

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแล เด็ก ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาคำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมในหัวข้อต่อไปนี้

1. พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียน
2. การผ่าตัดในเด็ก
 - 2.1 ความหมายของการผ่าตัด
 - 2.2 ประเภทของการผ่าตัดในเด็ก
 - 2.2.1 การผ่าตัดเล็ก (minor surgery)
 - 2.2.2 การผ่าตัดใหญ่ (major surgery)
 - 2.2.2.1 การผ่าตัดแบบกำหนดล่วงหน้า (elective surgery)
 - 2.2.2.2 การผ่าตัดแบบเร่งด่วน (urgent surgery)
 - 2.2.2.3 การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (emergency surgery)
 - 2.3 อุบัติการณ์การผ่าตัดในเด็กที่พบบ่อย
 - 2.4 ประเภทของยาระงับความรู้สึกที่ใช้ในการผ่าตัดเด็ก
 - 2.5 ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดชนิดที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในเด็ก
 3. การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
 - 3.1 ความหมายของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
 - 3.2 ระยะเวลาของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
 - 3.3 กิจกรรมที่ช่วยในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
 - 3.4 ประโยชน์ของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
 - 3.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด
 4. ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก
 - 4.1 ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (theory of planned behavior)
 - 4.2 ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กและการประเมิน
 - 4.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

4.3.1 ทักษะคิดต่อพฤติกรรมของบุคคล

4.3.2 บรรทัดฐานของสังคม

4.3.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

4.4 การประเมิน ทักษะคิด บรรทัดฐานของสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียน

เด็กมีพัฒนาการด้านต่างๆ แตกต่างกันตามวัยและลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ดังเช่น เด็กวัยก่อนเรียนและเด็กวัยเรียน เป็นวัยที่เริ่มการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ เรียนรู้สังคม เรียนรู้การช่วยเหลือตนเองทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ของเด็กในช่วงวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดการทำงานที่ดีขึ้น โดยเฉพาะพัฒนาด้านการเคลื่อนไหวและการใช้กล้ามเนื้อต่างๆ เด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียนมีการรับรู้ กระบวนการคิด การตอบสนองและการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ แตกต่างกัน พัฒนาการด้านความคิดและสติปัญญาตามทฤษฎีพัฒนาการด้านสติปัญญาของพियเจท์ และพัฒนาการด้านจิตสังคมและด้านการปรับตัวตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของอริคสัน (อมรรรัตน์ งามสวย และคณะ, 2551; อัจฉราพร ศรีภุษาพรรณ, 2551; James & Ashwill, 2007; Potts & Mondleco, 2002) ดังนี้

1. เด็กวัยก่อนเรียน (preschooler) หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปี มีพัฒนาการด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวและการใช้กล้ามเนื้อต่างๆ เด็กวัยก่อนเรียนมีการพัฒนาการทำงานประสานสัมพันธ์ของอวัยวะที่ใช้ในการเคลื่อนไหว (motor coordination) ดังนี้ กล้ามเนื้อมัดใหญ่ แขน ขา และข้อต่อต่างๆ มีการเจริญขึ้นเรื่อยๆ และเด็กพัฒนาศักยภาพในการทำงานอวัยวะเหล่านั้นในการทรงตัวและการเคลื่อนไหว เด็กสามารถเดิน วิ่ง เคลื่อนไหว กระโดดได้ดีขึ้น

1.2 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา ตามทฤษฎีพัฒนาการด้านสติปัญญาของพियเจท์ เด็กวัยหัดเดินจะอยู่ระยะรู้จักคิดด้วยประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้ออยู่ แต่เด็กจะเริ่มเข้าใจภาษาบ้างแล้ว เด็กมีศูนย์กลางความคิดความเข้าใจอยู่ที่ตนเอง ความสนใจสั้น ยังไม่เข้าใจเหตุผลรวมทั้งคำบางคำ ไม่สามารถแยกความจริงกับจินตนาการได้ ยังไม่เข้าใจเรื่องเวลา แต่เด็กสามารถจำบุคคลที่คุ้นเคยได้ เนื่องจากเด็กเข้าใจภาษาบ้างแล้ว อยู่ในช่วงเริ่มต้นของระยะพัฒนาการก่อนเกิดความคิดอย่างมีเหตุผล (pre-conceptual phase) ยังไม่สามารถแยกความจริงกับความนึกฝันได้ ยึด

ความคิดของตนเองเป็นหลัก ไม่สามารถคิดว่าคนอื่นจะมีความคิดแตกต่างจากตนได้อย่างไร ยังไม่เห็นส่วนที่ต่างกันของวัตถุและเหตุการณ์

1.3 พัฒนาการด้านจิตสังคมและการปรับตัว ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของอริคสัน เด็กก่อนวัยเรียนอยู่ในขั้นพัฒนาการของความคิดขัดแย้งกับความรู้สึกลึกซึ้ง (initiative vs guilt) เด็กจะรับรู้ถึงความสามารถในการกระทำของตนเอง อยากรู้อยากเห็น สำรวจโลกด้วยประสาทสัมผัสทุกด้าน ก่อให้เกิดการพัฒนาความคิดสร้างสรรค์ต่างๆ ด้วยการสนับสนุนจากบุคคลผู้ใกล้ชิดดูแลเด็ก เช่น การชมเชย การให้รางวัล เป็นต้น เด็กวัยก่อนเรียนจะมีประสบการณ์ของความรู้สึกลึกซึ้งเมื่อจินตนาการ ความคิดสร้างสรรค์ หรือการกระทำของเขาถูกตำหนิ หรือไม่ได้รับการยอมรับจากผู้ใกล้ชิดดูแลเด็ก เด็กจะเกิดความรู้สึกลึกซึ้ง และไม่กล้าที่จะเป็นผู้ริเริ่ม เนื่องจากเกิดความกลัวว่าจะทำผิดพลาดอีก ดังนั้นการสนับสนุนจากบุคคลผู้ใกล้ชิดดูแลเด็ก ในการสร้างจินตนาการและการกระทำกิจกรรมต่างๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เด็กวัยก่อนเรียนประสบความสำเร็จด้านพัฒนาการจิตสังคมและการปรับตัวได้เป็นอย่างดี

2. เด็กวัยเรียน (school age) หมายถึง เด็กที่มีอายุระหว่าง 6-12 ปี มีพัฒนาการด้านต่างๆ (นิตยา คชภักดี, 2554; นิตยา ไทยาภิรมย์, 2551; Potts & Mondleco, 2002) ดังนี้

2.1 พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวและการใช้กล้ามเนื้อต่างๆ เด็กวัยเรียนมีการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้อมัดใหญ่แข็งแรงมากขึ้น เด็กผู้ชายมีการเจริญเติบโตของเซลล์กล้ามเนื้อมากกว่าเด็กผู้หญิง สำหรับความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กทำงานประสานกันดีขึ้น สามารถใช้สายตา มือ เท้าพร้อม ๆ กันได้ดี

2.2 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา ตามทฤษฎีพัฒนาการด้านสติปัญญาของพียเจท์ เด็กวัยเรียนอยู่ในขั้นปฏิบัติการด้วยรูปธรรม (concrete operation period) เริ่มทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ลดการยึดตนเองเป็นศูนย์กลางลง เริ่มมีความคิดเป็นระบบ ผสมผสานความคิดต่างๆ เป็นรูปธรรมได้ เข้าใจความสัมพันธ์ถึงเหตุผลตามความเป็นจริงมากขึ้น ดังเช่น เมื่อเด็กวัยนี้ได้รับการผ่าตัด เด็กจะสามารถเข้าใจได้ว่าการผ่าตัดทำให้ร่างกายเกิดบาดแผลและทำให้เกิดความปวด ดังนั้นเด็กวัยนี้จึงสามารถบอกเล่าถึงความรู้สึกลึกซึ้งได้อย่างชัดเจน ดังการศึกษาของ จรัสศรี จันทร์สายทอง (Jansaitong, 2002) เรื่องประสบการณ์เกี่ยวกับความปวดและกลยุทธ์ในการจัดการความปวดในเด็กวัยเรียนเขตภาคเหนือของประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กหลังผ่าตัด อายุ 7-11 ปี จำนวน 97 ราย ผลการศึกษาพบว่า เด็กสามารถสื่อสารถึงอารมณ์ความรู้สึกในขณะที่มีความปวดโดยใช้คำพูด เช่น รู้สึกไม่สุขสบาย รู้สึกทรมาน ไม่สนุก เป็นต้น สำหรับด้านจิตใจ เด็กวัยนี้กลัวการผ่าตัด กลัวร่างกายได้รับบาดเจ็บ กลัวความปวด กลัวการสูญเสียอวัยวะ กลัวความตาย เป็นต้น คิดว่าที่ตนเอง

เจ็บป่วยเกิดจากอำนาจลึกลับเช่นเดียวกับเด็กวัยก่อนเรียน แต่สามารถในความหมายทางนามธรรมได้มากกว่า

2.3 พัฒนาการด้านจิตสังคมและการปรับตัว ตามทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของอีริกสัน เด็กวัยเรียนอยู่ในขั้นพัฒนาขั้นหมั่นเพียรตรงข้ามกับความรู้สึกด้อย (industry vs inferiority) เป็นระยะพัฒนาความขยันหมั่นเพียรหรือความรู้สึกด้อยในวัยเรียน การเขียน การอ่าน ถ้าเด็กประสบความสำเร็จ จะทำให้เด็กมีความมั่นใจและภูมิใจในตนเอง ถ้าทำไม่สำเร็จเด็กจะพัฒนาความรู้สึกด้อย รู้สึกเป็นคนไม่มีความสามารถ ทำอะไรไม่สำเร็จ ไม่กล้า กลัวทำอะไรผิดๆ ดังนั้นถ้าเด็กประสบความสำเร็จในกิจกรรมอย่างหนึ่งแล้ว เด็กก็อยากที่จะทำงานหรือกิจกรรมอื่นๆ ให้สำเร็จตามมา ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การตอบสนอง การยอมรับ การสนับสนุนและการให้ความช่วยเหลือแก่เด็กจากผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดด้วย เช่น ผู้ดูแลหลัก ครู เพื่อน เป็นต้น

สรุปได้ว่า แม้ว่าเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียนจะมีพัฒนาการการประสานงานของกล้ามเนื้อกระดูก และข้อต่างๆ ที่แข็งแรง และมีความมั่นคงมากขึ้น แต่เนื่องจากเป็นวัยที่ต้องการค้นหาประสบการณ์ใหม่ๆ ต้องการทำสิ่งต่างๆด้วยตนเอง จึงพบการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บได้บ่อยในเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียน เช่น การพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้พัฒนาการด้านความคิดและสติปัญญากำลังอยู่ในช่วงพัฒนาความคิดอย่างมีเหตุผล แต่ยังคงมีความกลัว ไม่กล้า ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และพัฒนาการด้านจิตสังคมและการปรับตัว เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างเด็กและผู้ดูแลใกล้ชิด การได้ทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์กันในสังคม การให้การยอมรับหรือให้การสนับสนุนแก่เด็กจะเป็นการช่วยประคับประคองให้เด็กพัฒนาไปสู่ความสมบูรณ์ได้ โดยเฉพาะการผ่าตัดนั้นก่อให้เกิดความกลัวและความเครียดต่อเด็ก ดังนั้นเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียนจึงยังไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเต็มที่ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหลักในการดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน รวมถึงการช่วยเรื่องกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

ลิขสิทธิ์ © by Chiang Mai University
All rights reserved

การผ่าตัดในเด็ก

ความหมายของการผ่าตัด

การผ่าตัด หมายถึง วิธีการรักษาเฉพาะทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์ในการวินิจฉัยโรค คือเป็นการผ่าตัดเพื่อหาสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้น หรือเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ ของโรค ช่วยให้อาการต่างๆ ของผู้ป่วยทุเลาลง ถึงแม้จะไม่สามารถรักษาอวัยวะส่วนที่เป็นโรคได้แต่จะช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น (Allvin et al, 2007; Basavanthappa, 2003; Merting, 2002)

การผ่าตัด หมายถึง วิธีการรักษาเฉพาะทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์ในการรักษา คือเป็นการตัดเอาอวัยวะส่วนที่เป็น โรครอก ซ่อมแซมตกแต่งอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่างๆ ที่มีความผิดปกติ รวมถึงการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะเพื่อช่วยให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติทำหน้าที่ได้เหมือนเดิมมากที่สุด (Potter & Perry, 2007)

การผ่าตัด หมายถึง การดำเนินการทางการแพทย์ที่ใช้ในการวินิจฉัย รักษาโรค หรือรักษาอาการบาดเจ็บ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการวินิจฉัย เช่น การตรวจชิ้นเนื้อก่อนผ่าตัด เพื่อการป้องกัน เช่น การผ่าตัดเพื่อเอาติ่งลำไส้ที่อาจกลายเป็นมะเร็งออก เพื่อการกำจัดหรือทำลายการทำงานของเนื้อเยื่อเป้าหมาย เช่น การผ่าตัดถุงน้ำดีเพื่อกำจัดโรคของถุงน้ำดี เพื่อซ่อมแซมตกแต่งอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่างๆ ที่มีความผิดปกติ เช่น การผ่าตัดเพื่อฟื้นฟูผิวหนังที่เสียหายจากไฟไหม้และน้ำร้อนลวก เพื่อปลูกถ่ายอวัยวะ เช่น การปลูกถ่ายตับ และการผ่าตัดบรรเทาอาการเพื่อลดอาการหรือควบคุมความปวด เช่น การผ่าตัดเส้นประสาทระงับความรู้สึกปวดอย่างต่อเนื่อง (State government of Victoria, 2015)

สรุป การผ่าตัด หมายถึง วิธีการรักษาเฉพาะทางการแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์ในการวินิจฉัยโรค เพื่อหาสาเหตุของความผิดปกติที่เกิดขึ้น วัตถุประสงค์ในการรักษา โดยการตัดเอาอวัยวะส่วนที่เป็น โรครอก เพื่อซ่อมแซมตกแต่งอวัยวะหรือเนื้อเยื่อต่างๆ ที่มีความผิดปกติ รวมถึงการเปลี่ยนถ่ายอวัยวะเพื่อช่วยให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติทำหน้าที่ได้เหมือนเดิมมากที่สุด และวัตถุประสงค์ในการบรรเทาอาการต่างๆ ของโรค ช่วยให้อาการต่างๆ ของผู้ป่วยทุเลาลง

ประเภทของการผ่าตัดในเด็ก

การผ่าตัดแบ่งตามระดับความเสี่ยงที่จะเกิดแก่ผู้ป่วย แบ่งได้เป็น 2 ประเภท ได้แก่ การผ่าตัดเล็ก (minor surgery) และการผ่าตัดใหญ่ (major surgery) (Basavanthappa, 2003; Potter & Perry, 2007; Puri & Höllwarth, 2009)

1 การผ่าตัดเล็ก (minor surgery) เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีโอกาสสูญเสียเลือดน้อยเนื่องจากใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดสั้น เช่น การผ่าตัดตา การผ่าตัดต่อมทอนซิล การตัดชิ้นเนื้อ เป็นต้น

2 การผ่าตัดใหญ่ (major surgery) เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีโอกาสสูญเสียเลือดอย่างรุนแรงหรือสูญเสียอวัยวะสูงเนื่องจากใช้ระยะเวลาในการผ่าตัดนาน และเป็นการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) แบ่งได้เป็น 3 ประเภทตามสาเหตุและความเจ็บป่วยส่วนบุคคล ดังนี้

2.1 การผ่าตัดแบบกำหนดล่วงหน้า (elective surgery) เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยได้รับการผ่าตัดแบบนัดล่วงหน้า เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยรอได้ โดยแพทย์จะทำการนัดหมายวันเวลาผ่าตัดภายหลังจากวินิจฉัยโรคได้ระยะหนึ่ง มีเวลาเตรียมตัวก่อนผ่าตัดเพื่อให้ผู้ป่วยมีความพร้อมทั้งทางร่างกายและจิตใจก่อนที่จะผ่าตัด เช่น การผ่าตัดอวัยวะภายในช่องท้อง การผ่าตัดนิ้วในถุงน้ำดี ผ่าตัดลำไส้ ผ่าตัดไส้เลื่อน ผ่าตัดลูกอัณฑะไม่ลงถุง เป็นต้น

2.2 การผ่าตัดแบบเร่งด่วน (urgent surgery) เป็นการผ่าตัดที่ไม่ได้นัดล่วงหน้า แต่ผู้ป่วยเกิดปัญหาภาวะสุขภาพทำให้จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดภายใน 1-2 วัน เช่น การทำท่อเบี่ยงทางเดินน้ำดี การผ่าตัดรักษาโรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

2.3 การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน (emergency surgery) เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยมารับการผ่าตัดในภาวะเร่งด่วนเนื่องจากมีภาวะฉุกเฉิน แพทย์ต้องตัดสินใจผ่าตัดทันทีอย่างเร่งด่วน โดยกระทำในรายที่มีสัญญาณเลือด มีการบาดเจ็บ ติดเชื้อในอวัยวะที่สำคัญภายในร่างกาย ซึ่งหากไม่ได้รับการผ่าตัดอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ เช่น โรคลำไส้อุดตัน ลำไส้กลืนกัน โรคลำไส้ติ่งอักเสบแบบเฉียบพลัน กระเพาะอาหารทะลุ เป็นต้น

สรุปได้ว่าการผ่าตัดใหญ่เป็นการผ่าตัดที่ผู้ป่วยมีโอกาสสูญเสียเลือดอย่างรุนแรงหรือสูญเสียอวัยวะสูง ดังนั้นการผ่าตัดใหญ่จึงมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดสูงและต้องการเวลาในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเพื่อให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพปกติมากกว่าการผ่าตัดเล็ก

อุบัติการณ์การผ่าตัดในเด็กที่พบบ่อย

จากสถิติประเทศประเศอังกฤษปี ค.ศ. 2010-2011 พบจำนวนเด็กมากกว่า 600,000 ราย ที่เข้ารับการผ่าตัดหรือทำหัตถการต่างๆ (Power et al, 2012) สำหรับสถิติประเทศไทยจากข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552 และ พ.ศ. 2553 มีจำนวนเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 15 ปีที่รับการรักษาด้วยการผ่าตัดในระบบต่างๆ 18,123 ราย และ 14,653 ราย และจากสถิติของกรมการแพทย์ พ.ศ. 2554 การผ่าตัดในเด็กที่พบบ่อยที่สุดคือ การผ่าตัดประเภทการผ่าตัดใหญ่ ประมาณร้อยละ 70 ของจำนวนเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดทั้งหมด โดยพบการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารมากที่สุด เช่น การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การผ่าตัดไส้เลื่อน การผ่าตัดลำไส้ เป็นต้น ทั้งนี้พบว่าเป็นการผ่าตัดในเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียนมากที่สุด จากสถิติของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2553-2555 มีจำนวนเด็กอายุระหว่าง 3-12 ปี ที่เข้ามารับการผ่าตัดร่างกายทุกระบบ ยกเว้น การผ่าตัดระบบประสาท และการผ่าตัดกระดูกและข้อ ดังนี้ จำนวน 377 ราย 350 ราย และ 365 รายตามลำดับ โดยนอนรักษาในโรงพยาบาลเฉลี่ย 5-7 วัน พบการผ่าตัดระบบทางเดินอาหารมากที่สุด รองลงมาคือ การ หัวใจและหลอดเลือดตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์, 2556) และสถิติของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 2

โรงพยาบาลลำปาง พ.ศ. 2556 มีจำนวนเด็กอายุระหว่าง 3-12 ปี ที่เข้ามารับการผ่าตัดร่างกายทุกระบบ ยกเว้น การผ่าตัดระบบประสาทและการผ่าตัดกระดูกและข้อ จำนวนประมาณ 360 ราย การผ่าตัดที่พบมากที่สุด 2 อันดับแรก ได้แก่ การผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร และการผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ

สรุปได้ว่าจากสถิติดังกล่าวพบว่า การผ่าตัดในเด็กที่พบได้บ่อยคือการผ่าตัดประเภทการผ่าตัดใหญ่ ได้แก่ การผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร และการผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือด และพบในช่วงวัยก่อนเรียนและวัยเรียนมากที่สุด

การผ่าตัดระบบทางเดินอาหารในเด็กที่พบบ่อย ได้แก่ การผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบ การผ่าตัดไส้เลื่อน (ไพบลูย์ สุทธิวรรณ, 2536; วิชัย พันธุ์ศรีมังกร, 2544; ศนิ มลกุล, 2547)

1. ไส้ติ่งอักเสบ (appendicitis)

ไส้ติ่งอักเสบเป็นภาวะฉุกเฉินทางศัลยกรรมช่องท้อง หากได้รับการวินิจฉัยและให้การรักษาล่าช้าอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะในเด็กยังมีอันตรายและโอกาสเกิดลำไส้ทะลุได้รวดเร็ว สาเหตุยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด อุบัติการณ์ ไส้ติ่งอักเสบ พบได้ทุกช่วงอายุ ในเด็กพบบ่อยในช่วงอายุระหว่าง 8-12 ปี พบได้ในเพศชายมากกว่าเพศหญิงในอัตราส่วน ชาย:หญิง เท่ากับ 16:1 (State government of Victoria, 2015) การเกิดไส้ติ่งอักเสบเริ่มมาจากมีการอุดตันในช่อง (lumen) ภายในไส้ติ่ง มีผลทำให้สารคัดหลั่ง (secretion) ภายในช่องสะสมเกิดความดันสูงขึ้นจนเท่ากับความดันของหลอดเลือดฝอยที่มีเลี้ยงเยื่อหุ้ม ทำให้เลือดไหลช้าหรือหยุดไหล เยื่อหุ้มตายและสลายตัวเปิดช่องให้แบคทีเรียภายในทำลายผนังไส้ติ่งทำให้เกิดการอักเสบและลุกลามไปตลอดทุกชั้นของผนังไส้ติ่งทำให้เนื้อเยื่อผนังตายและไส้ติ่งทะลุ อาจเป็นผลให้เกิดการอักเสบของเยื่อช่องท้องเฉพาะที่จนถึงทั่วท้อง

อาการและอาการแสดง อาการสำคัญ 3 ประการในผู้ป่วยที่เป็นไส้ติ่งอักเสบ ได้แก่ ปวดท้อง อาเจียน และไข้ อาการปวดท้องในระยะเริ่มแรกของกระบวนการของการอุดตันช่องไส้ติ่งและสารคัดหลั่งสะสมมากขึ้น ทำให้มีการโป่งพองของตัวไส้ติ่ง เกิดมีการส่งความรู้สึกปวดผ่านตัวรับ (receptors) ไปตามใยประสาทที่เลี้ยงอวัยวะภายใน ไปยังไขสันหลังช่วงอก โดยร่างกายจะรับรู้ปวดที่บริเวณสะดือ ต่อมาเมื่อมีอาการอักเสบบริเวณรอบๆ ไส้ติ่งจะมี exudate เกิดขึ้นทำให้เกิดการระคายต่อเยื่อช่องท้องรอบๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถบอกตำแหน่งของการปวดได้ว่าอยู่บริเวณท้องน้อยด้านขวาล่าง อาการอาเจียน พบประมาณร้อยละ 65 ของผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบมักเกิดภายหลังเริ่มมีอาการปวดท้อง อาเจียนเป็นพักๆ อาจมีอาการเบื่ออาหารร่วมด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบเกือบทุกรายจะมีไข้ร่วมด้วย

การรักษาผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบทำได้โดยการผ่าตัดเป็นการรักษาที่เหมาะสมที่สุด และควรทำโดยเร็วที่สุด เมื่อผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่พร้อมเพื่อลดอัตราการแทรกทะลุให้น้อยที่สุด การเตรียมผู้ป่วยเพื่อรอรับการผ่าตัดโดยการงดน้ำและอาหารทางปาก และให้สารน้ำและกลูโคสทางหลอดเลือดดำเพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ งดการให้ยาปฏิชีวนะที่จะไปต่อต้านเชื้อแบคทีเรียและงดยาบรรเทาอาการปวดเพราะจะทำให้การวินิจฉัยผิดพลาดได้ และทำให้การอักเสบของไส้ติ่งดำเนินไปจนทะลุได้ สำหรับการผ่าตัดไส้ติ่งออก (appendectomy) ในเด็กจะผ่าในแนวขวางบริเวณจุด Mc's burney และในกรณีที่ผู้ป่วยมีไส้ติ่งอักเสบแทรกทะลุ ผู้ป่วยเหล่านี้มีการติดเชื้อแพทย์จะให้การรักษาด้วยยาปฏิชีวนะทั้งก่อนและภายหลังผ่าตัด

การดูแลหลังผ่าตัด ดังนี้

1. ประเมินแผลผ่าตัด ได้แก่ ลักษณะแผลผ่าตัด อาการบวม แดง ร้อน การซึมของแผลผ่าตัด เป็นต้น
2. ประเมินและบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา
3. ให้การช่วยเหลือดูแลหากเด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้และอาเจียน
4. เด็กที่ได้รับการผ่าตัดไส้ติ่งอักเสบชนิดที่ไม่แตกทะลุ ภายหลังผ่าตัดนอนรักษาในโรงพยาบาลอีกประมาณ 2-3 วัน โดยในช่วง 18-24 ชั่วโมงแรกจะให้หึ่งดน้ำงดอาหารทางปากไว้ก่อน เมื่อตรวจพบว่าลำไส้เริ่มทำงานจึงเริ่มให้ดื่มน้ำ รับประทานอาหารเหลว อาหารอ่อนและอาหารปกติตามลำดับ สำหรับผู้ป่วยไส้ติ่งแตกทะลุใช้เวลาอยู่โรงพยาบาลนานกว่า จนกว่าผู้ป่วยไม่มีไข้และไม่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด

2. ไส้เลื่อน (inguinal hernia) (ไพบูลย์ สุทธิวรรณ, 2536; ไพศาล เวชพิพัฒน์ และ สุทธิพร จิตต์มิตรภาพ, 2550)

ไส้เลื่อนเป็นภาวะที่พบบ่อยทางกุมารศัลยศาสตร์ โดยไส้เลื่อนเกือบทั้งหมดเป็นชนิดไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบ (indirect inguinal) พบมากในทารกเกิดก่อนกำหนด และทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย ไส้เลื่อนบริเวณขาหนีบในทารกและเด็ก เป็นผลมาจากความผิดปกติทางพัฒนาการ อังทะในทารกเพศชายเริ่มเจริญอยู่หลังช่องท้อง เมื่ออายุครรภ์ได้ 7 เดือน จะเคลื่อนที่ผ่านวงแหวน inguinal วงในมาอยู่ในช่อง inguinal การเคลื่อนตัวของอังทะลงมาอยู่ในถุงอังทะเมื่ออายุครรภ์ย่างเข้าเดือนที่ 9 ส่วนที่ยาวเป็นถุงของเยื่อช่องท้องที่เรียกว่า processus vaginalis ซึ่งตามปกติจะเริ่มแคบลง เชื่อว่าการอังทะเคลื่อนตัวลงมาทำให้ถุงมีการยึดจึงแคบตัวลง พร้อมกับแรงบีบรัดของอวัยวะและกล้ามเนื้อรอบข้าง หลังจากแคบลงแล้วจะค่อย ๆ สลายตัวไปหมด คงเหลือแต่เพียงส่วนที่หุ้มอังทะ

อยู่ที่เรียกว่า tunica vaginalis การสลายตัวที่ไม่สมบูรณ์ของ processus vaginalis และยังคงเหลือ บางส่วนอยู่ เป็นสาเหตุของการเกิดไส้เลื่อนในเด็ก

อาการและอาการแสดง ผู้ป่วยไส้เลื่อนที่ยังไม่มีภาวะแทรกซ้อนอาจไม่มีอาการและ วินิจฉัยได้จากการตรวจทั่วไป นอกจากนั้นแล้วผู้ป่วยอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการต่างๆ กัน เช่น อาการถุงอัณฑะใหญ่ผิดปกติหรือมีก้อนในถุงอัณฑะ ลักษณะสำคัญของอาการนี้ขนาดของก้อน หรือถุงอัณฑะจะเปลี่ยนแปลงได้ ภายหลังจากผู้ป่วยได้พักหลังหลังตื่นนอนก่อนอาจมีขนาดเล็กลง หรือหายไป และอาจมีขนาดใหญ่ขึ้นภายหลังการร้องหรือมีกิจกรรม ผู้ดูแลเด็กจะสังเกตเห็นว่าเด็ก จะมีรอยโป่งบริเวณขาหนีบโดยเฉพาะขณะร้อง หากผู้ตรวจสามารถ reduce ก้อนให้อวัยวะภายใน ดันกลับเข้าไปช่องท้องได้ เป็นการยืนยันว่าผู้ป่วยเป็นไส้เลื่อน

การรักษา เด็กทุกรายที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นไส้เลื่อนต้องได้รับการรักษาเพื่อแก้ไข โดย การผ่าตัดถุงไส้เลื่อน (herniotomy)

การดูแลหลังผ่าตัด ดังนี้

1. ประเมินแผลผ่าตัด ได้แก่ ลักษณะแผลผ่าตัด อาการบวม แดง ร้อน การซึมของแผลผ่าตัด เป็น ต้น
2. ประเมินและบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัด โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา
3. ให้การช่วยเหลือดูแลหากเด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบ ทัวร่างกายที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้และอาเจียน
4. ดูแลให้เด็กได้รับประทานอาหารอ่อน และอาหารธรรมดาตามลำดับ ตามแผนการ รักษา หากผู้ป่วยเด็กมีสัญญาณชีพปกติ สามารถควบคุมความปวดและอาการคลื่นไส้และอาเจียนได้
5. ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นตัวหลังผ่าตัด ได้แก่ การ ควบคุมการฟื้นฟูของร่างกาย การลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็ว และการเริ่มรับประทานอาหารเร็ว (Reismann et al., 2009; Zutshi et al., 2004)

การผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือดในเด็กที่พบบ่อย ได้แก่ การผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถแบ่งออกได้ตามลักษณะการไหลเวียนโลหิตไปปอดและ ตามอาการแสดงทางคลินิก โดยการแบ่งตามลักษณะการไหลเวียนโลหิตไปปอด แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเลือดไปปอดมาก เช่น transposition of great arteries (TGA) และ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเลือดไปปอดน้อย เช่น tetralogy of fallot (TOF) สำหรับการแบ่งตาม อาการทางคลินิก แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เช่น ventricular septum defect (VSD) atrial septum defect (ASD) และ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว เช่น TGA TOF จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกา พ.ศ. 2556 พบว่า โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่

เสียชีวิตที่พบบ่อยที่สุด คือ VSD, ASD และ patent ductus arteriosus (PDA) จำนวน 620,000 ราย 235,000 ราย และ 173,000 ราย ตามลำดับ สำหรับการรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็ก มี 3 วิธี ได้แก่ การรักษาด้วยยา การทำหัตถการเพื่อซ่อมแซมความผิดปกติและการผ่าตัด

การผ่าตัดเพื่อแก้ไขความผิดปกติของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด สามารถแบ่งออกตามความจำเป็นของการใช้เครื่องปอด-หัวใจเทียม (cardiopulmonary bypass) แบ่งออกเป็น 2 วิธี ได้แก่ การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (closed heart surgery) และการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) โดยจากสถิติข้อมูลการผ่าตัดโรคหัวใจของสมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย ในปี 2550 พบว่า มีการผ่าตัดโรคหัวใจแบบเปิด จำนวน 9,653 ราย (สมาคมศัลยแพทย์ทรวงอกแห่งประเทศไทย, 2551) และจากสถิติข้อมูลการผ่าตัดเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของโรงพยาบาลบอสตัน ประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 2554-2556 พบว่า การผ่าตัดโรคหัวใจแบบเปิดที่พบบ่อยในเด็ก ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD ASD และ TOF จำนวน 254, 181 และ 141 ราย ตามลำดับ (Boston Children's Hospital, 2014)

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะอยู่โรงพยาบาล เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ภายหลังที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะต้องอยู่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตเพื่อให้ได้รับการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ประมาณ 6-24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด จากนั้นเมื่อเด็กมีอาการคงที่แพทย์จึงอนุญาตให้ย้ายไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ โดยการดูแลเด็กที่หอผู้ป่วยเด็กวิกฤตจะมุ่งเน้นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (จิริยา สายวารี, 2556; สุขยม อัดนวนิช, 2552; อภิชัย คงพัฒนา โยธิน และ พีระพัฒน์ มกรพงศ์, 2551) ได้แก่

1. การดูแลเพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน เนื่องจากปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทีลดลง จากภาวะเลือดออกมาก ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว เป็นต้น โดยให้การดูแล เช่น การตรวจบันทึกอาการทางระบบประสาท การวัดและบันทึกสัญญาณชีพ การดูแลปรับตั้งค่าการทำงานของเครื่องช่วยหายใจให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น

2. การดูแลเพื่อฟื้นฟูสภาพปอด โดยจะเริ่มให้การดูแลภายหลังที่เด็กได้รับการถอดเครื่องช่วยหายใจ โดยการกระตุ้นให้เด็กหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ โดยใช้เครื่องช่วยฝึกการหายใจ (ในเด็กอายุ ≥ 3 ปี) ซึ่งการบริหารการหายใจจะช่วยส่งเสริมให้ปอดมีการขยายตัวเต็มที่ ส่งผลให้ร่างกายเด็กได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ทำให้การหายใจของเด็กมีประสิทธิภาพมากขึ้นและช่วยป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้

3. การดูแลเพื่อป้องกันหรือแก้ไขปัญหาภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เครื่องปอดหัวใจเทียมขณะผ่าตัด เช่น การติดตามค่าอิเล็กโทรไลต์ภายหลังการผ่าตัดอย่าง

ใกล้ชิด สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะแมกนีเซียมต่ำ ได้แก่ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ง่วงซึม หัวใจเต้นผิดปกติหวั่นไหว เป็นต้น

4. การดูแลบรรเทาความไม่สบายจากการปวดแผลผ่าตัด โดยเด็กส่วนใหญ่จะไม่สามารถบอกระดับความรู้สึกปวดได้ ดังนั้นผู้ดูแลต้องให้การดูแลบรรเทาอาการปวดอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเนื่องจากความปวดมีผลต่อระบบการหายใจและการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของเด็ก โดยให้การดูแลเช่น

4.1 ดูแลจัดท่านอนของเด็กให้มีความสุขสบายหลีกเลี่ยงการนอนทับแผลผ่าตัดหรือสายระบายต่างๆ จัดวางตำแหน่งของสายระบายไม่ให้ดึงรั้ง หักงอ เนื่องจากจะเป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดความปวดขึ้นได้

4.2 ประเมินความปวดเป็นระยะ ในเด็กอายุ 1-5 ปี ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Face Pain Rating Scale คือ การวัดระดับความปวดจากการแสดงสีหน้า และในเด็กอายุ 5 ปีขึ้นไป ใช้การแบบประเมิน Numeric Rating Scale คือ การวัดระดับความปวดแบบตัวเลข

4.3 ให้ผู้ดูแลเด็กมีส่วนร่วมในการดูแล เช่น การพูดคุย ปลอบโยน ให้กำลังใจ หรือการเบี่ยงเบนความสนใจของเด็ก เพื่อให้เด็กเกิดความรู้สึกไว้วางใจ พึ่งพอใจ และให้ความสนใจกับความปวดลดลง

4.4 ดูแลให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์

4.5 ให้การดูแลด้วยความนุ่มนวลและการทำหัตถการที่สามารถทำพร้อมกันได้ในครั้งเดียว เพื่อลดการรบกวนและการกระตุ้นเด็กบ่อยเกินไป

4.6 ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบเพื่อให้เด็กสามารถพักหลับได้ช่วยลดความเครียดจากอาการปวดแผลผ่าตัด

5. การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในร่างกาย เช่น ให้การพยาบาลโดยใช้เทคนิคปราศจากเชื้อในการทำหัตถการต่างๆ ดูแลทำความสะอาดร่างกายเด็กอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง ดูแลจัดสภาพสภาพแวดล้อมรอบตัวเด็กให้สะอาด ดูแลความสะอาดและสังเกตอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด บริเวณสายท่อระบายทรวงอก ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นต้น

6. การดูแลให้เด็กได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เช่น ดูแลให้เด็กได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตรงตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเหมาะสม สังเกตอาการและประเมินภาวะน้ำเกินที่อาจเกิดขึ้น เช่น หายใจมีเสียง crepitation หรือ rales ลักษณะของเสมหะเป็นฟองมีเลือดปน หายใจลำบาก อาการบวมตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย สังเกตอาการและประเมินภาวะขาดน้ำ เช่น ปากแห้ง ผิวหนังแห้ง ซึม ซิพจรเบาเร็ว ปัสสาวะลดลง เป็นต้น

7. การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะไตวายเฉียบพลันเนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานและการกรองของไตลดลง เช่น ดูแลบันทึกร่างน้ำเข้าออก รวมทั้งปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง ประเมินอาการบวมของส่วนต่างๆ ของร่างกาย เป็นต้น

จากการที่เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะต้องอยู่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตเพื่อให้ได้รับการดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ก่อนย้ายไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาอนรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าการผ่าตัดใหญ่ชนิดอื่นๆ เนื่องจากการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด เช่น ปริมาณเลือดออกจากหัวใจในหนึ่งนาทิลดลง ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ ภาวะหัวใจล้มเหลว ภาวะทางเดินหายใจล้มเหลว เป็นต้น มีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะในระยะ 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด พบว่า มารดามีความวิตกกังวลสูงกว่าบุคคลอื่นในครอบครัว เนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดเด็กมากกว่า (จริยา สายวารี และ วันดี ชูชาติ, 2550) ซึ่งการที่ผู้ดูแลเด็กมีความวิตกกังวลสูงทำให้ความวิตกกังวลของพ่อแม่เพิ่มขึ้น ทักษะในการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้ลดลง ส่งผลให้ความสามารถในการจัดการปัญหาลดลงตามมา (Pai et al., 2008; Smith et al., 2007) โดยเมื่อแพทย์อนุญาตให้เด็กย้ายไปดูแลที่หอผู้ป่วยสามัญซึ่งการดูแลเด็กจะมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพหลังการผ่าตัด จากการที่เด็กเคยได้รับการรักษาโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ มีสายท่อระบายต่างๆ ออกจากร่างกาย และมีอาการปวดแผลผ่าตัดมากขณะที่อยู่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต (จริยา สายวารี, 2556) ทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความกลัว วิตกกังวล ไม่กล้าให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ส่งผลให้การเริ่มกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กมีความล่าช้าออกไป

ประเภทของยาระงับความรู้สึกที่ใช้ในการผ่าตัดเด็ก

การผ่าตัดในเด็กมีการใช้ยาระงับความรู้สึก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระงับความปวดที่เกิดขึ้นจากการผ่าตัด ช่วยลดความวิตกกังวล และ/หรือระงับความรู้สึกของเด็กในระหว่างการผ่าตัด ช่วยให้การผ่าตัดเป็นไปอย่างราบรื่น รวดเร็ว และประหยัดประคองให้การทำงานต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะระบบสำคัญ เช่น ระบบหัวใจ ระบบหายใจ ให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความบกพร่องของการทำงานหรือภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัด แบ่งได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้ (Mayer & Kowalak, 2002)

1. ยาชาเฉพาะที่ (local anesthesia) หมายถึง ยาที่ออกฤทธิ์สกัดกั้นการนำส่งกระแสประสาทในบริเวณที่ยานี้สัมผัสกับเส้นประสาท โดยส่งผลให้หมดความรู้สึกปวด อาจมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง หรือสูญเสียการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติร่วมด้วย ตามตำแหน่งและหน้าที่ของเส้นประสาทที่สัมผัสกับยานี้

2. ยาระงับความรู้สึกเฉพาะส่วน (regional anesthesia) หมายถึง การทำให้หมดความรู้สึกเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายชั่วคราวด้วยวิธีบริหารยาเฉพาะที่ คือการกดกลุ่มปลายประสาท (peripheral nerve) ที่ไปเลี้ยงบริเวณนั้นๆ ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับการผ่าตัดได้โดยปราศจากความปวด และไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายส่วนนั้นได้ ขณะที่ยังรู้สึกตัวอยู่ตลอดเวลา เช่น การฉีดยาชาเข้าช่องน้ำไขสันหลัง (spinal anesthesia) การฉีดยาชาเข้าช่องเหนือช่องน้ำไขสันหลัง (epidural anesthesia) เป็นต้น

3. ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย (general anesthesia) หมายถึง การทำให้ผู้ป่วยหมดความรู้สึกทั่วตัวในระหว่างการผ่าตัด ซึ่งส่งผลให้เด็กไม่รู้สึกตัวชั่วคราวไม่ตอบสนองต่อความรู้สึกเจ็บปวด ไม่รู้สึกตัว ลืมเหตุการณ์ระหว่างผ่าตัด กล้ามเนื้อหย่อนตัว และรีเฟล็กซ์ต่างๆ ถูกกด ส่งผลให้การทำงานของระบบต่างๆ ของร่างกายลดลงขณะผ่าตัด โดยการระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายสามารถทำได้หลายทาง เช่น การสูดดมก๊าซที่ทำให้สลบ หรือการฉีดสารละลายทำให้สลบทางหลอดเลือดดำ ปัจจุบันมักใช้ร่วมกัน

การใช้ยาระงับความรู้สึกในการผ่าตัดเด็กใหญ่ในเด็ก เป็นใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย โดยภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการคลื่นไส้และอาเจียน ซึ่งผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดควรได้รับคำแนะนำในการจัดการช่วยเบื้องต้นหากพบอาการดังกล่าว เพื่อบรรเทาอาการแก่เด็กและส่งผลให้เด็กสามารถเข้าสู่ระยะการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว

ภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดชนิดได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในเด็ก

จากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกาย อาจพบภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นมีผลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ป่วย (Zeit et al, 2004) ทั้งนี้ภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ในช่วงสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ได้แก่ อาการคลื่นไส้และอาเจียน และความปวดแผลผ่าตัด

1. อาการคลื่นไส้อาเจียน

อาการคลื่นไส้และอาเจียนหลังผ่าตัดในเด็กโดยทั่วไปพบว่าเกิดจากการได้รับยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย คือ การสูดดมก๊าซที่ทำให้สลบ หรือการฉีดสารละลายทำให้สลบทางหลอดเลือดดำ (Mayer & Kowalak, 2002) ซึ่งส่งผลให้เด็กไม่รู้สึกตัวชั่วคราวและการทำงานของระบบร่างกายลดลงขณะผ่าตัด และการได้รับยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opiod) (Apfel, Stoocklein, & Lipfert, 2005) ซึ่งออกฤทธิ์กดศูนย์ควบคุมอาเจียน (vomiting center) และกระตุ้นเคโมรีเซพเตอร์ (chemoreceptor) ที่บริเวณทริกเกอร์โซน (trigger zone) ทำให้เกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน (Girard, 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาโดยพาวาร์ (Pawar, 2012) มีอุบัติการณ์ที่

พบได้บ่อยที่สุดของเด็กที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายคือ อาการคลื่นไส้และอาเจียน ร้อยละ 8.9-42 ทำให้เด็กเกิดความไม่สบาย (Chae & Stiegmann, 2006) รวมทั้งทำให้เกิดภาวะร่างกายอ่อนล้าได้ (Chatterjee et al, 2011; Kain et al, 2006) ส่งผลให้เกิดการฟื้นตัวหลังผ่าตัดล่าช้า ผู้ดูแลเด็กสามารถจัดการช่วยเหลือเบื้องต้น ได้แก่ สังเกตอาการคลื่นไส้และอาเจียนของเด็ก หากพบต้องจัดทำให้เด็กนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลักและรีบแจ้งอาการเด็กแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล (Pawar, 2012)

2. ความปวดแผลผ่าตัด

ความปวดแผลผ่าตัดเกิดจากการที่เนื้อเยื่อหน้าท้องร่างกายมีการตอบสนองต่อการผ่าตัดที่มีความรู้สึกปวด โดยการกระตุ้นระบบการตอบสนองต่อการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ทำให้เกิดอาการบวม ดึงรั้ง และทำให้กล้ามเนื้อหดเกร็ง เกิดการกระตุ้นใยประสาทขนาดเล็กที่รับและส่งสัญญาณความปวดไปยังสมอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความปวด (Bonica & Loeser, 2001; Chudler & Bonica, 2001; Ljungqvist, Nygren, Soop, & Thorel, 2005) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด (Riangkam, 2007) ซึ่งเป็นความปวดแบบเฉียบพลัน สามารถระบุตำแหน่งได้ชัดเจน ความปวดจะบรรเทาลงเมื่อมีการจัดการที่เหมาะสมหรือมีการฟื้นฟูสภาพของเนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บ (McCaffery, 1979) ในผู้ป่วยที่มีอาการปวดแผลผ่าตัดมาก ผู้ป่วยมักจะมีลักษณะการหายใจตื้น เร็ว มีการเคลื่อนไหวของกระบังลมน้อยส่งผลให้การระบายอากาศในถุงลมปอดลดลง (deWit, 2009) ส่งผลให้เกิดภาวะปอดอักเสบ (pneumonia) และภาวะปอดแฟบ (atelectasis) ตามมา ภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อหรือมีสิ่งแปลกปลอม เช่น เสมหะ การสำลักเศษอาหาร และภาวะปอดแฟบมีสาเหตุมาจากการมีเสมหะอุดกั้นท่อทางเดินหายใจขนาดเล็กหรือที่แขนงหลอดลมทำให้อากาศไม่สามารถผ่านเข้าไปในถุงลมปอดได้ อากาศในถุงลมส่วนปลายถูกดูดซึมทำให้ถุงลมปอดแฟบ (Holte & Kehlet, 2002; Kanat, Goluk, Teke, & Goluk, 2007)

ความปวดแผลผ่าตัดทำให้เด็กพยายามอนนิ่ง ๆ หายใจลักษณะเร็วตื้น เพื่อลดการกระตุ้นอาการปวด การปฏิบัติเช่นนี้ทำให้เด็กไม่สามารถหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ ได้อย่างเต็มที่ ทำให้ถุงลมปอดขยายตัวไม่เต็มที่และไม่สามารถไอขับเสมหะออกมาได้เกิดการคั่งค้างของเสมหะ อาจส่งผลให้เกิดภาวะปอดแฟบ ปอดอักเสบ ร่างกายเกิดการติดเชื้อและอาจเกิดภาวะขาดออกซิเจนตามมาได้ (Reaney, 2007; Jacob, 2009) อีกทั้งความปวดยังทำให้เด็กไม่ยอมเคลื่อนไหวร่างกายหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลง (Christensen, 2006) ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ส่งผลให้เกิดความไม่สบายจากอาการท้องอืดจากการคั่งของแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้ (Melzack, 1990 อ้างใน Chieng et al., 2013) การจัดการความปวดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด ผู้ดูแลสามารถช่วยดูแลช่วยจัดการความปวดหลังผ่าตัดแก่เด็กโดยการประเมินและการบรรเทาความปวด

โดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ด้านการประเมินความปวด ผู้ดูแลสามารถสังเกตได้จากพฤติกรรมที่แสดงออกและการบอกกล่าวของเด็ก เช่น ร้องไห้ หน้าสีวี่วซึมมวด นอนตัวแข็ง กำมือแน่น เหงื่อออก (Reaney, 2007) สำหรับด้านการบรรเทาความปวดโดยการใช้ยาขณะเด็กรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลมักจะแจ้งอาการของเด็กแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อให้เด็กได้รับการบรรเทาความปวด ได้แก่ยาบรรเทาความปวดทางหลอดเลือดดำเนื่องจากส่วนใหญ่เด็กต้องงดน้ำและอาหารในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Twycross & Finley, 2013)

การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (He, Vehviläinen-Julkunen, Pölkki, & Pietilä, 2010) จากการศึกษาบทบาทของบิดามารดาในการเลือกวิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาในเด็กหลังผ่าตัด พบว่า ร้อยละ 91 บิดามารดาใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ และพบว่าร้อยละ 90 ใช้ 2 วิธีการ ได้แก่ การดูแลด้านร่างกาย เช่น การจัดทำและการสนับสนุนด้านอารมณ์ เช่น การนวดการสัมผัส (Pölkki et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการความปวดโดยบิดามารดาในเด็กหลังผ่าตัดหลังจากได้รับคำแนะนำจากพยาบาล พบว่าบิดามารดาสามารถให้การจัดการความปวดแก่เด็กหลังผ่าตัดโดยใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดท่านอน และการเสริมแรงทางบวก (He et al., 2005) บิดามารดาหรือผู้ดูแลมีความสำคัญกับชีวิตเด็กมากที่สุดทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย เป็นผู้ที่เข้าใจรวมทั้งมีประสบการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของเด็กได้อย่างรวดเร็วและเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของเด็กได้ดีที่สุด (Lam et al., 2006; Simons, Franck, & Roberson, 2001; Wheeler, 2005) จากการศึกษาถึงการให้มารดาอยู่ใกล้ชิดดูแลเด็กขณะทำหัตถการที่ซับซ้อน โดยมารดาคอยพูดคุยและสัมผัสเด็กอย่างอ่อนโยน พบว่าปฏิกิริยาการตอบสนองด้านร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดของเด็กกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งส่งผลให้ระดับความปวดของผู้ป่วยเด็กลดลงไปด้วยเช่นกัน (Johnston et al., 2012) ดังนั้นหากบิดามารดาหรือผู้ดูแลสามารถช่วยจัดการความปวดให้แก่เด็กหลังผ่าตัดได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้เด็กเข้าสู่ระยะการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว

ภาวะแทรกซ้อนในระยะหลังผ่าตัดที่อาจส่งผลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดล่าช้าแก่เด็ก ได้แก่ อาการคลื่นไส้และอาเจียน และความปวดแผลผ่าตัด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยหลังผ่าตัดระยะแรก ดังนั้นผู้ดูแลเด็กจึงควรมีความสามารถในการประเมินอาการและจัดการช่วยเหลือเด็กเบื้องต้นหากเกิดภาวะดังกล่าว

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

ความหมายของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

เบอร์เกอร์ (Berker, 1989) ให้ความหมายการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดว่า เป็นปรากฏการณ์หรือเหตุการณ์ระหว่างก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการกลับคืนจากภาวะความเจ็บป่วยเข้าสู่ภาวะปกติ โดยเปรียบเทียบกับภาวะสุขภาพก่อนการเจ็บป่วย ซึ่งประกอบไปด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเป็นกระบวนการที่กระทำอย่างต่อเนื่อง 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเวลาการทำการกิจกรรมที่ต้องอาศัยผู้ดูแล (passivity) ระยะการปฏิบัติกิจกรรมการพักฟื้นด้วยตนเอง (activity resumption) และระยะที่สภาวะสุขภาพร่างกายใกล้เคียงก่อนการผ่าตัด (stabilization)

อลวินและคณะ (Allvin et al., 2007) ให้ความหมายการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดว่า เป็นการกลับคืนจากภาวะความเจ็บป่วยเข้าสู่ภาวะปกติใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัด หรือสภาวะดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการดำเนินชีวิตตามปกติ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านร่างกาย (physiological) หมายถึง การกลับเข้าสู่ภาวะปกติของร่างกาย ได้แก่ มีการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติและระบบประสาทสั่งการ อวัยวะต่างๆ ของร่างกายกลับเข้าสู่การทำหน้าที่ตามปกติและสามารถควบคุมการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ มีความปวดและความอ่อนล้าลดลง ร่างกายมีความแข็งแรง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหรือเกิดขึ้นน้อย

ด้านจิตใจ (psychological) หมายถึง การกลับคืนสู่ภาวะปกติด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ได้แก่ ความรู้สึกเป็นสุข สงบ ปราศจากความโกรธ ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า สามารถเผชิญระยะการเปลี่ยนผ่านจากภาวะความเจ็บป่วยกลับสู่ภาวะสุขภาพดี รวมถึงการมีประสบการณ์ที่ดีจากเหตุการณ์นั้นๆ

ด้านสังคม (social) หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสมและสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ในสังคมได้ตามปกติโดยไม่พึ่งพาผู้อื่น

ด้านการดำเนินชีวิตตามปกติ (habitual) หมายถึง ความสามารถดำเนินชีวิตได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ สามารถตอบสนองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ การรับประทานอาหาร การขับถ่าย เป็นต้น

สรุป การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด คือ การกลับคืนจากภาวะความเจ็บป่วยเข้าสู่ภาวะปกติใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัดหรือสภาวะดีที่สุดตามสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด เป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องภายหลังการผ่าตัดจนกระทั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วยระยะต่างๆ ของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดังนี้

ระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะแรก ระยะกลาง และระยะท้าย (Alvin et al., 2007; Craven & Himle, 2003; deWit, 2009)

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะแรก (early phase) เป็นระยะที่นับตั้งแต่สิ้นสุดการผ่าตัดและหยุดการให้รับยาระงับความรู้สึก ทั้งนี้ระดับความรู้สึกตัวของเด็กเริ่มกลับเข้าสู่ภาวะปกติ สัญญาณชีพคงที่ ร่างกายมีปฏิกิริยาการตอบสนองอัตโนมัติ เริ่มหายใจได้เองแต่อาจยังไม่มีประสิทธิภาพ อาจได้รับการให้ออกซิเจนและการดูแลห่มหะ เด็กจะเริ่มเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง แต่ยังคงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้อื่น เด็กจะถูกส่งไปยังห้องพักรักษาหรือส่งไปหอผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะแรกนี้มักใช้เวลาประมาณ 2-6 ชั่วโมงหรือในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะกลาง (intermediate phase) คือ ระยะช่วงสัปดาห์แรกหลังผ่าตัด ระบบต่างๆ ของร่างกายเริ่มทำงานได้ปกติ ระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพอยู่ในภาวะปกติ เด็กสามารถเคลื่อนไหวและลุกเดินได้และยังต้องการการดูแลจากผู้อื่น ไม่มีความจำเป็นต้องให้ออกซิเจน หรือสารน้ำทางหลอดเลือดดำ เด็กสามารถเริ่มรับประทานอาหารเหลวหรืออาหารอ่อนได้

การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะท้าย (late phase) คือ ช่วงเวลาหลังจากสัปดาห์แรกถึง 1 เดือนหลังผ่าตัด สภาพร่างกายเด็กกลับเข้าสู่ภาวะปกติใกล้เคียงกับสภาวะเดิมก่อนการผ่าตัด ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้น และสามารถกลับไปพักฟื้นที่บ้านได้รวมทั้งใช้ชีวิตได้ตามปกติ

จากระยะของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดระยะกลางมีความสำคัญมาก เพราะเด็กมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดในระยะนี้มาก การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาในเด็กหลังผ่าตัดขณะรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นกรณีการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในระยะกลางและต้องการการดูแลจากผู้อื่น เพื่อช่วยให้เด็กสามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ช่วยในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่ากิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การการลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็ว และการเริ่มรับประทานอาหารเร็ว (Chae, & Stiegmann, 2006; Dronker et al., 2008; Gustafsson et al., 2012; Melzack, 1990 อ้างใน Chieng et al., 2013; Zutshi et al., 2004) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย

การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นกิจกรรมที่สามารถเริ่มทำได้เมื่อเด็กพ้นจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึกและรู้สึกตัวดี ประกอบด้วย การหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ การไออย่างมีประสิทธิภาพ การพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง และการแหว่งเท้า เป็นการทำให้ร่างกายเกิดการเคลื่อนไหวเพื่อกระตุ้นการทำงานของร่างกายและลดความเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ซึ่งประกอบด้วย

1.1 การหายใจเข้าออกลึกๆ ยาวๆ โดยให้เด็กนอนหงายหนุนหมอน หรือยกศีรษะสูงประมาณ 30-60 องศา หายใจเข้าทางจมูกช้าๆ จนท้องป่องและหายใจออกช้าๆ ทางปากให้ท้องแฟบจำนวน 5-10 ครั้ง ปฏิบัติอย่างน้อยทุก 1-2 ชั่วโมง เป็นการช่วยให้ถุงลมเล็กๆ ในปอดขยายตัวได้ดีเพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบหลังผ่าตัด ซึ่งผู้ดูแลเด็กสามารถช่วยได้โดยการช่วยจัดท่าและกระตุ้นให้เด็กหายใจ

1.2 การไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยการให้เด็กนอนหงายหนุนหมอน นอนท่าศีรษะสูงหรืออยู่ในท่านั่ง อาจใช้มือ หมอน หรือผ้าสะอาดประคองแผ่นผ้าตัดเพื่อลดการกระทบกระเทือนแผ่นผ้าตัดและลดอาการปวดขณะไอ จากนั้นหายใจเข้า-ออกลึกๆ ยาวๆ 3 รอบ ขณะหายใจออกรอบสุดท้ายจึงไอออกมาจากส่วนลึกของลำคอ เป็นการช่วยระบายเสมหะที่คั่งค้างอยู่ในท่อหลอดลมทางเดินหายใจทำให้ปอดขยายตัวป้องกันภาวะปอดแฟบ ซึ่งผู้ดูแลเด็กสามารถช่วยได้โดยกระตุ้นการจัดท่าให้เด็กไออย่างมีประสิทธิภาพและช่วยประคองแผ่นผ้าตัด

1.3 การพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่านอนทุก 1-2 ชั่วโมง ผู้ดูแลเด็กกระตุ้นหรือให้การช่วยเหลือเด็กโดยใช้มือจับขอบราวกันเตียงแล้วเลื่อนตัวมาด้านใดด้านหนึ่งของเตียง เหยียดขา ด้านล่างลักษณะตรงและงอเข่าขาด้านบนแล้วใช้มือเอื้อมไปจับราวกันเตียงอีกข้างหนึ่ง เพื่อช่วยดึงตัวให้นอนตะแคง หรือหงายนี้ผู้ดูแลสามารถช่วยทำการพลิกตะแคงตัวเด็กและใช้หมอนรองหลังและขาที่อยู่ด้านบนเพื่อให้ปอดขยายตัวเพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ปอด กระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและลดอาการปวดเมื่อย

1.4 การลุกนั่งบนเตียง เป็นการช่วยกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ช่วยขับแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้ โดยหากเด็กอยู่ในท่านอนหงาย ถ้าต้องการลุกนั่งมาทางขวา ให้เด็กเลื่อนตัวมานอนชิดขอบเตียงด้านขวา ผู้ดูแลไขห้วเตียงสูงประมาณ 30-40 องศา แล้วเดินมายืนข้างเตียงด้านขวา ให้เด็กงอเข่าซ้ายยกคร่อมเข่าขวา เลื่อนแขนขวามาจับที่นอนและเอื้อมมือซ้ายมาจับที่นอนหรือขอบเตียงเหนือมือขวา เลื่อนเท้าทั้งสองข้างมารับน้ำหนักตัวบริเวณใกล้สะโพก เมื่อนั่งได้แล้วให้ใช้มือทั้งสองข้างทำวนที่นอนบริเวณใกล้สะโพกทั้งสองเพื่อการทรงตัว ผู้ดูแลเด็กเลื่อนเก้าอี้มารองเท้า

ทั้งสองข้างช่วยให้เด็กนั่งได้อย่างสบายและปลอดภัยควรลุกนั่งบนเตียงอย่างน้อยวันละ 3-5 ครั้ง ในระยะแรกอาจต้องให้ผู้ดูแลเด็กช่วยประคองตัวเด็ก

1.5 การหมุนข้อเท้า เป็นการบริหารขาที่ต่อเนื่องจากการลุกนั่ง ผู้ดูแลเด็กควรกระตุ้นให้เด็กลุกนั่งข้างเตียงและหมุนข้อเท้าหลังจากการลุกนั่งทุกครั้ง ข้างละ 5-10 ครั้ง เพื่อให้เท้าและขาทั้งสองข้างได้ขยับและเคลื่อนไหวส่งผลให้การไหลเวียนโลหิตที่ขาเพิ่มขึ้นช่วยให้กล้ามเนื้อคลายความตึงตัวสามารถลุกเดินได้เร็วขึ้น

2. การลุกออกจากเตียงและเดิน โดยเร็ว (early ambulation)

การลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็ว หมายถึง การเดินหรือการเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง (Potter & Perry, 2007) ควรทำให้เร็วที่สุดภายใน 1-2 วันแรกหลังการผ่าตัด โดยกระตุ้นให้เด็กลุกนั่งบนเตียงก่อนและนั่งห้อยเท้าโดยวางเท้าบนเก้าอี้ข้างเตียงหรือลุกขึ้นและเดินข้างเตียง การลุกลงมานั่งเก้าอี้ข้างเตียง การเดินรอบเตียงไปมาและกระตุ้นให้เด็กลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็วอย่างน้อย 1.5 เมตร และค่อย ๆ เพิ่มระยะทางในการเดินในหอผู้ป่วยจนกระทั่งเด็กสามารถเดินได้ดี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายภายหลังการผ่าตัดและกลับคืนสู่สภาพปกติโดยเร็วที่สุดทั้งในด้านสรีรวิทยาและการทำงานของอวัยวะต่างๆ อีกทั้งเป็นการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังได้รับการผ่าตัดในระบบต่างๆ ของร่างกาย

การทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็ก นอกจากต้องมีผู้ดูแลเด็กคอยให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจกรรมในระยะต่างๆ แล้ว ความพร้อมของเด็กหลังผ่าตัดก็มีความสำคัญเช่นกัน โดยความพร้อมของเด็กหลังผ่าตัดเพื่อเข้าสู่การปฏิบัติกิจกรรมหลังผ่าตัดในระยะเวลาที่รวดเร็วรวมทั้งสามารถปฏิบัติกิจกรรมการลุกนั่งและเดินหลังผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อความปลอดภัยและความสุขสบายของเด็ก ประกอบด้วย สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับความรู้สึกตัวดี เช่น สามารถระบุวัน เวลา สถานที่ และบุคคลได้ ได้รับการจัดการความปวดจนอยู่ในระดับที่เหมาะสม ได้รับการจัดการอาการคลื่นไส้และอาเจียนอย่างเหมาะสม ไม่ร้องไห้แงง โวยวาย ไม่พบความผิดปกติภายหลังการผ่าตัด บริเวณแนวแผลผ่าตัดไม่มีเลือดซึมหรือเลือดออกผิดปกติ การไหลเวียนโลหิตส่วนปลายปกติ และหลังลุกนั่ง 10 นาที ไม่มีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะหรือหายใจหอบเหนื่อย

3. การเริ่มรับประทานอาหารเร็ว (early initiation of oral intake)

การเริ่มรับประทานอาหารจะขึ้นอยู่กับชนิดของการผ่าตัด ประกอบด้วย 2 ลักษณะ คือ การผ่าตัดที่ไม่รบกวนการทำงานของลำไส้มาก เช่น การผ่าตัดไส้เลื่อน เด็กอาจเริ่มรับประทานอาหารหลังผ่าตัดได้ทันทีเมื่อระดับความรู้สึกตัวปกติ สัญญาณชีพคง สามารถควบคุมอาการปวดได้ และไม่มีอาการคลื่นไส้และอาเจียน โดยไม่ต้องรอการเคลื่อนไหวของลำไส้ โดยการกระตุ้นให้เด็กดื่ม

เครื่องดื่มน้ำที่ไม่มีคาร์โบเนต อาหารอ่อนและอาหารธรรมดาตามลำดับ และในกรณีที่การผ่าตัดรบกวนการทำงานของลำไส้ เช่น การผ่าตัดไส้ติ่ง การผ่าตัดลำไส้ใหญ่ การผ่าตัดลำไส้เล็ก เป็นต้น การเริ่มรับประทานอาหารจำเป็นต้องรอให้มีการเคลื่อนไหวของลำไส้เพื่อลดอาการท้องอืดจากการคั่งของแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้

การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด เป็นการกระทำของผู้ดูแลเด็กในการบรรเทาความปวด โดยการใช้ยาขณะเด็กรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลมักจะแจ้งอาการของเด็กแก่เจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อให้เด็กได้รับการบรรเทาความปวด ได้แก่ ยาบรรเทาความปวดทางหลอดเลือดดำ เนื่องจากส่วนใหญ่เด็กต้องงดน้ำและอาหารในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด (Twycross & Finley, 2013) และการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา (He et al., 2010) จากผลการศึกษาของฮีและคณะ (He et al., 2005) เรื่องการจัดการความปวดโดยบิคามารดาในเด็กหลังผ่าตัดหลังจากได้รับคำแนะนำจากพยาบาล พบว่าบิคามารดาสามารถให้การจัดการความปวดแก่เด็กหลังผ่าตัดโดยใช้วิธีการเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดทำอน และการเสริมแรงทางบวก สำหรับการจัดการเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียนในเด็กหลังผ่าตัด ผู้ดูแลเด็กสามารถจัดการช่วยเหลือเบื้องต้นได้แก่ การสังเกตว่าเด็กมีอาการหรือไม่ หากมีอาการคลื่นไส้และอาเจียนต้องจัดทำให้เด็กนอนตะแคงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลัก และรีบแจ้งอาการเด็กแก่เจ้าหน้าที่พยาบาล (Pawar, 2012) เพื่อช่วยให้เด็กสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ การควบคุมการฟื้นฟูของร่างกาย การลุกออกจากเตียงและเดิน โดยเร็ว และการเริ่มรับประทานอาหารเร็ว

ประโยชน์ของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าประโยชน์ของการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด และลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว ดังนี้

1. ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัดมีความสำคัญมาก ทำให้อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัดลดลง (Reismann et al., 2009) เช่น การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกาย การการลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็ว ช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบหายใจ เช่น ภาวะปอดแฟบและปอดอักเสบ นอกจากนี้ยังช่วยลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนในระบบอาหาร เช่น อาการท้องอืดอาการท้องอืดจากการคั่งของแก๊สในกระเพาะอาหารและลำไส้ และพังผืดยึดติดลำไส้ (Chieng et al., 2013; Jacob, 2009) ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยเร็วจึง

ช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัดได้ และเมื่อไม่พบภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด จะส่งผลให้เด็กสามารถถูกจำหน่ายกลับบ้านได้เร็ว (Liddle, 2013)

2. ลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลหลังผ่าตัด เป็นตัวชี้วัดถึงการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดขณะนอนรักษาในโรงพยาบาลที่ดีได้ โดยหากจำนวนวันของการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดน้อยแสดงว่าเด็กมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว (Potter & Perry, 2007) ดังนั้นการดูแลช่วยเหลือให้เด็กสามารถปฏิบัติกิจกรรมที่ช่วยในการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ย่อมส่งผลให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดลดลงได้ (Zutshi et al., 2004)

3. ลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว ปัจจุบันพบว่าค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลมีราคาสูงขึ้น โดยเฉพาะค่ารักษาพยาบาลเฉพาะโรคหรือเฉพาะทาง เช่น การรักษาโดยการผ่าตัด ซึ่งมีค่าใช้จ่ายในการทำหัตถการสูงทำให้เกิดภาระทางการเงินแก่ครอบครัวเพิ่ม เมื่อเด็กเกิดภาวะเจ็บป่วยต้องเข้ารับการผ่าตัด ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กต้องหยุดทำงานเกิดการสูญเสียรายได้ อีกทั้งยังส่งผลทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความวิตกกังวล และความเครียด (Pai et al., 2008) การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด สามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ หลังผ่าตัดและทำให้เด็กสามารถถูกจำหน่ายกลับบ้านได้เร็ว ดังนั้นหากเด็กไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดและถูกจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วจึงเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว

การปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญมากหากเด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้ฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้น และช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว

ปัจจัยที่มีผลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านเด็ก ด้านผู้ดูแลเด็ก และด้านสิ่งแวดล้อม

1. ปัจจัยด้านตัวเด็ก

การฟื้นสภาพหลังผ่าตัดในเด็กแต่ละรายนั้นอาจใช้เวลาที่แตกต่างกัน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก ด้านตัวเด็ก ได้แก่ อายุ ความปวด อาการคลื่นไส้และอาเจียน ความรุนแรง ชนิดของการผ่าตัด ระยะเวลาในการผ่าตัด และประสบการณ์การผ่าตัด

1.1 อายุ

อายุ ตามทฤษฎีพัฒนาการด้านความคิดและสติปัญญาของเพียเจต์ ได้กล่าวว่า เด็กมีพัฒนาการด้านความคิดและสติปัญญาเป็นไปตามแต่ละช่วงอายุ โดยเด็กที่มีอายุมากขึ้นจะมีพัฒนาการความคิดและสติปัญญาดีกว่าเด็กที่อายุน้อย (นิตยา ศษภักดี, 2554) สอดคล้องกับแฮร์ริส ซิเบย์ โรดริเกซ และبرانด์ท์ (Harris, Sibley, Rodriguez, & Brandt, 2013) ที่กล่าวว่า ผลกระทบที่เกิดจากการผ่าตัดต่อเด็ก ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล ความร่วมมือในการรักษา จะแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ เด็กมีความสามารถที่จะเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและการรักษาจะเป็นไปตามพัฒนาการทางความคิดที่เพิ่มตามอายุ โดยเด็กที่มีอายุมากกจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเจ็บป่วย หรือวิธีการรักษา โดยการผ่าตัด แม้ว่าเด็กวัยเรียนจะเป็นวัยที่เริ่มเข้าใจเหตุและผลมากกว่าเด็กวัยก่อนเรียนซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในช่วงเริ่มต้นของระยะพัฒนาการก่อนเกิดความคิดอย่างมีเหตุผล แต่เด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียนยังไม่มีความสามารถในการตัดสินใจและดูแลตนเองได้ทั้งหมด รวมทั้งการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ยังคงต้องการการสนับสนุนและการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ จากผู้ใกล้ชิดดูแล

1.2 ความปวด

ความปวดแผลผ่าตัดทำให้เด็กพยายามนอนนิ่งๆ หายใจลักษณะเร็วตื้น เพื่อลดการกระตุ้นอาการปวด (Jacob, 2009; Reaney, 2007) ซึ่งหากเด็กไม่ได้รับการประเมินและการจัดการความปวดแผลผ่าตัดที่เหมาะสม ขอมส่งผลให้การเริ่มกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดเกิดความล่าช้าได้ จากการศึกษาในเรื่องการให้มารดาอยู่ใกล้ชิดดูแลเด็กขณะทำหัตถการที่ซับซ้อน กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต อายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 3 ปี จำนวน 65 ราย โดยมารดาคอยพูดคุยและสัมผัสเด็กอย่างอ่อนโยน พบว่าปฏิริยาการตอบสนองด้านร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดของเด็กกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งส่งผลให้ระดับความปวดของเด็กลดลงไปด้วยเช่นกัน (Johnston et al., 2012) ผู้ดูแลเด็กมีความสำคัญกับชีวิตเด็กมากที่สุดทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นผู้ที่มีความเข้าใจและรับรู้ถึงพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของเด็ก ได้อย่างรวดเร็ว รวมทั้งเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความต้องการที่แท้จริงของเด็กได้ดีที่สุด (Lam et al., 2006; Simons et al., 2001; Wheeler, 2005) ดังนั้น หากผู้ดูแลเด็กสามารถประเมินและช่วยบรรเทาความปวดแผลผ่าตัดแก่เด็กได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้เด็กเข้าสู่ระยะการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว

1.3 อาการคลื่นไส้และอาเจียน

การผ่าตัดในเด็กโดยทั่วไปพบว่าเป็นการใช้ยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย ได้แก่ การสูดดมก๊าซที่ทำให้สลบหรือการฉีดสารละลายทำให้สลบทางหลอดเลือดดำ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กไม่

รู้สึกตัวชั่วคราวและการทำงานของระบบร่างกายลดลงขณะผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายในเด็กที่ได้รับการผ่าตัดคือ อาการคลื่นไส้และอาเจียน ทำให้เด็กเกิดความไม่สุขสบาย และเกิดภาวะร่างกายอ่อนล้า (Pawar, 2012) ซึ่งส่งผลให้เกิดการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดล่าช้าได้

1.4 ความรุนแรง ชนิดของการผ่าตัด และระยะเวลาในการผ่าตัด

ความรุนแรง ชนิดของการผ่าตัด และระยะเวลาในการผ่าตัด ส่งผลกระทบต่อตัวเด็กโดยตรง ดังเช่น เด็กที่มีไส้ติ่งอักเสบแตกทะลุ จะมีการติดเชื้อต้องให้ได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะภายหลังผ่าตัด ประมาณ 1 สัปดาห์หลังผ่าตัด จะใช้เวลาอยู่โรงพยาบาลนานกว่าผ่าตัดไส้ติ่งธรรมดาจนกว่าเด็กจะไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ไข้และไม่พบการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด (Puri & Höllwarth, 2009) ภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวก่อให้เกิดความไม่สุขสบายแก่เด็ก ดังนั้นหากเด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดจากความรุนแรงของการผ่าตัดที่มีความรุนแรงมากจะส่งผลให้เด็กเข้าสู่ระยะเวลาการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดล่าช้าตามมา

1.5 ประสิทธิภาพการผ่าตัด

เนื่องจากการผ่าตัด ไม่ใช่กิจวัตรประจำวันของเด็ก อีกทั้งการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย โดยเฉพาะการผ่าตัดนั้นก่อให้เกิดความกลัวและความเครียดต่อเด็ก (Wilson et al, 2010) จากการที่เด็กไม่เคยมีประสบการณ์การผ่าตัดมาก่อนและอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย อาจทำให้เด็กเกิดความกลัวและวิตกกังวล ส่งผลให้เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

2. ปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก ด้านผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ภาวะอารมณ์ของบิดามารดา ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด

2.1 อายุ

อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงควมมีวุฒิภาวะของบุคคลหรือความสามารถในการจัดการสิ่งต่าง ๆ อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ดังนั้นเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีความสามารถในการตัดสินใจและความรับผิดชอบที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ (Orem, 2001) ดังผลการศึกษาของฮี พอลส์กี ฟิทิล่า และเวห์วีไลเนน-จูลคูเนน (He, Polkki, Pietila., Pietila., & Vehvilainen-Julkunen., 2006) พบว่าบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 64 ได้ให้การปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัดในการจัดการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยามากกว่าบิดามารดาที่มีอายุน้อยกว่า

2.2 ระดับการศึกษา

จากการศึกษาของทัวร์ิกนีและคณะ (Tourigny et al., 2005) เรื่องความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลเด็กหลังผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีอายุระหว่าง 3 ถึง 12 ปี จำนวน 220 ราย โดยระดับการศึกษาอาจเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับความตั้งใจของบิดามารดาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กหลังผ่าตัด พบว่า บิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารและรู้จักแสวงหาความรู้มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาน้อย ดังนั้นผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมีความเข้าใจและสามารถให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กมากกว่าผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดที่มีการศึกษาน้อยกว่า

2.3 ภาวะอารมณ์ของผู้ดูแลเด็ก

เมื่อเด็กต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลปัจจุบันเป็นนโยบายให้บิดามารดาอยู่เฝ้าทำให้บิดามารดาต้องจากบ้านหรือการทำงานชั่วคราว ซึ่งเป็นผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตส่วนตัวและครอบครัว (Lam et al., 2006) ก่อให้เกิดเกิดความเครียดและความวิตกกังวล ความเครียดและความวิตกกังวลในระดับสูง (Commodari, 2010) ทำให้ความคิดความอ่านสับสน ทักษะในการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้ของผู้ดูแลเด็กลดลงส่งผลให้ความสามารถในการจัดการปัญหาลดลงตามมา (Pai et al., 2008; Smith et al., 2007) ดังนั้นการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กได้นั้นต้องเกิดจากความตั้งใจของผู้ดูแลเด็กเป็นอย่างมาก

2.4 ประสิทธิภาพในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด

การดูแลเด็กหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากการดูแลเด็กหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างจากการดูแลเด็กป่วยด้านอายุรกรรม (Pai et al., 2008) ผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กหลังผ่าตัดจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลลง

3. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ สมาชิกในครอบครัว

3.1 สิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลและบุคลากรสุขภาพ

จากการที่ผู้ดูแลต้องอยู่เฝ้าอาการเด็กในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ทำให้แบบแผนการนอนหลับของผู้ดูแลเด็กเกิดเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้พบว่าสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ดูแลเด็กระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ ความวิตกกังวลหรือความปวดของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่เด็กได้รับ และเสียงดังจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (Melzer, Davis, & Mindell, 2012)

ทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้ทักษะในการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้ของผู้ดูแลเด็กลดลงส่งผลให้ความสนใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพเด็กหลังผ่าตัดลดลงตามมา สำหรับเด็กที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเด็กหลังผ่าตัดเป็นพิเศษ ผู้ดูแลเด็กสามารถให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพเด็กหลังผ่าตัดได้หากได้รับการสอนและคำแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่พยาบาล ดังเช่นการศึกษาของฮีและคณะ (He et al., 2005) เรื่องการจัดการความปวดโดยบิคารดาในเด็กหลังผ่าตัดภายหลังได้รับคำแนะนำจากพยาบาล พบว่าบิคารดาสามารถจัดการความปวดให้แก่เด็กหลังผ่าตัดได้ดี ดังเช่น การจัดทำนอน การเบี่ยงเบนความสนใจ และการเสริมแรงทางบวก สอดคล้องกับผลการศึกษารุ่นก่อนและมัลคอลลัม (Bruns & McCollumn, 2002) พบว่ามารดาในหอผู้ป่วยวิกฤตทารกแรกเกิดได้ปฏิบัติดูแลทารกด้านกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การทำแผล และการดูดเสมหะ โดยได้รับการคำแนะนำในครั้งแรกก่อนปฏิบัติการดูแล จากนั้นให้มารดาปฏิบัติโดยมีพยาบาลสังเกตดูแลอย่างใกล้ชิด

3.2 สมาชิกในครอบครัว

ลักษณะของครอบครัวไทยเป็นระบบเครือญาติ โดยสมาชิกในครอบครัวมีความใกล้ชิดสนิทสนมกันและให้ความสำคัญกับญาติพี่น้องและผู้ใกล้ชิด ได้แก่ บุตร สามี ภรรยา ญาติสนิท และเพื่อนสนิท เช่น บิคารดาจะมีความมั่นใจในการปฏิบัติการดูแลเด็กหลังผ่าตัดมากขึ้นหากได้รับการยอมรับจากเด็กป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ (Tourigny et al., 2005)

ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (theory of planned behavior)

ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมมาจากแนวคิดของเอจเซน (Ajzen, 1991) เป็นทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ที่พัฒนาต่อมาจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (theory of reasoned action) ของเอจเซนและฟิชบาย (Ajzen & Fishbein, 1980) เพื่อศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ ทฤษฎีนี้เชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลและรู้จักใช้ข้อมูลต่างๆ ที่มีอยู่อย่างมีระบบมาประกอบการตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ตัวกำหนดพฤติกรรมโดยตรงคือความตั้งใจที่เกิดจากปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลจะมุ่งเน้นถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดตามมาจากการกระทำนั้นๆ ว่าเป็นผลดีหรือผลเสีย ต่อมาพบว่าทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลสามารถอธิบายได้เฉพาะการปฏิบัติที่ตัดสินใจเลือกของผู้ปฏิบัติ โดยเฉพาะบุคคลมีแนวโน้มที่จะเลือกพฤติกรรมที่สามารถควบคุมได้ ดังนั้นทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลจึงมีข้อจำกัดในการอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมในสถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมหรือควบคุมพฤติกรรมได้น้อย หรือมีปัจจัย

ด้านสิ่งแวดล้อมอื่นๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง ดังนั้นเอจเซน (Ajzen, 1991) จึงได้ปรับปรุงเพิ่มเติมเป็น ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม เพื่อให้สามารถทำนายครอบคลุมไปถึงพฤติกรรมที่ไม่สามารถ ควบคุมได้ด้วย โดยเพิ่มโน้มน้าการรับรู้การควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อช่วยอธิบายปัจจัย ภายนอกบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เพราะเชื่อว่าการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจะถูก กำหนดโดยความตั้งใจและความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม บุคคลจะใช้ความพยายามในการ ปฏิบัติพฤติกรรมมากยิ่งขึ้นหากรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวสูง (Ajzen, 1991; Chapados et al., 2002)

ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กและการประเมิน

ความตั้งใจเป็นปัจจัยการจูงใจที่มีผลต่อพฤติกรรม โดยความตั้งใจจะเป็นตัวบ่งชี้ว่า บุคคลได้ ทุ่มความพยายามมากน้อยเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจแน่วแน่และ พยายามมากน้อยเพียงใด ความเป็นไปได้ที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมก็มีมากเท่านั้น

1. ความหมายของความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแล

เอจเซน และฟิชบาย (Ajzen & Fishbein, 1980) ได้กล่าวว่า ความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแล เป็นการแสดงเจตนาหรือการตัดสินใจกระทำหรือแสดงพฤติกรรมของบุคคล

โกดิน และคอกก์ (Godin & Kok, 1996) ได้กล่าวถึงความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลตาม แนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน (Ajzen, 1991) ว่าเป็นแรงจูงใจที่ทำให้เกิดการ กระทำพฤติกรรมโดยมีเงื่อนไขของบริบทเฉพาะก็คือ เป็นพฤติกรรมที่ยอมรับของสังคมซึ่งจะ แตกต่างกันไปแล้วแต่การกระทำนั้นๆ

ทัวร์ิกนีและคณะ (Tourigny et al., 2005) ได้กล่าวว่า ความตั้งใจในการปฏิบัติการดูแลของ ผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัด คือ แรงจูงใจของผู้ดูแลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคขัดขวางให้ กระทำการดูแลเด็กหลังผ่าตัด ไม่สำเร็จ รวมไปถึงความสนใจและวางแผนที่จะปฏิบัติกิจกรรมใน การดูแลเด็กหลังผ่าตัด โดยเริ่มตั้งแต่ชั่วโมงแรกหลังกลับจากห้องพักรักษาและต่อเนื่องไปจนถึงเมื่อ เด็กกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กในที่นี้ จึงหมายถึง หมายถึง การแสดงเจตนาของผู้ดูแลเด็กที่จะให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ การบรรเทาความปวด การจัดการเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน เพื่อช่วยให้เด็กปฏิบัติ กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การควบคุมการฟื้นฟูของร่างกาย การลุกออกจาก เตียงและเดินโดยเร็ว และการเริ่มรับประทานอาหารเร็ว โดยเริ่มตั้งแต่กลับจากห้องพักรักษาหลังผ่าตัด และต่อเนื่องไปจนถึงเมื่อเด็กจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบรายงานการศึกษาความตั้งใจในการปฏิบัติกรดูแลของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว คือ การศึกษาปัจจัยที่กำหนดความตั้งใจในการปฏิบัติกรดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว (Tourigny et al., 2005) ซึ่งผลจากการศึกษาอาจไม่สามารถอธิบายถึงความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กเมื่อกลับจากห้องพักรฟื้นหลังผ่าตัดและต่อเนื่องไปจนถึงเมื่อเด็กจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

2. การประเมินความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

จากการทบทวนวรรณกรรม พบแบบสอบถามความเชื่อของบิดามารดา (parents' beliefs questionnaire) ของทัวร์ิกนีและคณะ (Tourigny et al., 2005) ซึ่งสร้างโดยใช้แนวคิดของเอจเซน (Ajzen, 1991) แบบสอบถามมีข้อความทั้งหมด 42 ข้อคำถาม มีส่วนที่เป็นข้อความที่เกี่ยวกับความตั้งใจของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดทั้งหมด 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราวัดระดับแบบประเมินค่าด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS]) มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีตัวเลขกำกับไว้บนเส้นตรง ตั้งแต่ 1-5 แต่ละข้อคำถามที่มีลักษณะปลายปิด มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มีการให้คะแนน ดังนี้ เลข 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เลข 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย เลข 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ เลข 4 หมายถึง เห็นด้วย และ เลข 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเครื่องมือดังกล่าวได้ผ่านการตรวจสอบการใช้ภาษาและความตรงของเนื้อหาจากคณะกรรมการวิทยานิพนธ์และผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว จำนวน 30 ราย แต่ไม่พบการรายงานค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้านความตั้งใจของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัด แบบสอบถามนี้ประเมินเฉพาะความตั้งใจในการปฏิบัติกรดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการผ่าตัดตั้งแต่กลับจากห้องพักรฟื้นหลังผ่าตัดและกลับบ้านในวันเดียว ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาแบบสอบถามประเมินความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กขณะเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โดยสร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (theory of planned behavior) ของเอจเซน (Ajzen, 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กในระยะฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

ปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

จากแนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมได้อธิบายสาเหตุของการแสดงพฤติกรรมด้วยปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมไว้ 3 ประการ ได้แก่ ทำศนคติต่อพฤติกรรมของบุคคล บรรทัดฐานของสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (Ajzen, 1991; Chapados et al., 2002)

ทัศนคติต่อพฤติกรรมของบุคคล

ทัศนคติต่อพฤติกรรมต่อพฤติกรรมของบุคคล (attitudes towards the behavior) ประกอบด้วย ทัศนคติด้านความคิดหรือความรู้และทัศนคติด้านอารมณ์หรือความรู้สึก เป็นการประเมินผลดีหรือผลเสียต่อการกระทำนั้นๆ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมใดแล้วจะได้รับผลดีก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้ามหากมีความเชื่อว่าการทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลเสียก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น และเมื่อมีทัศนคติทางบวกก็จะเกิดเจตนาหรือความตั้งใจ (intention) ที่จะแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งในที่นี้คือการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด สามารถประเมินได้โดยตรงและโดยอ้อม การประเมินโดยตรงเป็นการประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ โดยรวมว่าเห็นด้วยหรือไม่ สามารถประเมินทางอ้อมโดยการถามเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นมีผลกระทบต่อตนเองหรือไม่ ทัศนคติต่อพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดนั้น เป็นความคิดหรือความรู้และอารมณ์หรือความรู้สึกที่มีต่อการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดถ้าผู้ดูแลมีความเชื่อว่าการช่วยเหลือเด็กในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแล้วจะได้รับผลดีทั้งต่อตนเองและเด็กก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ในทางตรงข้ามหากมีความเชื่อว่าการกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้รับผลเสียก็จะมีแนวโน้มที่จะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อพฤติกรรมนั้น (Chapados et al., 2002)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลเด็กหลังผ่าตัด พบรายงานการศึกษาของคริสทีนสัน-ฮอลล์สตรอม (Kristensson-Hallstrom, 2000) ถึงการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการปฏิบัติการดูแลเด็กที่อยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 40 รายของด็กศัลยกรรม พบว่าบิดามารดาให้การปฏิบัติการดูแลเด็กเบื้องต้นในเรื่อง ความสะดวกสบาย ความสะอาดของร่างกาย และการให้อาหารและเชื่อว่าบิดามารดาสามารถให้การปฏิบัติในสิ่งที่คุ้นเคยที่เคยทำที่บ้านซึ่งกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าว บิดามารดาที่มีความเต็มใจและมีความตั้งใจที่จะให้การปฏิบัติการดูแลเด็กหลังผ่าตัด สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจและการแสดงพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัด ช่วงอายุ 1-17 ปี อายุเฉลี่ย 6.2 ปี โดยศึกษาในผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติการดูแลเด็กหลังผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว จำนวน 63 ราย ซึ่งปัจจัยด้านทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติการดูแลเด็กหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 72.7 รับรู้ว่าจะต้องเตรียมตัวสำหรับการผ่าตัดแต่ไม่รู้สึกที่ตนเองมีความพร้อมสำหรับการดูแลเด็กหลังผ่าตัด โดยปัจจัยด้านทัศนคติผู้ดูแลมีความรู้สึกดีและคิดว่าเป็นผลดีต่อเด็กหากตนเองได้อยู่ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดภายหลังการผ่าตัด แต่ผู้ดูแลยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลเด็ก (Chapados et al., 2002) และเมื่อเด็กต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลปัจจุบันเป็นนโยบายให้มีผู้ดูแลอยู่เฝ้าดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ดูแลต้องจากบ้านหรือการทำงานชั่วคราว ซึ่งเป็นผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตส่วนตัวและ

ครอบครัว (Lam et al., 2006) ก่อให้เกิดเกิดความเครียดและความวิตกกังวล ความเครียดและความวิตกกังวลในระดับสูงทำให้ทักษะในการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้ของบิดามารดาลดลงส่งผลให้ความสามารถในการจัดการปัญหาลดลงตามมา (Smith et al., 2007)

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดอาจจะมีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก แต่ผลการศึกษาผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียวอาจไม่สามารถอธิบายความตั้งใจในการดูแลเด็กตลอดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลได้

บรรทัดฐานของสังคม

บรรทัดฐานของสังคม (subjective norm) เป็นการรับรู้ของบุคคลว่า สังคม พฤติกรรม ความเป็นบุคคล และมาตรฐานศีลธรรมคุณธรรมมีอิทธิพลในการกระตุ้นให้กระทำพฤติกรรมหรือไม่ควรกระทำหรือการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ เป็นที่ยอมรับของสังคมหรือไม่ หากบุคคลมีความเชื่อและรับรู้ว่ากลุ่มผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อตนเองคาดหวังและเห็นสมควรให้ตนกระทำพฤติกรรมใดๆ จะส่งผลให้เกิดแนวโน้มที่จะคล้อยตามและปฏิบัติพฤติกรรมนั้นตามด้วย ในที่นี้คือการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งบุคคลผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญเหล่านี้ ได้แก่ เด็กหลังผ่าตัด สมาชิกคนอื่นครอบครัว แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ของโรงพยาบาล (Ajzen, 1991; Chapados et al., 2002; Godin & Kok, 1996) ดังเช่น การศึกษาของพรวิมล ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา (2552) ถึงผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะเวลาและพฤติกรรม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรกที่ทำงานนอกบ้าน พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวมของมารดาที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปทำงาน การบีบและเก็บรักษาน้ำนม พบพฤติกรรมดังกล่าวในมารดาในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากรดากลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุน และคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปทำงานจากบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมตามแนวคิดของเอจเซน (Ajzen, 1991) ที่กล่าวว่าบรรทัดฐานของสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคล

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจและการแสดงพฤติกรรม การปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัด ช่วงอายุ 1-17 ปี อายุเฉลี่ย 6.2 ปี โดยศึกษาในผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว จำนวน 63 ราย พบว่าปัจจัยด้านบรรทัดฐานของสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัด คือ บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล (Chapados et al., 2002) และรายงาน

การศึกษาเกี่ยวกับความเห็นของผู้ดูแลต่อการช่วยลดความปวดของบุตรและข้อเสนอแนะที่ให้แก่บุคลากรทางสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 192 ราย พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีอาการปวดทางศัลยกรรมมีความต้องการปฏิบัติดูแลเด็กเพื่อบรรเทาความปวดแก่เด็กถึงร้อยละ 98 และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เสนอแนะให้บุคลากรทางสุขภาพจัดเตรียมการให้ข้อมูลการดูแลเด็กเพื่อบรรเทาความปวดให้แก่เด็ก (Pölkki et al., 2002) นอกจากนี้พบรายงานการศึกษาเรื่องการดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของคอลเลอจี และลูเกอร์ (Callery & Luker, 1996) พบว่าบิดามารดาที่อยู่ดูแลเด็กจะทำให้เด็กมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น นอกจากนี้พบการศึกษาของ สตรัลล์ และดีทริก (Stull & Deatrick, 1986) ที่พบว่าบิดามารดาปรารถนาที่จะให้การปฏิบัติดูแลเด็กในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ และการดูแลทางด้านจิตใจ เป็นต้น เนื่องจากบิดามารดารับรู้ว่านั่นเป็นบทบาทของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์บีเชียร์ (Darbyshire, 1994) ที่พบว่า การให้บิดามารดาได้ปฏิบัติดูแลในด้านการดูแลทางด้านร่างกาย การเล่นและการสนับสนุนทางอารมณ์แก่เด็กเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากบิดามารดาเป็นทั้งผู้คอยสนับสนุนและปกป้องดูแลเด็ก

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น พบว่าบรรทัดฐานของกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น สามี เพื่อนสนิท แพทย์ พยาบาล และกลุ่มผู้ใกล้ชิดเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัด เช่น เด็กหลังผ่าตัด สมาชิกคนอื่นในครอบครัว แพทย์ พยาบาล อาจจะมีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

การรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง (perceived behavioral control) ประกอบด้วย การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง ว่าเป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นและรับรู้โอกาสที่จะส่งผลให้เกิดการกระทำพฤติกรรมต่างๆ เช่น สภาพาร่างกายและจิตใจของตนเอง ทักษะ ความรู้ หน้าที่การงาน อาการเด็กหลังผ่าตัด การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ อุปสรรคอันยวความสะดวก (Ajzen, 1991; Chapados et al., 2002; Godin & Kok, 1996) จากการทบทวนวรรณกรรมพบรายงานการศึกษาของแวมบาร์ท (Wambach, 1997) เกี่ยวกับการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองของมารดาต่อการให้นมบุตรอย่างน้อย 6 สัปดาห์หลังคลอด ในกลุ่มตัวอย่างมารดาจำนวน 135 ราย พบว่า การรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการให้นมบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.41$) นอกจากนี้ยังพบรายงานการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจและการแสดงพฤติกรรมปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัด

ช่วงอายุ 1-17 ปี อายุเฉลี่ย 6.2 ปี โดยศึกษาในผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว จำนวน 63 ราย พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัด เช่น ความพร้อมด้านร่างกายหรือจิตใจของผู้ดูแลและสภาพร่างกายของเด็ก การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลต่างๆ เป็นต้น (Chapados et al., 2002) นอกจากนี้การที่ผู้ดูแลต้องอยู่เฝ้าดูแลเด็กในโรงพยาบาลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลาทำให้แบบแผนการนอนหลับของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้พบว่าสิ่งรบกวนการนอนหลับของผู้ดูแลระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ ความวิตกกังวลหรือความปวดของเด็ก กิจกรรมการพยาบาลที่เด็กได้รับและเสียงดังจากสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล (Melzer et al., 2012) ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในระดับสูง (Commodari, 2010) ความวิตกกังวลในระดับสูงทำให้ทักษะในการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้ของผู้ดูแลเด็กลดลงส่งผลให้ความตั้งใจในการปฏิบัติดูแลเด็กลดลงตามมา (Smith et al., 2007) สำหรับเด็กที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีความจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติดูแลหลังผ่าตัดเป็นพิเศษ ผู้ดูแลเด็กสามารถให้การปฏิบัติดูแลเด็กได้ถ้าได้รับการสอนและให้คำแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่พยาบาล

จากการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น การที่ผู้ดูแลสามารถรับรู้อุปสรรคและความสามารถของตนเอง เป็นการยากหรือง่ายที่นำไปสู่ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมการปฏิบัติดูแลเด็ก ดังนั้นการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองของผู้ดูแลเด็กอาจมีผลต่อความตั้งใจของผู้ดูแลเด็กในการปฏิบัติดูแลเด็ก

นอกจากนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดที่ใช้ในการศึกษาของทัวร์ิกนีและคณะ (Tourigny et al., 2005) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร อาชีพ รายได้ของครอบครัว การได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัด และประสบการณ์ในการปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัด อายุเป็นตัวบ่งบอกถึงควมมีวุฒิภาวะของบุคคลหรือความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆ อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ดังนั้นเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีความสามารถในการตัดสินใจและความรับผิดชอบที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ (Taylor, Geden, Isaramalai, & Wongvatunyu, 2000) ดังผลการศึกษาของฮี และคณะ (He et al., 2006) พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีอายุมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 64 ได้ให้การปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัดในการจัดการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยามากกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีอายุน้อยกว่า และผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารและรู้จักแสวงหาความรู้มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาน้อย (Tourigny et al., 2005) นอกจากนี้ประสบการณ์ในการปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัดของบิดามารดา ประสบการณ์การดูแลจะช่วยให้อบิดามารดาลดความเครียดและความวิตกกังวลลง (Pai et al., 2008)

การประเมิน ทศนคติ บรรทัดฐานของสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการประเมิน ทศนคติ บรรทัดฐานของสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม พบแบบสอบถามความเชื่อของบิดามารดา (parents' beliefs questionnaire) ซึ่งสร้างโดยชาปาโดสและคณะ (Chapados et al., 2002) จากพื้นฐานแนวคิดของเอจเซน (Ajzen, 1991) คือ ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (theory of planned behavior) ที่พัฒนาต่อจากทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (theory of reasoned action) ของเอจเซนและฟิชบาย (Ajzen & Fishbein, 1980) โดยทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมเป็นการเชื่อมโยงอิทธิพลของปัจจัยภายใน (เช่น ความเชื่อของบิดามารดา) และปัจจัยภายนอก (เช่น อุปสรรคจากสภาพแวดล้อมต่างๆ ในโรงพยาบาล) ต่อความตั้งใจของบิดามารดาในการปฏิบัติดูแลเด็กเมื่อเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล โดยโกดินและค็อก (Godin & Kok, 1996) ได้เชื่อมโยงทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม (Ajzen, 1991) และทฤษฎีพฤติกรรมทางสังคมของไตรแอนดี (Triandi, 1977) ซึ่งเป็นทฤษฎีพฤติกรรมสังคมเข้าด้วยกันพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดความตั้งใจ 8 ประการ แบ่งเป็น 3 ด้าน ดังนี้ ทศนคติ ประกอบด้วยความคิดหรือความรู้และอารมณ์หรือความรู้สึก คือ ทศนคติมีผลต่อพฤติกรรมที่ต้องกระทำ (attitudes) บรรทัดฐานทางสังคม (norms) ได้แก่ สังคม พฤติกรรม ความเป็นบุคคล และมาตรฐานศีลธรรมคุณธรรมที่มีอิทธิพลในการกระตุ้นให้แสดงพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมนั้นๆ (control) ทั้งนี้ความตั้งใจทำให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมแต่ความตั้งใจเพียงอย่างเดียวไม่สามารถก่อให้เกิดพฤติกรรมได้ ต้องมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ แหล่งสนับสนุนและความถนัด (ความเชื่อ) ที่ก่อให้เกิดความตั้งใจและนำไปสู่การปฏิบัติ

กระบวนการพัฒนาเครื่องมือทั้งหมด 5 ขั้นตอนของโกดินและค็อก (Godin & Kok, 1996) ทั้งด้านวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยในขั้นตอนแรกใช้ข้อคำถาม 5 ข้อ ที่เกี่ยวข้องกับ ทศนคติ บรรทัดฐานของสังคม และการควบคุม โดยสร้างคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ต้องการ ซึ่งข้อคำถามต้นฉบับเป็นภาษาฝรั่งเศสและมีการแปลเป็นภาษาอังกฤษโดยนักศึกษาระดับปริญญาโท ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านภาษาอังกฤษและฝรั่งเศส ขั้นตอนที่สอง นำข้อคำถามภาษาอังกฤษแปลย้อนกลับเป็นภาษาฝรั่งเศส โดยพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาอังกฤษและฝรั่งเศสอีกท่านหนึ่ง จากนั้นนำแบบสอบถามที่แปลย้อนกลับเป็นภาษาฝรั่งเศสถูกนำมาเปรียบเทียบกับข้อคำถามต้นฉบับว่ามีความหมายใกล้เคียงกับแบบสอบถามต้นฉบับมากน้อยเพียงใด และมีการแก้ไขเพียงเล็กน้อยจนได้ความสอดคล้องหนึ่งร้อยเปอร์เซ็นต์ แล้วนำเครื่องมือฉบับภาษาฝรั่งเศสและภาษาอังกฤษไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง คือ บิดามารดาที่พูดภาษาฝรั่งเศสจำนวน 10 ราย และบิดา

มารดาที่พูดภาษาอังกฤษจำนวน 10 ราย เพื่อทดสอบความเข้าใจด้านภาษา ขั้นตอนที่สาม ทำการสัมภาษณ์บิดามารดาจำนวน 25 รายที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มประชากรเป้าหมายโดยผู้ช่วยวิจัย โดยใช้คำถาม 5 ข้อ และนำคำตอบมาทำการวิเคราะห์โดยนักวิจัยจำนวน 2 ท่าน จากนั้นสร้างแนวคำถาม พบว่ามีความสอดคล้องกับแนวคิดของเอจเซนและฟิชบาย (Ajzen & Fishbein, 1980) ได้เป็นเนื้อหาแบบสอบถามครั้งที่ 1 ขั้นตอนที่สอง นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาทำการวิเคราะห์เนื้อหาพัฒนาแบบสอบถาม โดยนำผลที่ได้มาพัฒนาเป็นแบบสอบถามปลายเปิด นำไปให้บุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มประชากรเป้าหมายจำนวน 8 ราย ตรวจสอบความเข้าใจ ความตรงของเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของแบบสอบถาม จากนั้นปรับแก้เพียงเล็กน้อยและได้เป็นร่างแบบสอบถามครั้งที่ 2 และขั้นตอนที่ห้า นำร่างแบบสอบถามครั้งที่สองไปทดสอบกับบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มประชากรเป้าหมายจำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจ ความตรงของเนื้อหา การใช้ภาษาและความชัดเจนของแบบสอบถาม โดยให้ตอบคำถาม 2 ครั้ง โดยเว้นช่วงเวลานาน 2 สัปดาห์ทั้งฉบับภาษาฝรั่งเศสและภาษาอังกฤษเพื่อพิจารณาความคงที่ (test-retest) และความสม่ำเสมอภายใน โดยได้ค่าความเชื่อมั่นจากการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ด้านทัศนคติเท่ากับ 0.79 ด้านบรรทัดฐานของสังคมเท่ากับ 0.77 และด้านการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเองเท่ากับ 0.65

แบบสอบถามมีข้อคำถามทั้งหมด 37 ข้อคำถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ด้านทัศนคติ 5 ข้อ ด้านบรรทัดฐานของสังคม 20 ข้อ และด้านการรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตรวัดระดับแบบประเมินค่าด้วยสายตา (visual analogue scale [VAS]) มีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีตัวเลขกำกับไว้บนเส้นตรง ตั้งแต่ 1-5 แต่ละข้อคำถามที่มีลักษณะปลายปิด มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ ดังเช่น ข้อคำถามปัจจัยด้านทัศนคติ ได้แก่ ข้อคำถาม 1-5 มีการให้คะแนนดังนี้เลข 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เลข 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย เลข 3 หมายถึง ไม่แน่ใจ เลข 4 หมายถึง เห็นด้วย และ เลข 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (Chapados et al., 2002)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามความเชื่อของบิดามารดา (parents' beliefs questionnaire) ของทัวร์ิกนีและคณะ (Tourigny et al., 2005) ซึ่งสร้างโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน (Ajzen, 1991) โดยมีเนื้อหาครอบคลุมเกี่ยวกับ ทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรมของเอจเซน (Ajzen, 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย กล่าวคือ ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก เกี่ยวข้องกับการแสดงเจตนาของผู้ดูแลเด็กที่จะให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ได้แก่ การบรรเทาความปวด การจัดการเมื่อเกิดอาการคลื่นไส้และอาเจียน และการช่วยเหลือเด็กปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ประกอบด้วย การควบคุมการฟื้นฟูของร่างกาย การลุกออกจากเตียงและเดินโดยเร็ว และการเริ่มรับประทานอาหารเร็ว ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทักษะคิด บรรทัดฐานของสังคม และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม หากบิดามารดามีทัศนคติที่ดี มีการรับรู้บรรทัดฐานของสังคม และมีการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมที่ดีสามารถส่งผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของเด็ก



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright© by Chiang Mai University
All rights reserved