บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การผ่าตัดใหญ่ (major surgery) เป็นวิธีการรักษาที่พบได้มากที่สุดในการผ่าตัดในเด็ก ประมาณร้อยละ 70 ของจำนวนเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด (กรมการแพทย์, 2554) โดยมีวัตถุประสงค์ในการวินิจฉัยโรค เพื่อการรักษา การแก้ไขและซ่อมแซมหรือเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ของโรค (Basavanthappa, 2003) ช่วยให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติทำหน้าที่ได้เหมือนเดิมมากที่สุด (Potter & Perry, 2007) การผ่าตัดใหญ่เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีโอกาสสูญเสียเลือดอย่างรุนแรงหรือสูญเสียอวัยวะสูงเนื่องจากใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน และเป็นการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) เช่น การผ่าตัดทรวงอก การผ่าตัดหัวใจ เป็นต้น หรือการใช้ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) เช่น การผ่าตัดอวัยวะในช่องท้อง (Basavanthappa, 2003; Puri & Höllwarth, 2009) จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูงและต้องการเวลาในการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติมากกว่าการผ่าตัดเล็ก

จากสถิติประเทศประเทศอังกฤษปี ค.ศ. 2010-2011 พบจำนวนเด็กมากกว่า 600,000 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการต่างๆ (Power, Howard, Wade, & Franck, 2012) สำหรับสถิติประเทศไทยจากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 และ พ. ศ. 2553 มีจำนวนเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปีที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในระบบต่างๆ 18,123 ราย และ 14,653 ราย การผ่าตัดพบได้เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ การผ่าตัดแบบกำหนดล่วงหน้า (elective surgery) เป็นการผ่าตัดที่มีการวางแผนล่วงหน้า โดยแพทย์กำหนดวันผ่าตัดภายหลังจากการวินิจฉัยโรค และเด็กต้องเข้านอนโรงพยาบาลก่อนวันผ่าตัดเพื่อเตรียมร่างกายให้พร้อมสำหรับการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดหัวใจ การผ่าตัดลำไส้ เป็นต้น และการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (emergency surgery) เป็นการผ่าตัดที่ถูกกำหนดขึ้นทันทีทันใดโดยไม่มีการวางแผนไว้ล่วงหน้าเพื่อรักษาชีวิตหรืออวัยวะที่เกิดปัญหานั้น เช่น การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ เป็นต้น การผ่าตัดชนิดนี้อาจทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลการรักษารวมถึงการเตรียมผู้ป่วยอย่างครบถ้วนจึงเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นทั้งระยะก่อน ระหว่าง และหลังผ่าตัด (Basavanthappa, 2003) ทั้งนี้พบว่าเป็นการผ่าตัดใน

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

เด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียนมากที่สุดและจากสถิติจำนวนเด็กอายุระหว่าง 3 - 12 ปี ที่เข้ามารับการผ่าตัดร่างกายทุกระบบ ยกเว้น การผ่าตัดระบบประสาท และการผ่าตัดกระดูกและข้อของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2555 มีรายละเอียดดังนี้ จำนวน 377 ราย 350 ราย และ 365 ราย ตามลำดับ ซึ่งนอนรักษาในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ย 5-7 วัน (งานเวชระเบียนโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2556) และสถิติของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2 โรงพยาบาลลำปาง พ.ศ. 2556 มีจำนวนเด็กอายุระหว่าง 3-12 ปี ที่เข้ามารับการผ่าตัดร่างกายทุกระบบ ยกเว้น การผ่าตัดระบบประสาท และการผ่าตัดกระดูกและข้อ จำนวนประมาณ 360 ราย

การผ่าตัดใหญ่ในเด็ก พบได้ทั้งการผ่าตัดแบบกำหนดล่วงหน้าและการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน โดยใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) การใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่พบบ่อยคือ การสูดดมก๊าซที่ทำให้สลบหรือการฉีดสารละลายทำให้สลบทางหลอดเลือดดำ ซึ่งส่งผลให้เด็กไม่รู้สึกตัวชั่วคราวและการทำงานของระบบร่างกายลดลงขณะผ่าตัด โดยก่อนการผ่าตัดเด็กต้องมานอนโรงพยาบาลล่วงหน้าอย่างน้อย 6 ชั่วโมง (Maxwel, 2004) เพื่อเตรียมความพร้อมของร่างกายสำหรับการได้รับยาระงับความรู้สึกและการผ่าตัด ทั้งนี้จากการศึกษาของพาวาร์ (Pawar, 2012) พบว่าภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย เด็กเกิดอาการอาการคลื่นไส้และอาเจียน ร้อยละ 8.9-42 ทำให้เกิดความไม่สุขสบายส่งผลให้ร่างกายเกิดอาการอ่อนล้าได้ (Chatterjee, Rudra, & Sengupta, 2011; Kain, Mayes, Caldwell-Andrews, Karas, & McClain, 2006) ซึ่งหากเด็กมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนหลังผ่าตัด ผู้ดูแลเด็กสามารถให้การดูแลโดย การสังเกตว่าเด็กมีอาการหรือไม่ และให้การดูแลรวมถึงรีบแจ้งอาการเด็กแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล (Pawar, 2012) นอกจากนี้การลงมีดผ่าตัดที่เนื้อเยื่อของร่างกายจะนำไปสู่การกระตุ้นระบบการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อทำให้เกิดอาการบวม ดึงรั้ง ส่งผลให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เกิดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กที่รับและส่งสัญญาณความปวดไปยังสมอง ทำให้เด็กเกิดความปวด (Bonica & Loeser, 2001; Chudler & Bonica, 2001) ซึ่งความปวดแผลผ่าตัดทำให้เด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนได้เพราะเด็กจะพยายามนอนนิ่งๆ หายใจลักษณะเร็วตื้นเพื่อลดการกระตุ้นความปวด ส่งผลให้เด็กไม่สามารถหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ ได้อย่างเต็มที่ ทำให้ถุงลมปอดขยายตัวไม่เต็มที่และไม่สามารถไอขับเสมหะออกมาได้เกิดการคั่งค้างของเสมหะ อาจส่งผลให้เกิดภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบตามมาได้ (Chieng et al., 2013; Reaney, 2007; Jacob, 2009) นอกจากนี้ความปวดยังทำให้เด็กไม่อยากเคลื่อนไหวร่างกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง (Christensen, 2006) ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ส่งผลให้เกิดอาการท้องอืดจากการคั่งของแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้ (Chieng et al., 2013) การบรรเทาความปวดแก่เด็กโดยวิธีการใช้ยาในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด เป็นการบริหารยาตามเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ และจากรายงานการศึกษาการจัดการความปวดโดย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

บิดามารดาในเด็กหลังผ่าตัดหลังผ่าตัด พบว่าบิดามารดาสามารถให้การจัดการความปวดแก่เด็กหลังผ่าตัดโดยใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดท่านอน และการเสริมแรงทางบวก (He, Pölkki, Vehvilainen-Julkunen, & Pietila., 2005) ดังนั้นเมื่อเด็กได้รับการจัดการความปวดที่เหมาะสมจะทำให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มากขึ้น รวมทั้งหากไม่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียนหลังผ่าตัด เด็กสามารถมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้ดี (Chae & Stiegmann, 2006)

การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดคือ การกลับคืนจากภาวะความเจ็บป่วยเข้าสู่ภาวะปกติใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัดหรือสภาวะดีที่สุดตามสภาพร่างกายภายหลังการผ่าตัด ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการดำเนินชีวิตตามปกติ การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก (early phase) ระยะกลาง (intermediate phase) และระยะท้าย (late phase) (Allvin, Berg, Idvall, & Nilsson, 2007) โดยการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดระยะแรก เป็นระยะที่นับตั้งแต่การผ่าตัดเสร็จสิ้นและสิ้นสุดการได้รับยาระงับความรู้สึก โดยระดับความรู้สึกตัวเริ่มกลับเข้าสู่ภาวะปกติ สัญญาณชีพคงที่ ร่างกายมีปฏิกิริยาการตอบสนองอัตโนมัติ การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดระยะกลาง คือ ระยะช่วงสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด (Craven & Hirnle, 2003) ระบบต่างๆ ของร่างกายเริ่มทำงานได้ปกติ ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพอยู่ในภาวะปกติ และการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย คือ ช่วงเวลาหลังจากสัปดาห์แรกถึง 1 เดือนหลังผ่าตัด สภาพร่างกายผู้ป่วยกลับเข้าสู่ภาวะปกติใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัด

การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในระยะแรกและระยะกลางเป็นช่วงเวลาที่นอนรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การควบคุมการฟื้นฟูของร่างกาย (controlled rehabilitation) การลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็ว (early ambulation) (Allvin et al., 2007) และการเริ่มรับประทานอาหารเร็ว (early initiation of oral intake) (Reismann et al., 2009) ซึ่งการควบคุมการฟื้นฟูของร่างกายในระยะแรกหลังผ่าตัดสามารถเริ่มได้เมื่อเด็กมีระดับความรู้สึกตัวดี โดยการกระตุ้นให้เด็กหายใจเข้า-ออก ลึกๆ ยาวๆ ตามด้วยการไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมงเพื่อช่วยให้หายใจโล่งและลดการคั่งค้างของเสมหะ ร่วมกับการลุกนั่งบนเตียงและการหมุนข้อเท้าเพื่อให้มีการออกกำลังกายของกล้ามเนื้อเท้า (Dronkers, Veldman, Hoberg, & Waal, 2008) หากเด็กมีสัญญาณชีพคงที่ สามารถควบคุมอาการปวดได้ และไม่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน (Craven & Hirnle, 2003) การกระตุ้นให้เด็กลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็วถือเป็นขั้นตอนสำคัญในการช่วยให้เด็กหลังผ่าตัดมีการฟื้นสภาพดีและเร็ว (Browning, Denehy, & Scholes, 2007) โดยกระตุ้นให้เด็กมีการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น เริ่มจากการลุกนั่งบนเตียงและลงมานั่งข้างเตียง แกว่งเท้า และกระตุ้นให้เด็กลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็วรอบๆ เตียงตนเอง (Boehnlein & Marek, 2003; Smeltzer & Bare, 2004) หรือรอบๆ ทางเดินในหอผู้ป่วยและเพิ่มระยะทางขึ้น (Zutshi, Delaney, Senagore, & Fazio, 2004)

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

โดยเฉพาะเด็กในวัยที่เดินได้อย่างคล่องแคล่ว ซึ่งเริ่มตั้งแต่เด็กวัยก่อนเรียนซึ่งมีการพัฒนาการทำงานประสานสัมพันธ์ของอวัยวะที่ใช้ในการเคลื่อนไหวโดยเฉพาะกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น แขน ขา และในเด็กวัยเรียนที่มีพัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวและการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กประสานกันดีขึ้น สามารถใช้สายตา มือ เท้าพร้อมๆ กันได้ดี สำหรับพัฒนาการด้านความคิดและด้านจิตสังคมนี้กำลังอยู่ในช่วงพัฒนาความคิดอย่างมีเหตุผล แต่ยังมีความกลัว ไม่กล้า ไม่มีความมั่นใจในตนเอง (นิตยา คชภักดี, 2554) ซึ่งการผ่าตัดนั้นก่อให้เกิดความกลัวและความเครียดต่อเด็ก (Wilson, Megel, Enenbach, & Carlson, 2010) ดังนั้นเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียนจึงยังไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเต็มที่ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหลักในการดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (นิตยา คชภักดี, 2554) รวมถึงการช่วยเรื่องกิจกรรมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ดังนั้นการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของดูแลเด็กในระยะแรกและระยะกลาง จึงมีความสำคัญมาก หากเด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสมช่วยทำให้ฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้นและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Zeitz, McCutcheon, & Albrecht, 2004) และลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว นอกจากนี้การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในเด็กแต่ละรายนั้นอาจใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกันทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต โรคประจำตัว และสภาพจิตใจ (Potter & Perry, 1995) อย่างไรก็ตามการนอนรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดต่อเด็ก (Wilson et al., 2010) นอกจากนี้ความวิตกกังวลหรือความปวดของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่เด็กได้รับ และเสียงดังจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ยังส่งผลทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความเครียดและความวิตกกังวล (Melzer, Davis, & Mindell, 2012) แต่การปฏิบัติดูแลจากผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดนั้นมีผลโดยตรงต่อสภาวะอารมณ์ของเด็ก คือ หากผู้ดูแลเด็กได้อยู่ใกล้ชิดดูแลเด็กจะสามารถลดความวิตกกังวลและบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดของเด็กได้ (Pölkki, Pietilä, Vehviläinen-Julkunen., Laukkala, & Ryhänen, 2002) ดังนั้น การผ่าตัดจึงเป็นหัตถการที่ส่งผลกระทบด้านจิตใจต่อเด็กโดยตรง เนื่องจากเด็กยังช่วยเหลือตัวเองได้น้อย กลัวการผ่าตัด มีความวิตกกังวลต่อสิ่งแวดล้อมที่แปลกใหม่ในโรงพยาบาลรวมถึงแพทย์และพยาบาลผู้ให้การรักษาดูแล (Roberts, 2010)

ปัจจุบันโรงพยาบาลมีนโยบายให้มีผู้ดูแลอยู่เฝ้าเพื่อดูแลเด็กที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิด ทำให้ผู้ดูแลต้องจากบ้านหรือการทำงานชั่วคราวซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตส่วนตัวและครอบครัว (Lam, Chang, & Morrissey, 2006) นอกจากนี้การดูแลเด็กหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างจากการดูแลเด็กป่วยด้านอายุรกรรม (Pai, Bhaduri, Jain,

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

Kumar, & Sethi, 2008) ดังนั้นการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กได้นั้นต้องเกิดจากความตั้งใจของผู้ดูแล (Tourigny, Chapados, & Pineault, 2005)

จากแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (theory of planned behavior) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) กล่าวว่า ความตั้งใจมีผลมาจากปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ทัศนคติ (attitudes) บรรทัดฐานของสังคม (norm) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived control) เอจเซนและฟิชบาย (Ajzen & Fishbein, 1980) ได้กล่าวถึงความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลว่าเป็นการแสดงเจตนาหรือการตัดสินใจกระทำหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคล โกดิน และคอคก์ (Godin & Kok, 1996) ได้กล่าวถึงความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลตามแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน (Ajzen, 1991) ว่าเป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดการกระทำพฤติกรรมโดยมีเงื่อนไขของบริบทเฉพาะที่คือ เป็นพฤติกรรมที่ยอมรับของสังคมซึ่งจะแตกต่างกันไปแล้วแต่การกระทำนั้นๆ การใช้แนวคิดนี้ในการศึกษาการปฏิบัติการดูแลเด็กภายหลังการผ่าตัดของบิดามารดาพบการศึกษาของทัวริกนี่และคณะ (Tourigny et al., 2005) โดยใช้เครื่องมือที่พัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน (Ajzen, 1991) กล่าวถึง ความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลของบิดามารดาในเด็กหลังผ่าตัดว่า เป็นแรงจูงใจของบิดามารดาในการควบคุมปัจจัยต่างๆที่เป็นอุปสรรคขัดขวางให้กระทำการดูแลเด็กหลังผ่าตัดไม่สำเร็จ รวมไปถึงความสนใจและการวางแผนที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด โดยเริ่มตั้งแต่ชั่วโมงแรกหลังกลับจากห้องพักฟื้นและต่อเนื่องไปจนถึงเมื่อเด็กกลับไปอยู่บ้าน

นอกจากนี้ทัวริกนี่และคณะ (Tourigny et al., 2005) พบว่าผู้ดูแลเด็กร้อยละ 64 มีปัจจัยด้านทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคมและการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม สามารถทำนายความตั้งใจที่จะปฏิบัติดูแลเด็กโดยเริ่มตั้งแต่ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดและรับการดูแลในห้องพักฟื้นจนกระทั่งกลับบ้าน และพบว่าด้านทัศนคติมีคะแนนมากที่สุดโดยการดูแลที่ให้แก่เด็ก ได้แก่ การพูดคุย การเช็ดตัว แต่ไม่ได้มุ่งเน้นการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดและผลการศึกษายังพบว่าพฤติกรรมในการช่วยเหลือดูแลเด็กยังอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ และพบรายงานการศึกษาของชาพาโดสและคณะ (Chapados, Pineault, Tourigny, & Vandal, 2002) เรื่องการรับรู้ของบิดามารดาในการปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว ในผู้ดูแลเด็กจำนวน 63 ราย โดยปัจจัยด้านทัศนคติพบว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้สึกดีและคิดว่าเป็นผลดีต่อเด็กหากตนเองได้อยู่ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดภายหลังการผ่าตัด แต่ผู้ดูแลยังขาดความรู้และความสามารถในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด

การที่ผู้ดูแลเด็กมีความเชื่อและรับรู้ถึงความคาดหวังของบุคคลผู้ใกล้ชิดหรือผู้ที่มีความสำคัญว่าตนเองสามารถให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด คือ บรรทัดฐานของสังคม กลุ่มบุคคลดังกล่าว ได้แก่ เด็กที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ดูแลเด็กคนอื่นๆ ที่มีเด็กได้รับการผ่าตัดประเภทเดียวกัน สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับ

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

ความเห็นของบิดามารดาต่อการช่วยลดความปวดของบุตรและข้อเสนอแนะที่ให้แก่บุคลากรทางสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างบิดามารดาจำนวน 192 ราย ที่ดูแลเด็กที่มีความปวดจากการผ่าตัด พบว่า บิดามารดามีความต้องการปฏิบัติดูแลเพื่อบรรเทาความปวดแก่เด็กร้อยละ 98 และบิดามารดาส่วนใหญ่เสนอแนะให้บุคลากรทางสุขภาพมีการให้ข้อมูลการดูแลเพื่อบรรเทาความปวดแก่เด็ก (Pölkki et al., 2002) และจากรายงานการศึกษาเรื่องการดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของคอลเลอลี และลูเกอร์ (Callery & Luker, 1996) พบว่าการดูแลของบิดามารดาทำให้เด็กมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น นอกจากนี้พบการศึกษาของ สตัลล์ และดีทริค (Stull & Deatrick, 1986) ที่พบว่าบิดามารดาปรารถนาที่จะให้การปฏิบัติดูแลเด็กในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ และการดูแลทางด้านจิตใจ เป็นต้น เนื่องจากบิดามารดารับรู้ว่านั้นเป็นบทบาทของตนเอง

ความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กว่ามีอุปสรรคและความยากหรือง่ายในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ สภาพร่างกายและสภาวะทางจิตใจของตนเอง ความรู้และความสามารถเรื่องการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด สภาวะร่างกายหรืออาการของเด็ก การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ภาระหน้าที่งานประจำที่รับผิดชอบ และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ เป็นการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ทั้งนี้จากการที่เด็กต้องได้รับการผ่าตัดทำให้เด็กเกิดความเครียดหรือความปวดจากการผ่าตัด (Wilson et al., 2010) ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในระดับสูง (Commodari, 2010) ความวิตกกังวลในระดับสูงทำให้ทักษะในการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้ของผู้ดูแลลดลง ส่งผลให้ความตั้งใจในการปฏิบัติดูแลเด็กลดลงตามมา (Smith, Hefley, & Anand, 2007) สำหรับเด็กที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีความจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติดูแลหลังผ่าตัดเป็นพิเศษ เช่น การบรรเทาความปวด ซึ่งผู้ดูแลสามารถให้การปฏิบัติดูแลเด็กได้ถ้าได้รับการสอนและให้คำแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ (He et al., 2005) และจากรายงานการศึกษาเรื่องการรับรู้ของบิดามารดาในการปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียวช่วงอายุ 1-17 ปี อายุเฉลี่ย 6.2 ปี ชนิดของการผ่าตัด ได้แก่ การผ่าตัดศัลยกรรมทั่วไป ร้อยละ 29.4 การผ่าตัดหู คอ จมูก ร้อยละ 47.3 การผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 11.9 การผ่าตัดกระดูกและข้อ ร้อยละ 7.2 และการผ่าตัดอื่นๆ ร้อยละ 4.2 โดยศึกษาในผู้ดูแลเด็กจำนวน 63 ราย พบว่า ร้อยละ 72.7 รับรู้ว่าจะต้องเตรียมตัวสำหรับการดูแลเด็กหลังผ่าตัด แต่รู้สึกว่าตนเองไม่มีพร้อมสำหรับการดูแลเด็กหลังผ่าตัด โดยการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ความพร้อมด้านร่างกายหรือจิตใจของบิดามารดาและสภาพร่างกายของบุตร การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลต่างๆ เป็นต้น (Chapados et al., 2002) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูล

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การเตรียมความพร้อมก่อนการผ่าตัดมีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบรายงานการศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายเรื่องความตั้งใจในการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเด็กหลังผ่าตัด พบว่าปัจจัยทั้ง 3 ประการมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลเด็ก แต่เป็นการศึกษาการปฏิบัติดูแลในเด็กหลังผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว ช่วงอายุ 3-12 ปี ผลการศึกษาข้างต้นจึงอาจไม่สามารถอธิบายความตั้งใจของผู้ดูแลเด็กในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กขณะที่อยู่โรงพยาบาลได้ เนื่องจากชนิดการผ่าตัด ความรุนแรงของการผ่าตัด รวมทั้งวิธีให้การดูแลและระยะเวลาในการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยด้านทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กเข้ามาปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดที่รวดเร็วสำหรับเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

คำถามการวิจัย

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

1. ทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กเป็นอย่างไร
2. ทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กอย่างไร

นิยามศัพท์

ทัศนคติ หมายถึง อารมณ์หรือความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ ความรู้สึกมั่นใจ ความรู้สึกเครียด และความรู้สึกภาคภูมิใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง ประเมินจากแบบสอบถามความเชื่อด้านทัศนคติของบิดามารดา (parents' beliefs questionnaire) ของทัวริกนี่และคณะ (Tourigny et al., 2005) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ

บรรทัดฐานของสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กมีความเชื่อและรับรู้ถึงความคาดหวังของบุคคลผู้ใกล้ชิดหรือผู้ที่มีความสำคัญต่อความสามารถให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของเด็กที่ได้รับการผ่าตัด กลุ่มบุคคลดังกล่าว ได้แก่ เด็กที่ได้รับการผ่าตัด ผู้ดูแลเด็กคนอื่นๆ ที่ดูแลเด็กที่ได้รับการผ่าตัดประเภทเดียวกัน สมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ประเมินจากแบบสอบถามความเชื่อด้านบรรทัดฐานของสังคมของบิดามารดา (parents' beliefs questionnaire) ของทัวริกนี่และคณะ (Tourigny et al., 2005) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กว่ามีอุปสรรคและความยากหรือง่ายในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ สภาพร่างกายและสภาวะทางจิตใจของตนเอง ความรู้และความสามารถเรื่องการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด สภาวะร่างกายหรืออาการของเด็ก การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ ภาระหน้าที่งานประจำที่รับผิดชอบ และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ ประเมินจากแบบสอบถามความเชื่อด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของบิดามารดา (parents' beliefs questionnaire) ของทัวริกนี่และคณะ (Tourigny et al., 2005) และแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ

ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง การแสดงเจตนาของผู้ดูแลเด็กที่จะให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ การบรรเทาความปวด การจัดการเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน เพื่อช่วยให้เด็กปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การควบคุมการฟื้นฟูของร่างกาย การลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็ว และการเริ่มรับประทานอาหารเร็ว ประเมินจากแบบสอบถามความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (theory of planned behavior) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved

การปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด หมายถึง การกระทำของผู้ดูแลหลักในการบรรเทาความปวด การจัดการเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในเด็กหลังผ่าตัด เพื่อช่วยให้เด็กสามารถปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ การควบคุมการฟื้นฟูของร่างกาย การลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็ว และการเริ่มรับประทานอาหารเร็ว

ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ผู้ดูแลหลักที่ให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กที่มีอายุระหว่าง 3 ปี ถึง 12 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดร่างกายทุกระบบ ยกเว้น การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน การผ่าตัดระบบประสาท และการผ่าตัดกระดูกและข้อ ซึ่งไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ได้แก่ บิดา มารดา ลุง ป้า น้า อา ของเด็ก

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved