

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

#### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก และศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักที่ให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กที่มีอายุระหว่าง 3-12 ปี ที่เข้ารับการผ่าตัดในโรงพยาบาลตติยภูมิในเขตภาคเหนือ คือ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย และโรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง จำนวน 106 ราย ตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2557

- ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้
- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย
    1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก
    2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทุกระบบ ยกเว้น การผ่าตัดระบบประสาท การผ่าตัดกระดูกและข้อ การผ่าตัดเล็ก และการผ่าตัดแบบฉุกเฉิน
  - ส่วนที่ 2 ข้อมูลความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก
  - ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก
  - ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านบรรทัดฐานของสังคมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก
  - ส่วนที่ 5 ข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก
  - ส่วนที่ 6 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

## ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

### 1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 106 ราย พบว่า ร้อยละ 73.6 เป็นมารดา มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 43.4 สถานภาพคู่ ร้อยละ 83 จบการศึกษาระดับการศึกษามัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 32.1 มีอาชีพลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 28.3 มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 15,001-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 33.0 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล ร้อยละ 71.8 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัด โดยได้รับข้อมูลจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ร้อยละ 100 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความสัมพันธ์กับเด็กที่ได้รับการผ่าตัด อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัดและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัด (n = 106)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับเด็กที่ได้รับการผ่าตัด		
บิดา	17	16.0
มารดา	78	73.6
ปู่	7	6.6
น้า	2	1.9
อา	2	1.9
อายุ (ปี)		
18 - 20	4	3.8
21 - 30	28	26.4
31 - 40	46	43.4
> 40	28	26.4

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
โสด	9	8.5
คู่	88	83.0
หม้าย	4	3.8
หย่า	5	4.7
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	7	6.6
มัธยมศึกษาปีที่ 3	11	10.4
มัธยมศึกษาปีที่ 6	34	32.1
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญาสูงกว่า	25	23.6
ปริญญาตรี	28	26.4
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.9
อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	16	15.1
ลูกจ้างเอกชน	30	28.3
ประกอบอาชีพส่วนตัว	15	14.2
เกษตรกร	16	15.1
แม่บ้าน	9	8.5
ค้าขาย	20	18.9

ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่  
Copyright© by Chiang Mai University  
All rights reserved

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว (บาท/เดือน)		
< 5,000	5	4.8
5,000-10,000	18	17.0
10,001-15,000	24	22.6
15,001-20,000	35	33.0
> 20,000	24	22.6
ประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด		
ไม่เคย	76	71.8
เคย	30	28.2
ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัดและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
หนังสือ หรือวารสาร	4	3.8
เอกสารแผ่นพับ หรือบอร์ดวิชาการ	37	34.9
แพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ	106	100
ผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดคนอื่นๆ	20	18.9

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทุกระบบ ยกเว้น การผ่าตัดแบบฉุกเฉิน การผ่าตัดระบบประสาท และการผ่าตัดกระดูกและข้อ เด็กที่ได้รับการผ่าตัดจำนวน 106 ราย พบว่า ร้อยละ 60.4 มีอายุระหว่าง 7-12 ปี เป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 51.9 กำลังศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 58.5 เข้ารับการผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 87.7 และไม่มีประสบการณ์การผ่าตัด ร้อยละ 80.2 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** จำนวนและร้อยละของเด็กที่ได้รับการผ่าตัดใหญ่ทุกระบบ ยกเว้น การผ่าตัดแบบ  
 ลูกฉิ่ง การผ่าตัดระบบประสาท และการผ่าตัดกระดูกและข้อ จำแนกตามอายุ เป็น  
 บุตรลำดับที่ ระดับการศึกษา ชนิดของการผ่าตัด ประสบการณ์การผ่าตัดในอดีต  
 (n = 106)

ลักษณะของเด็กที่ได้รับการผ่าตัด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
3-6	42	39.6
7-12	64	60.4
เป็นบุตรลำดับที่		
ลำดับที่ 1	55	51.9
ลำดับที่ 2	45	42.5
ลำดับที่ 3	6	5.6
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	8	7.5
เตรียมอนุบาล	17	16.0
อนุบาล	19	18.0
ประถมศึกษา	62	58.5
ชนิดการผ่าตัด		
ระบบทางเดินอาหาร	93	87.7
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	11	10.3
ระบบอวัยวะสืบพันธุ์	2	2.0
ประสบการณ์การผ่าตัด		
ไม่เคย	85	80.2
เคย	21	19.8

**ส่วนที่ 2** ข้อมูลความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

การศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 68.9 มีความตั้งใจมาก ที่จะดูแลเด็กเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะช่วง 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด รองลงมาร้อยละ 66.0 จะประเมินอาการ

ปวดหลังผ่าตัด โดยการสังเกตกิริยาท่าทางของเด็ก และผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 64.2 คิดว่าการปฏิบัติเพื่อ  
การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็ก เป็นสิ่งที่ย่ำย ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแล  
เด็ก (n = 106)

ความตั้งใจในการปฏิบัติ เพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	ไม่ตั้งใจมาก	ไม่ตั้งใจ	ไม่แน่ใจ	ตั้งใจ	ตั้งใจมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
3. ความตั้งใจที่จะดูแลเด็กเพื่อการฟื้นฟู สภาพหลังผ่าตัดให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะ ช่วง 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด	0	0	0	33 (31.1)	73 (68.9)
4. ความตั้งใจที่จะดูแลเด็ก เมื่อเด็กมีอาการ คลื่นไส้ อาเจียน โดยการจ้ดทำให้เด็กนอน ตะแคงหันหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อ ป้องกันการสำลัก และรีบแจ้งอาการเด็ก แก่พยาบาล	0	0	1 (0.9)	38 (35.9)	67 (63.2)
5. ความตั้งใจที่จะประเมินอาการปวด โดย การสังเกตกิริยาท่าทางของเด็ก	0	0	0	36 (34.0)	70 (66.0)
ความตั้งใจในการปฏิบัติ เพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
14. ความรู้สึกผิด ถ้าไม่ได้ให้การดูแลเพื่อ การฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็ก	0	0	2 (1.9)	43 (40.6)	61 (57.5)
	ยากมาก	ยาก	ไม่แน่ใจ	ง่าย	ง่ายมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
15. ความยาก – ง่ายที่จะให้การดูแลเด็ก เพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	1 (0.9)	6 (5.7)	3 (2.8)	68 (64.2)	28 (26.4)

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กจำนวน 106 ราย พบว่า ร้อยละ 100 มีความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ และระดับของความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กโดยรวม (n = 106)

ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	(15.00 – 34.00)	0	0
ปานกลาง	(35.00 – 54.00)	0	0
สูง	(55.00 – 75.00)	106	100

คะแนนรวม ( $\bar{X}$  = 68.22, S.D. = 5.08, Range = 58 - 75)

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

การศึกษารุ่นนี้ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 67.0 คิดเห็นว่า มีความเป็นไปได้ที่เด็กจะมีความรู้สึกมั่นใจเมื่อได้รับการดูแลตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังกลับจากห้องพักรักษาตัวหลังผ่าตัดจากตนเอง นอกจากนี้การได้ดูแลเด็กตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังจากเด็กกลับจากห้องพักรักษาตัวหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้สึกมั่นใจ และภาคภูมิใจที่ได้แสดงบทบาทหน้าที่ของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 60.4 และ ร้อยละ 62.3 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก  
(n = 106)

ทัศนคติในการปฏิบัติ เพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	เป็นไปไม่ได้	ไม่น่า	ไม่แน่ใจ	เป็นไปได้	เป็นไปได้
	อย่างยิ่ง	เป็นไปได้			อย่างยิ่ง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ตนเองมีความรู้สึกมั่นใจเมื่อได้ดูแลเด็ก ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังจากเด็กกลับจาก ห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด	0	0	3 (2.8)	64 (60.4)	39 (36.8)
2. คิดว่าเด็กมีความรู้สึกมั่นใจเมื่อได้รับ การดูแลตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังจาก ห้องพักฟื้นหลังผ่าตัดจากตนเอง	0	0	3 (2.8)	71 (67.0)	32 (30.2)
3. ตนเองรู้สึกเครียดเมื่อได้ดูแลเด็กตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังจากเด็กกลับจากห้องพัก ฟื้นหลังผ่าตัด	14 (13.2)	30 (28.3)	5 (4.7)	37 (34.9)	20 (18.9)
4. คิดว่าเด็กรู้สึกเครียดเมื่อได้ดูแลเด็ก ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังจากเด็กกลับจาก ห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด	35 (33.0)	58 (54.8)	8 (7.5)	5 (4.7)	0
5. ได้ทำบทบาทของตนเองเมื่อได้ดูแลเด็ก ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังจากเด็กกลับจาก ห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด	0	0	1 (0.9)	66 (62.3)	39 (36.8)

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กจำนวน 106 ราย พบว่า ร้อยละ 60.38 มีทัศนคติในการปฏิบัติ  
เพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ และระดับของทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลัง  
ผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กโดยรวม (n = 106)

ทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	(5.00 – 11.67)	0	0
ปานกลาง	(11.68 – 18.35)	64	60.38
สูง	(18.36 – 25.00)	42	39.62

คะแนนรวม ( $\bar{X}$  = 17.99, S.D. = 2.15, Range = 14 - 24)



**ส่วนที่ 4 ข้อมูลด้านบรรทัดฐานของสังคมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก**

การศึกษานี้ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับบรรทัดฐานของสังคมการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ดูแลเด็กเชื่อว่าการให้การดูแลเด็กเป็นสิ่งสำคัญและมีประโยชน์อย่างยิ่ง ร้อยละ 73.6 และ ร้อยละ 66.0 ตามลำดับ รู้สึกมีความมั่นใจในตนเอง และคาดหวังว่าจะสามารถให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กได้ ร้อยละ 67.9 นอกจากนี้ รู้สึกยอมรับได้ที่จะต้องเป็นผู้ให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็ก ร้อยละ 67.0 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของบรรทัดฐานของสังคมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก (n = 106)**

บรรทัดฐานของสังคมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	เห็นด้วย	เห็นด้วย
	อย่างยิ่ง	ด้วย	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน	จำนวน
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)
4. เชื่อว่าเด็กเห็นด้วยที่ตนเองเป็นผู้ดูแล	0	0	1 (0.9)	49 (46.2)	56 (52.9)
7. จะให้การดูแลเด็กหลังผ่าตัดตามที่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เชื่อว่าตนเองสามารถให้การดูแลเด็กได้	0	0	2 (1.9)	64 (60.4)	40 (37.7)
15. มีรู้สึกว่าสามารถให้การดูแลเด็กได้	0	0	2 (1.9)	72 (67.9)	32 (30.2)
16. มีรู้สึกว่ายอมรับได้ที่จะให้การดูแลเด็ก	0	0	0	71 (67.0)	35 (33.0)
19. มีความมั่นใจในตนเองเพียงพอเมื่อจะให้การดูแลเด็ก	0	0	3 (2.8)	72 (67.9)	31 (29.3)

ตารางที่ 7 (ต่อ)

บรรทัดฐานของสังคมในการปฏิบัติ เพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	ไม่มี ประโยชน์ อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่มี ประโยชน์ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	มี ประโยชน์ จำนวน (ร้อยละ)	มี ประโยชน์ อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)
11. เชื่อว่าการให้การดูแลเด็กจะเป็นสิ่งที่	0	0	0	36 (34.0)	70 (66.0)
	ไม่สำคัญ อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)	ไม่สำคัญ จำนวน (ร้อยละ)	ไม่แน่ใจ จำนวน (ร้อยละ)	สำคัญ จำนวน (ร้อยละ)	สำคัญ อย่างยิ่ง จำนวน (ร้อยละ)
12. เชื่อว่าการให้การดูแลเด็กจะเป็นสิ่งที่	0	0	0	28 (26.4)	78 (73.6)

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กจำนวน 106 ราย พบว่า บรรทัดฐานของสังคมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กของผู้ดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ และระดับบรรทัดฐานของสังคมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม (n = 106)

บรรทัดฐานของสังคมในการปฏิบัติ เพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	(20.00 – 46.67)	0	0
ปานกลาง	(46.68 – 73.35)	0	0
สูง	(73.36 – 100.00)	106	100

คะแนนรวม ( $\bar{X}$  = 86.06, S.D. = 6.07, Range = 74-97)

**ส่วนที่ 5 ข้อมูลการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก**

การศึกษาครั้งนี้ ได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด พบว่า ผู้ดูแลเด็กรับรู้ที่อุปสรรคและความยากหรือง่ายในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดนั้นขึ้นอยู่กับความรู้สึกสุขสบาย และความรู้สึกไม่เครียดของเด็กเป็นสิ่งสำคัญมาก ร้อยละ 87.7 และ ร้อยละ 84.0 ตามลำดับ และ ร้อยละ 82.1 รับรู้ได้ว่าการที่ได้แสดงบทบาทของตนเองในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กเป็นสิ่งสำคัญมาก ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 9

**ตารางที่ 9** จำนวนและร้อยละของการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก (n = 106)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	ไม่สำคัญเลย	สำคัญบ้าง	สำคัญ	สำคัญมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ความรู้สึกสุขสบายเป็นสิ่ง	16 (15.1)	9 (8.5)	25 (23.6)	56 (52.8)
2. เด็กมีความรู้สึกสุขสบาย เป็นสิ่ง	0	0	13 (12.3)	93 (87.7)
3. การไม่มีความรู้สึกเครียดเป็นสิ่ง	1 (0.9)	20 (18.9)	26 (24.5)	59 (55.7)
4. เด็กมีความรู้สึกไม่เครียดเป็นสิ่ง	1 (0.9)	4 (3.8)	12 (11.3)	89 (84.0)
5. การที่ได้แสดงบทบาทของตนเอง เป็นสิ่ง	0	0	19 (17.9)	87 (82.1)

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กจำนวน 106 ราย พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 72.64 รับรู้ถึงความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ช่วงคะแนน จำนวน ร้อยละ และระดับรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของกลุ่มตัวอย่างโดยรวม (n = 106)

การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด	ช่วงคะแนน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ	(12.00 – 26.00)	0	0
ปานกลาง	(27.00 – 40.00)	77	72.64
สูง	(41.00 – 55.00)	29	27.36
คะแนนรวม ( $\bar{X} = 37.22$ , S.D. = 5.92, Range = 27-53)			

ส่วนที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่าง ทักษะคิด บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

ทักษะคิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .41$ ,  $p < .01$ ) บรรทัดฐานของสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .50$ ,  $p < .01$ ) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ( $p > .01$ ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างทักษะคิด บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

ความสัมพันธ์	ระดับความสัมพันธ์	p-value
1. ทักษะคิดกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก	.41	.00
2. บรรทัดฐานของสังคมกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก	.50	.00
3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก	.09	.35

## การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก และความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก โดยอภิปรายผลการศึกษาตามคำถามการวิจัย ดังนี้

### คำถามการวิจัย

1. ทัศนคติ บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กเป็นอย่างไร

#### 1.1 ทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 60.38 มีทัศนคติในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 6) อาจอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 67.0 คิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่เด็กจะมีความรู้สึกมั่นใจเมื่อได้รับการดูแลตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังจากห้องพักรักษาหลังผ่าตัดจากตนเอง นอกจากนี้การได้ดูแลเด็กตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังจากเด็กกลับบ้านจากห้องพักรักษาหลังผ่าตัด ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้สึกมั่นใจและภาคภูมิใจที่ได้แสดงบทบาทหน้าที่ของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 60.4 และ ร้อยละ 62.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 5) สอดคล้องกับการศึกษาของชาพาโดสและคณะ (Chapados et al., 2002) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจและการแสดงพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัด ช่วงอายุ 1-17 ปี อายุเฉลี่ย 6.2 ปี โดยศึกษาในผู้ดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว จำนวน 63 ราย พบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัด โดยผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 72.7 รับรู้ว่าจะต้องเตรียมตัวสำหรับการผ่าตัด มีความรู้สึกดีและคิดว่าเป็นผลดีต่อเด็กหากตนเองได้อยู่ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดภายหลังการผ่าตัด นอกจากนี้ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 100 (ตารางที่ 1) ได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดจากแพทย์ หรือนุเคราะห์ทางการแพทย์อื่นๆ ทำให้ทราบถึงความไม่สุขสบายที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กภายหลังการผ่าตัด อันเนื่องมาจากอาการข้างเคียงจากการได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วร่างกายและภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดที่เกิดขึ้นได้หากเด็กไม่ได้รับการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กเกิด

ความเครียด วิตกกังวล นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.8 (ตารางที่ 1) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพเด็กหลังผ่าตัด ซึ่งการดูแลเด็กหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากการดูแลเด็กหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างจากการดูแลเด็กป่วยด้านอายุรกรรม (Pai et al, 2008) อาจทำให้ผู้ดูแลเด็กขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็ก และผู้ดูแลเด็กร้อยละ 34.9 มีความรู้สึกว่าเป็นไปได้ ที่ตนเองจะรู้สึกเครียดเมื่อได้ดูแลเด็กตั้งแต่ 1 ชั่วโมงแรกหลังจากเด็กกลับบ้านจากห้องพักรักษาหลังผ่าตัด (ตารางที่ 5) อาจเนื่องมาจากการรักษาในโรงพยาบาลปัจจุบันได้มีนโยบาย ให้มีผู้ดูแลอยู่เฝ้าดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดทำให้ผู้ดูแลต้องจากบ้านหรือการทำงานชั่วคราว ซึ่งเป็นผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตส่วนตัวและครอบครัว (Lam et al., 2006) ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวล อีกทั้งผู้ดูแลเด็กยังขาดทักษะในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด (Chapados et al., 2002) ทั้งนี้ความเครียดและความวิตกกังวลในระดับสูงทำให้ทักษะในการสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้ของผู้ดูแลเด็กลดลง และจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 49.1 (ตารางที่ 1) ศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งอาจทำให้มีความสามารถในการเผชิญและการจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้น้อยกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูง (Smith et al., 2007) แม้ว่าผู้ดูแลเด็กจะได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดจากแพทย์ หรือนุบาลการทางการแพทย์อื่นๆ จากเอกสารแผ่นพับหรือบอร์ดวิชาการ ร้อยละ 100 และร้อยละ 34.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

## 1.2 บรรทัดฐานของสังคมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

ผลการศึกษาพบว่า บรรทัดฐานของสังคมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กของผู้ดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 100 (ตารางที่ 8) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลเด็กเชื่อว่าการให้การดูแลเด็กจะเป็นสิ่งที่สำคัญและมีประโยชน์อย่างยิ่ง ร้อยละ 73.6 และ ร้อยละ 66.0 ตามลำดับ ร้อยละ 67.9 รู้สึกมีความมั่นใจในตนเอง และคาดหวังว่าจะสามารถให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กได้ นอกจากนี้ ร้อยละ 67.0 รู้สึกยอมรับได้ที่จะต้องเป็นผู้ให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็ก (ตารางที่ 7) สอดคล้องกับการศึกษาของ สตรัลล์ และดีทริก (Stull & Deatrck, 1986) ที่พบว่าบิดามารดาปรารถนาที่จะให้การปฏิบัติดูแลเด็กในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ และการดูแลทางด้านจิตใจ เป็นต้น เนื่องจากบิดามารดาได้รับรู้ว่าเป็นบทบาทของตนเอง นอกจากนี้ การศึกษาของดาร์ไบชเชอร์ (Darbyshire, 1994) ที่พบว่า การให้บิดามารดาได้ปฏิบัติดูแลในด้าน การดูแลทางด้านร่างกาย การเล่นและการสนับสนุนทางอารมณ์แก่เด็กเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากบิดามารดาเป็นทั้งผู้คอยสนับสนุนและปกป้องดูแลเด็ก นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 52.9

เห็นด้วยอย่างยิ่ง ที่เด็กยอมรับให้ตนเองเป็นผู้ดูแลหลังผ่าตัด (ตารางที่ 7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคอลเลอร์ และลูเกอร์ (Callery & Luker, 1996) เรื่องการดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า บิดามารดาที่อยู่ดูแลเด็กจะทำให้เด็กมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น อย่างไรก็ตามมีผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 60.4 ยอมรับกับความคาดหวังของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่ว่า ผู้ดูแลเด็กจะสามารถให้การดูแลเด็กได้ (ตารางที่ 7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของไซมอนและคณะ (Simom et al., 2001) เกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด พบว่า บิดามารดาสามารถจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดให้แก่เด็กได้เหมาะสม เนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กตลอดเวลา ทำให้ทราบถึงลักษณะท่าทางการแสดงออกถึงความปวดและความต้องการของเด็กได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ยังพบการรายงานเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจและการแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติดูแลของผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัด ช่วงอายุ 1-17 ปี อายุเฉลี่ย 6.2 ปี โดยศึกษาในผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว จำนวน 63 ราย พบว่าปัจจัยด้านบรรทัดฐานของสังคมที่มีผลต่อการปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัด คือ บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล (Chapados et al., 2002)

### 1.3 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ร้อยละ 72.64 รับรู้ถึงอุปสรรคและความยากหรือง่ายในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 10) อาจอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่ามีเด็กมีความรู้สึกสุขสบายและไม่เครียดเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ร้อยละ 87.7 และร้อยละ 84.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 9) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการให้มารดาอยู่ใกล้ชิดดูแลเด็กขณะทำการหัตถการที่ซับซ้อน กลุ่มตัวอย่างคือ เด็กที่รักษาอยู่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต อายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 3 ปี จำนวน 65 ราย โดยมารดาคอยพูดคุยและสัมผัสเด็กอย่างอ่อนโยน พบว่าปฏิบัติการตอบสนองด้านร่างกาย เช่น อัตราการเต้นของหัวใจ ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดของเด็กกลับเข้าสู่ภาวะปกติได้อย่างรวดเร็วรวมทั้งส่งผลให้ระดับความปวดของเด็กลดลงไปด้วยเช่นกัน (Johnston et al., 2012) จากการศึกษา ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 82.1 (ตารางที่ 9) รับรู้ว่าการที่ได้แสดงบทบาทของตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญมาก สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของคริสทีนสัน-ฮอลล์สตรอม (Kristensson-Hallstrom, 2000) ถึงการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการปฏิบัติดูแลเด็กที่อยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 40 รายของตึกศัลยกรรม พบว่าบิดามารดาปรารถนาที่จะให้การปฏิบัติดูแลเด็กเบื้องต้นในเรื่อง ความสะอาดสบาย ความสะอาดของร่างกาย และการให้อาหารแก่เด็กและเชื่อว่า บิดามารดาสามารถให้การปฏิบัติในสิ่งที่คุ้นเคยที่เคยทำที่บ้าน ซึ่งการได้ปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวบิดามารดาได้รับรู้ว่าเป็นบทบาทหน้าที่ของตนเอง

จากการที่เด็กต้องได้รับการผ่าตัดทำให้เด็กเกิดความเครียดหรือความปวดจากการผ่าตัด (Wilson et al., 2010) โดยผลการศึกษาพบว่า เด็กส่วนใหญ่ร้อยละ 80.2 เข้ารับการผ่าตัดเป็นครั้งแรก (ตารางที่ 2) เนื่องจากการผ่าตัดไม่ใช่กิจวัตรประจำวันของเด็ก อีกทั้งการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ทำให้เด็กเกิดความกลัวและวิตกกังวล ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในระดับสูงตามมา (Commodari, 2010) ซึ่งความเครียดและความวิตกกังวลในระดับสูงทำให้ทักษะในการรับรู้ การสื่อสารและกระบวนการเรียนรู้ของผู้ดูแลเด็กลดลง อีกทั้งเด็กที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดมีความจำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติดูแลหลังผ่าตัดเป็นพิเศษ เช่น การบรรเทาความปวด ซึ่งผู้ดูแลสามารถให้การปฏิบัติดูแลเด็กได้ถ้าได้รับการสอนและให้คำแนะนำการปฏิบัติที่ถูกต้องจากเจ้าหน้าที่ (He et al., 2005) ประกอบกับการที่ผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดเด็กที่ได้รับการผ่าตัดตลอดเวลา ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมและความต้องการของเด็กที่แสดงออกมาเมื่อเด็กมีความปวดหลังผ่าตัดได้อย่างรวดเร็ว (Simon et al., 2001) เช่น กิริยาท่าทางของเด็ก คำบอกลำเอียงของเด็ก เป็นต้น (Rony, Fortier, Chorney, Perret, & Kain, 2010) ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงอุปสรรคหรือความปวดของเด็กและสามารถใช้วิธีการบรรเทาปวดโดยวิธีการต่างๆ ให้แก่เด็กได้อย่างทันทั่วทั้ง (Gold et al., 2006; Polkki et al., 2003) หากผู้ดูแลเด็กสามารถประเมินและช่วยบรรเทาความปวดแผลผ่าตัดแก่เด็กได้อย่างเหมาะสมจะส่งผลให้เด็กเข้าสู่ระยะการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดได้เร็ว ดังนั้นจากผลการศึกษาอาจอธิบายได้ว่าการที่ผู้ดูแลสามารถรับรู้อุปสรรคและความสามารถของตนเองจะนำไปสู่ความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็ก

#### 1.4 ความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 100 ของผู้ดูแลเด็กมีความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 4) อธิบายได้ว่าผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 73.6 เป็นมารดา (ตารางที่ 2) โดยมารดาเป็นบุคคลที่มีความรัก ความผูกพันและมีความใกล้ชิดเด็กมากที่สุด เนื่องจากอยู่ดูแลเด็กตลอดเวลา สามารถรับรู้ความต้องการและตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งพบว่า ร้อยละ 51.9 เด็กเป็นบุตรคนแรก (ตารางที่ 2) ย่อมเป็นที่รักและเป็นความหวังของสมาชิกในครอบครัว ทำให้มีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก ทั้งนี้ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 66.0 มีความตั้งใจมากที่จะประเมินอาการปวดหลังผ่าตัด โดยการสังเกตกิริยาท่าทางของเด็ก (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของไซมอนและคณะ (Simom et al., 2001) เกี่ยวกับการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัด พบว่าบิดามารดาสามารถจัดการกับความปวดหลังผ่าตัดให้แก่เด็กได้เหมาะสม เนื่องจากเป็นผู้ที่



อยู่ใกล้ซิดเด็กตลอดเวลา จึงทำให้ทราบถึงลักษณะท่าทางการแสดงออกถึงความปวดและความต้องการของเด็กได้อย่างรวดเร็ว จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 43.4 มีอายุอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ อายุเฉลี่ย 31-40 ปี (ตารางที่ 1) โดยอายุเป็นตัวบ่งบอกถึงความมีวุฒิภาวะของบุคคลหรือความสามารถในการจัดการสิ่งต่างๆ อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ดังนั้นเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีความสามารถในการตัดสินใจและความรับผิดชอบที่ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตนเองและบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ (Orem, 2001) ดังผลการศึกษาของฮี และคณะ (He et al., 2006) พบว่าบิดามารดาที่มีอายุมากกว่า คิดเป็นร้อยละ 64 ให้การปฏิบัติการณ์ดูแลเด็กหลังผ่าตัดในการจัดการบรรเทาความปวดโดยไม่ใช้ยามากกว่าบิดามารดาที่มีอายุน้อยกว่า นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัดจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ร้อยละ 100 รองลงมาคือ ได้รับข้อมูลจากการอ่านเอกสารแผ่นพับหรือบอร์ดวิชาการ ร้อยละ 34.9 (ตารางที่ 1) ร้อยละ 64.2 คิดว่าการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กเป็นสิ่งที่ง่าย (ตารางที่ 3) และ ร้อยละ 32.1 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 (ตารางที่ 1) จึงทำให้สามารถสื่อสารและทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัดจากเอกสารแผ่นพับ หรือบอร์ดวิชาการหรือจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ได้ง่ายเช่นเดียวกับการศึกษาของของทัวริกนีและคณะ (Tourigny et al., 2005) ถึงปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กหลังการผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว พบว่าบิดามารดาที่ดูแลเด็กหลังการผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารและรู้จักแสวงหาความรู้มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาน้อย ดังนั้นผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความเข้าใจ มีความตั้งใจและสามารถให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กมากกว่าผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดที่มีการศึกษาน้อยกว่า

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 68.9 มีความตั้งใจมาก ที่จะดูแลเด็กเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะช่วง 1-3 วันแรกหลังผ่าตัด (ตารางที่ 3) การผ่าตัดนั้นก่อให้เกิดความกลัวและความเครียดต่อเด็ก (Wilson et al., 2010) ดังนั้นเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียนจึงยังไม่สามารถดูแลตัวเองได้อย่างเต็มที่ ต้องพึ่งพาผู้ดูแลหลักในการดูแลปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน (นิตยา คชภักดี, 2554) รวมถึงการช่วยเหลือเรื่องกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด ดังนั้นการปฏิบัติการณ์ดูแลเด็กในระยะ 1-3 วันแรกหลังผ่าตัดจึงมีความสำคัญมากหากเด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้เร็วขึ้นและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หลังผ่าตัด ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Zeit et al., 2004) และลดค่าใช้จ่ายของครอบครัว อย่างไรก็ตามผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.8 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัดในโรงพยาบาล (ตารางที่ 1) ซึ่งการดูแลเด็กหลังผ่าตัดนั้นเป็นการให้

การดูแลที่มีความจำเพาะและมีความแตกต่างจากการดูแลเด็กป่วยด้านอายุรกรรม (Pai et al, 2008) ดังนั้นการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กได้นั้นต้องเกิดจากความตั้งใจของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

### คำถามการวิจัย

2. ทักษะคิด บรรทัดฐานของสังคม การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กอย่างไร

### 2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ทักษะคิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กในระดับปานกลาง ( $r = .41$ ) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 11) อาจแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 57.5 จะมีความรู้สึกผิดอย่างยิ่งหากไม่ได้ให้การดูแลเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็ก (ตารางที่ 3) อาจแสดงให้เห็นว่า หากผู้ดูแลเด็กมีความเชื่อว่าการช่วยเหลือเด็กในการปฏิบัติกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแล้วจะทำให้เกิดผลดีทั้งต่อตนเองและเด็ก ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมนั้น ส่งผลให้เกิดความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็ก (Chapados et al., 2002) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของคริสเต็นสัน-ฮอลล์สตรอม (Kristensson-Hallstrom, 2000) ถึงการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการปฏิบัติดูแลเด็กที่อยู่ในโรงพยาบาล จำนวน 40 รายของด็กศัลยกรรมพบว่าบิดามารดาปรารถนาที่จะให้การปฏิบัติดูแลเด็กเบื้องต้นในเรื่อง ความสะอาดสบาย ความสะอาดของร่างกาย และการให้อาหารแก่เด็กและเชื่อว่าบิดามารดาสามารถให้การปฏิบัติในสิ่งที่คุ้นเคยที่เคยทำที่บ้าน ซึ่งกิจกรรมต่างๆ ดังกล่าว บิดามารดาที่มีความเต็มใจและมีความตั้งใจที่จะให้การปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัด

แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 100 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัดจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ (ตารางที่ 1) แต่ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับปานกลางอาจเนื่องจากผู้ดูแลเด็กร้อยละ 49.1 (ตารางที่ 1) ศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 อาจทำให้สามารถสื่อสารและทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กหลังผ่าตัดจากเอกสารแผ่นพับ หรือบอร์ดวิชาการหรือจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ได้น้อยกว่าผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า ดังเช่นการศึกษาของทัวร์ิกนีและคณะ (Tourigny et al., 2005) ถึงปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กหลังการผ่าตัดแล้ว

กลับบ้านในวันเดียว พบว่าบิดามารดาที่ดูแลเด็กหลังการผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารและรู้จักแสวงหาความรู้มากกว่ามารดาที่มีศึกษาน้อย ดังนั้นผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทัศนคติที่ดี มีความเข้าใจข้อมูล และคำแนะนำต่างๆ ทำให้เกิดความตั้งใจส่งผลให้สามารถให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กมากกว่าผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดที่มีศึกษาน้อยกว่า นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.8 (ตารางที่ 1) ไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพเด็กหลังผ่าตัด โดยการดูแลเด็กหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลเด็ก เนื่องจากการดูแลเด็กหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างจากการดูแลเด็กป่วยด้านอายุรกรรม ผู้ดูแลเด็กที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กหลังผ่าตัดจะช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวลลง (Pai et al, 2008) จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก ดังนั้นปัจจัยนี้จึงมีความสำคัญต่อการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กเป็นอย่างยิ่ง

## 2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างบรรทัดฐานของสังคมกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า บรรทัดฐานของสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กในระดับปานกลาง ( $r = .50$ ) อย่างมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 11) อาจแสดงให้เห็นว่า หากบุคคลมีความเชื่อและรับรู้ว่าคุณลักษณะที่มีความสำคัญต่อตนเองคาดหวังและเห็นสมควรให้ตนกระทำการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็ก จะส่งผลให้เกิดแนวโน้มที่จะคล้อยตามและปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก่เด็กตามด้วย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 52.9 (ตารางที่ 7) เห็นด้วยอย่างยิ่ง ที่เด็กยอมรับให้ตนเองเป็นผู้ดูแลหลังผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคอลเลอร์ และลูเกอร์ (Callery & Luker, 1996) เรื่องการดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า บิดามารดาที่อยู่ดูแลเด็กจะทำให้เด็กมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมมากขึ้น นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 60.4 ยอมรับกับความคาดหวังของบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลที่ว่า ผู้ดูแลเด็กสามารถให้การดูแลเด็กหลังผ่าตัดได้ (ตารางที่ 7) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการศึกษาเกี่ยวกับความเห็นของผู้ดูแลต่อการช่วยลดความปวดของบุตรและข้อเสนอแนะที่ให้แก่บุคลากรทางสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 192 ราย พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีอาการปวดทางศัลยกรรมมีความต้องการปฏิบัติดูแลเด็กเพื่อบรรเทาความปวดแก่เด็กถึงร้อยละ 98 และพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เสนอแนะให้บุคลากรทางสุขภาพจัดเตรียมการให้ข้อมูลการดูแลเด็กเพื่อบรรเทาความปวดให้แก่เด็ก

(Pölkki et al., 2002) และจากรายงานการศึกษาของพรวิมล ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา (2552) เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะเวลาและพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาครรภ์แรกที่ทำงานนอกบ้าน พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่โดยรวมของมารดาที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ดีกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าด้านการเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปทำงาน การบีบและเก็บรักษาน้ำนม พบพฤติกรรมดังกล่าวในมารดาในกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากมารดาในกลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุน และคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมเมื่อกลับไปทำงานจากบุคลากรทางการแพทย์

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า บรรทัดฐานของสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก ดังนั้นบุคคลผู้ใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อผู้ดูแลเด็ก ได้แก่ เด็กหลังผ่าตัด สมาชิกคนอื่นครอบครัว แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ของโรงพยาบาล ควรให้การสนับสนุนด้านต่างๆ เสริมสร้างกำลังใจและความมั่นใจแก่ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด

### 2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมกับความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมและความตั้งใจในการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ( $p > .01$ ) (ตารางที่ 11) แสดงให้เห็นว่า การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการยากหรือง่ายที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นและรับรู้โอกาสที่จะส่งผลให้เกิดการกระทำพฤติกรรมต่างๆ (Ajzen, 1991; Chapados et al., 2002; Godin & Kok, 1996) สอดคล้องการศึกษาของซาฟาโดสและคณะ (Chapados et al., 2002) เกี่ยวกับเรื่องการรับรู้ของบิดามารดาในการปฏิบัติดูแลเด็กหลังผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียวช่วงอายุ 1-17 ปี อายุเฉลี่ย 6.2 ปี โดยศึกษาในผู้ดูแลเด็กจำนวน 63 ราย พบว่า บิดามารดา ร้อยละ 72.7 รับรู้ว่าจะต้องเตรียมตัวสำหรับการผ่าตัดแต่รู้สึกว่าตนเองไม่พร้อมสำหรับการดูแลเด็กหลังผ่าตัด อีกทั้งยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้อุปสรรคและการรับรู้ความสามารถของตนเอง เช่น ความพร้อมด้านร่างกายหรือจิตใจของบิดามารดา สภาพร่างกายของบุตร และการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลต่างๆ เป็นต้น อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 73.6 เป็นมารดา (ตารางที่ 1) ซึ่งมารดาเป็นบุคคลที่มีความรัก ความผูกพัน ความห่วงหาอาทร และมีความใกล้ชิดเด็กมาโดยตลอด มีความปรารถนาที่จะให้เด็กฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดโดยเร็วและสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด ย่อมมองข้ามอุปสรรคต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติเพื่อการ

ฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก้เด็ก ผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 49.1 ศึกษา ระดับประถมศึกษา ถึงระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งอาจทำให้มีศักยภาพในการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่อง การดูแลเด็กเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด หรือความสามารถในการหาข้อมูลจากสื่อต่างๆ น้อยกว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับการศึกษาสูง แม้ว่าผู้ดูแลเด็กจะได้รับความรู้เรื่องการดูแลเด็กเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลัง ผ่าตัดจากแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ จากเอกสารแผ่นพับหรือบอร์ดวิชาการ ร้อยละ 100 และ ร้อยละ 34.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

การศึกษาของทัวร์ิกนีและคณะ (Tourigny et al., 2005) ถึงปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องกับความตั้งใจ ของบิดามารดาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กหลังการผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียว กลุ่ม ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กที่มีอายุระหว่าง 3 ถึง 12 ปี จำนวน 220 ราย พบว่า บิดามารดาที่ดูแลเด็กหลัง การผ่าตัดแล้วกลับบ้านในวันเดียวที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีโอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสาร และรู้จักแสวงหาความรู้มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาน้อย ดังนั้นผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดที่มีระดับ การศึกษาสูงน่าจะมีความเข้าใจและสามารถให้การปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็ก มากกว่าผู้ดูแลเด็กหลังผ่าตัดที่มีการศึกษาน้อยกว่า นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลเด็ก ร้อย ละ 71.8 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัด (ตารางที่ 1) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า เนื่องจาก การดูแลเด็กหลังผ่าตัดเป็นประสบการณ์ที่แตกต่างจากการดูแลเด็กป่วยด้านอายุรกรรม อาจ ก่อให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียดแก่ผู้ดูแลเด็ก (Pai et al, 2008) ซึ่งส่งผลต่อความตั้งใจในการ ปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กได้ และผลการศึกษาพบว่า เด็กส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.7 ผ่าตัดระบบทางเดินอาหาร รองลงมา ร้อยละ 10.3 ผ่าตัดระบบหัวใจและหลอดเลือด ตามลำดับ โดยการผ่าตัดที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง มีการดูแลหลังผ่าตัดที่มีความจำเพาะ เช่น เด็กโรคหัวใจ พิกการแต่กำเนิด ภายหลังที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจะต้องอยู่ในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤตเพื่อให้ได้รับการ ดูแลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด ประมาณ 6-24 ชั่วโมง หลังผ่าตัด จากนั้นเมื่อเด็กมีอาการคงที่แพทย์จะ อนุญาตให้ย้ายไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยสามัญ จากการที่เด็กต้องนอนสังเกตอาการอย่างใกล้ชิดที่หอผู้ป่วยเด็ก วิกฤตในช่วง 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด มีการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีสายท่อระบายต่างๆ ออกจากร่างกาย และมีอาการปวดแผลผ่าตัดมาก (จริยา สายวารี, 2556; สุกยม อัดนวนานิช, 2552; อภิชัย คงพัฒนาะ โยธิน และ พิระพัฒน์ มกรพงษ์, 2551) ทำให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความกลัว วิตกกังวล ไม่กล้าที่จะให้การดูแลเด็กโดยเร็ว ย่อมส่งผลให้การเริ่มกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดแก้เด็กมีความล่าช้าออกไป อาจอธิบายได้ว่าการ ผ่าตัดที่มีความซับซ้อนและมีความเสี่ยงสูง นอกจากการปฏิบัติเพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดที่เป็นมาตรฐาน ทัวไปแล้ว พบว่ายังมีรายละเอียดข้อปฏิบัติในการดูแลหลังผ่าตัดที่มีความเฉพาะเจาะจงของ แต่ละชนิดการผ่าตัด ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้อุปสรรคและความยากหรือง่ายในการปฏิบัติ เพื่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดของผู้ดูแลเด็กแตกต่างกันได้