต่างระหว่างสาเหตุของความเจ็บป่วยหรือ อาการเจ็บป่วยได้และคิดว่าสาเหตุของความเจ็บป่วยเกิดจากการกระทำของตนเองหรือการกระทำของสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีเพียงสาเหตุเดียวและสัมพันธ์กับความเจ็บป่วยนั้น เมื่อเด็กอายุมากขึ้นสามารถอธิบายได้ว่าเชื้อโรคเป็นสาเหตุของความเจ็บป่วย (สุธิศา ล่ามข้าง และ จุฑามาศ โชติบาง, 2545) เด็กอายุ 10-11ปี จะมีส่วนร่วม ความคิดและต้องการปฏิบัติสิ่งต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น (Natapoff & Essoka, 1989 cite in Hunsberger ., 1994)

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า การส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ให้เด็กได้รับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง ควรมีการส่งเสริมในปัจจัยความพร้อมที่จะปฏิบัติในความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก โดยการให้ความรู้โดยการสอนเพื่อสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ ส่งเสริมให้เด็กได้รับรู้ความรุนแรงของโรค และ ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกิจกรรม และมีความเหมาะสมกับระยะพัฒนาการของเด็ก ซึ่งน่าจะมีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรค

4. พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมที่มนุษย์กระทำ เป็นลักษณะการแสดงออกที่สังเกตเห็นได้ และไม่อาจสังเกตเห็นได้ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ นักจิตวิทยาเชื่อว่าสามารถวินิจฉัยได้ว่ามีหรือไม่มี โดยวิธีทางจิตวิทยา (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537)

สุขภาพ (Health) ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง ความสมบูรณ์ของร่างกาย และจิตใจ รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดีไม่เพียงแต่ปราศจากโรคเท่านั้น

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลต้องปฏิบัติและลงมือกระทำเพื่อสุขภาพที่ดี (Murray&Zentner, 1989)

ดังนั้น พฤติกรรมดูแลสุขภาพ หมายถึง การกระทำกิจกรรมของบุคคลที่แสดงออกลงและกระทำเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี รวมถึงความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่มีความสุข

Casl & Cobb (1966) ได้แบ่งพฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพและประยุกต์พฤติกรรมความเจ็บป่วยเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแบ่งพฤติกรรมของบุคคลออกเป็น 3 ลักษณะ

1. พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หรือพฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive Health behavior) หมายถึงการกระทำกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์ โดยมีจุดประสงค์เพื่อป้องกันโรคหรือค้นหาโรคในระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

2. พฤติกรรมความเจ็บป่วย (Illness behavior) หมายถึงกิจกรรมใดๆ ที่บุคคลปฏิบัติเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น การปรึกษา ขอความเห็นจากญาติ เพื่อน หรือ บุคลากรทางการแพทย์เพื่อประเมินความเจ็บป่วย และรับการรักษาที่เหมาะสม

3. พฤติกรรมของผู้ป่วย (Sick role behavior) หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเมื่อเกิดความเจ็บป่วยโดยมีจุดประสงค์เพื่อให้อาการดีขึ้น เช่น การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย การให้ความร่วมมือปฏิบัติตามแผนการรักษา เป็นต้น

Becker (1974) ได้ให้ความหมายพฤติกรรมของผู้ป่วย ในการให้ความร่วมมือในการรักษา ว่า ประกอบด้วย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การมาตรวจตามนัด และการละเว้นนิสัยบางอย่างที่เคยชินเพื่อสุขภาพที่ดี เป็นต้น

สำหรับผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว ถือว่าพฤติกรรมผู้ป่วยเป็นบทบาทที่สำคัญ สำหรับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องเผชิญภาวะความเจ็บป่วยตั้งแต่เด็ก เมื่อเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานๆ จะต้องพัฒนาทักษะในการรับรู้และดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้เด็กยอมรับภาวะโรค พัฒนาทักษะในการพึ่งพาตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค ตลอดจนมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการให้เป็นไปตามปกติ เด็กจะมีพัฒนาการเรียนรู้ตลอดเวลา ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมผู้ป่วย (Sick role behavior) จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับภาวะของโรค

4.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

จากการทบทวนพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของเด็กวัยเรียน ซึ่งผู้ป่วยต้องมีพฤติกรรมบทบาทที่เหมาะสมกับโรคที่สำคัญ มีดังนี้

4.1.1 พฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ

ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีส่วนสูงและน้ำหนักต่ำกว่าเด็กปกติโดยทั่วไป (กรรณิกา ชาธรรม, 2546) นอกจากนี้พบว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีภาวะขาดสารอาหารและเจริญเติบโตช้า สาเหตุที่ทำให้เด็กโตช้ากว่าปกติในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น มีความต้องการพลังงานเพิ่มมากขึ้น เช่น มีภาวะหัวใจวาย มีความพร้อมของการได้รับสารอาหาร จึงควรรับประทาน ดับ ไซแดง เลือดหมู เพื่อป้องกันภาวะซีด (ดวงมณี เลหาประสิทธิพร, 2543) และจากแผนการรักษาที่จำกัดปริมาณเกลือในอาหาร ทำให้เด็กเบื่ออาหาร (ศิรินุช ชมโท, 2543) การรับประทานยา เช่น ยาขับปัสสาวะทำให้ร่างกายสูญเสียเกลือแร่ โดยเฉพาะโปแตสเซียม แมกนีเซียม และวิตามินต่างๆ ไปด้วยกับปัสสาวะเด็กจึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เนื้อ นม ไข่ และควรรับประทานผลไม้บ่อยๆ เช่น กล้วย มะละกอ สับปะรด เป็นต้น (สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์, 2005) เพื่อจะได้รับวิตามินไปทดแทนในส่วนที่ร่างกายสูญเสียไป และ หลีกเลี่ยงการมีท้องผูก เนื่องจากท้องผูกทำให้มีการเบ่ง และทำให้เหนื่อยได้โดยเฉพาะเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว

พฤติกรรมในการรับประทานอาหารในเด็กหัวใจ พบว่าบางรายที่ไม่จำกัดอาหารก็รับประทานอาหารได้ตามปกติ แต่ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยที่ต้องควบคุมการรับประทานรสเค็ม บางครั้งเด็กยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ไม่ถูกต้อง เนื่องจากการจำกัดด้านการเรียนรู้ การตัดสินใจ และรับรู้เกี่ยวกับโรคไม่ถูกต้องจึงยังมีการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม (ลดาวลัย

ประทีปชัยกุล, 2548) ดังนั้นการแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารแก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล ว่า รับประทานอาหารได้ทุกชนิด ปรงอาหารตามปกติโดยไม่ต้องเพิ่มเติมอีก หลีกเลี่ยงอาหารเค็มจัด เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม เกล็ด หรือขนมปังสำเร็จรูป พยายามเลือกกินอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย เนื้อ นม ไข่ และควรรับประทานอาหารผลไม้บ่อยๆ เช่น กัวยาว มะละกอ สับปะรด เป็นสิ่งสำคัญ

4.1.2 พฤติกรรมเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการพักผ่อน

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีอาการเหนื่อยง่าย เนื่องจากร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เนื่องจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ (สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์, 2545) แนวทางการรักษาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่จำเป็นต้องจำกัดกิจกรรม แต่ไม่ควรทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกีฬาที่ต้องแข่งขัน หรือการเล่นที่ออกกำลังกายอย่างรุนแรง (Behr, Kliegman, Arvin, 1996 อ้างใน ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2548) และเด็กควรได้รับการพักผ่อนอย่างน้อย 8 - 10 ชั่วโมงต่อวัน (Operman & Cassandra, 1998 cite on Ling, F., 2000)

ดังนั้นการมีพฤติกรรมเพื่อคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการทำกิจกรรมและการพักผ่อนเป็นสิ่งจำเป็น กิจกรรมการเล่น และออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญในเด็กวัยเรียน เนื่องจากเด็กมีพัฒนาการทางด้านร่างกายเต็มที่ ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถออกกำลังกายได้ตามสมรรถภาพ แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงต้องมีการจำกัดกิจกรรม การดูแลตนเองในการเล่น เช่น วิ่งแข่งขัน ปีนป่าย ที่สูง เพราะนอกจากจะเกิดอุบัติเหตุแล้ว ทำให้หัวใจทำงานหนักมากขึ้น มีอาการเหนื่อยหอบได้ (ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร, 2534) จากการศึกษา การสังเกตอาการของตนเอง หยุดเล่นเมื่อมีหายใจผิดปกติ เช่น เหนื่อย หายใจไม่สะดวก เด็กวัยเรียนยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง และไม่ได้ปฏิบัติในเด็กบางราย (วิภารัตน์ สุขทองสา ,2545) การเล่นกลางแจ้ง การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ แม้รู้ว่าตนเองมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย คือ เหนื่อยง่าย แต่ทุกคนก็ทำกิจกรรมเหล่านั้นเมื่อมีโอกาส (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2548)

4.1.3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจ

การป้องกันอันตรายจากการติดเชื้อสำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะการติดเชื้อจากฟันและช่องปากสู่หัวใจ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต้องดูแลสุขภาพปากและฟัน อย่างเคร่งครัด เช่น การแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ตรวจฟันอย่างน้อยปี ละ 2 ครั้ง หลีกเลี่ยงขนมหวานลูกกวาด ต้องแปรงฟันหลังรับประทานอาหารหรือบ้วนปากแรงๆ รับประทานอาหารยาปฏิชีวนะตามคำแนะนำของแพทย์ เมื่อต้องทำฟัน หรือ ผ่าตัดต่างๆ

นอกจากนั้นเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะเป็นหวัดได้บ่อย ๆ กว่าเด็กปกติเนื่องจากร่างกายที่ไม่แข็งแรง ติดเชื้อง่าย จึงไม่ควรพาผู้ป่วยไปในที่ชุมชนมีผู้คนหนาแน่น ถ้าเป็นหวัดควรรับรักษาให้หายโดยเร็ว ผู้ป่วยจะมีผลแทรกซ้อนจากหวัดได้ง่ายและบ่อยกว่าเด็กทั่วไป (Cook H. & Higgins S., 2003)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กในการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจ เช่น การแปรงฟัน เด็กไม่ได้แสดงออกถึงการตระหนักในปัญหาการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจแต่แปรงฟันเนื่องจากการทำเป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำ หรือผู้ปกครองสั่ง (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2548)

4.1.4 พฤติกรรมแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น ภาวะที่สมองขาดออกซิเจนอย่างเฉียบพลัน มักเกิดภายหลังการมีกิจกรรมเช่น ร้องไห้ การเล่น การออกกำลังกาย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ ดังนั้นเด็กต้องสามารถบอกอาการที่มีความสัมพันธ์กับโรคที่เป็นอยู่ได้ ซึ่งโดยปกติเด็กวัยเรียนจะเริ่มสนใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตนเอง ใช้ความคิดอย่างมีเหตุผลเชิงรูปธรรม ถ้ายิ่งมีการเรียนรู้ (Piaget, 1971 อ้างใน สุรีย์ จินเรือง, 2548) เด็กควรมีความสามารถในการขอความช่วยเหลือจากผู้ใหญ่ได้เมื่อมีปัญหาทางด้านร่างกาย แต่จากการศึกษาของ วิภารัตน์ สุขทองสา (2545) พบว่า พฤติกรรม การบอกบิดามารดา หรือครูเมื่อหายใจไม่สะดวก หรือเล่นแล้วเหนื่อย เด็กยังปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวไม่ถูกต้อง

4.1.5 พฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่อง

4.1.5.1 การพบแพทย์ตามนัด เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีการมาพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ แม้ร่างกายแข็งแรงแล้ว เพื่อแพทย์จะได้ติดตามการดำเนินของโรคเพื่อการรักษาต่อเนื่อง

4.1.5.2 การรับประทานยา ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นที่เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่ในเด็กวัยเรียนโรคหัวใจนั้นพบว่า มารดายังเป็นผู้ดูแลในเรื่องการรับประทานยาอย่างใกล้ชิดอยู่ ซึ่งเมื่อโตขึ้นพบว่า เด็กสามารถรับผิดชอบตนเองได้เมื่อมีผู้ปกครองคอยตักเตือน แต่เนื่องจากยาโรคหัวใจบางชนิด เช่น Lanoxin ซึ่งมีภาวะแทรกซ้อน ผลข้างเคียงของยา เช่น Digoxin ผลข้างเคียง คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง ซึ่งเด็กต้องสามารถบอกได้เมื่อมีอาการไม่สบายเกิดขึ้น เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดบางคนได้บอกกล่าวว่า มีการเวียน และปวดศีรษะจากผลข้างเคียงของยา (Birks, Y., Lewin, R. and Parsons J., 2006) การใช้ยาในกลุ่มนี้ เช่น ต้องมีการจับชีพจรและเฝ้าป้องกันภาวะแทรกซ้อน จึงยังต้องมีผู้ปกครองในการดูแลผู้ป่วยร่วมด้วย (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2548)

4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจ มีดังนี้

4.2.1 อายุ ระดับพัฒนาการ ซึ่งอายุจะสัมพันธ์กับพัฒนาการ ความพร้อมในการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียนเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (วีระแพทย์, 2533)

4.2.2 สภาพาสุขภาพ หมายถึงโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วยรวมถึงความรุนแรงของโรค พบว่าในเด็กวัยเรียนโรคหัวใจที่มีความรุนแรงระดับ 3 มีพฤติกรรมดูแลสุภาพต่ำกว่าในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหัวใจที่มีความรุนแรงระดับ 2 (Ling F, 2000)

4.2.3 สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ หมายถึง และรายได้ในครอบครัว รวมไปถึงปัจจัยทางด้านครอบครัวของเด็ก พบว่า ผู้เลี้ยงดูที่มีรายได้มากส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการดูแลสุภาพถูกต้องเนื่องจากมีปัจจัยเอื้อที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และดูแลตนเองที่เหมาะสม (วีระยา จึงสมเจตไพศาล, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bush and Iannotti (1990) พบว่า สถานะทางสังคม และเศรษฐกิจมีผลต่อพฤติกรรมสุภาพของเด็ก

4.2.4 ระบบการดูแลสุภาพ เช่น การรักษา สิ่งแวดล้อม ปัจจัยทางด้านครอบครัวของเด็ก แหล่งให้การช่วยเหลือสนับสนุน เป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็ก การใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ที่ตนมีอยู่

4.3 การประเมินพฤติกรรมดูแลสุภาพ

การประเมินพฤติกรรมดูแลสุภาพ หรือ การประเมินพฤติกรรมสุภาพนั้นมีการพัฒนากันอย่างแพร่หลายแตกต่างกันออกไป แต่ละแนวคิด เช่น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537)

4.3.1 การประเมินพฤติกรรมตามแนวคิดของ Benjamin Bloom ที่ประเมินพฤติกรรมมนุษย์ใน 3 องค์ประกอบคือ

4.3.1.1 พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นการประเมินความสามารถของสมองในการคิดเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ

4.3.1.2 พฤติกรรมการเรียนรู้กลุ่มพุทธิพิสัย (Affective Domain) ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวกับการเปลี่ยนทางจิตใจ เช่น ทศนคติ ค่านิยม

4.3.1.3 พฤติกรรมด้านการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) เป็นการกระทำของมนุษย์ที่บุคคลอื่นมองเห็นได้ มีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่

4.3.2 การประเมินพฤติกรรมสุภาพ ตามความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) พบว่ามีการนำมาประยุกต์ใช้กันในปัจจุบัน เช่น การประเมินพฤติกรรมสุภาพตามบทบาทผู้ป่วย (Sick role behavior) ตามความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ซึ่งผู้ที่ศึกษา

กำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละโรค และประเมินพฤติกรรมดังกล่าวในด้านการปฏิบัติ โดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ หรือแบบสังเกต แล้วแต่ความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมพบการประเมินพฤติกรรม ดังนี้

เบญจลักษณ์ ศรีเกิดพงษ์ (2547) ได้สร้างแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมีย ตามกรอบแนวคิดของ Becker (1974) ที่ได้กล่าวเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ประกอบด้วย การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับการรักษาต่อเนื่อง จำนวน 25 ข้อ มีคำตอบให้เลือก เป็นมาตรฐานวัดประมาณค่า 3 ระดับ คือ ทำเป็นประจำ ทำเป็นบางครั้ง ไม่เคยทำเลย นำมาหาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .75

สุนันทา ตันตินิกนพร (2540) ได้สร้างแบบสัมภาษณ์การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพตามบทบาทผู้ป่วย ของ Becker (1974) โดยครอบคลุมพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับ ภาวะโภชนาการ การขับถ่าย การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาจำนวน 13 ข้อ ลักษณะคำถามมาตรฐานวัดประมาณค่าใน 3 ระดับ คือ ไม่เคยทำเลย ทำเป็นบางครั้ง ทำเป็นประจำ นำมาหาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ .79

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยผู้วิจัยได้พัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพตามบทบาทผู้ป่วยของ Becker (1974) ที่ สุนันทา ตันตินิกนพร (2540) ได้สร้างไว้โดยพัฒนาให้เหมาะสมกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กตามแนวคิดของ Bush and Iannotti และจากการทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยต่างๆ ที่ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อมีความเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของเด็กวัยเรียน 5 ด้าน คือ 1.) การรับประทานอาหาร 2.) การออกกำลังกาย และการพักผ่อนที่สมดุลย์ 3.) การป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจ 4.) การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติหรือมีความรุนแรงของโรค 5.) การปฏิบัติการรักษาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การมาตรวจตามนัด และการรับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์

โดยวัดพฤติกรรมการปฏิบัติของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้วยแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยอ่านข้อคำถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างฟังให้เข้าใจทีละข้อ ก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะประเมินพฤติกรรมนั้นๆ หากกลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ จะอธิบายให้เข้าใจ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็น เด็กวัยเรียน

5. การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

Coyne (1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วม คือ การมีส่วนร่วมรับผิดชอบ (To have a share) หรือการเข้าไปมีส่วนร่วม (take part in) การมีส่วนร่วมในการกระทำ (The act of participation) การเข้าร่วมในสิ่งที่มีอารมณ์สนใจ (To engage the emotional interest of)

Brownlea (1987) cited in Neil (1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของบิดามารดา หรือ ได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดูแล ประเมินการดูแล การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลบุตร

Hutchfield., (1999) ได้วิเคราะห์แนวคิด (Concept analysis) การดูแลโดยใช้ครอบครัว เป็นจุดศูนย์กลางได้ให้ความหมายของ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแล (participation) ว่า เป็นบันไดขั้นที่ 2 ของการนำไปสู่การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง โดยครอบครัวควรได้รับการประเมินว่าต้องการร่วมในกิจกรรมใดของการดูแลผู้รับบริการ หรือต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลอย่างไร เวลาใด มิใช่ขึ้นอยู่กับความสะดวกของบุคลากรในที่มสุขภาพอย่างที่เป็นการในอดีต และได้รับการสอนจากทีมสุขภาพในส่วนของการดูแลที่จำเป็น ซึ่งจะเกิดบรรยากาศของการประสานความร่วมมือกัน (Collaboration) และมีการแลกเปลี่ยนความรู้ (sharing of knowledge) ที่เป็นประโยชน์ต่อกัน

Friedman (2003) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่บิดา/ มารดา ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล รับผิดชอบ กระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ สอน ดูแลช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจของบุตร ในภาวะสุขภาพทุกระยะ ทั้ง 6 ระยะ

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยตามแนวคิด ของ Friedman (2003) คือ

การที่ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการส่งเสริม กระตุ้น ช่วยเหลือผู้ป่วยในการรับรู้ภาวะโรคของตนเอง ทุกๆ ภาวะสุขภาพ ตั้งแต่ ป้องกัน การประเมินอาการ การช่วยเหลือเบื้องต้นเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การแสวงหาแหล่งรักษา การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา และฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วย เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่

5.1 บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพ (Role of Family Participation / Family Involvement)

Friedman , (2003) ได้ให้ความสำคัญของบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในทุกๆ ขั้นตอนของภาวะสุขภาพ เนื่องจากความเจ็บป่วยเป็นภาวะต่อเนื่อง และปรากฏตลอดชีวิตของบุคคล ซึ่งภาวะสุขภาพนั้นเป็นผลจากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคลในการในพฤติกรรมเพื่อปฏิบัติตน

เพื่อดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ครอบครัวเป็นแหล่งศึกษาที่สำคัญของสมาชิก และมีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจของบุคคลอย่างมากที่จะทำการดูแลรักษาสุขภาพของตนในแต่ละระยะ (รุจา ภูโพนุลย์, 2541) เมื่อบุคคลในครอบครัวเกิดความเจ็บป่วย มีปัญหาทางด้านสุขภาพจะมีผลกระทบต่อครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวต่อสมาชิกที่มีความเจ็บป่วยจะเปลี่ยนแปลงไป (Campbell, 2000 cited in Friedman, 2003)

ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และกระบวนการรักษาทุกๆขั้นตอน ของการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว เริ่มตั้งแต่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และการฟื้นฟู (Doherty, 1992 cited in Friedman, 2003) ซึ่งขั้นตอนการมีปฏิสัมพันธ์ 6 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วมดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ เริ่มตั้งแต่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเฝ้าป้องกันอันตราย ความเสี่ยงต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว เช่น ใน เด็ก การนำเด็กมารับวัคซีน ตามระยะเวลา การส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพที่จะป้องกันโรค และรวมไปถึงการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการค้นหาอาการ การเจ็บป่วย ระยะนี้เริ่มตั้งแต่การประเมินพฤติกรรม การให้ความหมายของสุขภาพของการเจ็บป่วย การให้ความหมายของอาการ ในลักษณะความรุนแรงของโรค ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการ และความตระหนัก หรือใส่ใจ เมื่อมีอาการเกิดขึ้น เนื่องจากสิ่งเหล่านี้จะมีอิทธิพลต่อความเชื่อด้านสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

ขั้นตอนที่ 3. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ ดูแล รักษาพยาบาล เมื่อครอบครัวมีความเจ็บป่วย เริ่มจากการสามารถตัดสินใจว่าเมื่อใดว่าต้องการความช่วยเหลือ การตัดสินใจว่า สมาชิกที่เกิดความเจ็บป่วยต้องได้รับการดูแลที่บ้าน หรือโรงพยาบาล การต้องการข้อมูล คำแนะนำ การได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งพบว่า การต้องการความช่วยเหลือที่พบบ่อย คือ การต้องการข้อมูลในการดูแลตนเองที่บ้าน

ขั้นตอนที่ 4. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยให้สมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาเบื้องต้นจากทีมสุขภาพ เพื่อช่วยให้สมาชิกที่เจ็บป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับความรุนแรงของโรค

ขั้นตอนที่ 5. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตอบสนองการเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่สมาชิกในครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ และสมาชิกที่เจ็บป่วยต้องการดูแล เป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพา ระยะนี้ครอบครัวมีส่วนร่วมในตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแล และรักษา ร่วมกับแพทย์ พยาบาลรวมทั้งการรับทราบถึงการวินิจฉัยโรค และมีส่วนร่วมส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับบทบาทการเจ็บป่วย และปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสมกับสภาวะโรค

ขั้นตอนที่ 6. ครอบครัวมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย และการฟื้นฟูสภาพ เป็นขั้นตอนที่สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับตัวต่อความเจ็บป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรัง ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก ซึ่งต้องมีส่วนร่วมในการดูแลฟื้นฟูสมาชิกที่มีการเจ็บป่วยให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับพัฒนาการ และความเจ็บป่วย

จากการวิเคราะห์บทบาทของครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในระยะเวลาต่างๆ ของความเจ็บป่วย จะเห็นว่าครอบครัวมีความสำคัญในการช่วยให้บุคคลได้ดูแลสุขภาพให้มีสุขภาพดี ป้องกันการเจ็บป่วย การรักษา จนถึงการฟื้นฟูสุขภาพให้ดำรง ในบทบาทของพยาบาลเด็กทำให้ความรู้แก่เด็กต้องกระทำร่วมกับการกระตุ้นให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมด้วยเสมอ เพื่อที่จะส่งผลให้ครอบครัวสามารถส่งเสริมให้เด็กป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค

5.2 บทบาทของพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้มีคุณภาพ และมาตรฐาน ต้องนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็ก พยาบาลสามารถส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ทั้งที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล และ เมื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Honson, S.M.H.,and Boyd, S.T.,1996) ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เน้นบทบาทของพยาบาลในการสอน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทุกสภาวะสุขภาพ ตามแนวคิดของ Friedman (2003) ดังนี้

5.2.1 บทบาทในการสอนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย ซึ่งการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น การติดเชื้อในสมอง และหัวใจ และเป็นการป่วยซ้ำต้องเข้าโรงพยาบาลเป็นส่วนที่สำคัญมากในระยณะนี้ ซึ่งเริ่มตั้งแต่ ส่งเสริมให้ผู้ดูแล ได้ดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537) เช่น การกระตุ้นให้เด็กดูแลทำความสะอาดร่างกายตนเอง การแปรงฟัน การนำเด็กไปตรวจฟันปี ละ 2 ครั้ง ซึ่งจะสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อในหัวใจได้ (สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์, 2548) การดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค เช่น ไม่รับประทานอาหารที่เค็ม รับประทานน้ำอย่างเพียงพอเพื่อส่งเสริมการขับถ่ายที่ปกติ

5.2.2 บทบาทในการสอนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการค้นหาอาการ การเจ็บป่วยในระยณะเริ่มต้นร่วมกับเด็ก การเฝ้าดูอาการร่วมประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของเด็กเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลต้องเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการจะประเมินอาการเริ่มต้นของเด็กที่อาจเป็นอันตราย เช่น อาการเขียว (Cyanotic spell) เด็กที่มีอาการเขียวมักเกิดภายหลังการมีกิจกรรมเช่น ร้องไห้ การเล่น การออกกำลังกายอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ หรืออาการไข้

ซึ่มลง ปวดศีรษะ(สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์, 2548)ความผิดปกติเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการประเมินที่ทันตแพทย์ ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้และสามารถมีส่วนร่วมในการประเมินได้

5.2.3 บทบาทการสอนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการแสวงหาแหล่งความช่วยเหลือ ดูแลรักษาพยาบาลเมื่อเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต้องการความช่วยเหลือ และให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม ซึ่งพยาบาลสามารถช่วยเหลือหาแหล่งประโยชน์ให้กับครอบครัว ผู้ดูแล ให้สามารถช่วยเหลือเด็ก (ทัศนีย์ อรรถารส, 2547) เช่น การส่งต่อผู้ป่วยในโรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อให้เด็กได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมกับอาการ

5.2.4 บทบาทการสอนให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรับการรักษา และร่วมวางแผนการรักษาเมื่อต้องอยู่โรงพยาบาล ซึ่งเป็นบทบาทที่มีความชัดเจนของพยาบาล เช่น พยาบาลร่วมกับผู้ดูแลในการดูแลเด็กโดยการให้ข้อมูลแก่เด็กเมื่อมีการให้การรักษา หรือ ทำหัตถการแก่เด็ก การให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมการอภิปรายก่อนและหลังการปฏิบัติการพยาบาล และระหว่างสหสาขาอาชีพ การสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลของเด็ก พยาบาลร่วมมือกับผู้ดูแลในการบันทึกกิจกรรมประจำวัน และการดูแลเด็ก เช่น ในสมุดบันทึก (Checklist) เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและครอบครัวได้มีการวางแผนการดูแลร่วมกันรวมถึงพยาบาลสอบถามความต้องการของครอบครัวในการดูแลเด็ก (ทัศนีย์ อรรถารส, 2547)

5.2.5 บทบาทในการสอนให้ผู้ดูแลกระตุ้น ช่วยเหลือ ดูแลให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้มีการปรับตัว และการฟื้นฟู และความสามารถในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของเด็ก เนื่องจากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอาการเหนื่อยง่าย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เท่ากับเด็กปกติ บิดามารดาจึงไม่ยอมให้เด็กปฏิบัติกิจกรรมใดๆ พยาบาลต้องให้ความเข้าใจแก่ผู้ดูแล เริ่ม ตั้งแต่การเตรียมจำหน่าย สอน ให้คำปรึกษา หรืออาจดูแลโดยตรงโดยการเยี่ยมบ้าน (พวงรัตน์ บุญญานรักษ์, 2537) พยาบาลควรมีความสามารถในการถ่ายทอดที่ดี กระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดการพัฒนามีความรู้ในการช่วยเหลือตนเอง และดูแลตนเองเมื่อกลับบ้าน (สรณี อักษรกวน, 2548)

5.3 ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพเด็กป่วย

5.3.1 ประโยชน์ต่อเด็กป่วย พบว่ามีประโยชน์ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สังคม และ อารมณ์ของเด็ก กล่าวคือ ด้านร่างกาย ทำให้เด็กได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องจากผู้ปกครอง ทำให้เด็กสุขภาพดีขึ้น(Attharos, 2003; อ่างใน ทัศนีย์ อรรถารส และคณะ, 2549) ส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาลเด็กได้ทันเวลา และมีประสิทธิภาพในด้านจิตใจ ทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย ลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมไม่คุ้นเคย และความวิตกกังวลจากการแยกจากเนื่องจากไม่ต้องอยู่คนเดียวในโรงพยาบาล (Neil, 1996)

5.3.2 ประโยชน์ต่อครอบครัว ผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลได้ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยทำให้มีความพึงพอใจในการได้รับบริการทางการแพทย์มากขึ้น (Siebes R.C., 2006) การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลบุตรจะทำให้มีความสามารถและมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ กับบุตรมากขึ้นจากการที่ผู้ปกครองเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้ปกครองรู้สึกว่าคุณค่าตนมีความสำคัญในบทบาทในการดูแลบุตรต่อเนื่อง (Neil, 1996) การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองยังช่วยลดความเบื่อหน่าย ความวิตกกังวลจากความเจ็บป่วยของบุตร (Carpenter, 1980 อ้างใน สมปรารถนา ทนายสมุท, 2545)

5.3.3 ประโยชน์ต่อบุคคลากรพยาบาล การให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยนั้นทำให้บุคลากรทางการแพทย์ และการแพทย์ ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยละเอียด สามารถให้การดูแลได้ครอบคลุม (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545) ทำให้เกิดการพัฒนาดตนเองในด้านการเรียนรู้ ทักษะการปฏิบัติกรพยาบาล และมีความรู้สึที่ดีต่อตนเอง (ทศนีย์ อรรถารส และคณะ, 2549)

6. บทบาทของพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

6.1 บทบาทของพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในปัจจุบัน

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมให้เด็กมีการพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้ คือ ช่วยให้เด็กดูแลสุขภาพตนเองเหมาะสมกับวัยและสถานการณ์ และให้เด็กได้รับการพัฒนาความรับผิดชอบในการช่วยเหลือตนเองอย่างครบถ้วน และต่อเนื่อง และช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยเหลือเลือกทำหน้าที่แทนในการดูแลตนเองของเด็กได้อย่างเหมาะสม (วีณา จีระแพทย์, 2533) การพยาบาลโดยการสอนส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ในสภาวะปัจจุบันอัตราการรอดของทารกที่มีภาวะโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพิ่มขึ้นแม้ว่ามีความก้าวหน้าทางการแพทย์ในการรักษา และผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะสามารถกระทำได้แต่ทารกแรกคลอด แต่ยังพบว่าในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความรุนแรงของโรคและร่างกายไม่มีความพร้อมในการผ่าตัด ยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง เพื่อเตรียมความพร้อมในการผ่าตัด เมื่อเด็กเข้าสู่วัยเรียนก็ยังคงพบว่าเด็กยังมีอาการของโรคหัวใจอยู่ จากสถิติ

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พบว่า เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประมาณ 4,000 - 5,000 ราย ต่อปี เฉลี่ยวันละ ประมาณ 60 – 80 คน และเมื่อสำรวจการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่อยู่ในวัยเรียน พบว่า สถิติเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในปี พ.ศ. 2549 มีจำนวน 100 คน (สถิติผู้ป่วยในเด็กโรคหัวใจ สก. 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์, 2549) ผู้ป่วยเด็กหลายรายต้องเผชิญภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น หัวใจวาย ติดเชื้อในหัวใจ ส่งผลกระทบทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และพัฒนาการของเด็ก

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทที่สำคัญพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมเมื่อต้องดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน บทบาทการให้ความรู้โดยการสอน เป็นบทบาทที่พยาบาลควรกระทำต่อเด็กและผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แต่เนื่องจากปัจจุบัน ในโรงพยาบาลตติยภูมิส่วนใหญ่ มีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก บุคลากรทางการพยาบาลมีความขาดแคลน พยาบาลจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่เป็นความต้องการการดูแลที่เร่งด่วนของผู้ป่วยก่อน ดังนั้นการพัฒนาการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัด ทั้งในด้านเวลา และจำนวนบุคลากร ซึ่งการให้ความรู้จึงเป็นลักษณะการให้ความรู้แบบไม่เป็นทางการ เช่น การให้ความรู้หรือ สอนตามแผนการรักษาของแพทย์ในวันนั้นๆ การให้คำแนะนำจากการซักถามปัญหาในการดูแลเด็กจากผู้ดูแล ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาบทบาทของพยาบาลในด้านการสอน ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยเด็ก และผู้ดูแล ยังมีความต้องการเพื่อมุ่งหวังให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถดูแลตนเองได้ ตามหลักยุทธศาสตร์ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในการมุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้

6.2 การพัฒนาบทบาทการให้ความรู้ (Health educator) หรือบทบาทในการสอน ซึ่งการศึกษาพัฒนารูปแบบการสอนสามารถกระทำได้ดังนี้

6.2.1 นำหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยประยุกต์ทฤษฎี ข้อมูลทางการวิจัยต่างๆ ร่วมกับศาสตร์ทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการสอนอย่างเป็นระบบ ทำให้การสอนมีประสิทธิภาพ

6.2.2 การพัฒนาวิธีการสอนที่เหมาะสมกับอายุ และพัฒนาการของเด็ก โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนซึ่งมีพัฒนาการในการเรียนรู้เพิ่มขึ้น แต่การรับรู้ยังเป็นเชิงรูปธรรม เพื่อให้เด็กได้รับรู้และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Wong, 2003) โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่สัมพันธ์กับโรค (Teach child self – care related to illness) เนื่องจากการให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพในเด็กวัยเรียนที่ป่วยเรื้อรังเป็นการเตรียมพร้อมในการดูแลตนเอง และพัฒนาทักษะที่สำคัญสำหรับเด็กให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองต่อเนื่องใน

วัยรุ่นและผู้ใหญ่ (Vess and Mebane, 2000 cited in Wong, 2003) โดยเด็กจะต้องการความรู้เกี่ยวกับบอวัยวะในร่างกาย และโรคของตนเอง การรักษา ผลกระทบของโรคและการรักษา (Wong, 2003) การให้ความรู้ทำให้เด็กได้มีประสบการณ์ที่ถูกต้อง เช่น รับรู้ระดับความรุนแรง ลักษณะของโรค รวมทั้งการดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี เพื่อสร้างแรงจูงใจ และรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง นอกจากนั้นความรู้จะทำให้เด็กมีความสามารถ และเชื่อมั่นในตนเอง (Yoo, 1994 cited in Wong, 2003)

6.2.3 การสอนที่เปิดโอกาสให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง (Provide opportunities for self – care) โดยคงไว้ในระดับปกติที่เด็กเคยทำ เพื่อส่งเสริม Self – concept และการเข้าใจตน (Self of control) ของเด็ก ตลอดจนการเจริญเติบโตตามปกติของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ให้เด็กได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีควรให้เด็กมีส่วนร่วม 4 โดยเริ่มจากขั้นตอน ดังนี้ คือ

6.2.3.1 การพัฒนาให้เด็กได้ตระหนักถึงภาวะสุขภาพและการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีจากตัวแบบที่ดี

6.2.3.2 ให้เด็กได้เรียนรู้ในการมีสุขภาพดี และการดูแลสุขภาพโดยเรียนรู้ในการรับผิดชอบตนเอง และมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมนั้นๆ

6.2.3.3 เปิดโอกาสให้เด็กตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ด้วยตนเองโดยมีผู้ดูแลคอยชี้แนะและให้คำปรึกษา

6.2.3.4 พยาบาลเป็นผู้สนับสนุนเป็นแรงเสริมให้เด็กได้ทำกิจกรรมเพื่อการมีสุขภาพที่ดีให้สำเร็จ (Hunberger M., 1994)

นอกจากนั้นการส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลก็เป็นสิ่งจำเป็น พยาบาลเด็กจะต้องตระหนักถึงบิดามารดาให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเด็ก (Orem, 2001) โดยวางแผนการดูแลที่สนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลในการตอบสนองต่อความต้องการของเด็กป่วยวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งต้องดูแลต่อเนื่อง การดูแลต้องเหมาะสมกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของเด็ก (Friedman, 2003) ผู้ดูแลสามารถเป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำบางครั้งเพื่อเปิดโอกาสให้เด็กได้เกิดประสบการณ์ในการเรียนรู้ การพึ่งตนเองในการตัดสินใจ และกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเองมากขึ้น (วีณา จีระแพทย์, 2533) ดังนั้นบทบาทการสอนจึงรวมถึงการสอนผู้ดูแลด้วย

ดังนั้นการประยุกต์ทฤษฎี ข้อมูลทางการวิจัยต่างๆ ร่วมกับศาสตร์ทางการพยาบาลมาเป็นแนวทางในการสอนอย่างเป็นระบบ ทำให้การสอนมีประสิทธิภาพ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเด็กและการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาเป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทการสอน เพื่อให้เด็กและผู้ดูแลโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับประโยชน์มากที่สุด

7. การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมตามบทบาทของผู้ป่วยเด็ก พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ และ มีการพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็ก ในรูปแบบของการให้ความรู้ เช่น

โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย ในเด็กมัธยมศึกษาตอนปลายโดยใช้เวลาในการให้ความรู้ 50 นาที พบว่าหลังให้ความรู้ เด็กมีการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมีย การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนของการคัดกรองพาหะธาลัสซีเมีย ในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อติดตามภายในระยะเวลา 1 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้ประโยชน์ และอุปสรรคสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนการรับรู้ความเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของโรคไม่ต่างกับกลุ่มควบคุม แต่กลุ่มทดลองไปรับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองพาหะธาลัสซีเมียมากกว่ากลุ่มควบคุม (สุนีย์ ละกำป็น และคณะ, 2547)

สำหรับในกลุ่มของเด็กวัยเรียนซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่ตรงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ มีการประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพในการให้ความรู้พร้อมด้วยการสนับสนุนทางสังคม พบว่าหลังการได้รับโปรแกรมให้ความรู้โดยการสอน ค่าคะแนนของความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็นผลจากการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพฤติกรรมบริโภคอาหาร มีคะแนนสูงขึ้น (ขวัญใจ ศุภรนนท์, 2548)

ในส่วนของการให้ความรู้เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องนั้น ได้มีการพัฒนาโปรแกรม อย่างสม่ำเสมอ เช่น การศึกษาผลของโปรแกรมการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กป่วยโรคหัวใจรูห์มาติก ของ รุจา ภูไพบูลย์ (2539) โดยใช้ลักษณะการสอบด้วยวีดีโอเป็นเวลา 10 นาที การฝึกทักษะ 10 นาที พร้อมการแจกคู่มือการดูแลตนเอง และการตอบข้อซักถามแก่เด็ก และนัดผู้ป่วยเด็กประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพ หลังการให้ความรู้ 1-2 เดือน พบว่า หลังการทดลอง เด็กป่วยโรคหัวใจรูห์มาติกกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีคะแนนค่าเฉลี่ยการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่คะแนนของกลุ่มทดลองหลังให้ความรู้ค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนให้ความรู้

การศึกษาผลของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด โดยให้ความรู้พร้อมฝึกทักษะการดูแลตนเองที่บ้านแก่เด็ก และผู้ดูแล โดยใช้เวลาในการสอน รวม 1 ชั่วโมง และดูแล

ต่อเนื่องที่บ้านจำนวน 4 ครั้ง และเมื่อครบ 6 สัปดาห์ จึงประเมินผล พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดภายหลังการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยใช้การดูแลสุขภาพที่บ้าน กลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้าน และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อรพรรณ แสนใจวุฒิ, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับโปรแกรมที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า การให้ความรู้ โดยการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้เด็กมีการรับรู้ภาวะสุขภาพเพิ่มขึ้น และส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก แต่ในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังการให้ความรู้แก่เด็กเพียงลำพังคงไม่เพียงพอจึงต้องนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมด้วย และการให้ความรู้ต้องเป็นรูปธรรม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนากิจกรรมการสอนให้เหมาะสมกับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยได้ส่งเสริมความพร้อมที่จะปฏิบัติโดยให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรู้ว่าโรคที่ตนเป็นอยู่สามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง การให้เด็กรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพดี และเจ็บป่วย โดยเริ่มตั้งแต่ให้เด็กและผู้ดูแลได้เรียนรู้ถึงอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย และการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ แบบง่ายๆ เนื่องจาก การที่เด็กรับรู้อวัยวะของตนเองทำให้เด็กได้เรียนรู้ และรับรู้ภาวะสุขภาพของตนมากขึ้น (Gaudion, 2000) มีสื่อรูปหัวใจจำลอง เพื่อให้เห็นเป็นรูปธรรม และการใช้หนังสือการ์ตูน ที่เหมาะสมกับพัฒนาการด้านสติปัญญาในการส่งเสริมกาให้เด็กได้รับรู้ความรุนแรงของโรค และ ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกิจกรรม และติดตามกระตุ้นทางโทรศัพท์ให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมทุก 1 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง เพื่อหวังให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค โดยการผสมผสานแนวคิดเพื่อออกแบบกิจกรรมการสอน 2 แนวคิด คือ แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก ของ Bush & Iannotti (1990) และ แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ ของ (Friedman, 2003) กิจกรรมการสอนประกอบด้วย 3 ส่วน รวม 4 กิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ 1. การสอนพัฒนาบทบาทผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มี 1 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 . ผู้วิจัยได้พัฒนาบทบาทผู้ดูแล โดยการสอนให้ผู้ดูแลรับรู้บทบาทของตนเองในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้มีความรู้เพื่อสามารถดูแล ชี้แนะ กระตุ้นให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสมกับโรค และให้ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัย และประเมินความรู้ของผู้ดูแลที่ได้รับจากกิจกรรมนี้

ส่วนที่ 2. การสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2. ผู้วิจัยสอนให้เด็กมีความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพโดย เริ่มจากผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับเด็กให้เด็กมีโอกาสพูดเกี่ยวกับโรคของตนเองและให้ความรู้ทั้งภาวะสุขภาพดี และเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยใช้สื่อรูปภาพแสดงอวัยวะภายใน และแบบจำลองรูปหัวใจ โดย

1. ให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้เรียนรู้ถึงอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย และการทำงานที่ของอวัยวะต่างๆ แบบง่ายๆ

2. ให้ความรู้เมื่ออวัยวะของร่างกายมีการทำงานผิดปกติ โดยเน้นพิเศษที่หัวใจ ที่สอดคล้องกับภาวะโรคของเด็กป่วย คือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบบง่ายๆ เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้และรับรู้ภาวะของโรคของตนเอง

กิจกรรมที่ 3. ผู้วิจัยสอนให้เด็กมีความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก ให้เด็กได้รับความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนที่ถูกต้องตามแผนการรักษา โดยผู้วิจัยใช้หนังสือการ์ตูนร่วมในการให้ความรู้ โดยจะมีตัวละครในหนังสือการ์ตูนสะท้อนให้เห็นเป็นตัวอย่างเปรียบเทียบเชิงรูปธรรม และให้เด็กสะท้อนความคิดจากนิทานและร่วมกับผู้ดูแลสรุปการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมาไว้ในด้านหลังในบทสรุปของนิทาน โดยผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแล นำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนต่อเรื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง พร้อมฝึกกิจกรรมทักษะที่ต้องทำต่อเรื่องที่บ้านเพื่อให้เด็กและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ โดยการสาธิตให้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล ดูเป็นตัวอย่างและให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ลองทำกิจกรรมนั้น เช่น นับการหายใจ การจับชีพจร เพื่อให้เกิดความมั่นใจในปฏิบัติ

ส่วนที่ 3. การติดตามสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และรับรู้ความรุนแรงของโรคของเด็กป่วยและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อเรื่องที่บ้าน พร้อมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 4. การติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ภายหลังการให้ความรู้โดยการสอน การศึกษาครั้งนี้ใช้การติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ เพื่อ กระตุ้น ชี้แนะ เสริมแรงพฤติกรรมรวมทั้งติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว โดยระยะเวลาในการติดตามสัปดาห์ที่ 2- 4 สัปดาห์หลังให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์แต่ละครั้งไม่เกิน 10 นาที

ในการกำหนดกิจกรรมการสอนในครั้งนี้ได้มีสื่อการสอน โดยใช้หนังสือการ์ตูน และการติดตามกระตุ้น ติดตามทางโทรศัพท์ จึงมีการทบทวนวรรณกรรม เรื่องดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์ในการจัดกิจกรรม มีรายละเอียด ดังนี้

8. สื่อหนังสือการ์ตูนสำหรับเด็กวัยเรียน

การให้ความรู้โดยผ่านตัวแบบ เป็นวิธีการสอนที่ทำให้บุคคลเรียนรู้ จากการสังเกตตัวแบบที่คล้ายคลึงกับบุคคลนั้นทั้งในสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมา และจะรวบรวมข้อมูลเหล่านั้นในกระบวนการจำ (สมปราวรณา ทรายสมุพร, 2548) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ การสอนผ่านตัวแบบในการ์ตูน ซึ่งเป็นตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) ทำให้เกิดการเรียนรู้จากตัวแบบ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล คือ เรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ ระวังพฤติกรรม ช่วยกระตุ้นให้พฤติกรรมที่เรียนรู้แล้วได้มีโอกาสแสดงออก (Bandura, 1986) ซึ่งในเด็กตัวแบบที่เหมาะสมและนำมาใช้กันมาก คือ หนังสือนิทานการ์ตูน นุ่นกระบอก เทปบันทึกภาพ

หนังสือการ์ตูน คำว่า การ์ตูน หมายถึง ภาพวาดบนกระดาษแข็งที่เป็นภาพล้อ วาดอยู่ในกรอบ แสดงเหตุการณ์ที่เข้าใจง่าย ชัดเจน มีคำบรรยายสั้นๆ ทำให้ผู้อ่านมีชีวิตชีวา น่าสนใจ

ลักษณะของหนังสือการ์ตูนสำหรับเด็ก (กนก ชูลักษณ์, 2542)

เนื้อหา ควรมีวัตถุประสงค์ ที่ชัดเจนแต่เพียงเรื่องเดียว เนื้อในเด็กตั้งแต่อายุ 3 – 11 ขวบ ยังมีความสนใจ อดทนต่อการอ่านน้อย ไม่ควรเป็นเนื้อหาเน้นหลายๆ อย่าง เนื้อหาควรสนุก เพลิดเพลิน มีการดำเนินของตัวละคร ไม่มีตัวละครมาก เขียนสั้นให้เนื้อเรื่องออกมาเป็นภาพ

ภาพประกอบ สัดส่วนของภาพกับเนื้อเรื่อง เด็กอายุน้อยภาพจะมาก เด็กอายุมาก ภาพจะน้อย ประเภทภาพควรมีความเหมาะสม กับเนื้อหาของหนังสือประเภทนั้น และเรื่องสีภาพเป็นสิ่งสำคัญ ในเด็กเล็กจะชอบสีสดใสมากกว่าภาพขาวดำ แต่เด็กโตชอบทั้งสองอย่าง ภาพไม่ควรมีเนื้อหามากเกินไป เพราะเด็กจะรับรู้ความหมายของภาพไม่ได้

ภาษาและสำนวน หนังสือเด็กต้องใช้คำง่าย เลือกคำที่กระชับไม่ต้องแปลอีก

ขนาดตัวอักษร และการเลือกใช้ตัวอักษร ควรใช้ประโยคสั้นๆ ส่วนการเลือกชนิดตัวอักษรขึ้นอยู่กับปริมาณเนื้อหาของเรื่อง และวัย ในเด็กเล็กชั้นประถมศึกษาตอนต้น ควรใช้ขนาดตัวอักษรโตประมาณ 28-32 พอยต์ เด็กประถมศึกษาตอนปลาย ใช้ขนาด 20-28 พอยต์

รูปเล่มหนังสือ ควรมีขนาดกระทัดรัด สำหรับเด็กประถมศึกษาตอนต้น จำนวนหน้าควรอยู่ในระหว่าง 8-16, 8-24 หน้า ประถมศึกษาตอนปลาย 16 – 32 หน้า ขนาดรูปเล่ม ขนาดเล็ก 13 x 18.5 เซนติเมตร ขนาดกลาง 14.6 x 21 เซนติเมตร ขนาดใหญ่ 18.5 x 26 เซนติเมตร

เทคนิคขั้นตอนการเขียนหนังสือการ์ตูน (จินตนา ไบกาชฎี, 2536)

1. การวางแผน คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ จะเขียนรูปแบบใด วางแนวคิดชัดเจนเพียงเรื่องเดียวอย่างชัดเจน แล้วนำมาสร้างโครงเรื่อง เขียนสั้นๆในกระดาษย่อๆ จากนั้น กำหนดการเขียนต้นเรื่อง ดำเนินการเรื่อง ตอนจบ โดยจะมีการสร้างอุปนิสัยตัวละคร สร้างรายละเอียดฉาก

สถานที่ต่างๆ รวมทั้งเสื้อผ้าตัวละคร จากนั้นทบทวน และตรวจตราเรื่องอีกครั้งหนึ่ง กำหนดความยาว จำนวนหน้าของหนังสือ

2. ลงมือเขียนเรื่องให้ละเอียดตามในขั้นตอนแรก ทบทวนความเหมาะสมของเรื่อง
3. นำเรื่องที่ได้ส่งให้นักวาดการ์ตูนวาด
4. สุดท้ายตรวจดูว่าผลผลิตสุดท้ายก่อนจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม มีเนื้อหาเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของผู้เขียนหรือไม่

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ใช้หนังสือการ์ตูนให้เด็กได้รับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ขนาดรูปเล่มหนังสือการ์ตูนก็คือ ขนาดกลาง 14.6 x 21 เซนติเมตร และการนำหนังสือการ์ตูนไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านหนังสือการ์ตูนในลักษณะการเล่านิทาน ให้ผู้ป่วยเด็กฟังโดยมีผู้ดูแลอยู่ร่วมด้วย จากนั้นให้หนังสือการ์ตูนแก่เด็กกลับบ้านให้เด็กอ่านโดยมีผู้ดูแลคอยแนะนำ

9. การเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์

ในปัจจุบันการให้บริการทางการแพทย์ได้รับการพัฒนาตามยุคสมัย ปัจจุบันเน้นการดูแลสุขภาพที่บ้าน การใช้โทรศัพท์ในการติดตามประเมินผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งบุคลากรทางการแพทย์นำมาปฏิบัติอย่างแพร่หลาย ซึ่งความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านโทรศัพท์มีดังนี้

Hunter. (2000) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ เป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะ และให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม

Rice. (2000) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ว่า เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้าน และประเมินผลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมถึงการให้คำปรึกษาและระดับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การสื่อสารทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยที่บ้าน

1. เพื่อให้งานพยาบาลดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
2. ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
3. เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน
4. สร้างความสบายใจและพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

วิธีการและระยะเวลาในสื่อสารทางโทรศัพท์ที่บ้านกับผู้ป่วยและครอบครัว

จากการศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามประเมินผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายจากศูนย์เรื่องการใช้ยาและประเมินอาการของผู้ป่วย ระยะเวลาติดตามทางโทรศัพท์ 10-14 วัน (North, Meeusen, & Hollinsworth, 1991 อ้างใน วาสนา ชนะพลพัฒน์, 2548)

Elliott & Reimer. (1998). ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระดับประคองจิตใจมารดาและประเมินสุขภาพทารก พบว่าการติดตามโทรศัพท์ติดตามมารดาหลังจำหน่าย 1-7 วันแรกหลังจำหน่ายระยะเวลาที่ใช้ในการโทรศัพท์ประมาณ 5-30 นาที

ขั้นตอนในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์ (นงศันุช สุเมธ, 2545)

1. ศึกษาเตรียมข้อมูลที่ต้องการสอบถามไว้ล่วงหน้า เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมค้นคว้า
2. เริ่มต้นการสนทนาด้วยคำว่า สวัสดี (ครับ, ค่ะ) บอกชื่อ นามสกุล ด้วยเสียงนุ่มนวล ควบคุมอารมณ์และบรรยากาศในการสนทนาในทางบวกเสมอ เรียกชื่อผู้ป่วยแทนสรรพนาม
3. บอกเหตุผลที่โทรศัพท์มา และประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้นโดยใช้คำถามเปิดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ข้อความสั้น กระชับ
4. ในระหว่างคุยโทรศัพท์ควรสอดแทรกคำแนะนำและคำปรึกษาในเรื่องที่สมควร
5. นัดหมายการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งต่อไป
6. ทบทวนเหตุผลที่โทรศัพท์มา และสรุปทบทวนความเข้าใจของผู้ฟังให้ตรงกัน
7. ยุติการสนทนาด้วยคำว่า สวัสดี

ประเด็นสำคัญของการติดต่อทางโทรศัพท์

1. ระบุประเด็นหัวข้อที่ต้องการสอบถามตามลำดับ จะช่วยให้การสนทนาราบรื่น ไม่สะดุด
2. ผู้ฟังจะรู้สึกดีใจที่ท่านจำชื่อเขาได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจ และให้ความร่วมมือในการสนทนา สังเกตปฏิกิริยาจากน้ำเสียง
3. การให้คำแนะนำควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ ไม่ควรใช้โทรศัพท์เกิน 10 นาที
4. หลังสิ้นสุดการสนทนาทางโทรศัพท์ ควรบันทึกรายละเอียดเก็บไว้เป็นหลักฐาน เพื่อวางแผนการช่วยเหลือ หรือการสนทนาครั้งต่อไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ คือ ให้คำแนะนำ ในการสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนถูกต้องตามแผนการรักษาและกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก และกระตุ้นให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยโทรศัพท์ติดตาม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 สัปดาห์ โดยใช้เวลาไม่เกิน 10 นาที

10. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

นิตยา ไทยาภิรมณ์ (2532) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ กับ พฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กอายุ 7 – 13 ปี ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมอนามัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และพบว่า เด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่มีความแตกต่างกันในด้านอายุ เพศ ชนิดของโรค ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนพี่น้องที่มีชีวิตอยู่ในครอบครัว รายได้ในครอบครัว ระดับการศึกษาของบิดา มารดา

วีรยา จิ่งสมเจตไพศาล (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก กลุ่มตัวอย่างคือเด็กโรคหัวใจรูห์มาติก อายุ 6-13 ปี ที่ติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 140 ราย พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ของผู้เลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก และระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นตัวทำนายความผันแปรของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจรูห์มาติกได้ร้อยละ 16.19

อุบล อสัมภรินทร์พย์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งบุตรมีอายุ 3-6 ปี จำนวน 120 คน พบว่ามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการดูแลบุตรถูกต้อง การรับรู้เกี่ยวกับโรค ระดับการศึกษา อายุของมารดา รายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตร ส่วนอาชีพ และระยะเวลาในการดูแลบุตรไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตร

วิภารัตน์ สุขทองสา (2545) ศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจเรื้อรังพบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง เด็กจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพดีอยู่ในระดับสูง แต่คะแนนการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยในระดับต่ำ ในด้านความพร้อมของมารดาในการให้คำแนะนำด้านสุขภาพอนามัย และความเจ็บป่วยแก่บุตรอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการมีสุขภาพดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร และคณะ (2548) ได้ศึกษาเชิงคุณภาพพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก สันทนาการกลุ่ม และเยี่ยมบ้าน

พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหัวใจเรื้อรังมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจ 6 ประเด็น ดังนี้ 1) การดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน 2) การดูแลตนเองในการเล่น 3) การดูแลตนเองในการรับประทานอาหาร 4) การดูแลตนเองในการรับประทานยา 5) การดูแลตนเองในการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจ เช่นการแปรงฟัน การไปพบหมอฟันเมื่อฟันผุ

เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์ (2547) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย อายุ 9 -12 ปี ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 190 ราย พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโรคธาลัสซีเมียอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ($r = .183$) ความเชื่อด้านสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .27$ และ $.49$) ตามลำดับ

นางเจ้า เย็น (1999) ศึกษาการรับรู้ความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยเรื้อรัง และบิดามารดา จำนวน 50 คู่ ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลเด็กปักกิ่ง พบว่า เด็กวัยเรียนที่ป่วยเรื้อรัง รับรู้ว่าเป็นความต้องการมากที่สุด 5 อันดับ คือ ต้องการไปโรงเรียน ต้องการมีชีวิตเป็นปกติเหมือนเพื่อน ทำทุกอย่างเช่นเดียวกับเพื่อน ต้องการได้รับความรัก และเข้าใจจากสมาชิกในครอบครัว ต้องการนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ ต้องการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน และบิดามารดารับรู้ว่าการต้องการทราบการวินิจฉัยโรค ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ต้องการนอนหลับและพักผ่อนเพียงพอ และต้องการไปโรงเรียน เป็นสิ่งที่เด็กต้องการมากที่สุด 4 อันดับแรก ความต้องการการรักษา และการพยาบาลที่ดีที่สุดเป็นสิ่งแรกที่ทั้งเด็ก และบิดามารดา ระบุว่า เป็นความต้องการการดูแลสุขภาพที่สำคัญที่สุด

Ling F. (2001) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เด็กวัยเรียนโรคหัวใจส่วนใหญ่ (ร้อยละ 56) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.6, 51.2, และ 59.8 ตามลำดับ) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหัวใจระดับ 1 ทุกคน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับสูง ส่วนผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจในระดับ 2 และ 3 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง โดยผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจในระดับ 3 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่ำที่สุด

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้สื่อการสอนและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

รุจา ภูไพบูลย์ (2533) ศึกษาบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจรูห์มาติกที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน พบว่าบิดามารดาสามารถแสดงบทบาทตามลำดับความสำคัญ คือ บทบาทในการสนับสนุนทางจิตใจแก่บุตร บทบาทในการดูแลสุขภาพร่างกายบุตร บทบาทการจัดหาสิ่งจำเป็นแก่บุตร และบทบาทในการป้องกันอันตรายแก่บุตร

ยุณี พงศ์จตุรวิทย์ (2534) ศึกษาผลการสอนสุขภาพอนามัยโดยใช้หนังสือการ์ตูนประกอบต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนด้วยโรคเรื้อรังกลุ่มตัวอย่างคือ เด็กป่วยโรคเรื้อรังอายุ 7-13 ปี ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้รับการสอนโดยใช้หนังสือการ์ตูนประกอบ ความรู้ เจตคติ และนำไปปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และสูงกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมปรารถนา ทรายสมุท (2545) ศึกษาผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิด โดยใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีข้อมูลแบบรูปธรรม- ปรนัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน พบว่า การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีข้อมูลแบบรูปธรรม – ปรนัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนก่อน และหลังผ่าตัด หัวใจแบบเปิดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Vessey, (1990) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่เด็กที่สัมพันธ์ ภาษา เวลา กับพัฒนาการของเด็กพบว่า การใช้การสอนแบบใช้ตุ๊กตาเป็นสื่อเกี่ยวกับการรับรู้อวัยวะของร่างกายพบว่าจะเพิ่มการรับรู้แก่เด็กมากยิ่งขึ้น และความจำของเด็กจะอยู่ได้ในระยะ 1 – 6 สัปดาห์หลังจากทำการทดลอง

Gaudion, C. (2000) ศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่เด็กเกี่ยวกับอวัยวะของตนเอง (Internal anatomy) กลุ่มตัวอย่างเด็กสุขภาพดี อายุ 7 – 8 ขวบ จำนวน 20 คน โดยเปรียบเทียบการให้ความรู้โดยใช้รูปวาดเป็นตัวแบบ และการใช้ตุ๊กตาเหมือนจริง (anatomical rag doll) พบว่าเด็กสามารถรับรู้ถึงอวัยวะของตนเองโดยใช้ตุ๊กตาเป็นตัวแบบได้ดี การใช้ภาพวาด และสามารถรู้และเข้าใจ ถึงอวัยวะ หัวใจ 94.5% สมอง 82.5% และกระดูกแขนขา 60.5% ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเด็กของ Bush and Iannotti (1990) พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน และมีความสัมพันธ์ที่สูงกับ

ตัวแปรความพร้อมที่จะปฏิบัติใน ความรุนแรงของโรค และ ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาใน ส่วนด้านการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ พบว่าพลังความสามารถในการดูแลตนเองที่ช่วยให้บุคคลเกิดการกระทำอย่างจริงจังเพื่อการดูแลตนเอง (Orem, 2001) เด็กจะมีการรับรู้ที่ถูกต้อง หากได้รับการส่งเสริมให้เหมาะสมกับพัฒนาการของเด็ก ให้ผู้ดูแลซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของสภาวะสุขภาพ ดังนั้นจึงได้นำตัวแปรความเชื่อด้านสุขภาพในด้าน การรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล มาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมการให้ความรู้โดยการสอน เพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้นเพื่อจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

<p style="text-align: center;">การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล</p>
<p>สัปดาห์ที่ 1. ดำเนินการทดลองในกิจกรรมที่ 1 – 3</p> <p>1. การสอนพัฒนาบทบาทผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด</p> <p style="padding-left: 40px;">กิจกรรมที่ 1. การสอนผู้ดูแล ตามแผนการสอน เรื่อง บทบาทของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตาม แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003)</p> <p>2. การสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ</p> <p style="padding-left: 40px;">กิจกรรมที่ 2. การสอนสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ แก่ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแล ตามแผนการสอน เรื่อง อวัยวะของเรากับหัวใจของหนู ตอนที่ 1. โดยใช้ รูปภาพแสดง อวัยวะภายในร่างกาย และอวัยวะจำลองรูปหัวใจเป็นสื่อการสอน</p> <p style="padding-left: 40px;">กิจกรรมที่ 3. การสอนให้เด็กรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ตามแผนการสอน เรื่อง อวัยวะของเรากับหัวใจของหนู ตอนที่ 2. โดยใช้นิทานเป็นสื่อ และให้เด็กสะท้อนความคิดเห็นจากนิทาน พร้อมฝึกทักษะกิจกรรมที่ต้องทำต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>สัปดาห์ที่ 2 – สัปดาห์ที่ 4</p> <p>3. การติดตามสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และรับรู้ความรุนแรงของโรคของเด็กป่วย และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p style="padding-left: 40px;">กิจกรรมที่ 4. ใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลและเด็กต่อเนื่องที่บ้าน ตามแผนการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10 นาที</p>

พฤติกรรมดูแล สุขภาพของเด็ก โรคหัวใจพิการแต่ กำเนิด

1. การรับประทานอาหาร
2. การออกกำลังกายและการพักผ่อน
3. การป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจ
4. การแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีอาการผิดปกติ
5. การรักษาต่อเนื่อง

แผนภูมิที่ 1. กรอบแนวคิดในการวิจัย

บทที่ 3.

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) เพื่อศึกษาผลของการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest design with Nonequivalent group) โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้ (Polit, D.F., and Beck, C.T., 2004).



- X หมายถึง การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
- O₁ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
- O₂ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล 4 สัปดาห์
- O₃ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนก่อนได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ
- O₄ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการสอนตามปกติ 4 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ของการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 7-12 ปี และผู้ดูแล ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการทดลองครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 7- 12 ปี และผู้ดูแล ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

คุณสมบัติในการคัดเลือกเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1. เด็ก อายุ 7-12 ปี ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดแบบ total repair
2. ไม่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยเกี่ยวกับโรคหัวใจมาก่อน
3. สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง
4. มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โดยครอบครัวนำมาตรวจ
5. ทั้งตัวเด็ก และผู้ดูแลมีความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

คุณสมบัติในการคัดเลือกผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจ

1. เป็นผู้ดูแลหลักในขณะที่เด็กอยู่บ้าน
2. สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยเกี่ยวกับโรคหัวใจมาก่อน
4. ผู้ดูแลมีความยินดีให้ความร่วมมือในการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออก (Exclusion criteria)

1. เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแล ในกลุ่มทดลองที่ได้รับกิจกรรมการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลไม่ครบทุกขั้นตอน
2. กลุ่มตัวอย่างเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระหว่างการเข้าร่วมวิจัย
3. กลุ่มตัวอย่างไม่ให้การยินยอมในระหว่างการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ซึ่งควรมีกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อยที่สุด กลุ่มละ 20-30 คน (Polit D.F., and Hungler, 1999) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่ต่ำกว่า 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และควบคุม จำนวนกลุ่มละ 20 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเข้าพบเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแลที่มารับการ ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และขอความยินยอมจากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแลในการเข้าร่วมในการวิจัย

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย พิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม ให้ครบจำนวน 20 คนก่อน โดยใช้เวลา 2 สัปดาห์ แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Matching Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยใช้เวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และกลุ่มทดลอง เป็นเวลา 1 เดือน

การจับคู่กลุ่มตัวอย่างเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1. อายุ จะมีความเกี่ยวข้องกับพัฒนาการ ซึ่งความพร้อมในการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียนมีส่วนสำคัญในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (เวินา จีระแพทย์, 2533) ในเด็กวัยเรียนพัฒนาการดูแลตนเองยังไม่สมบูรณ์ ยังต้องได้รับการดูแลจากครอบครัว (Orem, 2001)

2. ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าในเด็กวัยเรียนโรคหัวใจระดับ 3 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ต่ำกว่าในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหัวใจระดับ 2 (Ling F, 2003) เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอาการไม่เฉียบพลันมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอาการไม่เฉียบพลัน (สุนันทา ตันตินิกนพร, 2540) และสภาวะของโรคมีผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง Orem (2003)

การจับคู่กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1. รายได้ เนื่องจากสถานะเศรษฐกิจ ของผู้เลี้ยงดูที่มีรายได้สูงส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพถูกต้องเนื่องจากมีปัจจัยเอื้อที่จะให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล และดูแลตนเองที่เหมาะสม (วีรยา จิ่งสมเจตไพศาล, 2538) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bush and Iannotti (1990) พบว่า สถานะเศรษฐกิจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของเด็ก

2. ระดับการศึกษา เนื่องจากการศึกษาจะส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ที่ดี ตลอดจนมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ พบว่า การศึกษาของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรูห์มาติก (วีรยา จิ่งสมเจตไพศาล, 2538)

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คู่ มีรายละเอียดดังตารางแสดงข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแล ดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ						
อายุ 7 - 8 ปี	8	40	8	40	16	40.0
อายุ 9 - 10 ปี	6	30	6	30	12	30.0
อายุ 11 - 12 ปี	6	30	6	30	12	30.0
เพศ						
ชาย	10	50	10	50	20	50.0
หญิง	10	50	10	50	20	50.0
กำลังศึกษา						
ประถมศึกษาปีที่ 1	7	35	5	25	12	30.0
ประถมศึกษาปีที่ 2	3	15	2	10	5	12.5
ประถมศึกษาปีที่ 3	1	5	6	30	7	17.5
ประถมศึกษาปีที่ 4	3	15	2	10	5	12.5
ประถมศึกษาปีที่ 5	2	10	2	10	4	10.0
ประถมศึกษาปีที่ 6	4	20	3	15	7	17.5
ระดับความรุนแรง						
ระดับ 1	5	25	5	25	10	25.0
ระดับ 2	10	50	10	50	20	52.5
ระดับ 3	5	25	5	25	10	22.5
ระดับ 4	-	-	-	-	-	-

ตารางที่ 2. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ดูแล						
บิดา	6	30	4	20	10	25.0
มารดา	11	55	14	70	25	62.5
อื่นๆ	3	15	2	10	5	12.5
อายุ						
ต่ำกว่า 25 ปี	-	-	-	-	-	-
25 - 50 ปี	17	85	19	95	36	90.0
มากกว่า 50 ปี	3	15	1	5	4	10.0
รายได้/เดือน (บาท)						
น้อยกว่า 5,000	4	20	4	20	8	20.0
5,000 - 10,000	8	40	8	40	16	40.0
มากกว่า 10,000	8	40	8	40	16	40.0
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	10	50	10	50	20	50.0
มัธยมศึกษาต้น	6	30	6	30	12	30.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	2	10	2	10	4	10.0
ปริญญาตรี	2	10	2	10	4	10.0
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	-	-	-	-

จากตารางที่ 1. แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งผู้วิจัยได้จับคู่ในปัจจัยด้าน อายุ และระดับความรุนแรงของโรคในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้เหมือนกัน พบว่า

ด้านอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ช่วงอายุ คือ 7-8 ปี 9-10 ปี และ 11-12 ปี แต่ละช่วงอายุ คิดเป็นร้อยละใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 40, 30, 30 ตามลำดับ

ด้านระดับความรุนแรงของโรค พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 2 คิดเป็นร้อยละมากที่สุด คือร้อยละ 52.5 และระดับระดับความรุนแรงของโรคระดับที่ 1 และ ระดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 25 และ 22.5 ตามลำดับ

ส่วนข้อมูลทั่วไปด้านเพศและระดับการศึกษาซึ่งไม่ได้จับคู่ปัจจัยดังกล่าวในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่าลักษณะเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 50 ระดับการศึกษามีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษาปีที่ 1. มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับการศึกษาปีที่ 3 และปีที่ 6 เท่ากัน คือ คิดเป็นร้อยละ 17.5 และระดับการศึกษาที่ 2 และปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 12.5 ระดับการศึกษาปีที่ 5 น้อยที่สุด คือ ร้อยละ 10

จากตารางที่ 2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งได้จับคู่ในปัจจัยด้าน รายได้และระดับการศึกษาในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองให้เหมือนกัน พบว่า

ด้านรายได้ มีรายได้เฉลี่ย 5,000 - 10,000 บาท และมากกว่า 10,000 บาท เท่ากัน คือ ร้อยละ 40 และ รายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 คิดเป็นร้อยละ 20

ด้านระดับการศึกษา ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและปริญญาตรี เท่ากัน คือ คิดเป็น ร้อยละ 10 ไม่มีผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรีเลย

ส่วนข้อมูลทั่วไป ในความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และอายุ ซึ่งไม่ได้จับคู่ปัจจัยดังกล่าวในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยเป็นมารดามากที่สุด คือ ร้อยละ 62.5 รองลงมา คือ เกี่ยวข้องเป็นบิดา ร้อยละ 25 และอื่นๆ คือ ปู่ ย่า ตา ยาย และพี่สาว ร้อยละ 12.5 ส่วนอายุของผู้ดูแล ส่วนใหญ่ อายุ 25 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 90 อายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 10 ไม่มีผู้ดูแลอายุต่ำกว่า 25 ปี เลย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ขณะทำการศึกษาจะพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมศึกษาดังนี้

1. แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย
2. การตัดสินใจเข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้เป็นสิทธิของผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด ถ้าไม่เต็มใจเข้าร่วมการศึกษาก็สามารถปฏิเสธได้
3. ขณะดำเนินการศึกษาสามารถยุติการเข้าร่วมศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่มีเงื่อนไข
4. ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นความลับ จะนำเสนอเฉพาะในภาพรวมเท่านั้น
5. การตอบรับ หรือการตอบปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการศึกษาคั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยคั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

1.1 แผนการสอนสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และแผนการสอนเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ร่วมกับผู้ดูแล

มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2. การเขียนแผนการสอน โดยกำหนดขั้นตอนของกิจกรรม และเนื้อหาแผนการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Bush & Iannotti (1990) ใน 3 องค์ประกอบ คือ การสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์พฤติกรรมปฏิบัติตนและการรักษา และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลตามแนวความคิดของ Friedman (2003) ในแต่ละขั้นตอนของกิจกรรม โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน มี 4 กิจกรรม ดังนี้

ส่วนที่ 1. การสอนตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003)

ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1. ผู้วิจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลโดยการสอนให้ผู้ดูแลมีความรู้ เรื่อง บทบาทของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดย ใช้เวลา 20 นาที โดยการให้ความรู้และเปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้วิจัยได้สร้าง แผนการสอน เรื่อง บทบาทของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของ Friedman (2003) มีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดำเนินการวิจัยในกิจกรรมที่ 1. ดังนี้

1. การเขียนแผนการสอน โดยกำหนดเนื้อหา จัดลำดับเรื่องเป็น 4 ส่วน และ กำหนดเวลาแต่ละส่วนในการให้ความรู้ และวัดความรู้หลังสอน ดังนี้

1.1 บทเกริ่นนำ 1 นาที

1.2 ให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 1 นาที

1.3 อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้ง 6 ระยะเวลา รวมเวลา 10 นาที แต่ละระยะมีเนื้อหา ได้แก่

1.3.1 ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการป้องกันการป่วยซ้ำหรือมีภาวะแทรกซ้อนของโรคหัวใจ เช่น การป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อที่หัวใจ โดยการดูแลและกระตุ้นให้เด็กสนใจ ความสะอาดร่างกาย โดยเฉพาะ เรื่อง ฟัน เช่น กระตุ้นให้เด็กแปรงฟัน ทุกวัน เช้า ก่อนนอน การนำเด็กไปพบทันตแพทย์ทุก 6 เดือน หรือการดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร ที่ครบ 5 หมู่ ดรับประทานอาหารที่เค็ม

1.3.2 ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการการดูแลค้นหาอาการการเจ็บป่วย ในระยะเริ่มต้นในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การเฝ้าดูอาการร่วมประเมนอาการเปลี่ยนแปลงของเด็ก ตั้งแต่ระยะแรกเริ่มเป็นสิ่งสำคัญ เช่น การสังเกตลักษณะการหายใจของเด็ก

1.3.3 ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการแสวงหาแหล่งการช่วยเหลือ ดูแล รักษาพยาบาลเมื่อเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเมื่อเด็กมีอาการเปลี่ยนแปลงผู้ดูแล ต้องให้การช่วยเหลือ เช่น เมื่อเด็กมีไข้สูง ผู้ดูแลต้องเช็ดตัวลดไข้ หากไม่ดีขึ้นต้องนำเด็กไปพบแพทย์

1.3.4 ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษา คือเมื่อตัดสินใจในการนำเด็กไปพบแพทย์

1.3.5 เมื่อเด็กได้รับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ดูแล โดยเฉพาะบิดามารดา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการร่วมวางแผนการรักษา กับแพทย์และพยาบาลในขณะเด็กได้รับการรักษา

1.3.6 ผู้ดูแลมีส่วนร่วมส่งเสริมให้เด็กมีการปรับตัว และฟื้นฟูความสามารถในการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของเด็ก โดยเริ่มให้เด็กได้กระทำกิจกรรมในการดูแลตนเองโดยมีผู้ดูแลเป็นผู้คอยกระตุ้นเตือน เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค

1.4 สรุป และให้ผู้ดูแลซักถาม เวลา 3 นาที

1.5 ประเมินผู้ดูแล ตอบแบบวัดความรู้ บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 5 นาที

2. แบบวัดความรู้สำหรับผู้ดูแล คือ แบบวัดความรู้บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือการดำเนินการวิจัย ที่ผู้วิจัยใช้วัดความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับสอนในกิจกรรมที่ 1. ผู้วิจัยได้สร้างตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามสภาวะสุขภาพของ Friedman (2003) เป็นแบบสอบถาม มาตรฐาน นามบัญญัติ 2 ระดับ ให้ตอบถูกหรือผิด จำนวน 10 ข้อ เพื่อตรวจสอบหลังการสอนผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในกิจกรรมที่ 1.

การสร้างแบบวัดความรู้เพื่อวัดความรู้ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการสอน เรื่องบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

2.1 ทบทวนความรู้เรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2.2 กำหนดคำนิยามปฏิบัติการในแต่ละขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตามแนวคิดของ Friedman (2003)

2.3 เขียนข้อคำถามให้ชัดเจน และเข้าใจง่าย

เกณฑ์การให้คะแนนความรู้การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิดในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระดับ คือ

ข้อคำถามทางบวก

ตอบ “ใช่” หมายถึง ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความรู้ในบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ตอบ “ไม่ใช่” หมายถึง ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความรู้ในบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

ข้อคำถามทางลบ

ตอบ “ใช่” หมายถึง ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีการความรู้ในบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน

ตอบ “ไม่ใช่” หมายถึง ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความรู้ในบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

โดยข้อคำถามทางบวกมีจำนวน 9 ข้อ และข้อคำถามทางลบ มีจำนวน 1 ข้อ

เกณฑ์การประเมินผล

คะแนน จากแบบวัดความรู้ เรื่อง บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 10 ข้อคำถาม ซึ่งแต่ละข้อมี นามบัญญัติ 2 ระดับ คือ 0 และ 1 ดังนั้นคะแนนจะอยู่ในช่วง 0 – 10 คะแนน ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทำแบบวัดความรู้ เรื่อง บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ ถูก 8 ข้อ ในจำนวนทั้งหมด 10 ข้อ คิดเกณฑ์ 80% เป็นผู้ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้ง 20 คน ได้คะแนน ผ่านเกณฑ์ทั้งหมด

ส่วนที่ 2. การสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 2 และ 3

กิจกรรมที่ 2. การสอนสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยสอนเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแล ด้วยแผนการสอน เรื่อง “อวัยวะของเรากับหัวใจของหนู” ตอนที่ 1. โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดำเนินการทดลองดังนี้

1. การทำแผนการสอน เรื่อง อวัยวะของเรากับหัวใจของหนู ตอนที่ 1. โดยมีกำหนดรายละเอียดการจัดทำแผนการสอนดังนี้

1.1 เปิดการสอนด้วยการสร้างสัมพันธภาพกับเด็กและผู้ดูแล เปิดโอกาสให้เด็กได้พูดคุยเกี่ยวกับโรคของตนเอง

1.2 กำหนดเนื้อหาในการสอนเนื้อหา ให้เด็กทราบว่าเกี่ยวกับหัวใจ ตั้งอยู่ที่ใด และมีหน้าที่อย่างไร เช่น หัวใจอยู่ในร่างกายของเรา หัวใจทำงานตลอดเวลา ส่งอาหารและน้ำที่เรารับประทานไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายทำให้ร่างกายเราแข็งแรง

1.3 ทบทวนความรู้และเขียนแผนการสอนเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พบบ่อยๆ เพื่อนำมาประยุกต์ให้เหมาะกับเด็กแต่ละราย

1.4 กำหนดเนื้อหาเพื่อให้ความรู้เมื่อหัวใจมีความผิดปกติ โดยให้ตรงกับโรคที่เด็กเป็นอยู่ อธิบายให้เด็กฟังลักษณะเชิงเหตุผล เช่น ทำไมน้องๆ (บอกเกี่ยวกับอาการของโรคหัวใจที่น้องเป็นอยู่) เช่น ทำไมหนูถึงเหนื่อยง่ายกว่าถ้าน้องมีหัวใจรั่วจะทำให้หัวใจบีบเลือดไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายไม่เพียงพอ น้องๆ จึงต้องดูแลไม่ให้หัวใจทำงานหนัก และต้องดูแลหัวใจอย่างไร

1.5 สรุปและเปิดโอกาสให้ซักถาม

2. การจัดเตรียมสื่อการสอน ที่ใช้เป็นสื่อในการสอน เรื่อง อวัยวะของเรากับหัวใจของหนู ตอนที่ 1 คือ

2.1 จัดเตรียมสื่อรูปหัวใจจำลอง

2.2 จัดเตรียมรูปภาพเป็นสื่อให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้เห็นความสัมพันธ์ของอวัยวะภายในร่างกายโดยคร่าวๆ โดยเน้นที่หัวใจเป็นหลัก

กิจกรรมที่ 3. ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการสอนเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงและรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา ตามแผนการสอน เรื่อง อวัยวะของเรากับหัวใจของหนู ตอนที่ 2. โดย

1. การกำหนดกิจกรรมและเขียนแผนการสอน ดังนี้

2.1 ใช้หนังสือการ์ตูน เป็นสื่อ เรื่อง หัวใจของน้องๆ ต้องดูแลอย่างไร มาร่วมในการให้ความรู้โดยการเล่านิทานให้เด็กฟัง โดยใช้เวลาในการเล่า 15 นาที

2.2 กำหนดกิจกรรมการสอนให้เด็กรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน โดยให้เด็กสะท้อนความคิดจากนิทานและร่วมกับผู้ดูแลถูกต้องมาไว้ด้านหลังของหนังสือนิทานที่เว้นไว้สำหรับให้ผู้ป่วยเด็กบันทึก โดยผู้วิจัยได้ใช้หน้าสุดท้ายในหนังสือการ์ตูนให้เด็กได้สะท้อนความคิดเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแล นำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนต่อเรื่องที่บ้านอย่างถูกต้อง ใช้เวลา 10 นาที

2.3 การฝึกปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติต่อเรื่องที่บ้าน ใช้เวลา 10 นาที คือ นับการหายใจ การจับชีพจร โดยให้เด็กลองฝึกจับ พร้อมบิดามารดา

2. การสร้างสื่อ หนังสือการ์ตูน

ลักษณะนิทานสะท้อนให้เห็นเป็นตัวแทนเปรียบเทียบเชิงรูปธรรม 2 แบบ โดยผู้วิจัยมีขั้นตอนการจัดทำหนังสือการ์ตูนดังนี้

2.1 การวางแผน คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ จะเขียนรูปแบบใด วางแนวคิดชัดเจนเพียงเรื่องเดียวอย่างชัดเจน แล้วนำมาสร้างโครงเรื่อง เขียนสั้นๆในกระดาษย่อๆ จากนั้นกำหนดการเขียนต้นเรื่อง ดำเนินการเรื่อง ตอนจบ โดยจะมีการสร้างอุปนิสัยตัวละคร สร้างรายละเอียดจาก สถานที่ต่างๆ รายละเอียดของเรื่อง คือ

น้องบอล และน้องแพรว อายุ 9 ปี เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน เมื่อแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ต่างดีใจมาก แต่ พี่พยาบาลต้องให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน แก่พ่อแม่ของน้องบอลและน้องแพรว รวมทั้งน้องบอล และน้องแพรว ด้วยพร้อมมอบคู่มือการดูแลตนเองให้ไปอ่านที่บ้าน หลังออกจากโรงพยาบาล น้องบอลมีการปฏิบัติตนที่ไม่ดี และมีความรุนแรงของโรคมากขึ้น มีผลกระทบต่อการมีชีวิตรไป โรงเรียน กลุ่มเพื่อน และสุดท้ายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนน้องแพรว เชื้อฟังคุณแม่ มีการปฏิบัติตนที่ดี ตาม

คำแนะนำของพี่พยาบาล รับประทานยาอย่างถูกต้อง สามารถไปโรงเรียนได้มาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ และเล่นกับเพื่อน อาการดีขึ้น แพทย์นัดห่างจากเดิม 4 เดือน ครั้ง เป็น 6 เดือนครั้ง นื่องแพร์ดีใจมากและอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข

2.2 ทบทวน และตรวจตราเรื่องอีกครั้งหนึ่ง กำหนดความยาว จำนวนหน้าของหนังสือ ซึ่งในหนังสือการ์ตูน เรื่องนี้มีจำนวนหน้า 24 หน้า และขนาดของเล่ม คือขนาดกลาง 14.6 X 21 เซนติเมตร

2.3 ลงมือเขียนเรื่องให้ละเอียดตามในขั้นตอนแรก โดยเขียนเป็นคำพูดของแต่ละตัวละครให้เหมาะสม นำเนื้อเรื่องให้ผู้ทรงคุณวุฒิดูความเหมาะสมของ เนื้อหา ภาษา

2.4 นำเรื่องที่ตรวจสอบแล้วส่งให้นักวาดการ์ตูนวาด

2.5 นำภาพดังกล่าวเข้าในคอมพิวเตอร์ และใส่คำพูด ตกแต่งภาพ และสีให้สวยงาม

2.6 ตรวจสอบว่าผลผลิตสุดท้ายก่อนจัดพิมพ์เป็นรูปเล่ม มีเนื้อหาเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของผู้เขียนหรือไม่

2.7 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการจัดทำหนังสือการ์ตูนดูความเหมาะสมของภาพ และองค์ประกอบต่างๆ ของภาพ

2.8 ปรับปรุงแก้ไขตามผู้ควบคุมแนะนำตรวจสอบเรียบร้อย และนำไปอาจารย์ ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ

2.9 จัดเตรียมเป็นรูปเล่ม

ส่วนที่ 3. การติดตามสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตน และรับรู้ความรุนแรงของโรคของเด็กป่วยและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อเรื่องที่บ้าน ประกอบด้วย 1 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 4

กิจกรรมที่ 4. การสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามทางโทรศัพท์ที่บ้านเพื่อกระตุ้น สร้างแรงจูงใจให้ดูแลสุขภาพตนเอง และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10 นาที โดย

1. ผู้วิจัยได้สร้างแผนการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ให้ครอบคลุม การส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ ในด้านการส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรค การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และการติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และระบุขั้นตอนการเยี่ยมทางโทรศัพท์ดังนี้

1.1 เตรียมหนังสือการ์ตูน ปากกา แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ เพื่อเตรียมความพร้อมในการสนทนา บันทึก และตอบข้อซักถาม

- 1.2 โทรศัฟท์ตามวัน เวลา ที่นัดหมายกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
 - 1.3 เริ่มการสนทนากับผู้ดูแล ด้วยการทักทาย และสอบถามการกระทำบเทาทาการมีส่วนร่วมคือการเล่านิทานที่เน้นการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - 1.4 สอบถามแนวทางในการกระตุ้น ส่งเสริม การรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยกระตุ้นให้เด็กทบทวนการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามตัวแบบในหนังสือการ์ตูน และปัญหาในการให้เด็กทำกิจกรรมดังกล่าวและปัญหาที่พบ
 - 1.5 ให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแล และกล่าวชื่นชมผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็ก
 - 1.6 สนทนากับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด สอบถามการทบทวนการรับรู้ภาวะสุขภาพ การอ่านหนังสือการ์ตูนประมาณ การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามตัวแบบในหนังสือการ์ตูน
2. สร้างแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัฟท์ ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเด็กใน 2 องค์ประกอบ คือ การสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ และการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตามแผนการรักษา ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดำเนินการวิจัย

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิ มีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน สำหรับกิจกรรมการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและผู้ดูแล โดยมีรายละเอียด

1. รูปแบบของกิจกรรมการสอนที่สอดคล้องกับแนวคิด พิจารณาความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง เหมาะสม ระยะเวลาการดำเนินการแต่ละกิจกรรม และความเหมาะสมของกิจกรรม
2. แผนการสอน เรื่อง บทบาทของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และ เรื่อง อยุ่วะชะงะเรากับหัวใจของหนู โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ประกอบด้วย แพทย์ประจำโรคหัวใจเด็ก 1 คน อาจารย์พยาบาลภาควิชากุมาร(เด็กโรคหัวใจ) 1 คน อาจารย์พยาบาลกุมาร 2 คน พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ 1 คน โดยตรวจสอบความเหมาะสม และถูกต้องของเนื้อหา
3. สื่อการสอน หนังสือการ์ตูน เรื่อง “หัวใจของน้องๆ ต้องดูแลอย่างไร” โดยผู้วิจัยนำเนื้อเรื่องที่สร้างขึ้นเองเพื่อให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5

คนข้างต้น ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา และจากนั้น ได้นำไปตรวจสอบความเหมาะสม และสอดคล้องของเนื้อหา กับภาพการ์ตูน โครงสร้าง สี ความเหมาะสมของตัวอักษร ความเหมาะสมของรูปเล่ม ให้ผู้เชี่ยวชาญในด้านการจัดทำสื่อหนังสือการ์ตูน จำนวน 2 คน ตรวจสอบ ดังรายชื่อในภาคผนวก โดยใช้ความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 2 คน

4 แผนการเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ นำไปตรวจสอบ ความเหมาะสมของระยะเวลา และความสอดคล้องของเนื้อหาให้เหมาะสมกับแนวคิด ความเชื่อ ด้านสุขภาพของเด็ก โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ข้างต้น

ผลการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา สามารถสรุปได้ดังนี้

1. รูปแบบ กิจกรรมการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและผู้ดูแล ใน ระยะเวลา จำนวนกิจกรรม ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านเห็นตรงกันว่า มีความเหมาะสม

2. แผนการสอน ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้มีการปรับปรุงแผนการสอน เรื่อง อวัยวะของเรากับหัวใจของหนู ในการนำเสนอ การให้ความรู้เป็นลักษณะคำถามนำ เช่น “ทำไมหนูจึงตัวเล็กกว่าเพื่อนๆ” หรือ “ทำไมหนูเล่นแล้วเหนื่อยง่ายกว่าเพื่อนๆ” จากนั้นก็อธิบายเหตุผลให้เด็กเข้าใจ จากเดิมที่มีรูปแบบการสอนที่มุ่งให้ความรู้เด็กในผลกระทบของโรค และผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะให้ปรับเนื้อหาให้เฉพาะเจาะจงกับโรคของเด็กแต่ละคน จากเดิมจะมีเนื้อหาการสอนโดยรวมของโรคหัวใจ

3. หนังสือการ์ตูน มีการปรับปรุงชื่อเรื่องจากเดิม คือ “โรคหัวใจของหนู ดูแลได้” เป็นเรื่อง “หัวใจของน้องๆ ต้องดูแลอย่างไร” เพื่อให้เป็นเรื่องที่ไม่เน้นที่โรคแต่ให้เน้นการดูแลหัวใจ และให้น่าติดตามยิ่งขึ้น

จากนั้นนำเครื่องมือดังกล่าวมาปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำไปเสนอ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อ ตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้งหนึ่ง และนำไปทดลองใช้กับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแล ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง จำนวน 3 ราย และปรับปรุงให้มีเนื้อหา กระชับ และเข้าใจง่ายอีกครั้งหนึ่ง แล้วนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความเหมาะสม ก่อนนำไปใช้จริง

4. การตรวจสอบคุณภาพแบบวัดความรู้สำหรับผู้ดูแล

4.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ใช้ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ สอดคล้องกันร้อยละ 80 และนำมาพิจารณาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงตามเนื้อหา ใช้เกณฑ์ $CVI > 0.8$ (Polit and Hunger, 2001)

Content Validity Index (CVI) = $\frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

ตามสูตรข้างต้น ได้ค่า CVI ของแบบวัดความรู้ = 0.82

4.2 การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามวัดความรู้ บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ผ่านการปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สูตร Kuder – Richardson (KR-21) ได้ค่าความเที่ยง .81

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว สถานที่อยู่ และ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้

2.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระดับความรุนแรงของโรคหัวใจ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพเด็กของ Bush & Iannotti (1990) ที่พัฒนาจากแนวความคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เดิม ในพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Sick role behavior) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดครอบคลุม ทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย

ด้านภาวะโภชนาการ 4 ข้อ

ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน 5 ข้อ

ด้านการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจ 5 ข้อ

ด้านการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง 4 ข้อ

ด้านปฏิบัติตามแผนการรักษา 4 ข้อ

รวมข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อ ข้อคำถามมีลักษณะทางบวก (Positive statement) จำนวน 17 ข้อ ข้อคำถามลักษณะทางลบ (Negative statement) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถามของแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประเมินความถี่ของพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กระทำซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนความถี่ของพฤติกรรมดังนี้

ทำทุกครั้งหรือทุกวัน หมายถึง หนูกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน หรือทุกครั้ง การให้คะแนน ข้อคำถามลักษณะทางบวก ให้ 4 คะแนน ข้อคำถามลักษณะทางลบ ให้ 1 คะแนน

ทำบ่อยครั้งหรือเกือบทุกวัน หมายถึง หนูกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้น บ่อยครั้งเกือบทุกวัน (4-6 วัน/1 สัปดาห์) การให้คะแนน ข้อคำถามมีลักษณะทางบวก ให้ 3 คะแนน ข้อคำถามลักษณะทางลบ ให้ 2 คะแนน

ทำบางครั้ง หรือบางวัน หมายถึง หนูกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้นๆ นานๆ ครั้ง หรือบางวัน (1-3 วัน/1 สัปดาห์) การให้คะแนน ข้อคำถามมีลักษณะทางบวก ให้ 2 คะแนน ข้อคำถามลักษณะทางลบ ให้ 3 คะแนน

ไม่ได้ทำ หมายถึง หนูไม่ได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้นๆ เลย การให้คะแนน ข้อคำถามที่มีลักษณะทางบวก ให้ 1 คะแนน ข้อคำถามลักษณะทางลบ ให้ 4 คะแนน

คะแนนรวมมากแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสูง และถ้าคะแนนรวม น้อยแสดงว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมต่ำ โดยมีการแบ่งเกณฑ์คะแนนดังนี้

เกณฑ์การแบ่งคะแนน

คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จากแบบสอบถามจำนวน 22 ข้อคำถาม ซึ่งแต่ละข้อมี มาตรฐาน 4 ระดับ ดังนั้นคะแนนจะอยู่ในช่วง 22 – 88 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งคะแนนแบบอิงเกณฑ์ เป็น 4 ระดับ ได้ดังนี้

ช่วงคะแนน	คิดเป็น	ระดับคะแนน
22 – 53	ต่ำกว่าร้อยละ 60	ต่ำ
53.1– 61.0	ร้อยละ 60 – 69	ปานกลาง
61.1 – 69.5	ร้อยละ 70 - 79	สูง
69.6 – 88.0	มากกว่าร้อยละ 80	สูงมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือรวบรวมข้อมูล

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ใช้ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสอดคล้องกันร้อยละ 80 และนำมาพิจารณาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงตามเนื้อหา ใช้เกณฑ์ $CVI > 0.8$ (Polit and Hunger, 2001)

$$\text{Content Validity Index (CVI)} = \frac{\text{จำนวนข้อที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้ค่า
CVI = 0.90

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ที่แผนกคลินิคผู้ป่วยนอกโรคหัวใจโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS For Window โดยตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูลว่ามีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่โดยใช้สถิติ Kolmogorov – Smirnov test พบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยง 0.79

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

เครื่องมือการกำกับการทดลองสำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

เป็นการกำกับการทดลองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังได้รับกิจกรรมครบทั้ง 4 กิจกรรม โดย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองจากแนวคิดความเชื่อทางสุขภาพของ Bush & Iannotti (1990) ที่ครอบคลุมใน 3 องค์ประกอบ ดังนี้

ด้านการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ

ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 5 ข้อ

ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาจำนวน 5 ข้อ

รวมจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ เพื่อตรวจสอบว่าเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองได้ถูกต้อง โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีการถามข้อคำถามแต่ละข้อลักษณะข้อคำถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกข้อมีลักษณะทางบวก (positive statement) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราวัดประมาณค่า 3 ระดับ การให้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองดังนี้

รับรู้ภาวะสุขภาพ ถูกต้อง	ตอบ	“ใช่”	ให้ 3 คะแนน
รับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องพอควร	ตอบ	“ไม่แน่ใจ”	ให้ 2 คะแนน
รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ถูกต้อง	ตอบ	“ไม่ใช่”	ให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การประเมินการกำกับการทดลอง มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ มากกว่า 33 คะแนน จากคะแนนเต็ม 42 คะแนน คิดเกณฑ์ร้อยละ 80 เป็นผู้ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง สำหรับการศึกษาคั้งนี้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้ง 20 คน ได้คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ ผ่านเกณฑ์ 80% ทั้งหมด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

1.1 การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ใช้ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสอดคล้องกันร้อยละ 80 และนำมาพิจารณาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยใช้เกณฑ์การตัดสินความตรงตามเนื้อหา ใช้เกณฑ์ $CVI > 0.8$ (Polit and Hunger, 2001) การตรวจสอบตามเนื้อหา ตามสูตรข้างต้น ได้ค่า $CVI = 0.87$

1.2 การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ผ่านการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่าง เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 30 คน ที่แผนกคลินิกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยง 0.76

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการและ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยเสนอผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการวิจัย

1.2 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการและ หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยคลินิกโรคหัวใจ เพื่อขอใช้สถานที่ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุม ที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในวัน พุธ และศุกร์ เวลา 8.00 น. – 14.00 น. โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มควบคุมไว้จำนวน 30 คน ให้ครบก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) และจัดทำข้อมูลไว้สำหรับการคัดเลือกกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติให้เหมือนกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pair) ตามปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ให้เหลือ จำนวน 20 คน โดยใช้ระยะเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุม ทั้งหมด 2 สัปดาห์

ดังนั้นระยะเวลารวมในการดำเนินการในกลุ่มควบคุมตั้งแต่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การดำเนินการทดลอง ถึงประเมินผลการทดลอง ใช้เวลา 1 เดือน 3 สัปดาห์ โดยกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะได้รับกิจกรรม ตามลำดับดังนี้ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1. ที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

1. ผู้วิจัยติดต่อกับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแล ที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พุดคุยแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

2. หลังได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างพยาบาลผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Pre- test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตอบทีละข้อ เป็นรายบุคคล เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามแต่ละรายประมาณ 15 นาที

3. กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะได้รับกิจกรรมการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ คือ การสอนตามแผนการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของแพทย์ในวันนั้น เป็นรายบุคคล ระยะเวลาจะไม่เกิน 10 นาที และได้รับคำแนะนำจากการสอบถามที่ผู้ดูแลได้สอบถามจากพยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิกหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

4. ทำการนัดหมาย เมื่อครบ 4 สัปดาห์ เพื่อขอความร่วมมือตอบแบบสอบถาม (Post-test)

สัปดาห์ที่ 2 – สัปดาห์ที่ 4 เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแล ดำรงชีวิตตามปกติที่บ้าน

การประเมินผลในกลุ่มควบคุม

ภายในสัปดาห์ที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแลตามนัดหมาย ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Post test) ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตอบทีละข้อ เป็นรายบุคคล เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามแต่ละราย ประมาณ 15 นาที

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในวัน พุธ และศุกร์ เวลา 8.00 น. – 14.00 น. โดยผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มควบคุมตามข้อมูลที่ได้อันดับที่กลุ่มควบคุมไว้ก่อน โดยการจับคู่ (Matched pair) ตามปัจจัยที่กล่าวมาข้างต้น ให้ครบจำนวน 20 คน โดยใช้ระยะเวลาในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลอง ทั้งหมด 1 เดือน และกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะได้รับกิจกรรม จากผู้วิจัย เป็นรายครอบครัว จำนวน 4 ครั้ง ในระยะเวลา 4 สัปดาห์

ดังนั้นระยะเวลาที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง เริ่มตั้งแต่คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดำเนินการทดลอง ถึงประเมินผลการทดลอง จนครบจำนวน 20 คน ใช้เวลา 2 เดือน 1 สัปดาห์

ผู้วิจัยจะจัดกิจกรรมหลังคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติในกลุ่มทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1. ที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ใช้เวลารวม 1 ชั่วโมง 20 นาที ต่อราย

1. ผู้วิจัยติดต่อกับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแลเป็นรายครอบครัว ที่คลินิกโรคหัวใจเด็กแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พูดคุยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ในการเข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้ารับ การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

2. หลังได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไป และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Pre test) โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตอบทีละข้อ เป็นรายบุคคล เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามแต่ละราย ประมาณ 15 นาที

3. ให้กลุ่มทดลองได้รับ “การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล” เป็นรายครอบครัว ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 20 นาที โดยผู้วิจัยจัดกิจกรรมการสอน ที่คลินิก

โรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 3 กิจกรรม และมีกิจกรรมหลังกลับบ้าน โดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ 1 กิจกรรม รวม 4 กิจกรรมดังนี้

ส่วนที่ 1. การเตรียมผู้ดูแลให้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

มีจำนวน 1 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1. ผู้วิจัยพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลโดยการสอนผู้ดูแล ตามแผนการสอน เรื่อง บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยใช้ระยะเวลา ในกิจกรรมที่ 1 ทั้งหมด ใช้เวลา 20 นาที มีรายละเอียด ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 2 นาที
2. อธิบายรายละเอียด ให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่อง บทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทั้ง 6 ขั้นตอน ของ Friedman, (2003) ใช้เวลา 10 นาที ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1. การมีส่วนร่วมในการส่งเสริม และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ขั้นตอนที่ 2. การมีส่วนร่วมประเมินอาการ การเมื่อเปลี่ยนแปลงของโรคหัวใจตั้งแต่มีอาการแรกเริ่ม

ขั้นตอนที่ 3. การมีส่วนร่วมให้ความช่วยเหลือขั้นต้นเมื่ออาการเปลี่ยนแปลงการดูแล

ขั้นตอนที่ 4. การมีส่วนร่วมแสวงหาแหล่งช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

ขั้นตอนที่ 5. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เมื่อเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ขั้นตอนที่ 6. การมีส่วนร่วมในการรวมทั้งฟื้นฟูให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถดูแลตนเองได้เหมาะสมกับโรค

2. การทำให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจช่วงของการเตรียมผู้ดูแลโดยเปิดโอกาสให้ซักถาม 3 นาที

3. ประเมินผู้ดูแล ตอบแบบวัดความรู้ บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 5 นาที

เกณฑ์การประเมินผลการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ด้วยแบบวัดความรู้ บทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 10 ข้อ โดยให้ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 5 นาที โดยเกณฑ์การผ่านในการวัดความรู้คือ 80% ถ้าผู้ดูแลไม่ผ่านจะให้ความรู้ในส่วนที่ตอบแบบสอบถามผิด

ส่วนที่ 2. การสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

มีจำนวน 2 กิจกรรมคือ กิจกรรมที่ 2 และ 3

กิจกรรมที่ 2. ผู้วิจัยสอนสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพทั้งภาวะสุขภาพดี และเจ็บป่วย โดยการสอนเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแล ด้วยแผนการสอน เรื่อง “อวัยวะของเรา กับโรคของหนู” ตอนที่ 1 โดยใช้เวลา 20 นาที มีขั้นตอนดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไว้วางใจ และเปิดโอกาสให้เด็กพูดเกี่ยวกับโรคของตนเอง ใช้เวลา 5 นาที

2. ให้รับรู้ถึงอวัยวะที่สำคัญ คือ หัวใจ และการทำหน้าที่ เพื่อให้มีสุขภาพดี เพื่อให้เด็กวัยเรียนได้เรียนรู้ และเป็นแรงจูงใจในการมีสุขภาพที่ดี โดยใช้สื่อเป็นรูปหัวใจจำลอง และมีรูปภาพแสดงอวัยวะโดยรวมของร่างกาย 8

3. ให้ความรู้เมื่อหัวใจทำงานผิดปกติ โดยเน้นพิเศษที่การทำงานของหัวใจ ที่สอดคล้องกับภาวะโรคของเด็กป่วย คือโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อให้เด็กได้เรียนรู้ และรับรู้ภาวะของโรค เพื่อเป็นแรงจูงใจให้ดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ใช้เวลา 7 นาที

กิจกรรมที่ 3. พยาบาลผู้วิจัยสอนให้เด็กรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยสอนเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแล ตามแผนการสอน เรื่อง “อวัยวะของเรากับหัวใจของหนู” ตอนที่ 2 ใช้เวลาทั้งหมด 40 นาที โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยใช้นิทานมาร่วมในการสอนโดยการเล่านิทานให้เด็กฟัง เรื่อง “หัวใจของน้องๆ ต้องดูแลอย่างไร” ใช้เวลาในการเล่านิทาน 15 นาที ลักษณะนิทานสะท้อนให้เห็นเป็นตัวแบบเปรียบเทียบเชิงรูปธรรม 2 แบบดังนี้

ตัวแบบนิทาน คนที่ 1. เด็กวัยเรียนเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังออกจากโรงพยาบาล มีการปฏิบัติตนที่ไม่ดี และมีความรุนแรงของโรคมมากขึ้น มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตไปโรงเรียน กลุ่มเพื่อน และสุดท้ายต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ตัวแบบนิทาน คนที่ 2. เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีการปฏิบัติตนที่ดี ตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล รับประทานยาอย่างถูกต้อง สามารถไปโรงเรียนได้ และเล่นกับเพื่อน และอยู่กับครอบครัวอย่างมีความสุข

2. พยาบาลผู้วิจัยกระตุ้นให้เด็กสะท้อนความคิดจากนิทานและร่วมกับผู้ดูแลสรุปการปฏิบัติตนที่ถูกต้องมาไว้ด้านหลังของหนังสือนิทานที่เว้นไว้สำหรับให้ผู้ป่วยเด็กบันทึก โดยผู้วิจัยคอยให้คำแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแล นำมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนต่อเนืองที่บ้านอย่างถูกต้อง ใช้เวลา 10 นาที

3. ผู้วิจัยฝึกกิจกรรมทักษะที่ต้องทำต่อเรื่องที่บ้านให้แก่ผู้ดูแล และเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และให้เด็กและผู้ดูแล ได้ลองฝึกปฏิบัติ ในเรื่อง การนับการหายใจ การจับชีพจร ใช้เวลา 10 นาที

สรุปกิจกรรม ผู้วิจัยทบทวนการปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนต่อเรื่องที่บ้าน ใช้เวลา 5 นาที

การกำกับการทดลอง เมื่อสิ้นสุด การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตอบแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้เด็กตอบทีละข้อจำนวน 14 ข้อ จนครบ ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 10 นาที

สัปดาห์ที่ 2. เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแล ใช้ชีวิตประจำวันที่บ้าน

ผู้วิจัยดำเนินการ

กิจกรรมที่ 4. ครั้งที่ 1. พยาบาลผู้วิจัยติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 1. เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลสุขภาพตนเอง และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง กระตุ้นให้เด็กได้มีการปฏิบัติตนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และติดตามการปฏิบัติตนของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตามตัวแบบหนังสือการ์ตูน ตามแผนการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ โดยมีขั้นตอนการติดตามทางโทรศัพท์ ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. เตรียมอุปกรณ์ คือ หนังสือการ์ตูน ปากกา สมุดบันทึก เพื่อจดข้อให้พร้อม เพื่อเตรียมความพร้อมในการสนทนา และตอบข้อซักถาม

2. โทรศัพท์ตามวัน เวลา ที่นัดหมายกับผู้ป่วยและผู้ดูแล

ขั้นสนทนากับผู้ดูแล ประมาณ 7 นาที ดังรายละเอียด

1. เริ่มการสนทนากับผู้ดูแล ด้วยการทักทาย และสอบถามการกระทำบเทาบทการมีส่วนร่วมคือการเล่านิทานที่เน้นการปฏิบัติตนที่ถูกต้องของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2. สอบถามแนวทางในการกระตุ้น ส่งเสริม และปัญญาในการให้เด็กทำกิจกรรมดังกล่าว และปัญหาที่พบ

3. ให้คำแนะนำตามปัญหาของผู้ดูแล และกล่าวชื่นชมผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็ก

สนทนากับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประมาณ 3 นาที

1. เริ่มการสนทนากับผู้ดูแล ด้วยการทักทายสร้างแรงจูงใจด้านการดูแลสุขภาพ และสอบถามการปฏิบัติตนของเด็กตามคู่มือ และตามตัวแบบหนังสือการ์ตูน
2. ให้คำชื่นชมที่เด็กกระทำกิจกรรมและบอกถึงประโยชน์ในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว
ขั้นปิดสนทนา กล่าวขอบคุณ ผู้ดูแลและเด็กและกล่าวสวัสดิ์ก่อนจบการสนทนา

สัปดาห์ที่ 3. เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแล ใช้ชีวิตประจำวันที่บ้าน ผู้วิจัย
ดำเนิน

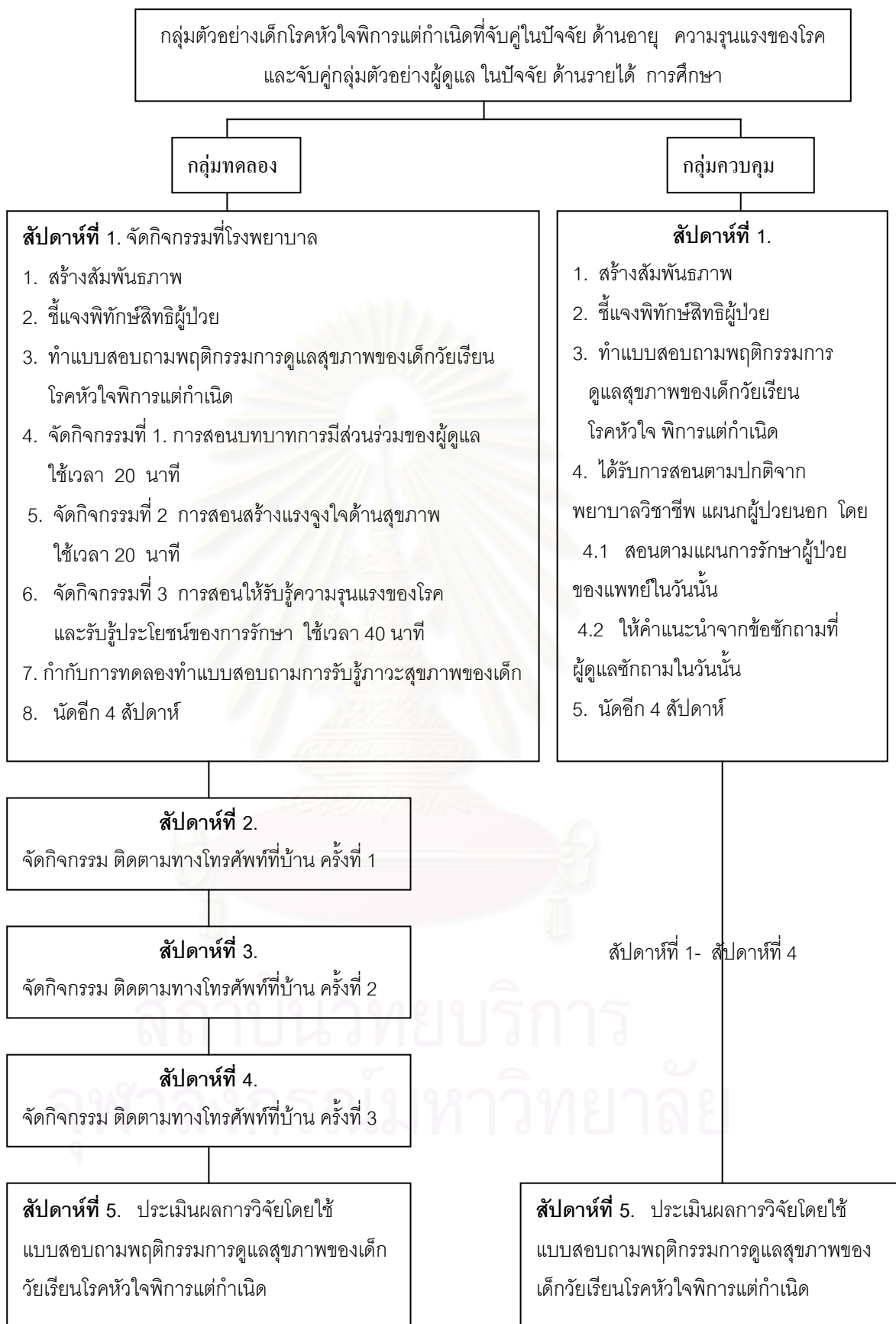
กิจกรรมที่ 4 ครั้งที่ 2. การติดตามทางโทรศัพท์ ติดตามการปฏิบัติตนของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการกระตุ้น การติดตามการแก้ปัญหาจากการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1.

สัปดาห์ที่ 4. เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแล ใช้ชีวิตประจำวันที่บ้าน ผู้วิจัย
ดำเนิน

กิจกรรมที่ 4 ครั้งที่ 3. การติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 3 . กระตุ้นติดตามการทำกิจกรรมและการปฏิบัติตนและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการกระตุ้น การติดตามการแก้ปัญหาจากการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2. และสอบถามประโยชน์จากการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาจากเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การประเมินผลในกลุ่มทดลอง

เมื่อครบ 4 สัปดาห์ หลังกลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ครบ 3 กิจกรรม และได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ครบ 3 ครั้งภายในสัปดาห์ ที่ 5 ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแลตามนัดหมาย ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Post test) ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตอบทีละข้อ เป็นรายบุคคล เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามแต่ละราย ประมาณ 15 นาที



แผนภูมิที่ 2 วิธีการดำเนินการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยโปรแกรม SPSS / FW version 11.5 มีรายละเอียดดังนี้

1. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยใช้ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนตามแนวความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) เพื่อศึกษาผลของการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอายุ 7 – 12 ปี และผู้ดูแลที่ได้รับการรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน โดยจัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุม และกลุ่มตัวอย่าง 20 คน หลังเข้ากลุ่มทดลอง โดยการจับคู่ตามคุณสมบัติที่กำหนด ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบสมมติฐาน นำเสนอเรียงตามลำดับดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยใช้ สถิติ Dependent t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัยเสนอตามตารางดังต่อไปนี้

สำนักงานวิจัยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

พฤติกรรม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	P-value
	Mean	SD	Mean	SD		
การดูแลสุขภาพ						
ด้านโภชนาการ	9.85	1.72	11.70	1.38	6.52	.00
ด้านออกกำลังกายและการพักผ่อน	12.85	1.08	16.35	1.34	12.67	.00
ด้านป้องกันการติดเชื้อ	12.55	1.73	14.80	1.36	5.67	.00
ด้านการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือ	6.80	1.15	10.95	1.50	12.12	.00
ด้านปฏิบัติตามการรักษา	11.30	1.38	13.35	1.26	7.69	.00
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	53.35	3.16	67.15	4.08	15.55	.00

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทั้งรายด้าน และโดยรวมหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลขึ้น

ส่วนที่ 2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

ตารางที่ 4. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	P-value 2-tailed
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านโภชนาการ	9.85	1.26	11.7	1.38	4.41	.000
ด้านออกกำลังกาย และการพักผ่อน	12.60	1.35	16.35	1.34	8.77	.000
ด้านป้องกันการติดเชื้อ	13.25	1.44	14.80	1.36	3.49	.001
ด้านการแสวงหา แหล่งช่วยเหลือ	6.35	1.49	10.95	1.50	9.69	.000
ด้านปฏิบัติตามการ รักษา	11.75	1.40	13.35	1.26	3.77	.001
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	53.80	4.20	67.15	4.08	10.19	.000

จากตารางที่ 4 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทั้งรายด้านและโดยรวม ของกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- experimental research) เพื่อศึกษาผลของการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็นการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest design with Nonequivalent group) กลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ และ กลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนและหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ

สมมุติฐานในการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงขึ้น
2. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงขึ้นกว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 7 – 12 ปี และผู้ดูแล ที่มารับบริการ ที่คลินิกผู้ป่วยโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 7– 12 ปี และผู้ดูแล ที่มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 20 คน

คุณสมบัติในการคัดเลือกเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1. เด็ก อายุ 7-12 ปี ที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดแบบ total repair
2. ไม่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคหัวใจมาก่อน
3. สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้รู้เรื่อง
4. มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โดยครอบครัวนำมาตรวจ
5. ทั้งตัวเด็ก และครอบครัว (ผู้ดูแล) มีความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

คุณสมบัติในการคัดเลือกผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจ

1. เป็นผู้ดูแลหลักในขณะที่เด็กอยู่บ้าน
2. สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
3. ไม่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยเกี่ยวกับโรคหัวใจมาก่อน
4. ผู้ดูแลมีความยินดีให้ความร่วมมือในการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยเข้าพบเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแลที่มารับการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และขอความยินยอมจากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแลในการเข้าร่วมในการวิจัย
2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย พิจารณาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมให้ครบจำนวน 20 คนก่อน โดยใช้เวลา 2 สัปดาห์ แล้วจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุมโดยการจับคู่ (Matching Pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน และให้กลุ่มตัวอย่าง โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Matching Pair) เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในปัจจุบัน ด้าน อายุ ระดับความรุนแรงของโรค และจับคู่กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในปัจจุบัน ด้านรายได้ ระดับการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย ได้แก่

- 1.1 แผนการสอนในการพัฒนาบทบาทผู้ดูแล เรื่อง บทบาทของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1.2 แผนการสอนเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแล เรื่อง “อวัยวะของเรา กับโรคของหนู” โดยใช้สื่อ

- รูปภาพแสดงอวัยวะโดยรวมของร่างกาย และเน้นที่หัวใจ
- อวัยวะจำลองรูปหัวใจ
- หนังสือการ์ตูนเปรียบเทียบตัวแบบ 2 ตัวแบบ เรื่อง “หัวใจของ

น้องๆ ต้องดูแลอย่างไร”

1.3 แผนการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

1.4 แบบวัดความรู้ บทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 10 ข้อ โดยให้ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

3.1 เครื่องมือการกำกับการทดลองสำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลที่ คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในวัน พุธ และศุกร์ เวลา 8.00 น. – 14.00 น. โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน ให้ครบก่อนเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) และจัดทำข้อมูลไว้สำหรับการคัดเลือกกลุ่มทดลองให้มีคุณสมบัติให้เหมือนกลุ่มควบคุม โดยการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในปัจจัยด้าน ระดับความรุนแรงของโรค และ จับคู่ผู้ดูแลในระดับการศึกษา และรายได้

2. เมื่อผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้ว จึงสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง พูดคุยแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย และการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการเข้าร่วมในการวิจัย และดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Pre- test) ที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตอบทีละข้อ เป็นรายบุคคล

2.1.2 กลุ่มตัวอย่างเข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะได้รับกิจกรรมการสอนตามปกติ คือ การสอนตามแผนการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของแพทย์ในวันนั้น เป็นรายบุคคล จากพยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิกหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เวลาเฉลี่ยไม่เกิน 10 นาที

2.1.3 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเมื่อครบ 4 สัปดาห์ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Post test) ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตอบทีละข้อ เป็นรายบุคคล เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามแต่ละราย ประมาณ 15 นาที

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล และเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามวัดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Pre- test) ที่คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตอบทีละข้อ เป็นรายบุคคล

2.2.2 ผู้วิจัยสอนบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลโดยการสอนผู้ดูแลด้วยแผนการสอน เรื่อง บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และวัดความรู้ผู้ดูแลด้วย แบบวัดความรู้ บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2.2.3 ผู้วิจัยสอนเพื่อสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพทั้งภาวะสุขภาพดี และเจ็บป่วย ด้วยการสอนเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแล ด้วยแผนการสอน เรื่อง “อวัยวะของเรากับหัวใจของหนู”

2.2.4 ผู้วิจัยสอนเพื่อให้เด็กรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยสอนเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผู้ดูแล ตามแผนการ

สอน เรื่อง “อวัยวะของเรากับหัวใจของหนู” ตอนที่ 2. รูปภาพแสดงอวัยวะโดยเน้นที่หัวใจ อวัยวะจำลองรูปหัวใจ และ หนังสือการ์ตูน เรื่อง “หัวใจของน้องๆ ต้องดูแลอย่างไร”

2.2.5 ผู้วิจัยการติดตามทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ดูแลสุขภาพตนเอง และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง และรับรู้ความรุนแรงของโรค กระตุ้นให้เด็กได้มีการปฏิบัติตนพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนตามแผนการรักษา และติดตามการปฏิบัติตนของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตามตัวแบบหนังสือการ์ตูน ตามแผนการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ครั้งละประมาณ 10 นาที

2.2.6 ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างเมื่อครบ 4 สัปดาห์ ขอความร่วมมือตอบแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Post test) ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านคำถามให้กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตอบที่ละข้อ เป็นรายบุคคล เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามแต่ละราย ประมาณ 15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยโปรแกรม SPSS / FW version 11.5 เพื่อตรวจสอบสมมติฐานดังนี้

1. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยใช้ สถิติ Dependent t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. พฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3 หน้า 80)

2. พฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงกว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 4 หน้า 81)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด สามารถอภิปรายผลการวิจัยที่ได้ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนและหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

ผลการทดสอบสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงขึ้น ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (P-Value = .000) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1. ซึ่งสามารถอธิบายผลการศึกษาได้ดังนี้

การส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับอาการของโรคนั้น ต้องหาแนวคิดเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็ก ซึ่งพบว่าแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับคามนิยมและนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม Becker (1974) ได้กล่าวไว้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลนั้นมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการปฏิบัติตน เพราะการที่บุคคลมีความเชื่อในเรื่องใดจะส่งผลให้บุคคลนั้นตอบสนองโดยแสดงพฤติกรรมสอดคล้องกับความเชื่อนั้น แต่สำหรับในเด็กความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น Bush and Iannotti (1990) พบว่า พัฒนาการด้านสติปัญญาการเรียนรู้ของเด็ก และผู้ดูแลเป็นปัจจัยร่วมที่สำคัญ เพราะเมื่อเด็กได้รับการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและมีผู้ดูแล คอยชี้แนะ กระตุ้น ทำให้เด็กมีการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสูง

ดังนั้นการพัฒนาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม โดยบูรณาการแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก (Health belief model) ของ Bush and Iannotti (1990) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (2003) ด้วยการให้ความรู้โดยการสอนเพื่อพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล และการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เฉพาะเจาะจงตรงกับชนิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เด็กเป็นอยู่ อย่างเป็นทางการทำให้เด็กได้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านต่างๆ ซึ่งเป็นส่วนประกอบของ

ความเชื่อด้านสุขภาพ ส่งผลให้เด็กสามารถพัฒนาการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองที่เหมาะสมกับโรค และเมื่อผู้ดูแลได้รับการพัฒนาการรับรู้บทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกสภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้สามารถส่งเสริมให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคสูงขึ้น ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้วยการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก Bush and Iannotti (1990) ร่วมการพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว Friedman (2003) จะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ดังรายละเอียดการจัดกิจกรรมในโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1. การพัฒนาบทบาทผู้ดูแล โดยผู้วิจัยได้ให้ความรู้โดยการสอนแก่ผู้ดูแลให้ได้รับความรู้เรื่องการมีส่วนร่วมในบทบาทการดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้ง 6 ระยะ ของ Friedman, (2003) โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการสอนดังกล่าว ให้ผู้ดูแลมีความพร้อมและมั่นใจ ในการดูแลเด็กในทุกสภาวะสุขภาพมากขึ้น เนื่องจากการศึกษาของ วิภารัตน์ สุขทองสา. (2545) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นความสำคัญในการให้ความรู้แก่บุตร แต่มีความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้และการมีส่วนร่วมน้อย โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การสอนเพื่อพัฒนาบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้วิจัยได้สอนให้ผู้ดูแลได้รู้ถึง บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลได้ 6 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1. ผู้วิจัยได้สอนให้ผู้ดูแลเข้าใจการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในบทบาทส่งเสริมให้เด็กโรคหัวใจมีสุขภาพดี ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหัวใจ เช่น การติดเชื้อที่หัวใจ การเกิดอาการหัวใจวาย จากการได้รับน้ำ และอาหารไม่เหมาะสมกับโรค จากการศึกษาของ ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร (2548) พบว่า เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดยังมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองยังไม่เหมาะสมกับโรค เช่น การป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจ โดยการแปรงฟัน เด็กยังไม่ได้แสดงออกถึงการตระหนักในปัญหาการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจ แต่แปรงฟันเนื่องจากการทำเป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำ หรือผู้ปกครองสั่ง การควบคุมรับประทานอาหารรสเค็ม พบว่าบางครั้งเด็กก็เรียนรู้ปฏิบัติได้ แต่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด จากการจำกัดด้านการเรียนรู้ การตัดสินใจ จึงยังมีการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่สำคัญในการส่งเสริมให้เด็กรับรู้และรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กเมื่อเด็กอยู่ที่บ้าน การกระตุ้นแนะนำในการรับประทานอาหารเมื่อเด็กอยู่นอกบ้านได้ เมื่อผู้ดูแลได้รับความรู้ดังกล่าวทำให้สามารถดูแล และกระตุ้นให้เด็กมีพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ ดังเห็นจาก ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตามรายด้าน เรื่อง โภชนาการ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมรับประทานอาหารของเด็ก พบว่ากลุ่มทดลองหลังเข้ารับการสอน

ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สูงขึ้นกว่าก่อนรับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (ตารางที่ 3 ภาคผนวก หน้า 80)

ระยะที่ 2. ผู้วิจัยได้สอนให้ผู้ดูแลเข้าใจบทบาทในการประเมินการเปลี่ยนแปลงของโรคหัวใจ เช่น การประเมินการเปลี่ยนแปลงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากยาโรคหัวใจ แม้ว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานยาในเด็กโรคหัวใจ ซึ่งพบว่าแม้ว่าเด็กอยู่ในวัยเรียนแต่การรับประทานยารักษาโรคหัวใจบางชนิดต้องมีความระมัดระวังซึ่งอาจมีภาวะแทรกซ้อนของยา ผู้ดูแลยังต้องดูแลเรื่องการรับประทานยาโรคหัวใจของเด็ก เช่น ยา Digoxin มีฤทธิ์ข้างเคียงที่พบได้ คือ หัวใจเต้นผิดจังหวะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง (ยุพาพร ปรีชากุล, 2550) ซึ่งความรู้เหล่านี้ผู้ดูแลมีความจำเป็นต้องทราบเพื่อสามารถประเมินอาการได้แต่ระยะเริ่มต้น ดังนั้นการสอนให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและตระหนักในความจำเป็นที่ต้องประเมินอาการของเด็ก เช่น จับชีพจรก่อนรับประทานยา ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้หากผู้ดูแลมีความเข้าใจจะสามารถดูแล กระตุ้น ให้เด็กมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ ประเมินอาการตนเอง และแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลง ได้หรือภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวได้ ซึ่งจะเห็นได้จากคะแนนพฤติกรรม ด้านการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงที่เพิ่มสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล (ตารางที่ 3 หน้า 80)

ระยะที่ 3. ผู้วิจัยได้สอนให้ผู้ดูแลเข้าใจบทบาทในการดูแลให้ได้รับการรักษาเบื้องต้น และระยะที่ 4. การแสวงหาแหล่งในการช่วยเหลือให้เด็กได้รับการรักษาที่เหมาะสมกับอาการของโรค เพื่อให้เด็กได้รับการรักษา อย่างเหมาะสม

ระยะที่ 5. บทบาทในการร่วมวางแผนการรักษากับบุคลากรทางการแพทย์เมื่อเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ระยะที่ 6. บทบาทในการฟื้นฟูหรือการช่วยเหลือให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เจ็บป่วยเรื้อรังที่อยู่ในวัยเรียน ซึ่งมีความสามารถในการดูแลตนเองบ้างแล้วสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้เหมาะสมกับโรค เนื่องจากการสอนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยเน้นให้เด็กดูแลตนเองมากที่สุด และเหมาะสมกับอาการและความรุนแรงของโรคที่เด็กเป็นอยู่ โดยคอยช่วยเหลือต่างๆ ทำให้เด็กมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมจากการที่รับรู้ว่าคุณดูแล คอยช่วยเหลืออยู่ต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนันทา ตันติกนภพร (2540) พบว่าการมีพฤติกรรมสุขภาพการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจในระดับปานกลางและดีสัมพันธ์กับการรับรู้ว่าคุณได้รับการสนับสนุนจากผู้ปกครอง

ดังนั้นการให้ความรู้ผู้ดูแล โดยการสอนทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และสามารถส่งเสริม และกระตุ้นให้เด็กได้มีการรับรู้ภาวะสุขภาพ และมีความเชื่อ ด้านสุขภาพที่ส่งผลให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค มากกว่าก่อนเข้ารับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ดัง แสดงจากตารางที่ 3 หน้า 80 ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด ภายในกลุ่มทดลองหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพียงใจ นวนหนู (2549) ที่พบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้น การมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05

กิจกรรมที่ 2 เป็น การสอนสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health Motivation) เพื่อ เปลี่ยนพฤติกรรม พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการสอนเพื่อกระตุ้นและทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหา หรือ โรคที่ตนเป็นอยู่ว่าสามารถควบคุมได้ทำให้มีแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพ (สมจิต หนู เจริญกุล, 2539) โดยให้เด็กได้พูดเกี่ยวกับโรคของตนเอง และผู้วิจัยได้ให้ความรู้ต้องให้รับรู้ก่อน ว่าตนเป็นโรคนั้นๆ อยู่ เพื่อให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรู้ว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นควบคุมได้ และมี แรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับ Becker (1974) ได้กล่าวไว้ว่าการสร้าง แรงจูงใจด้านสุขภาพควรกระตุ้นด้วยสิ่งเร้า เช่น ความรู้ และพบว่า การสอนเป็นวิธีที่สำคัญมากวิธี หนึ่งในการพัฒนาความสามารถในเด็กป่วย ให้มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง (จุจา ภู ไพบุลย์, 2539) ดังนั้น การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ใช้สิ่งเร้าโดยการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับโรค โดยใช้สื่อเป็นรูปหัวใจจำลอง ให้ ความรู้เกี่ยวกับ โรคหัวใจที่ตรงกับชนิดที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ และเชื่อมโยงมายังอาการที่แสดงออกมา เช่น “ทำไมเมื่อหนูเล่นกับเพื่อนแล้วทำให้เหนื่อยง่ายกว่าเพื่อนๆ” “ทำไมหนูตัวเล็กกว่าเพื่อนวัย เดียวกัน และป่วยบ่อยกว่าเพื่อนๆ” เพราะการให้ความรู้ในลักษณะดังกล่าวมีความเหมาะสมกับ เด็กวัยเรียน เพราะเด็กวัยนี้จะสามารถเชื่อมโยง เหตุผลได้ โดยในการให้ความรู้ในกิจกรรมนี้ผู้ดูแล จะได้รับความรู้ด้วย และเมื่อกลับบ้านเด็กได้รับการกระตุ้นจากผู้ดูแลจะทำให้การแสดงพฤติกรรม ที่เหมาะสมกับโรคอย่างต่อเนื่องมากขึ้น ดังนั้นทำให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลัง ได้รับ การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในกิจกรรมที่ 1 คือ การสร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสูงขึ้นมากกว่าก่อนเข้ารับ การสอนแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 3. เป็นการสอนให้รับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ประโยชน์ของการ ปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับการสร้าง

แรงจูงใจด้านสุขภาพเมื่อมีความเจ็บป่วย การให้ผู้ป่วยได้รับรู้ผลของความรุนแรงของโรคหัวใจที่มีผลกระทบต่อร่างกาย และบทบาททางสังคมของบุคคล เมื่อไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา และเมื่อปฏิบัติตามแผนการรักษาจะมีประโยชน์นั้นจึงเป็นสิ่งที่ต้องทำความเข้าใจกันไปเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการร่วมมือในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรมการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนซึ่งมีพัฒนาการในการเข้าใจอย่างเป็นรูปธรรม ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้สอนโดยใช้สื่อ ตัวแบบที่让孩子รับรู้ความรุนแรงและประโยชน์ที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น โดยผู้วิจัยได้เล่านิทานการ์ตูนซึ่งมีตัวละครดำเนินเรื่อง เปรียบเทียบ 2 แบบ โดยจะมีตัวแบบที่ 1. ปฏิบัติตามคำแนะนำของพี่พยาบาล ผลทำให้อาการของโรคดีขึ้น และ ตัวแบบที่ 2. ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำจึงมีความรุนแรงของโรคและสุดท้ายต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ในหนังสือมีภาพสีประกอบให้เข้าใจง่าย ทำให้เด็กสนใจมากขึ้นทำให้เด็กเข้าใจ ความรุนแรงของโรคเป็นรูปธรรม ว่าเมื่อเจ็บป่วยต้องนอนโรงพยาบาล ไม่ได้ไปโรงเรียน โดยตัวแบบดังกล่าวจะใกล้เคียงกับประสบการณ์ของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การเรียนรู้จากประสบการณ์และตัวแบบว่าเมื่อไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาจะทำให้ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เด็กจึงมีพฤติกรรมในการป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรง จะเห็นว่าจากการศึกษาเมื่อพิจารณาในข้อคำถามรายด้านพบว่า คะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจ ซึ่งเป็นการรับรู้ความรุนแรงของโรคว่ามีมีการติดเชื้อแล้วจะต้องป่วยนอนโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถไปโรงเรียนได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเด็กหลังได้รับรู้ความรุนแรงดังกล่าวมีคะแนนรายด้าน ในเรื่องป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจสูงกว่าก่อนเข้ารับได้รับการสอนตามแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ส่วนในการรับรู้ประโยชน์จากการรักษา เช่นเมื่อเด็กทราบว่าเมื่อรับประทานยาและอาหารที่เป็นประโยชน์ทำให้มีร่างกายแข็งแรง และทำให้ตนเองหายป่วยได้ จากตัวแบบที่ชื่อ น้องแพรว ในนิทานจะทำให้เด็กมองเห็นการปฏิบัติว่ามีประโยชน์ อย่างเป็นรูปธรรม เด็กจึงเรียนรู้ในการมีพฤติกรรมดังกล่าว ส่งให้เด็กมีการปรับพฤติกรรมและพฤติกรรมดูแลสุขภาพหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพสูงขึ้น อย่างนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้วิจัยได้มีบทสรุปเปรียบเทียบตนเองกับตัวละคร โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้เด็กสะท้อนความคิดจากนิทานและร่วมกับผู้ดูแลมีกิจกรรมร่วมกันในการนำการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพและเป็นประโยชน์ที่ และต้องดูแลต่อเนื่องมาไว้ในด้านหลังของบทสรุปของนิทานที่เด็กต้องตัดสินใจเลือกกระทำพฤติกรรมนั้นๆ เป็นการกระตุ้นเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอำนาจในการตัดสินใจในการกำหนดพฤติกรรมเพื่อสนองความต้องการดูแลสุขภาพตนเองโดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการแสดง

พฤติกรรมที่ถูกต้องที่เด็กได้ตัดสินใจว่าจะแสดงพฤติกรรมนั้นเพื่อให้เด็กมีความมั่นใจในการแสดงพฤติกรรมนั้น

3. ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการสอนร่วมกับฝึกปฏิบัติจริง โดยให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแลได้ลองฝึกปฏิบัติทำกิจกรรมดังกล่าวจริง เช่น ฝึกจับชีพจร นับการหายใจ พร้อมให้ผู้ดูแลที่ร่วมฝึกปฏิบัติคอยกระตุ้นสอนเด็กที่บ้านต่อไป จากการฝึกทักษะดังกล่าวทำให้ คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในกลุ่มทดลองหลังที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล มีคะแนนพฤติกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการดูแลตนเอง เช่น การนับการหายใจ การจับชีพจรเมื่อเล่นกับเพื่อนแล้วเห็น้อย การให้ผู้ดูแลจับชีพจรก่อนรับประทานยา มีคะแนนสูงกว่าได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 4. ผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการติดตามทางโทรศัพท์ โดยโทรศัพท์ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จำนวน 3 ครั้ง เพื่อกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และทำให้กลุ่มทดลองที่ได้รับการศึกษาดังกล่าวมีความสม่ำเสมอในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ข้อมูลจากการติดตามทางโทรศัพท์จากกลุ่มทดลอง พบข้อมูล เช่น ผู้ดูแลบอกว่า เมื่อเด็กจะรับประทานลูกอม ผู้ดูแลบอกแก่เด็กว่า “เดี๋ยวคุณพยาบาลโทรศัพท์มาจะเล่าให้ฟังว่ารับประทานลูกอมอีกแล้ว” เด็กก็จะตอบว่า “ไม่กินลูกอมก็ได้ เดี่ยวพี่พยาบาลโทรมาจะบอกว่าไม่น่ารัก” และ พบว่า ผู้ดูแลมักบอกว่า เด็กชอบให้ผู้ดูแลอ่านนิทานด้วยกันกับเด็ก ซึ่งเมื่อผู้วิจัยรับทราบข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยได้ก็ได้กระตุ้นกับผู้ดูแลว่า เป็นการดีแล้ว ขณะเล่านิทานก็ให้ผู้ดูแลบอกเหตุผลว่าทำไมตัวแบบในนิทานจึงมีพฤติกรรมอย่างนั้น เชื่อมโยงเหตุผลให้เด็กได้รับทราบและคิดตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องจากการเห็นตัวแบบที่ดีในนิทาน ทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ที่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีขึ้นก่อนทดลอง สอดคล้องการศึกษา รัชณี ศรีหิรัญ, (2544) ที่พบว่าโปรแกรมการติดตามทางโทรศัพท์ที่ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่าย และช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความมั่นใจมากขึ้น และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้านดีขึ้น

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นว่าการนำแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเด็ก ในองค์ประกอบ การส่งเสริมการรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคและส่งเสริมให้รับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนตามแผนการรักษาพร้อมกับให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการรับรู้และความเชื่อด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทำให้พฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลโดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเน้นที่ผู้ดูแล บิดามารดา ในเด็กวัยเรียน เช่น การศึกษาของ ขวัญใจ ศุภรัตน์ (2548) ซึ่งประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า นักเรียนประถมศึกษาในกลุ่มในกลุ่มทดลอง ที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการเข้ารับโปรแกรมฯ และการศึกษาของ สุโพธพงศ์ ก้อนภูธร (2541) ได้ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงในคะแนนของความรู้เรื่องโรคฟันผุขึ้นดีวก่อนการทดลอง

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล กับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ

ผลการทดสอบสมมุติฐานการวิจัย ข้อที่ 2. พฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงขึ้นกว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล สูงขึ้นกว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ข้อที่ 2. ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า

การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ทำให้กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลร่วม มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ เหตุผลที่กลุ่มทดลองที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมนั้น สามารถอธิบายได้ตามเหตุผลในการตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1. หรือการตรวจสอบสมมุติฐานการวิจัยในข้อที่ 1.

ในส่วนของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ พบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในกลุ่มควบคุมก่อน และหลังการสอนตามปกติ

และในกลุ่มทดลองก่อนได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล เมื่อนำมาทดสอบทางสถิติพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ไม่มีความแตกต่างกัน แต่เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง หลังได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลสูงกว่าการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอธิบายการได้รับการพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุมได้ดังนี้

เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการสอนตามปกติ เป็นกลุ่มที่ พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคหัวใจ สอนตามแผนการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของแพทย์ในวันนั้น เป็นรายบุคคล เวลาเฉลี่ยไม่เกิน 10 นาที และผู้ดูแลได้รับคำแนะนำจากการสอบถามที่ผู้ดูแลได้สอบถาม จากพยาบาลวิชาชีพ ประจำคลินิกหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ซึ่งการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ แก่ผู้ดูแลนั้นไม่ได้ครอบคลุมถึงบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทุกขั้นตอนของการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้ดูแลจึงไม่ได้พัฒนาการความรู้ เรื่อง บทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และการได้รับการสอนตามปกติ เน้นการให้ความรู้ที่ผู้ดูแล ไม่ได้มีการให้ความรู้แก่เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทำให้เด็กไม่ได้พัฒนาการรับรู้แรงจูงใจในด้านสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติตามแผนการรักษา ทำให้เด็กไม่มีความรู้ในการพัฒนาพฤติกรรมของตนเอง นอกจากนั้นในกลุ่มควบคุม ซึ่งไม่ได้รับการกระตุ้น ติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้ไม่ได้รับการกระตุ้นการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพอย่างต่อเนื่องทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพต่ำ

จากเหตุผลดังกล่าวทำให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล มีระดับสูง ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติจึงอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม จึงเห็นความแตกต่างอย่างชัดเจน (ตาราง 4 หน้า 81) แสดงว่า การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลทำให้ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าการได้รับการสอนตามปกติ

ผลการศึกษาครั้งสอดคล้องกับหลายงานวิจัย เช่น การศึกษาของ ขวัญใจ ศุภรนนท์ (2548) ซึ่งได้ประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพในการให้ความรู้พร้อมด้วยการสนับสนุนทางสังคม

พบว่า ค่าคะแนนของความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เป็นผลจากการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และ การศึกษาของ สุณีย์ ละกะป๋าน และคณะ. (2547) โดยพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็ก ในรูปแบบของ โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการให้ความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมีย ในเด็กมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยใช้เวลาในการให้ความรู้ 50 นาที พบว่าหลังให้ความรู้ เด็กมีการรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคธาลัสซีเมีย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตนของการคัดกรองพาหะธาลัสซีเมีย ในกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม

จึงสรุปได้ว่าการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการจัดกิจกรรม ส่งเสริมการรับรู้ทั้ง 3 ด้าน ร่วมกับให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมนั้น ทำให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำมาพัฒนาระบบคุณภาพในการพยาบาลด้านบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้โดยการสอนได้ ดังตัวอย่าง

1. เมื่อมองในสถานการณ์ปัจจุบันในแผนกผู้ป่วยนอกโรค คลินิกหัวใจ ที่มีเด็กและผู้ดูแลที่มาใช้บริการเป็นจำนวนมาก การประยุกต์สื่อการสอนนำไปใช้กับกลุ่มเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น หนังสือการ์ตูน ซึ่งสร้างจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก และการทบทวนวรรณกรรม สามารถประยุกต์เป็นนิทานภาพพลิกซึ่งมีขนาดใหญ่ขึ้น และให้ความรู้แก่กลุ่มเด็กป่วยและผู้ดูแลได้เนื่องจากทำให้เด็กสนใจ และเพิ่มการรับรู้ด้านต่างๆ ในองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพเด็กมากขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จะเป็นประโยชน์แก่เด็ก และผู้ดูแลต่อไป

2. การพัฒนาวิธีการสอนที่เป็นนวัตกรรมใหม่ๆ เช่น พัฒนาการจัดกิจกรรมการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ แต่พัฒนาสื่อการสอน ให้เด็กรับรู้ความรุนแรงและรับรู้ประโยชน์จากการรักษา จากนิทานในหนังสือการ์ตูนเดิมที่ใช้ในงานวิจัย แต่จะใช้สื่อในการให้ความรู้ในรูปแบบคอมพิวเตอร์แทน เช่น การทำบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ

3. การพัฒนาบทบาทผู้ดูแล เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในบทบาทการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทั้ง 6 ระยะ จากผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ เพื่อพัฒนาบทบาทผู้ดูแลให้สามารถส่งเสริมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลการวิจัยที่พบว่า การสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการจัดกิจกรรม ส่งเสริมการรับรู้ทั้ง 3 ด้าน ร่วมกับให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมนั้น ทำให้เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้น พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดควรนำการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทั้ง 3 องค์ประกอบ คือ ส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยให้ความรู้ในเชิงรูปธรรม และร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล มาพัฒนาวิธีการให้ความรู้แก่เด็กและผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ แต่ใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการจัดกิจกรรม

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการจัดกิจกรรมการสอนโดยใช้นวัตกรรมใหม่ๆ เช่น ใช้บทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอน (CAI) โดยใช้จัดกิจกรรมการสอน ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ตามที่ผู้วิจัยได้ใช้ศึกษาในครั้งนี้ เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

2.2 ควรมีการศึกษาและการพัฒนาการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในประเด็นอื่นๆ เพิ่ม เช่น การพัฒนาการสอนตามความเชื่อด้านสุขภาพของเด็ก และการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในโรคเรื้อรัง อื่นๆ

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กนก ชูลักษณ์. 2542. การ์ตูนสำหรับเด็ก. ภูเก็ต : สถาบันราชภัฏภูเก็ต.
- กฤตยวีกรม ดุรงค์พิศิษฐ์กุล. 2545. เวชปฏิบัติทางกุมารเวชกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : หจก.โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- กวรรณิกา ชาธรรม. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมของผู้ดูแล การเจริญเติบโต และ พัฒนาการด้านร่างกายของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุลชลี ภูมรินทร์. 2535. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพในเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เกศินี บุญวัฒน์นางกุล. 2545. การรับรู้ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและพฤติกรรมการดูแล ตนเองเพื่อบรรเทาผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดในเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง. วารสารการ พยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 2(มกราคม-เมษายน) : 56-66.
- เข็ม สกลนุ้ม. 2545. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังจิตใจต่อการรับรู้สมรรถนะการจัดการตนเอง ของมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ขวัญใจ ศุภรพันธ์. 2548. การประยุกต์ความเชื่อด้านสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริม สุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา ไบกาชูยี. 2536. การเขียนสื่อการเรียนการสอน. กรุงเทพฯ : ชมรมเด็ก
- จินตนา หาญประสิทธิ์คำ. 2545. ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรศักดิ์ เจริญพันธ์ และเฉลิมพล ต้นสกุล. 2549. พฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 5. โครงการตำรา คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาสารคาม : โรง พิมพ์คลังนานาวิทยา.

- จุฑามาศ ไชติบาง, ศรีมณา นิยมคำ และ รัชฎาภรณ์ อยู่ภาค. 2544. การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมดูแลของมารดาเพื่อส่งเสริมสุขภาพบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จุฬารัตน์ ตั้งภักดี. 2547. คุณภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดารุณี จงอุดมการณ์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, วันทนี ชัยสิริสุวรรณ, วนิศรา สุวัฒน์ศรีสกุล และ สุรีย์พร แซ่เฮง. 2538. องค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยเรื้อรัง. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงมณี เลหาประสิทธิ์พร และอภิชาติ นานา. 2543. Pediatric Critical Care. กรุงเทพฯ : บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.
- ชลิดา ธัญจิรกุล. 2546. การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง: แนวคิดที่ท้าทายสู่การปฏิบัติในบริบทของสังคมไทย. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 6 (กันยายน-ธันวาคม) : 61-65
- ณิชกานต์ ไชยชนะ. 2545. การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ อรรถารส, จุไร อภัยวงศ์ และจุรีย์ สุนสวัสดิ์. 2549. การศึกษาการรับรู้ของพยาบาลและการปฏิบัติพยาบาลตามแนวคิดการดูแลโดยให้ครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลาง. รายงานการวิจัย ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย.
- นงคินุช สุเมธ. 2545. ผลการให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทางโทรศัพท์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นรลักษณ์ เตือกิจ. 2550. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : (อัดสำเนา)
- นางเจ้า เยียน. 2544. การรับรู้ความต้องการการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและบิดามารด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิตยา ไทยาภิรมย์. 2532. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมอนามัยของเด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บุญเชียร ปานเสถียร, ศรีศุภลักษณ์ สิงคาลวณิช, วิบูลย์ กาญจนพัฒน์กุล และไพศาล เลิศฤดีพร. 2541. Pediatric today. สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- เบญจลักษณ์ สีเกิดพงษ์. 2547. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมีย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประคอง อินทรสมบัติ. 2548. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในยุคปฏิรูปสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร.
- ปรียาดา ภัทรสังกรม. 2546. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. 2537. การพัฒนาบทบาทพยาบาลเพื่อสุขภาพครอบครัว. การประชุมวิชาการเรื่องครอบครัวยุคโลกาภิวัตน์ ต่อบทบาทที่ก้าวไกล โดยสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 9 วันที่ 23-25 พฤศจิกายน 2537 ณ.หอประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2537. การสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ประยุกต์ทฤษฎีและแนวทางการปฏิบัติ. การประชุมวิชาการเรื่องครอบครัวยุคโลกาภิวัตน์ ต่อบทบาทที่ก้าวไกล โดยสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 9 วันที่ 23-25 พฤศจิกายน 2537 ณ.หอประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- ยุคลธร จินตนาดิถ. 2545. การศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียวัยเรียนตอนปลาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุณี พงศ์จตุรวิทย์. 2534. ผลการสอนสุขภาพอนามัยโดยการใช้หนังสือการ์ตูนประกอบต่อความรู้เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยุพาพร ปรีชากุล. 2550. การเกิดพิษจากยาดิจ็อกซิน. ศรีนครินทร์วารสาร 22(มกราคม)

- ยุวดี เกตุสัมพันธ์. 2537. บทบาทของพยาบาลเพื่อสุขภาพของครอบครัวในยุคโลกาภิวัตน์. การประชุมวิชาการเรื่องครอบครัวยุคโลกาภิวัตน์ ต่อบทบาทที่ก้าวไกล โดยสมาคมศิษย์เก่าพยาบาลศิริราช ครั้งที่ 9 วันที่ 23-25 พฤศจิกายน 2537 ณ.หอประชุมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม : โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน.
- รพีพร ธรรมสาโรจน์. 2542. ผลของการใช้หนังสือภาพการ์ตูนตัวแบบต่อการลดความกลัวและการให้ความร่วมมือในการฉีดยาของเด็กก่อนเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี ศรีหิรัญ. 2544. ผลการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์ และบุญหรี พ่วงสุวรรณ. 2539. ผลของการสอนอย่างมีแบบแผนต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของเด็กป่วยโรคหัวใจรูห์มาติก. รายงานการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุจา ภูไพบูลย์. 2541. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : หจก วิ เจ พรินติ้ง.
- ลดาวลัย ประทีปชัยกูร, กุลชาติ หงส์ชยางกูร และอุทัยวรรณ พุทธิรัตน์. 2548. บทความวิจัย เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจเรื้อรัง. วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์ 25(พฤษภาคม-สิงหาคม) : 1-13.
- วนิดา เสนะสุทนต์. 2544. บทความวิจัย เรื่องการปรับตัวของบิดามารดาของทารกวัยขวบปีแรก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วารสารพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 1(มกราคม-เมษายน) : 23 - 32
- วินัดดา ปิยะศิลป์, จันทิชาติตา พุกษานานนท์, รัตโนทัย พลับรู้การ, พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์ และ ประสพศรี อึ้งถาวร. 2546. การบริหารความเสี่ยงในการดูแลสุขภาพเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ภาพพิมพ์.
- วิภารัตน์ สุขทองสา. 2544. บทความวิจัย เรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหัวใจ. วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ 1(มกราคม-เมษายน) : 48-57.
- วีณา จีระแพทย์. 2533. ทฤษฎีการพยาบาลโอเรียม: แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเด็ก. วารสารพยาบาล 39(กรกฎาคม-กันยายน) : 216-227.
- วีณา จีระแพทย์. 2549. เอกสารประกอบการสอนวิชาการพยาบาลเด็กชั้นสูง 1. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (อัครสำเนา)

- วีรยา จิ่งสมเจตไพศาล. 2538. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจรั้งมาติก. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา ชนะพลพัฒน์. 2548. ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่องเบาหวานพฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ศิรินุช ชมโท. 2543. Update on Common Pediatric Problems. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : ธนบรรณาการพิมพ์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2540. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : หจก. วี เจ พรินติ้ง.
- สมปราถนา ทวายสมุทร. 2545. ผลของการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้หนังสือการ์ตูนตัวแบบที่มีข้อมูลรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์. 2548. The Cardiac Children Foundation of Thailand. (one line) : <http://www.doctordek.com>.
- สรณี อักษรกวณ. 2548. ผลของโปรแกรมการให้รูปแบบการบริการพยาบาลแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่อการกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ พฤติกรรมการดูแลเด็กของครอบครัวและความพึงพอใจในบริการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสวี ลาขโรจน์. 2537. หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและการประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- สุธิตา ล่ามช้าง และ จุฑามาศ ไชติบาง. 2545. บทความวิจัย การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. พยาบาลสาร 18(ตุลาคม-ธันวาคม) : 37-52.
- สุธิตา อารยาพิทยา. 2545. การรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน. พยาบาลสาร 23(กรกฎาคม-กันยายน) : 36-43.
- สุนีย์ ละกำป็น, ปัญญารัตน์ ลากวงศ์วัฒนา, จิตติมา ธาราพันธ์ และ จันทนา นนทิกร. 2547. นิพนธ์ต้นฉบับ การใช้โปรแกรมการสอนตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการให้ความรู้เรื่อง Thalassemia แก่นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. Chula Med Journal 48(November) : 723 -735.

สุนันทา ตันติกนกพร. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการรับรู้ประสิทธิผล
แห่งตนในการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข คณะ
สาธารณสุข มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรีย์ จินเรือง และวิภาศิริ นราพงษ์. 2548. พฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนในโรงเรียน
สังกัดเทศบาลเมือง จังหวัดสระบุรี. รายงานการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมชชนี สระบุรี.

อรพรรณ แสนใจวุฒิ. 2546. ผลการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแล
ของผู้ดูแลและพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
แก่น.

อุบล อสัมภินทรัพย์. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการกับ
พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาษาอังกฤษ

- Bandura. 1986. Social Foundation of Thought and Action: A Social Cognitive Theory. Eaglewood Cliffs : Prentice-Hall, Inc.
- Becker, M.H. 1974. The health Belief Model and Personal Health Behavior. New Jersey : Charles B. Slack.
- Birks, Y., Lewin, R. and Parsons J. 2006. Exploring health-related experiences of children and young people with congenital hearth disease. Journal compilation 10 : 16-19
- Bush and Iannotti. 1998. Origin and stability of Children's health beliefs relative to medicine use. Journal of Soc Sci Med 27(April) : 345-352.
- Bush and Iannotti. 1990. A Children's Health Belief Model. Journal of Medical care 28(January) : 69-83.
- Clarke N. 1994. Family-Centered: Nursing care of Children. 2nd . Philadelphia : W.B.Saunders Company.
- Cook H. & Higgins S. 2003. Primary Care of Child with a chronic condition. 4th ed. St. Louis : Mosby.
- Coyne. 1996. Parent paticipation : a concept analysis. Journal of advanced Nursing 23 : 733-740.
- Friedman, Marilyn M. 1986. Family nursing: Theory and assessment. United Stated of American : Appleton-Century-crofts.
- Friedman, Marilyn M.,Bowden, Vicky R., and Jones, Elaine G. 2003. Family Nursing Research, Theory & Practice. 5th ed. United Stated of American : Pearson Education,Inc.
- Gaudion, C., Glasper, E.A. 2000. Evidence-based Child Health Care: Challenges for Practice. 1st ed. Macmillan Press LTD.
- Gauvain, M and Perez, M. 2005. Paren-Children Participation in Planning Children's Activities outside of School in European American and Latino Families. Journal of Child Development 76(March-April) : 371-383.
- Gedaly-Duff, & Heims. 1996. Family health care nursing: Theory, Practice, and Research. United Stated of American : F.A. Davis Company Philadelphia.

- Honson, S.M.H., and Boyd, S.T. 1996. Family Health Care Nursing: Theory, Practice, and Research. United States of America : F.A. Davis Company Philadelphia.
- Hunsberger, M., Betz, C.L., and Wright S. 1994. Family-Centered: Nursing care of Children. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Hunter, E.F. 2000. Telephone support for persons with chronic mental illness. Home healthcare Nurse 18(March) : 172-179.
- Hutchfield, K. 1999. Family –centered care: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing 29(May) : 1178-1187.
- James & Ashwill & Droske. 2002. Health Promotion for the School-age Children. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Joseph, L.S. 1980. Self care and the nursing process. Nursing Clinic of North America 15(March) : 131-143.
- Ling F. 2001. Self care behaviours of school-age children with heart disease. Unpublished master's Thesis Faculty of Nursing Chiang Mai University.
- McKinney, E.s., Jamer, S.R., Murray, S.S., & Ashwill, J.W. 2005. Maternal-Child nursing. 2nd ed. St. Louis : Elsevier Saunders.
- Murray and Zentner. 1986. Nursing assessment & health promotion strategies through the life span. Norwalk : Apple&Lange.
- Neil. 1996. Parent Participation: Literature review and methodology. British Journal Nursing 5(January) : 34-40.
- Orem, D.E., Taylor, S.G. & Renpenning, K.M. 2001. Nursing: Concepts of practice. 6th ed. St. Louis : Mosby.
- Pedigo, C. 1994. Family-centered: Nursing care of Children. 2nd ed. Philadelphia : W.B. Saunders Company.
- Pender, N.J. 1987. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. United States of America : Appleton and Lange.
- Polit, D.F., and Beck, C.T. 2004. Nursing research principles and Methods. 7th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., and Hungler, E.P. 1999. Nursing research principles and Methods. 6th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

- Pollock, Marion B., & Middleton, K. 1994. School health instruction: The Elementary & Middle School Years. 3rd ed. St. Louis : Mosby.
- Sensky T. and Wray J. 1997. How dose the intervention of cardiac surgery affect the self-perception of children with congenital health disease? Child: Care. Health and Development 24(January) : 57-72.
- Siebes R.C., Wijnoroks, L., Ketelaar, M., Schie, P.E.M., Gorter, J.W. and Vermeer, A. 2006. Parent participation in paediatric rehabilitation treatment centres in Netherland: a parent's viewpoint. Journal compilatio 33(February) : 196-205.
- Vessey J.A., Braithwaite K.B. and Wiedermann M. 1990. Teaching children about their internal bodies. Paediatric Nursing 16(January) : 29-33.
- Wood, S.P. 1983. School aged children's perceptions of the causes of illness. Pediatric Nursing (Mach-April) : 101-104.
- Wong, D.L. 1999. Nursing care of Infants and Children. 6th ed. St. Louis : Mosby.
- Wong, D.L. 2003. Nursing care of Infants and Children. 6th ed. St. Louis : Mosby.
- Wong, D.L. 2007. Nursing care of Infants and Children. 6th ed. St. Louis : Mosby.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ
อาจารย์ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ (หัวหน้าหน่วยโรคหัวใจในเด็ก) คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ รัชณี สีดา
อาจารย์ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ จุรีย์ นฤมิตรเลิศ
อาจารย์ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กาญจนา ศิริเจริญวงศ์
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ฝ่ายพัฒนาและการวางแผน วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
5. อาจารย์. ดร. ทศนีย์ อรรถารส
อาจารย์ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
6. นางสาวสุณีย์ ชื่นจันทร์
พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยโรคหัวใจเด็ก ตึก สก.6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
7. นางรจิต โสภา
พยาบาลหัวหน้าห้องผ่าตัดกุมารเวชกรรม สก. 7 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างหนังสือเรียนผู้ทรงคุณวุฒิ

ที่ศษ 0512.11/ 3๙๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

2) ธันวาคม 2550

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

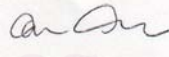
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวจันทร์จूरีย์ ถือทอง นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ รัชณี สีดา อาจารย์ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ถือนุญธวัชชัย)
รองคณบดีฝ่ายวิชาการ
ปฏิบัติราชการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ รัชณี สีดา

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี โทร. 0-2218-9828

ผู้นิสิต นางสาวจันทร์จूरีย์ ถือทอง โทร. 08-9166-6515



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เครื่องมือที่ใช้สำหรับการทดลอง

1. แผนการสอนสำหรับผู้ดูแล เรื่อง บทบาทของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. แผนการสอนสำหรับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแล เรื่อง “อวัยวะของเรากับหัวใจของหนู”
3. ภาพประกอบแสดงอวัยวะภายในร่างกาย โดยเน้นส่วนหัวใจ
4. หนังสือการ์ตูน เรื่อง “หัวใจของน้องๆ ต้องดูแลอย่างไร”
5. แผนติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ และแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์
6. แบบวัดความรู้ผู้ดูแล เรื่อง บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง

แผนการสอนเรื่อง	บทบาทของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
ผู้สอน	จันทร์จรรย์ ถือทอง
ผู้เรียน	ผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
สถานที่	คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
เวลา	20 นาที
แนวคิด	การได้รับความรู้เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทำให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และสามารถส่งเสริมให้เด็กดูแลตนเองได้เหมาะสม
วัตถุประสงค์ทั่วไป:	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ดูแลเห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 2. เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้บทบาทของตนเองในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

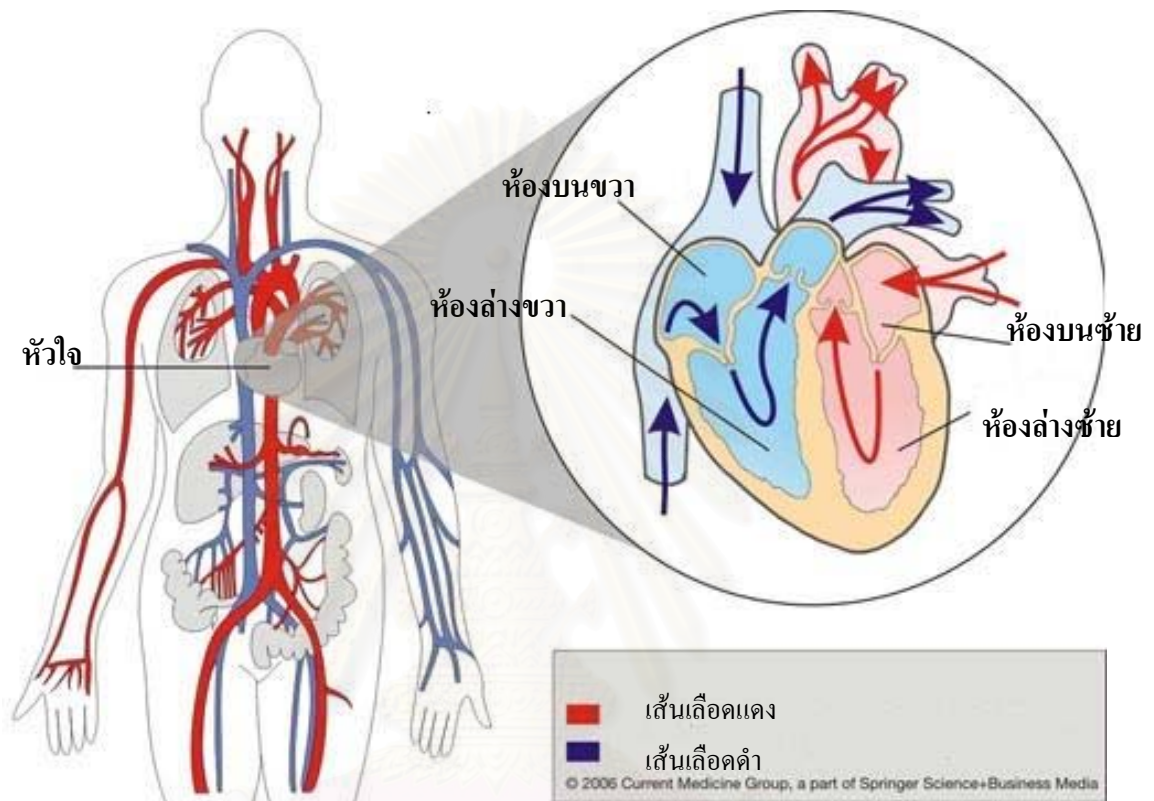
สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง

แผนการสอนเรื่อง	เรื่อง “อวัยวะของเรากับหัวใจของหนู”
ผู้สอน	จันทร์จรรย์ ถือทอง
ผู้เรียน	เด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และ ผู้ดูแล
สถานที่	คลินิกโรคหัวใจเด็ก แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
เวลา	40 นาที
แนวคิด	การได้รับรู้เกี่ยวกับอวัยวะภายในร่างกายของตนเอง และการดูแลทั้งในภาวะสุขภาพดี และเจ็บป่วยทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้เหมาะสมกับโรค
วัตถุประสงค์ทั่วไป :	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้เด็กได้รู้จักอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย คือ หัวใจ 2. เพื่อให้เด็กรู้ถึงการเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นเกิดจากหัวใจทำงานผิดปกติ 3. เพื่อให้เด็กมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพทั้งปกติและเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพประกอบการให้ความรู้
แสดงอวัยวะรูปหัวใจ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง หนังสือการ์ตูน เรื่อง หัวใจของน้องๆ ต้องดูแลอย่างไร



หนังสือการ์ตูน



เรื่อง “หัวใจของน้องๆ ต้องดูแลอย่างไร”

เป็นส่วนหนึ่งของเครื่องมือการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด”

มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

จัดทำโดย

นางสาว จันทรจรรย์ ถือทอง

นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ (สาขาการพยาบาลเด็ก) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ :

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี

ผู้ทรงคุณวุฒิให้คำแนะนำในการจัดทำ :

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กาญจนา ศิริเจริญวงศ์

นางรจิต โสภา





น้องบอลได้แต่ทำบ้านเศร้า ที่ต้องนอนโรงพยาบาล ส่วนน้องแพรเมื่อคุณหมอตรวจเสร็จ
จึงให้กลับบ้าน เพราะอาการโรคหัวใจของน้องแพรดีขึ้นมาก คุณหมอนัดพบอีก 6 เดือน
น้องแพร และคุณแม่ดีใจมาก แต่ น้องแพรก็ยังปฏิบัติตามคู่มือและคำแนะนำที่พี่พยาบาล
บอกไว้อย่างสม่ำเสมอ ตลอดเวลา.....



ข้อคิดที่ได้จากนิทาน



น้องๆ..... คนเก่งลองเขียนลงในตารางนะค่ะ...

ข้อควรปฏิบัติ



ข้อไม่ควรปฏิบัติ



ข้อควรปฏิบัติ	ข้อไม่ควรปฏิบัติ
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.

*** แล้วอย่าลืม! นำไปปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตนเองนะน้องๆ ***

แผนติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจทางด้านสุขภาพการรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. เพื่อส่งเสริมการสร้างแรงจูงใจทางด้านสุขภาพการรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
3. เพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งเสริมให้เด็กกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค
4. เพื่อกระตุ้น และส่งเสริมให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคอย่างต่อเนื่อง
5. เพื่อซักถามปัญหาในการมีส่วนร่วมส่งเสริมให้เด็กรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยคุยทางโทรศัพท์กับผู้ดูแลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการมีส่วนร่วมในกระตุ้น สร้างแรงจูงใจด้านสุขภาพการรับรู้ความรุนแรงของโรค และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยสอบถามการกระตุ้นทบทวนความรู้จากหนังสือการ์ตูน การกระตุ้นให้เด็กมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง เช่น สอบถามว่า “คุณแม่ได้เตือนน้องให้รับประทานอาหารที่ไม่มีรสเค็มและครบทุกมื้อตามตัวแบบในหนังสือการ์ตูนหรือเปล่า” และการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เช่น ถามว่า “ก่อนการรับประทานยาโรคหัวใจคุณแม่จับชีพจรก่อนรับประทานยาให้น้องฟังหรือไม่”
2. ผู้วิจัยคุยทางโทรศัพท์กับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเกี่ยวกับการอ่านหนังสือการ์ตูน เช่น “หนูอ่านหนังสือนิทานกี่ครั้งแล้วคะ” “หนูปฏิบัติตามน้องบอลหรือน้องแพร์ในการดูแลหัวใจอย่างไรบ้าง” และส่งเสริมให้เด็กปฏิบัติกรดูแลสุขภาพตามอาการหรือประสบการณ์ที่เกิดกับตัวเองโดยอาศัยความรู้ในนิทาน เช่น “หนูเล่นกับเพื่อนแล้วเหนื่อยบ้างหรือเปล่าสัปดาห์นี้.....เมื่อเหนื่อยแล้วหนูทำอะไร.....แล้วหนูเคยนับการหายใจเมื่อเหนื่อยตามที่พี่พยาบาลสอนหรือเปล่า.....พร้อมสอดแทรกเหตุการณ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง
3. สอบถามการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็ก เช่น สอบถามว่า “หนูยังรับประทานลูกอมอยู่หรือเปล่า” “ทำไมหนูไม่บอกคุณครูเมื่อหายใจเหนื่อย”
4. สอบถามปัญหาการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการส่งเสริมให้เด็กมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

กลุ่มตัวอย่างเลขที่.....สัปดาห์ที่.....วันที่.....

เรื่องที่จะประเมิน (คำถาม)	การมีส่วนร่วมของผู้ดูแล	การรับรู้และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของ เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
1. การสร้างแรงจูงใจด้าน สุขภาพ
2. การรับรู้ประโยชน์ของ ปฏิบัติตามการรักษา
3. การรับรู้ความรุนแรงของ โรค
4. พฤติกรรมสุขภาพ 4.1 การรับประทานอาหาร
4.2 การออกกำลังกายและ การพักผ่อน
4.3 การป้องกันการติดเชื้อ เข้าสู่หัวใจ
4.4 การแสวงหาแหล่ง ช่วยเหลือ
4.5 การมารับประทานยา
5. ปัญหาและอุปสรรค

**แบบวัดความรู้บทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยเรียน
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด**

คำชี้แจง แบบวัดความรู้ชุดนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อต้องการทราบถึงความรู้เกี่ยวกับบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีจำนวน 10 ข้อ เมื่อท่านอ่านข้อคำถามแล้วโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ใช่” ในข้อที่มีความเห็นถูกต้อง และทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง “ไม่ใช่” ในข้อที่มีความเห็นที่ไม่ถูกต้อง เกณฑ์ประเมินตามมาตรวัด นามบัญญัติ 2 ระดับ คือ

คำถามทางบวก

“ใช่” หมายถึง รับรู้ถูกต้อง

“ไม่ใช่” หมายถึง รับรู้ไม่ถูกต้อง

คำถามทางลบ

“ไม่ใช่” หมายถึง รับรู้ถูกต้อง

“ใช่” หมายถึง รับรู้ไม่ถูกต้อง

ข้อคำถาม	ความเห็น	
	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดผู้ดูแลต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง		
2. เมื่ออยู่โรงพยาบาลผู้ดูแลสามารถนำข้อมูลการเปลี่ยนแปลงอาการของลูกบอกแก่แพทย์และพยาบาลได้		
3. การอ่านหนังสือ คู่มือ เกี่ยวกับโรคของลูก ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลลูกที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด		
4. เมื่อลูกอยู่โรงพยาบาลผู้ดูแลสามารถตัดสินใจการรักษาลูกร่วมกับแพทย์และพยาบาล		
5.....		
6.....		
7.....		
8.....		
9.....		
10.....		

เครื่องมือกำกับการทดลอง

ประกอบด้วย

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพสำหรับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยประเมินการรับรู้ภาวะทางสุขภาพใน 3 องค์ประกอบ คือ

- การรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 5 ข้อ
- การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวน 5 ข้อ

ผู้ประเมินจะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเด็กฟังทีละข้อ เพื่อให้เด็กพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความเข้าใจ และความเห็นของผู้ป่วยเด็กหรือไม่ ผู้ประเมินจะเป็นผู้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงตามความเห็นของผู้ป่วยเด็ก หากผู้ป่วยเด็กไม่เข้าใจข้อความใด ผู้ประเมินจะอธิบายเพิ่มเติมโดยคงความหมายของเนื้อหาในแบบสอบถามเช่นเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใจ และตอบตรงตามความเข้าใจ และความเห็นมากที่สุด

การแปลความหมาย

ข้อคำถามในลักษณะบวก

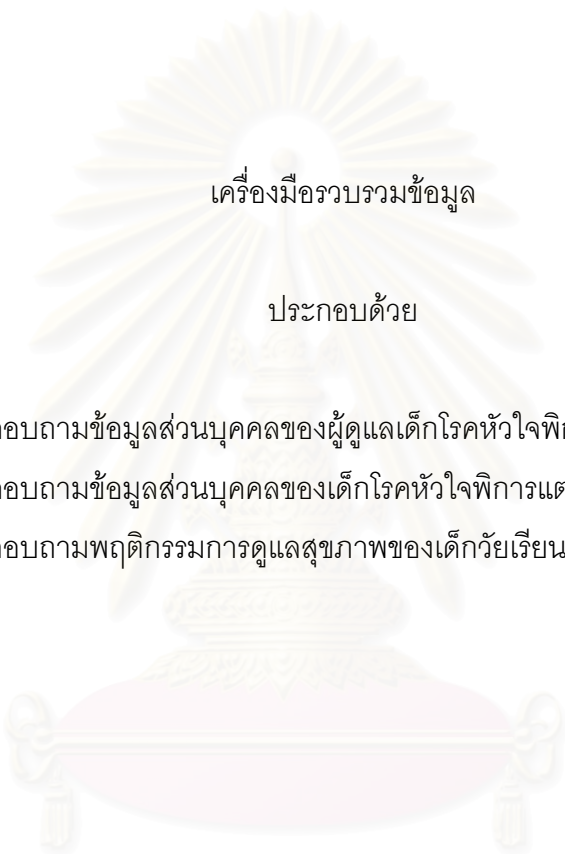
ใช่	หมายถึง	รับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้อง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	รับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องพอควร
ไม่ใช่	หมายถึง	รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ถูกต้อง

ข้อคำถามในลักษณะลบ

ใช่	หมายถึง	รับรู้ภาวะสุขภาพไม่ถูกต้อง
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	รับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้องพอควร
ไม่ใช่	หมายถึง	รับรู้ภาวะสุขภาพถูกต้อง

แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

คำถาม	การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
	ใช่	ไม่แน่ใจ	ไม่ใช่
การรับรู้แรงจูงใจด้านสุขภาพ			
1. ความรู้เรื่อง หัวใจของหนู ที่คุณหมอ และพยาบาลแนะนำ ช่วยให้หนู เข้าใจโรคหัวใจของหนูมากขึ้น			
2. เมื่อหนู เป็นหวัด มีไข้ ทำให้หนูติดเชื้อที่หัวใจได้ง่ายกว่าเพื่อนที่ไม่เป็นโรคหัวใจ			
3.			
4.			
การรับรู้การรับรู้ความรุนแรงของโรค			
5. โรคหัวใจทำให้หนูตัวเล็กกว่าเพื่อนๆ			
6. หนูรู้สึกเหนื่อย เมื่อหัวใจของหนูทำงานมากขึ้น			
7.			
8.			
9.			
การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการปฏิบัติตน			
10. การแปรงฟันทุกวันและพบทันตแพทย์ ทุก 6 เดือน เป็นสิ่งจำเป็น เพราะช่วยป้องกันไม่ให้หัวใจติดเชื้อโรคได้ง่าย			
11. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก ผลไม้ ทำให้ร่างกายแข็งแรงช่วยให้การรักษาโรคหัวใจได้ผลดีขึ้น			
12.			
13.			
14.			



เครื่องมือรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
3. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วเติมข้อความหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับ ข้อมูลส่วนตัวของท่าน

1. ท่านมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย.....
2. ปัจจุบันท่านมีอายุ.....ปี
3. ท่านมีรายได้
 - (....) น้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน
 - (....) 5,000 บาท – 10,000 บาท/เดือน
 - (....) มากกว่า 10,000 บาท/เดือน
4. ท่านสำเร็จการศึกษา
 - (....) ประถมศึกษา
 - (....) มัธยมศึกษาตอนต้น หรือ ปวช
 - (....) มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวส
 - (....)ปริญญาตรี
 - (.....) สูงกว่าปริญญาตรี
5. สถานที่อยู่

บ้านเลขที่.....ซอย.....ถนน

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
6. เบอร์โทรศัพท์.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

คำชี้แจง ผู้ประเมินจะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเด็กฟังที่ละเอียดแล้ว ผู้ประเมินจะเติมข้อความ หรือใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลส่วนตัวของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1. ปัจจุบันหนูนอายุ.....ปี
2. หนูเป็นเพศ
 - (....) ชาย
 - (....) หญิง
3. กำลังศึกษา
 - (....) ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1.
 - (....) ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2.
 - (....) ชั้นประถมศึกษาปีที่ 3.
 - (....) ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4.
 - (....) ชั้นประถมศึกษาปีที่ 5.
 - (....) ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6.
4. ผลการวินิจฉัยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....
5. ระดับความรุนแรงของโรค
 - (....) ระดับ 1. ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำงานบ้าน ออกกำลังกาย
 - (....) ระดับ 2. ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ทำงานบ้าน ออกกำลังกายได้ตามปกติ แต่จะมีอาการเมื่อออกกำลังกายมากกว่าปกติ เช่น วิ่ง หรือ เดินขึ้นบันไดเร็วๆ และขณะพักจะทำให้อาการดีขึ้น
 - (....) ระดับ 3. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบเมื่อทำกิจกรรมต่างๆ แม้ออกแรงเพียงเล็กน้อย เช่น เดินไปห้องน้ำ อาการหอบดีขึ้นเมื่อพัก
 - (....) ระดับ 4 ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยหอบ แม้ขณะพัก หรือนั่งอยู่บนเตียงเฉยๆ และเมื่อทำกิจกรรมเล็กน้อยจะทำให้เหนื่อยหอบอย่างรุนแรง

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้ต้องการทราบความถี่ของการกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผู้ประเมินจะอ่านข้อความในแบบสอบถามให้ผู้ป่วยเด็กฟังทีละข้อ เพื่อให้เด็กพิจารณาว่าข้อความนั้นตรงกับความถี่การกระทำกิจกรรมในช่องใด ผู้ประเมินจะเป็นผู้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับผู้ป่วยเด็กตอบ เมื่อเด็กไม่เข้าใจ ผู้ประเมิน จะอธิบายเพิ่มเติมโดยคงความหมายของเนื้อหาในแบบสอบถามเช่นเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กตอบตรงความจริงมากที่สุด

โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบคำถาม

ทำทุกครั้งหรือทุกวัน	หมายถึง หนูกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้นๆ เป็นประจำสม่ำเสมอทุกวัน หรือทุกครั้ง
ทำบ่อยครั้งหรือเกือบทุกวัน	หมายถึง หนูกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้นๆ บ่อยครั้ง เกือบทุกวัน (6- 4 วัน / สัปดาห์)
ทำบางครั้ง หรือบางวัน	หมายถึง หนูกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้นๆ นานๆ ครั้ง หรือบางวัน (3 – 1 วัน / สัปดาห์)
ไม่ได้ทำ	หมายถึง หนูไม่ได้กระทำกิจกรรมการดูแลตนเองในเรื่องนั้นๆ เลย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ข้อคำถาม	ไม่ได้ทำ	ทำ บางครั้ง หรือบาง วัน	ทำ บ่อยครั้ง หรือเกือบ ทุกวัน	ทำทุก ครั้งหรือ ทุกวัน
ด้านภาวะโภชนาการ				
1. หนูรับประทาน ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ ไขมัน ครบ 5 หมู่				
.....				
.....				
ด้านออกกำลังกายและการพักผ่อน				
5. ขณะที่หนูเล่นกับเพื่อนแล้วมีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก หนูจะหยุดเล่น และนั่งพัก				
.....				
.....				
ด้านการป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่หัวใจ				
10. หนูไปในที่แออัด เช่น ตลาดนัด โรงภาพยนตร์				
11. หนูแปรงฟันหลังจากตื่นนอน และก่อนเข้านอน				
.....				
.....				
ด้านการแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง				
15. หนูบอกให้บิดามารดาตรวจสอบชีพจรเมื่อมีหายใจเหนื่อย				
.....				
.....				
ด้านปฏิบัติตามการรักษา				
19. หนูรับประทานยาตรงตามเวลา				
.....				
22.....				



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างเอกสารพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย
และยินยอมในการร่วมวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำชี้แจงเกี่ยวกับข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้แทนโดยชอบธรรมของเด็ก
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Participant information sheet)

เนื่องจากได้มีการปรับเปลี่ยน ชื่อหัวข้อการวิจัยขณะทำการสอบจบวิทยานิพนธ์ฉบับ
สมบูรณ์ จากเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เป็น ผลของการสอนตาม
แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็ก
วัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ดังนั้นเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยและใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยที่ผ่านการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จึงยังคงชื่อการวิจัยเดิมอยู่



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้แทนโดยชอบธรรมของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
(Participant information sheet)

1. **ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. **ผู้วิจัย** นางสาวจันทร์จรรย์ ถือทอง นิสิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. **สถานที่ปฏิบัติงาน** ตึก สก.15 เสาวงภา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
โทรศัพท์ที่ปฏิบัติงาน 02 – 256-5335
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 089 – 1666-515
4. **ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้**
 - 4.1 โครงการนี้เป็น การศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
 - 4.3 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมวิจัย ไม่ต้องระบุ ชื่อ-สกุล ลงในการตอบแบบสอบถามจะใช้รหัสแทนชื่อจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย
 - 4.4 ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธในการเข้าร่วมโครงการครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสามารถเข้ารับบริการได้ตามปกติ

5. คำชี้แจงทั่วไป

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีอาการเหนื่อยง่ายไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเหมือนเด็กปกติได้ เนื่องจากโรคส่งผลให้หัวใจทำงานผิดปกติ สูดซึดเลือดไปเลี้ยงร่างกายไม่ดี หากอาการรุนแรงจะทำให้มีอันตรายถึงชีวิตได้ จึงต้องได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยเฉพาะในเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่มักเริ่มดูแลตนเองโดยมีบิดามารดา เป็นผู้คอยให้คำแนะนำและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ปัญหาที่ยังพบบ่อยคือ เด็กยังไม่สามารถดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง การพัฒนาเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ให้มีการรับรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเองร่วมกับผู้ดูแล จะพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อไปได้

6. คำชี้แจงรายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนี้

ผู้วิจัยจะเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกเด็ก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เป็นรายบุคคล และแบ่งกลุ่มเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแล เป็น 2 กลุ่ม

6.1 กลุ่มที่ 1. เป็นกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม ได้รับการพยาบาลขณะรับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจตามปกติ เมื่อกลับบ้านผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแลใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ โดย เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะต้องเกี่ยวข้องกับการวิจัยในครั้งนี้ด้วยการตอบแบบสอบถามครั้งละไม่เกิน 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1. ก่อนการทดลองวิจัย ครั้งที่ 2. ประเมินผลหลังการวิจัย 1 เดือน โดยแบบสอบถามชุดเดิม และจะได้รับกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพหลังการวิจัยสิ้นสุด

6.2 กลุ่มที่ 2. เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมี พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับโรค ซึ่งจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาล ประมาณ 1 ชั่วโมง 15 นาที และมีการใช้โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน ในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 ตามเวลาที่ผู้ดูแลและเด็กสะดวก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 10 นาที และ ให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตอบ แบบสอบถาม เช่นเดียวกับกลุ่มที่ 1. ในสัปดาห์ที่ 5

7. ประโยชน์ของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแลจะได้รับในครั้งนี้ คือ

7.1 เด็กวัยเรียนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้มีการเรียนรู้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

7.2 ผู้ดูแลโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

8. การติดต่อในกรณีมีปัญหา หรือมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดการวิจัย ที่

ผู้วิจัย นางสาวจันทร์จรรย์ ถือทอง เบอร์โทรศัพท์ 089-1666-515

สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 0-2256-4455 ต่อ 14 , 15

9. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านเป็นประโยชน์ และโทษเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยและผู้ดูแลทราบอย่างรวดเร็ว

10. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมวิจัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมวิจัย (สำหรับผู้ดูแล)
(Informed consent form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ได้
อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่
.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและ
วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้
ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการ
วิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม
การวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น
ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยพึงจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยหรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจ และประมวลข้อมูลของ
ผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอ
ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสาร และ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบ
ทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและ
สามารถเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้ายินดีลงนามในใบยินยอมนี้เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ยินยอม
(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

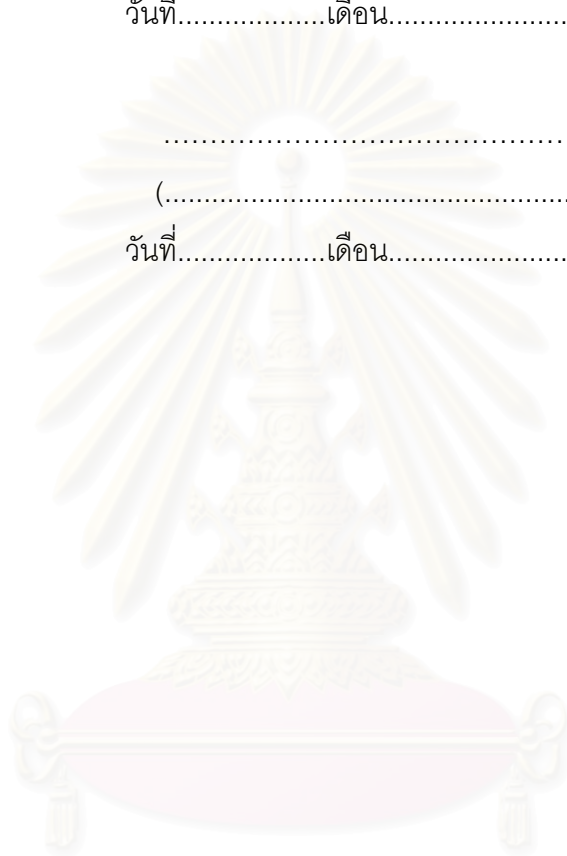
(.....) ชื่อผู้ทำการวิจัยตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยานตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมวิจัย (สำหรับเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด)
(Informed Assent form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หนู เด็กหญิง / เด็กชาย.....นามสกุล.....

ได้ทราบถึงรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่
.....และหนูยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

หนูได้รับสำเนาใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่หนูได้ลงนามและวันที่ พร้อม
ด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้
หนูได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย วิธีการวิจัย
รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย

หนูยินดีเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมการ
วิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ที่
พึงจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของหนูเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ
ได้รับการยินยอมจากหนูเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยหรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจ และประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วม
วิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่หนูขอ
ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสาร และ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบ
ทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวหนูได้

หนูเข้าใจว่า หนูมีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวและสามารถเลิกการให้สิทธิ
ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

หนูยินดีลงนามในใบยินยอมนี้เพื่อเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำการวิจัยตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยานตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนังสือแสดงความยินยอมของผู้แทนโดยชอบธรรมของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
(Informed consent form)

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ซึ่งมี

ความสัมพันธ์เป็น.....ของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูล

สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่.....และข้าพเจ้ายินยอม

ให้ เด็กหญิง/เด็กชาย.....เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาใบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนามและ
วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการ
วิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการวิจัย
วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัย

ข้าพเจ้าเข้าใจ การปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่ง
ไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยพึงจะได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้
เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยหรือผู้ได้รับอำนาจมอบหมายให้เข้ามาตรวจ และ
ประมวลข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความ
ถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอ
ยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสาร และ/หรือตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบ
ทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้วมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในหนังสือ
ยินยอมให้ผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....) ชื่อผู้แทนโดยชอบธรรมตัวบรรจง

.....ความสัมพันธ์ของผู้แทนโดยชอบธรรมกับผู้เข้าร่วมวิจัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้กับผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

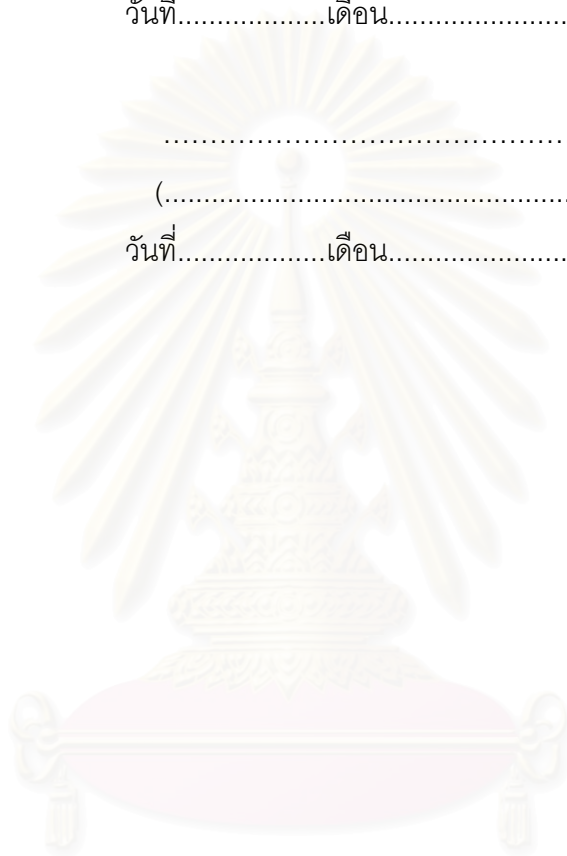
(.....) ชื่อผู้ทำการวิจัยตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยานตัวบรรจง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 107/2008
IRB No. 011/51

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : The effect of health perception enhancement emphasizing caregiver participation program on health care behaviors of school age children with congenital heart disease

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวจันทร์จรัสย์ ถือทอง

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์

รายงานความก้าวหน้า : ผู้วิจัยส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

ลงนาม *(ลายเซ็น)*
(ศาสตราจารย์กิตติคุณนายแพทย์เอนก อารีพรศ)

ประธาน
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม *(ลายเซ็น)*
(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงอารีรัตน์ สุพุทธิธาดา)

กรรมการและเลขานุการ
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

วันที่รับรอง : 28 กุมภาพันธ์ 2551

วันหมดอายุ : 28 กุมภาพันธ์ 2552

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



ภาคผนวก ง

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูล

การนำเสนอตารางการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมมีดังนี้

ส่วนที่ 1. วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตรวจสอบ

1.1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการสอนตามปกติ โดยใช้ สถิติ Dependent t-test ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการสอนตามปกติ และกลุ่มทดลองก่อนได้รับการสอนตามแนวความคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Independent t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ส่วนที่ 2. การวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบการแจกแจงค่าเฉลี่ย

2.1 การแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มทดลอง ทั้งก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One – Sample Kolomogorov – smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

2.2 การแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มควบคุม ทั้งก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One – Sample Kolomogorov – smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

2.3 การแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ทั้งก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One – Sample Kolomogorov – smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

สถาบันนวัตกรรมการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1.1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการสอนตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการสอนตามปกติ

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	ก่อนการสอนปกติ		หลังการสอนปกติ		t	P-value 2-tailed
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านโภชนาการ	9.55	1.53	9.85	1.26	1.30	.20
ด้านออกกำลังกาย และการพักผ่อน	13.00	1.86	12.60	1.35	1.40	.17
ด้านป้องกันการติดเชื้อ	13.05	1.73	13.25	1.44	.657	.51
ด้านการแสวงหา แหล่งช่วยเหลือ	6.15	1.46	6.35	1.49	1.07	.29
ด้านปฏิบัติตามการรักษา	11.85	1.38	11.75	1.40	.43	.66
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	53.60	5.36	5.80	4.20	.32	.74

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทั้งรายด้าน และโดยรวม ภายในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 1.2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มทดลองก่อนที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

ตารางที่ 6. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มทดลองก่อนที่ได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพ	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	P-value 2-tailed
	Mean	SD	Mean	SD		
ด้านโภชนาการ	9.55	1.53	9.85	1.72	.58	.56
ด้านออกกำลังกาย และการพักผ่อน	13.00	1.86	12.85	1.08	.31	.75
ด้านป้องกันการติดเชื้อ	13.05	1.73	12.55	1.73	.91	.36
ด้านการแสวงหา แหล่งช่วยเหลือ	6.15	1.46	6.80	1.15	1.50	.12
ด้านปฏิบัติตามการ รักษา	11.85	1.38	11.30	1.38	1.25	.21
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโดยรวม	53.60	5.36	53.35	3.16	.179	.85

จากตารางที่ 6 พบว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทั้งรายด้านและโดยรวม ของกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลวิชาชีพ และกลุ่มทดลองก่อนได้รับการสอนตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ส่วนที่ 2.1. การแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กรั้วเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มทดลอง ทั้งก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov – smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

ตารางที่ 7. การแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กรั้วเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มทดลอง ทั้งก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One – S-sample Kolmogorov – smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pre-test	Post-test
N		20	20
Normal	Mean	53.35	67.15
Parameters(a,b)	Std. Deviation	3.167	4.082
Most Extreme	Absolute	.144	.145
Differences	Positive	.144	.145
	Negative	-.129	-.107
Kolmogorov-Smirnov Z		.644	.650
Asymp. Sig. (2-tailed)		.801	.792

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2.2 การแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มควบคุม ทั้งก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov – smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

ตารางที่ 8. การแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มควบคุม ทั้งก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One – Sample Kolmogorov – smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญที่ .05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pre-test	Post-test
N		20	20
Normal	Mean	53.6000	53.8000
Parameters(a,b)	Std. Deviation	5.36460	4.20025
Most Extreme	Absolute	.147	.131
Differences	Positive	.147	.131
	Negative	-.098	-.080
Kolmogorov-Smirnov Z		.658	.586
Asymp. Sig. (2-tailed)		.780	.882

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2.3 การแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ทั้งก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One – Sample Kolomogorov – smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญที่ . 05

ตารางที่ 9. การแจกแจงของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ทั้งก่อน และหลังการทดลอง ด้วยสถิติ One – Sample Kolomogorov – smirnov Test ที่ระดับนัยสำคัญที่ . 05

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		Pre-test	Post-test
N		40	40
Normal	Mean	53.4750	60.4750
Parameters(a,b)	Std. Deviation	4.34999	7.89998
Most Extreme	Absolute	.138	.119
Differences	Positive	.138	.119
	Negative	-.085	-.083
Kolmogorov-Smirnov Z		.872	.751
Asymp. Sig. (2-tailed)		.432	.625

a Test distribution is Normal.

b Calculated from data.

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ข้าพเจ้า ชื่อ นางสาวจันทร์จรรย์ ถิ่นทอง เกิด วันที่ 7 เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2518 ที่ จังหวัดนครศรีธรรมราช สถานที่อยู่ปัจจุบัน 1873 หอกุลพิพัฒน์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ แขวง ปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2540 และเข้ารับการศึกษาคอนตะพยาบาลศาสตรจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 4 มิถุนายน 2549 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับ 6 หน่วยงานกุมารเวชกรรม ฝ่ายการพยาบาล หอผู้ป่วย สก. 15 (เสาวภา) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย