

ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลในมารดา/ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในภาวะวิกฤตภายหลังผ่าตัด*

สุชัญญาดา ขุนเสถียร** พย.บ.

วรรณภา อารามะ** พย.บ.

ปราณี ทองใส** พย.ม.

ถาวร ทรัพย์ทวีสิน*** พ.บ.

* ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากโครงการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

** พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลศัลยศาสตร์และศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

*** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อการลดความเครียดและความพึงพอใจในการบริการพยาบาลของมารดา/ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยกึ่งทดลอง

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด อายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 64 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ จำนวน 32 ราย และกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน จำนวน 32 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความเครียด (The Parental Stress Scale: Pediatric Intensive Care Unit, PSS:PICU และแบบสอบถามความคิดเห็นผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการพยาบาลของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช วิเคราะห์ผลการวิจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบไคสแควร์ และการทดสอบที

ผลการวิจัย: กลุ่มทดลองมีความเครียดโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) และมีความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .05$)

สรุปและข้อเสนอแนะ: โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน สามารถลดความเครียดของมารดาและเพิ่มความพึงพอใจต่อการบริการรักษาพยาบาลของครอบครัวผู้ป่วยได้ ควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดในภาวะวิกฤต

คำสำคัญ: การผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ความเครียด ความพึงพอใจ ผู้ดูแลเด็ก

An Effect of Information Support Program for Congenital heart Patients' mothers and care giver in Critical Period after Operations*

Suchayada Khunsathian, RN, B.N.S.**

Wanna Arame, RN, B.N.S.**

Pranee Tongsai, RN, M.Sc.**

Thaworn subtaweessin, M.D.***

**This research received funding from Routine to Research Project (R2R), Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University*

*** Registered Nurse, Surgical and Surgical Orthopedic Nursing Division, Nursing Department, Siriraj Hospital*

**** Associate professor, Division of Cardio Vascular Thoracic, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University*

Abstract:

Purpose: This research aimed to determine the effect of information support program for congenital heart patients' mothers and care giver in critical period after operations on stress and their satisfaction towards the nursing service.

Designs: Quasi-experimental design.

Methods: A sample of 64 the mother and care giver of patients that admitted to the Cardiovascular Thoracic Intensive Care Unit at Siriraj Hospital, Bangkok, Thailand. The sample was divided into a control group receiving usual care and an experimental group receiving the information support program with 32 samples each. The instruments for data collection were consisted of a demographic characteristics data from, the Parental Stress Scale questionnaires: Pediatric Intensive Care Unit, PSS: PICU and satisfaction questionnaires. The data was analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test and t-test.

Results: The mother or care giver' total stress score in experimental group significantly lower than control group ($p < .05$), and the satisfaction scores in experimental group significantly higher than control group ($p < .05$).

Conclusion and recommendations: The results showed that using structured information support program improved quality of care by decreasing the stress of family and also increasing satisfaction. We recommend routinely use this program in the care of congenital heart patients.

Keywords: Heart surgery for congenital heart disease, Information support, stress, Satisfaction, care giver

ความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด(congenital heart disease) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของหัวใจ ได้แก่ ผ่นังหัวใจ เส้นเลือดที่ออกจากหัวใจ หรือลิ้นหัวใจ ตั้งแต่ยังเป็นทารกในครรภ์ เมื่อทารกคลอดออกมา ทำให้มีอาการแสดงของโรคหัวใจ บางโรคจะมีอาการทันทีตั้งแต่แรกคลอด ได้แก่ อาการเขียว หรือบางโรคอาจจะแสดงอาการเมื่อเด็กเจริญเติบโตได้ระยะหนึ่ง ได้แก่ หายใจเร็ว เหนื่อย เลี้ยงไม่โต และอาจนำไปสู่อาการของโรคหัวใจล้มเหลว(heart failure) ในระยะต่อมา การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็ก นอกจากการรักษาทางยาเพื่อช่วยให้ภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้นแล้ว ส่วนใหญ่ต้องใช้วิธีการรักษาด้วยการผ่าตัด การผ่าตัดที่สำคัญมี 2 ชนิด คือ การผ่าตัดช่วยชั่วคราว(palliative treatment) เพื่อเพิ่มหรือลดปริมาณเลือดไปปอด และการผ่าตัดแก้ไข(definitive repair) เพื่อแก้ไขโครงสร้างและการทำหน้าที่ของหัวใจกลับสู่ปกติ¹

การผ่าตัดจะมีอันตรายมากหรือน้อยแตกต่างกัน ขึ้นกับชนิดของการผ่าตัดและชนิดของโรค การผ่าตัดช่วยชั่วคราวจะเป็นการผ่าตัดเล็ก บางชนิดไม่ต้องเปิดกระดูกหน้าอก(sternotomy) ใช้วิธีผ่าตัดทางช่องทรวงอก(thoracotomy) ซึ่งอันตรายน้อยกว่า ส่วนการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติทั้งหมด บางชนิดต้องใช้วิธีการผ่าตัดถึง 3 ครั้ง ตามช่วงอายุของเด็ก จึงจะแก้ไขความผิดปกติได้หมด การผ่าตัดต้องใช้เวลานานประมาณ 4-5 ชั่วโมง ในโรคที่มีความผิดปกติซับซ้อน ต้องใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม(heart-lung machine) ขณะผ่าตัด เด็กยิ่งเล็กน้ำหนักตัวน้อย ยิ่งมีอันตรายสูง หลังผ่าตัดผู้ป่วยทุกรายจะต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ในหอผู้ป่วยไอซียู ผู้ป่วยเด็กต้องได้รับการเฝ้าระวังและติดตามอาการ ได้แก่ ความดันโลหิต อัตราการเต้นของหัวใจ อัตราการหายใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน รวมทั้งความดันโลหิตในช่องหัวใจ ได้แก่ ความดันโลหิตของหัวใจห้องบนขวา(central venous pressure) ความดันโลหิตที่เลี้ยงปอด(pulmonary artery pressure) ความดันโลหิตของหัวใจห้องบนซ้าย(left atrium pressure) ผู้ป่วยต้องหายใจทางท่อช่วยหายใจและมีสายระบายทางช่องอกอย่างน้อย 2 สาย มีสายปัสสาวะเพื่อบันทึกปริมาณปัสสาวะที่ออก

ในแต่ละชั่วโมง ยาที่ให้ทางหลอดเลือดดำอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ ยาเพิ่มการบีบตัวของหัวใจ(inotropic) และยาที่ขยายหลอดเลือด(vasodilator drugs)นอกจากนี้อาจมียาระงับประสาท(sedative) หรือยาอื่นๆ ตามสภาพผู้ป่วยแต่ละราย² ซึ่งทุกรายจะต้องใช้เครื่องควบคุมสารน้ำอัตโนมัติ(syringe pump) หรือ infusion pump หรืออาจมีอุปกรณ์ช่วยอื่นๆ ด้วย ได้แก่ เครื่องไนตริกออกไซด์ ในผู้ป่วยที่มีปัญหา pulmonary hypertension

หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้แก่ ภาวะเลือดออกมากหลังผ่าตัด(active bleeding) ภาวะหัวใจเต้นผิดปกติ(arrhythmia) ความดันในหลอดเลือดแดงปอดสูง(pulmonary hypertension) ภาวะถุงลมปอดแฟบ(atelectasis) และการติดเชื้อในร่างกาย ซึ่งภาวะต่างๆ เหล่านี้ มีอันตรายและความเสี่ยงสูงต่อผู้ป่วยหลังผ่าตัดอาจทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในไอซียูนานขึ้น แผนการรักษาหรือภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวเป็นหน่วยสังคมที่เล็กที่สุดและสำคัญที่สุดสำหรับมนุษย์ ที่มีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิด มีความรักซึ่งกันและกัน ดังนั้นเมื่อบทบาทของสมาชิกคนใดคนหนึ่งเปลี่ยนแปลงไป จะมีผลกระทบต่อบทบาทของสมาชิกคนอื่นๆ ด้วย การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเครียดขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่ง มักก่อให้เกิดความเครียดขึ้นทั้งกับตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ระดับความเครียดจะยิ่งสูงขึ้น หากการเจ็บป่วยนั้นรุนแรงขึ้นจนต้องรับการรักษาตัวอยู่ในไอซียู ความเครียดและความวิตกกังวลของลูกที่เจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับความเครียดและความวิตกกังวลของมารดาที่แสดงออกขณะเดียวกัน อารมณ์ ความกลัว และความวิตกกังวลของบิดามารดาจะสื่อสู่ลูกได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อลูกป่วยเป็นโรคหัวใจและต้องทำการรักษาโดยการผ่าตัดซึ่งมีความเสี่ยงสูง ก็ต้องมีความเครียดมากขึ้นเมื่อพบสภาพของลูกหลังผ่าตัดที่จะต้องมีย่อช่วยหายใจ มีอุปกรณ์ช่วยชีวิตต่างๆ มีสายออกจากตัวลูกมากมาย ประกอบกับสภาพสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยไอซียู แสงไฟและเสียงสัญญาณเตือนต่างๆ ของเครื่องมือเครื่องใช้ในการช่วยชีวิต ตลอดถึงสภาพของ

ผู้ป่วยอื่นๆ ความไม่แน่ใจว่าจะมีอะไรเกิดขึ้นกับลูกบ้าง ท่าทีของเจ้าหน้าที่ซึ่งดูเร่งรีบจนไม่ได้ให้ความสนใจ หรือให้ข้อมูลใดๆ กับครอบครัวของผู้ป่วยที่มาเยี่ยม หรืออาจได้รับข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ตลอดจนระเบียบการเข้าเยี่ยมที่ค่อนข้างเข้มงวด สิ่งเหล่านี้ล้วนก่อให้เกิดความเครียดความกลัวแก่มารดาหรือญาติผู้ป่วยทุกครั้งที่มาเยี่ยม นอกจากนี้พฤติกรรม อารมณ์ของลูกและบทบาทของบิดามารดาที่เปลี่ยนไป ทำให้มารดาเกิดความเครียด³

จากการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยต้องการลดความวิตกกังวล ต้องการข้อมูล ต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย ต้องการใกล้ชิดผู้ป่วย ต้องการกำลังใจและระบายความรู้สึก ต้องการทราบการทำนายโรค แผนการรักษา^{4,5,6,7,8} จากการตอบแบบสอบถามของครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในด้านความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลที่ผ่านมา พบว่าคะแนนความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูลด้านการรักษาพยาบาลอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และจากการสังเกตของผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ที่เห็นมารดา/ผู้ดูแลเด็กร้องไห้บ่อยครั้งแล้วถามว่า “ลูก/หลานของดิฉันเป็นอย่างไบบ้างคะ เขาปลอดภัยแล้วหรือยัง” “หายเป็นปกติหรือยัง” “ต้องผ่าตัดอีกครั้งหรือเปล่า” “เขาทานอะไรได้ไหม” “เขาปวดแผลมากไหม” ฯลฯ ซึ่งแสดงถึงความเครียดและวิตกกังวล ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นจึงดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเป็นแนวทางให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนในการลดความเครียดและเพิ่มความพึงพอใจต่อการพยาบาลของมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตหลังผ่าตัด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของมารดา/ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อการพยาบาลของมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะ

วิกฤตหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. มารดา/ ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีคะแนนความเครียดน้อยกว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

2. มารดา/ ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีความเครียดไม่แตกต่างกัน

3. มารดา/ ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความพึงพอใจมากกว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจในระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียูระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2551 ถึงพฤษภาคม พ.ศ. 2552 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป และผู้ป่วยเด็กที่ดูแลไม่เคยรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยใช้ power analysis โดยมีขนาดของอิทธิพล (effect size) = 2.25 (อ้างอิงจากศึกษาของอัญชลี ประเสริฐ⁹) กำหนด $\alpha = .05$, power of test $(1 - \beta) = .80$ ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม เท่ากับ 32 ราย รวมจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 64 ราย โดยเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนจำนวน 32 ราย และกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 32 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย อายุ ผู้ดูแลผู้ป่วย สถานภาพสมรส สถานภาพครอบครัว (สมาชิกครอบครัว หัวหน้าครอบครัว) ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้

2. บันทึกรายงานความเจ็บป่วยและการรักษาของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย ชนิดของการผ่าตัด ประสบการณ์รักษาในไอซียูและจำนวนวันที่รักษาในไอซียู

3. แบบประเมินความเครียด (The Parental Stress Scale: Pediatric Intensive Care Unit, PSS: PICU) ได้แปลจากต้นฉบับของคาร์เตอร์และไมล์ (Carter & Miles, 1982) เป็นภาษาไทยโดย อัญชลี ประเสริฐ⁹ แบบประเมินทั้งหมดมีจำนวน 37 ข้อ ประเมิน 7 ด้าน ได้แก่ ลักษณะของลูกที่พบเห็นจำนวน 3 ข้อ การตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของลูกจำนวน 11 ข้อ ภาพและเสียงจากเครื่องมือจำนวน 3 ข้อ การพยาบาลที่ลูกได้รับจำนวน 6 ข้อ ท่าที่และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่จำนวน 4 ข้อ การติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่จำนวน 5 ข้อ และบทบาทของบิดามารดาจำนวน 5 ข้อ การคิดคะแนน เครียดมากที่สุดเท่ากับ 5 คะแนน ไม่เครียดเท่ากับ 1 คะแนน โดยมีคะแนนรวมอยู่ในช่วง 37-185 คะแนน ในการแปลผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เทียบคะแนนเฉลี่ยเต็มเท่ากับ 100 คะแนน

4. แบบสอบถามความพึงพอใจ ใช้แบบสอบถามคิดเห็นผู้ใช้บริการต่อคุณภาพการบริการพยาบาล ของฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มีจำนวน 15 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมบริการ การให้ความช่วยเหลือการพยาบาล การให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล โดยคิดคะแนน ความพึงพอใจดีเยี่ยมเท่ากับ 4 คะแนน ถึง ควรปรับปรุงอย่างยิ่งเท่ากับ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-60 คะแนน (คะแนนเต็ม 60 คะแนน) ในการแปลผลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เทียบคะแนนเฉลี่ยเต็มเท่ากับ 100 คะแนน

5. โปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน ประกอบด้วย การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้ารับการรักษาในผู้ป่วยหนัก การผ่าตัดและผลการผ่าตัด แผนการรักษาในแต่ละวัน เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องใช้กับผู้ป่วย การขอความช่วยเหลือ เวลาในการเข้าเยี่ยม วิธีการหรือเวลาที่ให้มารดา/ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินความเครียดและโปรแกรมการให้ข้อมูล ได้ผ่านการได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิ คือ อาจารย์แพทย์ในสาขาศัลยกรรมโรคหัวใจพิการในเด็ก จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการ สาขาโรคหัวใจและทรวงอก จำนวน 2 ท่าน และแก้ไขตามข้อเสนอแนะ วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบประเมินความเครียดและแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.9 และ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ผู้วิจัยพบมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วย แนะนำตัวเองและชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการวิจัย เพื่อสอบถามความสมัครใจ โดยเน้นให้ทราบว่าไม่มีผลใดๆ ต่อการดูแลรักษาพยาบาลและการบริการอื่นที่ได้รับ เมื่อสมัครใจเข้าร่วมโครงการแล้วสามารถออกจากโครงการได้ตลอดเวลา การดำเนินการใดๆ จะคำนึงถึงสิทธิส่วนบุคคล การรักษาความลับ และข้อมูลจะนำเสนอเป็นภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจ้ง แพทย์สาขาศัลยกรรมโรคหัวใจและทรวงอก หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลในหอผู้ป่วยให้ทราบถึงโครงการวิจัย และเริ่มเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมที่ให้การพยาบาลตามปกติ จนครบจำนวน 32 ราย หลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนจำนวน 32 ราย โดยมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยจะได้รับการให้ข้อมูลตั้งแต่เข้าเยี่ยมครั้งแรก จนกระทั่งผู้ป่วยเด็กย้ายออกจากไอซียู กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้รับการทำแบบประเมินความเครียดและ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลครั้งเดียวก่อนผู้ป่วยเด็กย้ายออกจากไอซียู 2 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการอ่านและเขียน ไม่สามารถทำแบบสอบถามด้วยตนเองผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับการสัมภาษณ์และทำแบบสอบถามจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ไม่ใช่ผู้วิจัย

โปรแกรมการให้ข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
<p>ให้การดูแลตามแบบแผนที่กำหนด ให้ข้อมูลและให้การดูแลโดยผู้วิจัย</p> <p>การเยี่ยมครั้งแรก</p> <p>มารดา/ ผู้ดูแลผู้ป่วย รับทราบข้อมูลอย่างมีแบบแผน ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - สภาพของผู้ป่วยปัจจุบัน ได้แก่ การผ่าตัดและผลการผ่าตัด <p>แผนการรักษาโดยอาจารย์แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ประจำบ้านสาขา ศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก</p> <ul style="list-style-type: none"> - เกี่ยวกับเครื่องมือทุกชนิดที่ใช้กับผู้ป่วยรวมทั้งการเข้าเยี่ยม เวลาเข้าเยี่ยม สิ่งของที่จำเป็น รวมทั้งของที่ผู้ป่วยติดตัวเป็นประจำ เช่น ผ้าห่ม ผ้าเช็ดหน้า ตุ๊กตา หรือของเล่นที่สามารถนำมาวางบนเตียงผู้ป่วยได้ โดยพยาบาล (ผู้วิจัย) - ตอบข้อสงสัยของมารดาผู้ป่วย รวมทั้งดูแลความรู้สึกของมารดา/ ผู้ดูแล 	<p>ให้การดูแลตามปกติ ให้ข้อมูลและให้การดูแลโดยพยาบาลเจ้าของไข้</p> <p>การเยี่ยมครั้งแรก</p> <p>ให้ข้อมูลแก่มารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วย ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - เวลากลับจากห้องผ่าตัด - ของใช้ที่จำเป็นในไอซียู เวลาการเข้าเยี่ยม - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่มารดา/ ผู้ดูแล ชักถาม
<p>การเยี่ยมวันที่ 2</p> <p>มารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยรับทราบข้อมูลอย่างมีแบบแผน ได้แก่</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน - แผนการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ - ให้มารดา/ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย โดยการโอบกอด ถ้าผู้ป่วยร้องให้อนุญาตให้มารดา/ผู้ดูแลอยู่ด้วยจนกว่าผู้ป่วยเจ็บสงบ - ตอบข้อสงสัยของมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งดูแลความรู้สึก 	<p>การเยี่ยมวันที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่มารดา/ ผู้ดูแล ชักถาม - ให้มารดา/ผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย โดยการโอบกอด ถ้าผู้ป่วยร้องให้อนุญาตให้มารดา/ผู้ดูแลอยู่ด้วยจนกว่าผู้ป่วยเจ็บสงบ
<p>การเยี่ยมหลังวันที่ 2</p> <p>มารดาผู้ป่วย/ผู้ดูแลรับทราบข้อมูลอย่างมีแบบแผน เกี่ยวกับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน แผนการรักษาที่ได้รับ - ให้นำอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทานโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา เช่น นมเปรี้ยว ไอศกรีม - ตอบข้อสงสัยของมารดาผู้ป่วย/ผู้ดูแล รวมทั้งดูแลความรู้สึก 	<p>การเยี่ยมหลังวันที่ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่มารดา/ ผู้ดูแล ชักถาม - ให้นำอาหารที่ผู้ป่วยชอบรับประทานโดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา เช่น นมเปรี้ยว ไอศกรีม

โปรแกรมการให้ข้อมูลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
<p>วันที่ย้ายออกจากไอซียู</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การย้ายออกจากไอซียู โดยแพทย์เจ้าของไข้หรือ แพทย์ประจำบ้านสาขาศัลยศาสตร์หัวใจและทรวงอก - พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับอุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ ออกจากตัวผู้ป่วย - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายออกจากไอซียู ลักษณะหอผู้ป่วยที่จะย้ายไปดูแลต่อ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องบอกแพทย์หรือพยาบาลในหอผู้ป่วยที่ดูแลต่อ - ตอบข้อสงสัยมารดาผู้ป่วย/ ผู้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งดูแลความรู้สึก 	<p>วันที่ย้ายออกจากไอซียู</p> <ul style="list-style-type: none"> - แพทย์เจ้าของไข้และหรือพยาบาลผู้ดูแลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการย้ายออกจากไอซียู - ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่มารดา/ ผู้ดูแลผู้ป่วยซักถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง เปรียบความแตกต่างของลักษณะกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square test เปรียบเทียบคะแนนความเครียดและความพึงพอใจของกลุ่มทดลองและควบคุมโดยใช้สถิติ Independent-samples T-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นมารดาผู้ป่วยร้อยละ 79.7 มีอายุระหว่าง 30-40 ปี สมรสแล้ว ร้อยละ 96.9 เป็นสมาชิกครอบครัวร้อยละ 84.4 จบชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 37.5 มี

อาชีพเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 32.8 และมีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาท และ >10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 29.7 ผู้ป่วยเด็กได้รับการผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยการแก้ไขทั้งหมด (collective) ร้อยละ 92.2 ไม่เคยได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ร้อยละ 61.1 จำนวนวันที่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 วัน ร้อยละ 59.4 เมื่อทำการแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และทำการทดสอบความแตกต่างของลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ลักษณะ	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด n=64		กลุ่มควบคุม n=32		กลุ่มทดลอง n=32	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) $\chi^2=1.27$ p=.52						
20-30	21	32.8	10	31.2	11	34.4
31-40	30	46.9	17	53.1	13	40.6
>40	13	20.3	5	15.7	8	25.0
ผู้ดูแลผู้ป่วย $\chi^2=2.41$ p=.21						
มารดา	51	79.7	28	87.5	23	71.9
ผู้ดูแลอื่น	13	20.3	4	15.5	9	28.1
สถานภาพสมรส $\chi^2=0.00$ p= 1.00						
โสด/ หม้าย/ หย่า/ แยก	2	3.1	1	3.1	1	3.1
สมรส	62	96.9	31	96.9	31	96.9
สถานภาพ $\chi^2=5.07$ p =08						
หัวหน้าครอบครัว	10	15.6	2	6.4	8	25.0
สมาชิกในครอบครัว	54	84.4	30	93.6	24	75.0
การศึกษา $\chi^2= 5.52$ p = 0.24						
ประถมศึกษา	15	23.5	10	31.2	5	15.6
มัธยมศึกษา	24	37.5	11	34.4	13	40.6
อนุปริญญา/เทียบเท่า	10	15.7	3	9.4	7	21.9
ปริญญาตรี	14	21.8	8	25.0	6	18.8
สูงกว่าปริญญาตรี	1	1.5	0	0.0	1	3.1
อาชีพ $\chi^2=1.27$ p=.93						
แม่บ้าน	21	32.8	10	31.2	11	31.5
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	3	4.7	2	6.2	1	3.1
รับจ้าง	18	28.2	8	25.0	10	31.2
ค้าขาย	10	15.7	5	15.7	5	15.6
เกษตรกรกรรม	6	9.3	4	12.5	2	6.2
อื่นๆ	6	9.3	3	9.4	3	9.4

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะ	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด n=64		กลุ่มควบคุม n= 32		กลุ่มทดลอง n= 32	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ $\chi^2=2.55$ p=.46						
<3,000	19	29.7	8	25.0	11	34.4
3,000-5,000	13	20.3	5	15.6	8	25.3
5,001-10,000	13	20.3	7	21.9	6	18.6
>10,000	19	29.7	12	37.5	7	21.7
ชนิดของการผ่าตัด $\chi^2 =.21$ p=1.00						
ผ่าตัดหัวใจ Palliative	5	7.8	2	6.2	3	9.4
ผ่าตัดหัวใจ Corrective	59	92.2	30	93.8	29	90.6
ประสบการณ์รักษาใน ICU $\chi^2 =.21$ p=1.00						
เคย	25	39.0	12	37.5	13	40.6
ไม่เคย	39	61.0	20	62.5	19	59.4
จำนวนวันที่รักษาใน ICU $\chi^2 =.25$ p=.79						
≤ 2วัน	38	59.4	18	56.2	20	62.5
> 2วัน	26	40.6	14	43.8	12	35.5

เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยความเครียดของมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดในระยะวิกฤต พบว่าความเครียดในกลุ่มที่ได้รับการให้การข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมน้อยกว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) และเมื่อวิเคราะห์ความเครียดในแต่ละด้าน พบว่าลักษณะของลูกที่พบเห็น การตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของลูก ภาพและเสียงจากเครื่องมือ การพยาบาลที่ลูกได้รับ และบทบาทของบิดามารดา พบว่าในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีค่าเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าในกลุ่ม

ที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่ และท่าทีและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีค่าเฉลี่ยความเครียดน้อยกว่าแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) เมื่อวิเคราะห์ความพึงพอใจต่อคุณภาพการบริการพยาบาลพบว่าในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดและความพึงพอใจต่อการบริการของมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการกำเนิดในระยะวิกฤตภายหลังผ่าตัด โดยใช้สถิติ Independent-samples T-test

หมวด	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t-test	
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	t	p-value
ความเครียดโดยรวม	40.70\pm17.78	28.36\pm13.77	3.10	0.003
ความเครียดรายด้าน				
ลักษณะของลูกที่พบเห็น	45.83 \pm 24.81	26.87 \pm 25.37	3.02	0.004
การตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของลูก	43.92 \pm 23.81	31.59 \pm 19.28	2.27	0.026
ภาพและเสียงจากเครื่องมือ	43.95 \pm 21.47	31.45 \pm 20.61	2.37	0.021
การพยาบาลที่ลูกได้รับ	46.87 \pm 24.03	34.47 \pm 15.27	2.46	0.017
ท่าทีและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่	21.09 \pm 18.21	15.31 \pm 11.63	1.51	0.135
การติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่	23.62 \pm 23.46	13.75 \pm 19.85	1.81	0.074
บทบาทของบิดามารดา	54.00 \pm 27.56	38.00 \pm 26.68	2.60	0.021
ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล	79.89\pm11.39	89.94\pm10.45	-3.67	0.000

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียด และความพึงพอใจต่อการบริการของมารดากับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการกำเนิดในระยะวิกฤตภายหลังผ่าตัดในกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตาราง 3

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดและความพึงพอใจต่อการบริการของมารดาและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการกำเนิดในระยะวิกฤตภายหลังผ่าตัดในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent-samples T-test

หมวด	มารดา	ผู้ดูแลอื่น	t-test	
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	t	p-value
ความเครียดโดยรวม	42.79\pm17.42	26.08\pm14.51	1.82	.08
ความเครียดรายด้าน				
ลักษณะของลูกที่พบเห็น	48.57 \pm 23.50	26.66 \pm 25.80	.17	.09
การตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของลูก	40.23 \pm 23.59	27.72 \pm 21.22	1.48	.15
ภาพและเสียงจากเครื่องมือ	44.76 \pm 18.15	38.33 \pm 37.39	.55	.58
การพยาบาลที่ลูกได้รับ	48.33 \pm 24.87	36.66 \pm 15.63	.90	.37
ท่าทีและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่	23.39 \pm 18.20	5.00 \pm 4.07	1.97	.06
การติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่	25.85 \pm 24.11	8.00 \pm 7.23	1.44	.15
บทบาทของบิดามารดา	56.42 \pm 27.20	37.00 \pm 27.39	1.33	.19
ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล	79.64\pm11.23	81.66\pm14.20	-3.20	.74

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียด และความพึงพอใจต่อการบริการของมารดา กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการกำเนิดในระยะวิกฤตภายหลัง

ผ่าตัดในกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตาราง 4

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความเครียดและความพึงพอใจต่อการบริการของมารดาและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการกำเนิดในระยะวิกฤตภายหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Independent-samples T-test

หมวด	มารดา	ผู้ดูแลอื่น	t-test	
	Mean \pm SD	Mean \pm SD	t	p-value
ความเครียดโดยรวม	25.99 \pm 12.04	34.41 \pm 16.70	-1.59	.12
ความเครียดรายด้าน				
ลักษณะของลูกที่พบเห็น	24.08 \pm 22.35	34.07 \pm 32.20	-1.04	.32
การตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของลูก	29.40 \pm 17.65	37.17 \pm 23.14	-1.02	.31
ภาพและเสียงจากเครื่องมือ	28.11 \pm 19.69	40.00 \pm 21.60	-1.49	.14
การพยาบาลที่ลูกได้รับ	31.44 \pm 12.90	42.20 \pm 18.78	-1.86	.07
ท่าทีและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่	15.00 \pm 10.22	16.11 \pm 15.36	-.23	.81
การติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่	12.17 \pm 11.74	17.77 \pm 13.16	-.71	.48
บทบาทของบิดามารดา	34.43 \pm 29.51	47.11 \pm 27.98	-.26	.23
ความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล	89.63 \pm 9.36	90.74 \pm 13.49	-.26	.79

อภิปรายผล

1. เปรียบเทียบคะแนนความเครียดของมารดา/ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตภายหลังผ่าตัด พบว่ากลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความเครียดโดยรวมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผลวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อ 1 และเมื่อวิเคราะห์ในด้านลักษณะของลูกที่พบเห็น การตอบสนองด้านพฤติกรรมและอารมณ์ของลูก ภาพและเสียงจากเครื่องมือ การพยาบาลที่ลูกได้รับ และบทบาทของบิดามารดา กลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการเผชิญความเครียด และมีความมั่นใจต่อแผนการรักษาพยาบาล

ส่วนในด้านการติดต่อสื่อสารของเจ้าหน้าที่และท่าทีและพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติแต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากเจ้าหน้าที่แพทย์ พยาบาลมีพฤติกรรมบริการที่ดี มีความเป็นมิตรและให้เกียรติกับผู้ป่วยและมารดา/ผู้ดูแลผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกัน การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษา ของจริยา สายวารี¹⁰ ที่พบว่ากลุ่มมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดซึ่งได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีระดับความวิตกกังวลน้อยกว่าในกลุ่มที่ไม่ให้การดูแลแบบปกติ ($p < .05$) และการให้ข้อมูล หรือการช่วยเหลือครอบครัว ผู้ป่วยในระยะวิกฤตส่งผลต่อการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ทำให้ครอบครัวมีการ

ปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ¹¹ จากหลายการศึกษาพบว่า ครอบครัวผู้ป่วยต้องการได้รับรับข้อมูลหรืออาการของผู้ป่วยที่เป็นจริง^{4,5,6,7} ต้องการพบแพทย์และพยาบาลคนเดิมทุกวัน¹² ญาติผู้ป่วยต้องการได้รับความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ต้องการทราบการทำนายโรค ต้องการทราบแผนการรักษา⁵ และครอบครัวผู้ป่วยยังต้องการรู้สึกมีความหวัง^{5,8} ได้รับโทรศัพท์แจ้งที่บ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง และต้องการทราบการพยากรณ์โรค⁸ ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลให้ครอบครัวผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นใจ ลดความเครียด ความวิตกกังวล ความคับข้องใจลงได้ และนอกจากนี้ครอบครัวยังต้องการรับรู้ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย สมพร โชติวิทยาธรา และคณะ¹³ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะและพฤติกรรมมารดาในการดูแลบุตร ด้านการรับประทานอาหารและยา ด้านการป้องกันการติดเชื้อและด้านการสังเกตภาวะหัวใจวายและบรรเทาอาการเพิ่มขึ้น ($p < .001$) ดังนั้นการได้รับข้อมูลหรือรับรู้ความเจ็บป่วยของบุตร สามารถช่วยให้มารดา/ผู้ดูแลเผชิญความเครียด และเกิดความรู้สึกมั่นใจในการรักษาของทีมแพทย์และพยาบาล

2. มารดาและผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตหลังผ่าตัดในกลุ่มที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนมีความเครียดไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ซึ่งผลวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อ 2 พบว่าผู้ที่เป็นมารดาและผู้ดูแลอื่นมีคะแนนความเครียดที่ไม่แตกต่างกันทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเนื่องจากผู้ดูแลอื่นซึ่งเป็นย่าและยายที่ดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด และเลี้ยงดูผู้ป่วยมาโดยตลอดทำให้เกิดความผูกพันและความรักเปรียบเสมือนเป็นมารดาของผู้ป่วยเอง

3. เปรียบเทียบคะแนนความพึงพอใจของมารดา/ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในภาวะวิกฤตภายหลังผ่าตัดได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่ามารดา/ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน มีคะแนนความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาลมากกว่าในกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่ง

ผลวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ในข้อ 2 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับบุตรขณะเข้ารับการรักษาในไอซียูแพทย์และพยาบาลอย่างต่อเนื่อง นอกจากความสามารถของแพทย์และพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีประสิทธิภาพแล้ว การให้ข้อมูลผู้ป่วยที่มีคุณภาพ การดูแลด้านจิตใจครอบครัวผู้ป่วยจะเพิ่มระดับความพึงพอใจในการรักษาพยาบาล¹⁶ ซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดความสำเร็จของการรักษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยใช้เป็นแนวทางในให้ข้อมูลแก่มารดาและครอบครัวผู้ป่วยในภาวะวิกฤต สามารถพัฒนาการพยาบาลให้เข้ากับงานประจำเพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวลต่อการเข้ารับการรักษาของผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในภาวะวิกฤตรวมทั้งความพึงพอใจต่อการบริการพยาบาล

ด้านการวิจัย เป็นแนวทางในการศึกษาในกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตหรือในกลุ่มโรคอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. สัมพันธ์ พรวิลาวลัย. การผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Surgery for Congenital Heart Disease) ใน: จารุพิมพ์ สูงสว่าง, กฤตย์วิกรม ดุรงค์พิศิษฐ์กุล, บรรณาธิการ. Common Cardiovascular Disease from Pediatrics to Adults. กรุงเทพฯ:บริษัทเฮาแคบดู จำกัด: 2548.
2. ชอลดา พันธุเสนา. การพยาบาลจิตสังคมในผู้ป่วยภาวะวิกฤตตามแบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป: 2536.
3. เลขา แฟงนุเคราะห์. ปัจจัยทำนายการปรับตัวของมารดาที่บุตรเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2548.

4. นิภาวรรณ สามารถกิจ และจันทร์พร ยอดยิ่ง. ความต้องการและตอบสนองความต้องการที่ได้รับของญาติผู้ป่วยวิกฤตในหอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2541; 6(3):40-56.
5. พรทิพย์ โกศลวัฒน์. การศึกษาความต้องการของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอุบัติเหตุ 2 โรงพยาบาลศิริราช. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2541; 16(4): 54- 64.
6. อุบลวรรณ สติรัตน์ตระการ. ความต้องการสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมองเฉียบพลัน. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
7. สุภารัตน์ ไวยชีตา, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล และวิมลวัลย์ วโรพาร. ความต้องการและการตอบสนองความต้องการที่ได้รับของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลรามาริบัติ. รามาริบัติพยาบาลสาร 2542; 5 (3):186-200.
8. Lee IM, Chien WT, Mackenzie AE. Needs of families with on relative in a critical care unit in Hong Kong, Journal of Clinical Nursing 2000; 9(1):46-54.
9. อัญชลี ประเสริฐ. ผลการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามเป้าหมายต่อความวิตกกังวลของบิดามารดาในผู้ป่วยหน่วยบำบัดพิเศษ. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540.
10. จริยา สายวารี และวันดี ชูชาติ .ผลของการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของมารดาผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาด้วยหัวใจแบบเปิด. สงขลานครินทร์ เวชสาร 2550; 25 (3):179-184.
11. อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง. ผลของโปรแกรมการช่วยเหลือครอบครัวระยะวิกฤตต่อการปรับตัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วย. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย 2550; 19 (2): 98-111.
12. Bijttebier P, Delva D, Vanoost S, et al. Reliability and validity of critical care family needs inventory in a Dutch-speaking Belgian sample. Heart & Lung 2000; 29(9):278-286.
13. สมพร โชติวิทยาคารา, สมใจ ทุนกุล และวิไล ลีสุวรรณ. ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วารสารกองการพยาบาล 2546; 30(1): 3 -13.
14. Judy et al. Clinical practice guidelines for support of the family in the patient-centered intensive care unit: American College of Clinical Care Medical Task Force 2004-2005. Crit Care Med 2007; 35(2): 605-622.
15. ณีฎฐพร ฉันทวรลักษณ์. ผลของการจัดระบบการให้มารดาเข้าเยี่ยมบุตรทารกคลอดก่อนกำหนดต่อความวิตกกังวลของมารดา. รามาริบัติพยาบาลสาร 2546; 9 (2):167-178.
16. Meadows C, Bastin A, Kaul S, et al. Family Satisfaction on the intensive care unit. Critical care. 2010; 14(1): 597.
17. Karlsson C, Tisell A, Engstrom A, et al. Family members' satisfaction with critical care: a pilot study. British Association of Critical Care Nurse 2011; 16(1): 11-18.
18. Dowling J, Wang B. Impact on family satisfaction: the critical care family assistance program. Chest journal 2005; 128(3):76s-80s.