

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจในเด็กจัดได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง แบ่งออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด (Congenital heart disease) และโรคหัวใจที่เกิดภายหลัง (Acquired heart disease) (อัจฉรา เชชฤทธิ์พิทักษ์, 2543) โรคหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด เป็นโรคหัวใจในเด็กที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุสำคัญโรคหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิต (วัชร จามจุรีรักษ์, 2539) จากสถิติของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในสหรัฐอเมริกา และยุโรป พบว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอุบัติการณ์สูงถึง 8 ถึง 10 ต่อ 1,000 ของเด็กเกิดมีชีวิต (Green, 2004 อ้างถึงใน James & Ashwill, 2007) สำหรับประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรคที่สูงเช่นกันคือ ประมาณ 8 ต่อ 1,000 ของเด็กเกิดมีชีวิต (อัจฉรา เชชฤทธิ์พิทักษ์, 2543) และจากสถิติสาธารณสุขพบว่า ในปี พ.ศ. 2545-2549 มีเด็กเกิดมีชีวิตในประเทศไทยประมาณ 7-8 แสนรายต่อปี (สำนักงานนโยบาย และยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2549) ซึ่งประมาณได้ว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพิ่มขึ้น ประมาณ 6 พันรายในทุกปี ดังนั้นจึงนับว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดนั้น เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยในปัจจุบัน

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นศูนย์รวมสถานบริการที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ รับผู้ป่วยในทุกจังหวัดในภูมิภาค โดยมีผู้ป่วยทุกเพศทุกวัยที่เข้ารับการรักษาและผ่าตัดหัวใจเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานสถิติพบว่าในปี พ.ศ. 2549 มีสถิติการผ่าตัดหัวใจผู้ป่วยจำนวน 1,293 รายซึ่งสูงที่สุดในประเทศไทย ที่ตึกกุมารเวชกรรมเป็นหนึ่งในสามตึกที่รับผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยเด็กและผู้ใหญ่กลับมาพักฟื้นหลังการผ่าตัดหัวใจ พบว่าในปี พ.ศ. 2549 และ พ.ศ. 2550 รับผู้ป่วยกลับมาพักฟื้นทั้งหมด 784 รายและ 463 ราย ตามลำดับในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี ถึงร้อยละ 13.65 และร้อยละ 19.22 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเมื่อคิดเป็นอัตราร้อยละของผู้ป่วยเด็ก 0-12 ปี ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี ถึงร้อยละ 32.92 และร้อยละ 31.67 ตามลำดับ (ทะเบียนรายงานการรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตึกกุมารเวชกรรม, 2549-2550) ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มอายุที่ได้รับการผ่าตัดมากที่สุดในผู้ป่วยเด็ก

เมื่อผู้ป่วยเด็กได้รับการผ่าตัดหัวใจ ปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยเด็กจะต้องเผชิญอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นั่นก็คือความปวด สมาคมนานาชาติผู้ศึกษาความปวด (International Association for the Study of Pain-IASP, 1979 อ้างถึงใน Mace, Ducharme, & Murphy, 2006) ได้ให้คำจำกัดความของความปวดว่า ความปวดเป็นประสบการณ์ของความรู้สึกที่ไม่สุขสบาย ทั้งทางด้านความรู้สึก และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับเนื้อเยื่อถูกทำลาย ความปวดเป็นปรากฏการณ์ที่บุคลากรในทีมสุขภาพพบเห็นอยู่เป็นประจำ และเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลให้บรรเทาหรือให้หายไป ความปวดหลังผ่าตัดหัวใจ เป็นความปวดชนิดเฉียบพลัน จะรุนแรงมากในระยะ 12-36 ชั่วโมงแรก และก่อให้เกิดความไม่สุขสบายเป็นอันดับแรกถึงร้อยละ 90 (เอมอร์ อดุลโกชาธร, 2543) โดยเฉพาะการผ่าตัดบริเวณช่องอกจะก่อให้เกิดความรุนแรงมากกว่าการผ่าตัดในบริเวณอื่น (Consala & Drain, 1999; คาร์สัน โปธารส, 2546) นอกจากนั้นความปวดยังเป็นสาเหตุของความทุกข์ทรมาน โดยมีผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมของผู้ป่วยเด็ก (Wood, 2002)

ผลกระทบทางด้านร่างกายพบว่า เนื้อเยื่อที่ได้รับบาดเจ็บจะปล่อยสารเคมีกระตุ้นปลายประสาทรับความรู้สึกปวดให้ไวต่อการกระตุ้น ทำให้เนื้อเยื่อไวต่อความปวดมากขึ้นส่งผลต่อสรีระของร่างกายทำให้ชีพจร อัตราการหายใจ ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น (Finley & McGrath, 1998) มีผลต่อระบบหลอดเลือดและหัวใจอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายและภาวะหัวใจล้มเหลว ผลต่อระบบทางเดินหายใจอาจนำไปสู่ภาวะปอดอักเสบและปอดแฟบ (เบญจมาศ ปรีชาคุณ & เบญจวรรณ ชีรเทิศตระกูล, 2546) นอกจากนี้ ความปวดยังส่งผลต่ออวัยวะหลายระบบในร่างกาย เช่นระบบทางเดินอาหาร ระบบประสาท และฮอร์โมน เป็นต้น (Brooker & Waugh, 2007) การจัดการความปวดที่ไม่เพียงพอก่อให้เกิดความปวดที่ยืดเยื้อยาวนาน อาจพัฒนาเป็นความปวดเรื้อรัง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในอนาคตได้ (พงศภารดี เจาทะเลทริน & ก้องเกียรติ ภูมกัณฑ์ทรากกร, 2547) ผลกระทบด้านจิตใจเป็นสิ่งที่ซับซ้อน ความทุกข์ทรมาน และข้อจำกัดด้านอายุพัฒนาการ การเรียนรู้ การสื่อสาร โดยเด็กจะไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นรู้ถึงระดับ หรือตำแหน่งของความปวดที่ตนเองประสบได้ และไม่สามารถจัดการความปวดได้ด้วยตนเอง ประกอบกับความเครียด จากการที่เด็กต้องพบกับสิ่งแปลกๆ ใหม่ๆ ที่ไม่เคยพบมาก่อนเมื่อต้องอยู่โรงพยาบาล หรือการแยกจากผู้ดูแลหลัก การถูกจำกัดการเคลื่อนไหว รวมถึงเด็กวัยนี้มีข้อจำกัดต่อการใช้กลไกการปรับตัวในการเผชิญกับภาวะเครียด (Whaley & Wong, 1991 อ้างถึงใน จิราวรรณ แทนวัฒนกุล, 2537) จะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กเกิดความกลัว วิดกกังวล โกรธ ซึมเศร้า ในขณะที่เดียวกันภาวะเหล่านี้ก็ส่งเสริมให้เกิดความปวดเพิ่มมากขึ้นเช่นกัน (Brooker & Waugh, 2007; วรรณมา สมบูรณ์วิบูลย์, 2540) ผลกระทบของความปวดต่อทางด้านร่างกาย และจิตใจนั้น จะมีผลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยเด็ก จากการศึกษาของ รุ่งทิวา อัสวินานนท์ (2532) พบว่าระดับการรับรู้ต่อความปวดในเด็กวัย 2-4 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการตอบสนองทางด้านน้ำเสียง เช่น ร้องไห้ แผลเสียงร้อง อาละวาด ทบตีสิ่งกีดขวาง ทิ้งตัวลงนอน เป็นต้น (Brooker & Waugh, 2007; Smith, Duell, & Martin, 2008; คารุณี จงอุดมการณ์, 2546) การแสดงออกของผู้ป่วยเด็กแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป ขึ้นอยู่กับการรับรู้และการตอบสนองต่อความปวด ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายๆ ประการเช่น ประเภทของความปวด อายุ ความเข้าใจ จิตใจ สังคม วัฒนธรรม และประสบการณ์ที่มีอยู่ในครอบครัวของเด็ก (Bowden & Greenberg, 2008) นอกจากนี้ความปวดยังมีผลต่อคุณภาพชีวิต ทำให้แบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กฟื้นตัวช้า ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น เกิดผลกระทบต่อครอบครัว โดยต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น สมาชิกในครอบครัวมีความวิตกกังวล รู้สึกทุกข์ทรมานด้วยเมื่อเห็นเด็กปวด และเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน (Friedman, Bowden, & Jones, 2003; คารุณี จงอุดมการณ์, นิภา อังศุภากร, พรเทพ แพรขาว และวิไลลักษณ์ กฤษศฤทธิศาสตร์, 2548) นอกจากนี้ระบบบริการสุขภาพ ยังต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยสูงมากขึ้นเช่นกัน (Irving & Wallace, 1997; พงศภารดี เจาทะเลทริน และคณะ, 2547) แสดงให้เห็นว่าการจัดการความปวดหลังผ่าตัดเป็นสิ่งสำคัญ และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยต้องได้รับอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดการความปวด เป็นการบรรเทาหรือลดความปวด เป็นสิ่งสำคัญและเป็นหัวใจของการดูแลผู้ป่วย ศัลยกรรมในระยะหลังผ่าตัด ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 วิธีคือ โดยการใช้ยา และโดยการใช้ยา (Smeltzer, Bare, Hinkle, & Cheever, 2008) การจัดการความปวดด้วยยาเป็นวิธีที่ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับเพื่อบรรเทาความปวดหลังผ่าตัด (Chamber & Jones, 2007) จากการศึกษาของ สมถวิล โปตระนันท์ (2546) พบว่าถึงแม้ในปัจจุบันความรู้เรื่องความปวดมีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก แต่ผู้ป่วยหลังผ่าตัดยังคงได้รับการดูแลรักษาความปวดโดยการใช้ยาได้ไม่

เพียงพอ และยังไม่เป็นที่พึงพอใจ โดยพบว่ามีผู้ป่วยที่มีความปวดปานกลางถึงปวดมากในระยะหลังผ่าตัด สูงถึงร้อยละ 30-75 และจากการศึกษาในผู้ป่วยหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิด พบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับยาบรรเทาปวดแล้วประมาณ 1 - 2 ชั่วโมง แต่ก็ยังมีความปวดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก และยังมีความต้องการยาบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่อง (อภิญา วงศ์พิริโยธา, 2535) อย่างไรก็ตามการใช้าระงับปวดเพียงตัวเดียวนั้น ไม่สามารถระงับปวดให้ได้เท่าที่ควร โดยเฉพาะในผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่มีความปวดอยู่ในระดับปวดมาก และการเพิ่มขนาดยาาระงับปวดที่ใช้ให้มากขึ้นเพื่อพยายามบรรเทาปวดให้ได้ผลเต็มขั้นนั้น อาจพบกับอาการแทรกซ้อนจากยานั้นได้ (Dahl et al., 1990 อ้างถึงใน สมบูรณ์ เทียนทอง, 2547) ดังนั้นการใช้การจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา ซึ่งสามารถใช้ร่วมกับวิธีการใช้ยาจึงมีความสำคัญมาก เพราะจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการความปวด ทำให้สามารถลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาปวด ช่วยลดภาวะเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่อาจเกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยาในปริมาณมาก หรือหลายชนิดในการบรรเทาปวดได้ (ศศิกันต์ นิมมานรัชต์ & ชัชชัย ปรีชาไว, 2549)

เด็กวัย 1-3 ปี เป็นวัยที่ยังต้องอาศัยพึ่งพิงครอบครัว และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เป็นระยะวิกฤติในการพรางจาก เด็กจะแยกจากผู้ดูแลได้เพียงชั่วคราว และมีปฏิกิริยาต่อต้านการรักษาถ้าไม่มีครอบครัวอยู่ด้วย (คารุณี จงอุดมการณ์, 2546) และจะปฏิเสธคนอื่นๆ ยกเว้นผู้ดูแลใกล้ชิด (รัชนี ราชโรจน์, 2536) ในขณะที่มีความปวด บุคคลที่เด็กต้องการให้อยู่ด้วยมากที่สุด คือครอบครัว (Berk, 2002; Ball & Bindler, 2008; วิไลลักษณ์ กฤษศยสาส์น, 2549) ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญต่อการช่วยให้เด็กเผชิญต่อความปวด และยังเป็นบุคคลที่สามารถรับรู้ว่าเด็กปวดมากที่สุด เนื่องจากมีความใกล้ชิด และเข้าใจประสบการณ์ความรู้สึก รวมถึงทราบข้อมูล และประสบการณ์การบรรเทาความปวดของเด็ก และยังเป็นบุคคลหนึ่งที่เป็นตัวเชื่อมผู้ป่วยเด็กกับบุคลากรทางสุขภาพ (Coyne, 1996) ในการรายงานความปวด เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการบรรเทาปวดอย่างต่อเนื่อง (McGrath & Finley, 2003; Chamber & Jones, 2007) และจากการศึกษาครอบครัวยังสามารถตอบสนอง และให้การช่วยเหลือเพื่อลดความปวดได้สอดคล้องกับความต้องการของเด็กป่วยมากที่สุด การที่ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อปวดจะช่วยให้เด็กรู้สึกอบอุ่นใจ คลายความวิตกกังวล ซึ่งมีผลให้ความปวดลดลงได้ (รุจา ภูโพนุลย์ & คารุณี จงอุดมการณ์, 2532)

จากประสบการณ์การสังเกต และซักถามถึงปัญหาและความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ จำนวน 5 ครอบครัว และพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 5 คน ที่ศึกษารวมเวชกรรมศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการสอบถามและการสังเกตพบว่าในระยะก่อนผ่าตัดครอบครัวจะได้รับข้อมูลในเรื่องการเตรียมเด็กก่อนผ่าตัดจากพยาบาล เช่น การงดน้ำงดอาหาร การเตรียมตรวจต่างๆ เป็นต้น แต่ไม่ได้รับข้อมูลด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัด ซึ่งในระยะหลังผ่าตัด ผู้ป่วยเด็กทุกคนจะปวดแผลมาก เด็กจะนอนนิ่งๆ ไม่ยอมเคลื่อนไหว ครอบครัวจะปล่อยให้เด็กนอนนิ่งๆ ไม่กล้า และไม่รู้ว่าที่จะเคลื่อนไหวร่างกายเด็กอย่างไร เพราะกลัวว่าหากเคลื่อนไหวจะทำให้เด็กปวดแผลมากขึ้น กลัวแผลผ่าตัดแยกหรือท่อระบายทรวงอกหลุด พยาบาลต้องกระตุ้นให้พลิกตะแคงตัว หรือกระตุ้นให้ลุกนั่งเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ด้านพฤติกรรมและการแสดงออกของผู้ป่วยเด็กแต่ละคนจะแตกต่างกันไป เช่นเด็กบางคนจะมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย ร้องไห้โวยวาย ต่อต้าน กลัว ไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจรักษา โดยเฉพาะในเวลาที่พยาบาลเดินเข้ามาใกล้เด็กจะมีพฤติกรรมถอยหนี ร้องไห้ กอดผู้ดูแลแน่น เป็นต้น และพบว่าครอบครัวยังขาดความรู้ รวมถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการจัดการความปวดหลังผ่าตัด เช่นคิดว่ามีเพียงวิธีเดียวที่สามารถจัดการความปวดได้คือการ

ได้รับขบวนการพาปวดเท่านั้น โดยแพทย์และพยาบาลจะเป็นผู้จัดการให้ตามความเหมาะสม ทุกครอบครัวบอกว่าจะรู้ว่าเด็กปวดแผลจากการที่ผู้ป่วยเด็กร้องไห้แง แต่ครอบครัวจะลังเลที่จะรายงานให้พยาบาลทราบ เพราะไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยเด็กปวดจริงหรือไม่ และรู้สึกเกรงใจพยาบาล โดยจะพยายามปลอบโยนผู้ป่วยเด็กก่อน เมื่อเด็กยังร้องไห้แงอยู่จึงจะรายงานพยาบาลให้รับทราบ หรือในบางครั้งพยาบาลก็จะเป็นผู้เข้ามาสอบถามเอง ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับขบวนการพาปวดล่าช้า ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการบรรเทาปวดลดลง นอกจากนี้ครอบครัวไม่ทราบว่าวิธีการจัดการความปวดที่ไม่ใช่ยา และเป็นวิธีที่ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการปฏิบัติได้ เช่น การจัดทำนอน การช่วยประคองแผลเวลาผู้ป่วยไอ เป็นต้น ซึ่งทุกครอบครัวต้องการได้รับข้อมูลที่ตนเองสามารถมีส่วนร่วมในการดูแล และจัดการความปวดหลังผ่าตัดของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งตรงกับผลการศึกษา เรื่องความต้องการของญาติขณะรอผู้ป่วยรับการผ่าตัด ของสมพันธ์ วิทยุชเรนนันท์ และวรรณวิมล คงสุวรรณ (2544) พบว่าความต้องการรายด้านที่ญาติต้องการมากที่สุด คือความต้องการข้อมูล รองลงมาคือความต้องการมีส่วนร่วมช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนี้พบว่าทีมบุคลากรทางสุขภาพยังไม่มีรูปแบบการให้ข้อมูลที่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับเทคนิคของแต่ละบุคคล การให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องพยาธิสภาพของโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด และที่ผ่านมายังไม่มีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความปวดในเด็ก พยาบาลทุกคนจะประเมิน โดยการสังเกตพฤติกรรม การถามครอบครัว และหากมีโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจจะเป็นสิ่งที่ดียิ่ง เพราะนอกจากจะมีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันแล้ว ยังช่วยลดภาระงานของบุคลากรสุขภาพได้อีกด้วย นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการดูแลที่ตรงกับปัญหาและความต้องการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพทางการพยาบาลสูงสุด

ข้อมูลที่ผู้วิจัยได้รับจากการสอบถามและสังเกตผู้ป่วยเด็ก ครอบครัวและทีมบุคลากรสุขภาพ ที่ตึกกุมารเวชกรรมศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผู้วิจัยเห็นถึงความทุกข์ทรมานจากความปวดในผู้ป่วยเด็กและความทุกข์ทรมานของครอบครัวเมื่อเห็นผู้ป่วยเด็กมีความปวด เพราะเนื่องจากเด็กวัย 1-3 ปี เป็นวัยที่มีข้อจำกัดด้านพัฒนาการไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลเด็ก ดังการศึกษาของ วิโรจน์ ฉิ่งเล็ก (2550) ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพมารดาต่อพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและพัฒนาการของทารก พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการ หลังได้รับโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพมารดา กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากศักยภาพและความต้องการในการดูแลผู้ป่วยเด็กของครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาในเรื่องผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ต่อพฤติกรรมการจัดการความปวดของครอบครัว เพราะที่ผ่านมาการศึกษาด้านการจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัดหัวใจยังมีน้อย และยังไม่พบว่าที่ผ่านมามีการศึกษาลบดับใด ที่ได้ศึกษาดังเช่นที่ผู้วิจัยสนใจจะศึกษานี้ ในการเตรียมความพร้อมแก่ครอบครัว โดยการให้ข้อมูลและฝึกทักษะด้านการจัดการความปวด ตั้งแต่ในระยะก่อนผ่าตัด ซึ่งสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการประเมิน และรายงานความปวด การปฏิบัติเพื่อจัดการกับความปวดเบื้องต้นด้านวิธีป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น วิธีบรรเทาความปวด เช่นการจัดทำนอน การช่วยประคองแผลเวลาผู้ป่วยไอ การสัมผัส การปลอบโยน การส่งเสริมกิจกรรมการเล่นเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจจากความปวดและช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็ก เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดของครอบครัว เป็นกิจกรรมการเตรียมครอบครัวในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยเด็ก โดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-centered care) ซึ่งการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเด็กด้านการจัดการความปวดหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพ มีความเป็นระบบ สามารถนำผลการวิจัยไปปรับปรุงพัฒนานักิจกรรมการพยาบาล ให้สอดคล้องเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการความปวดหลังผ่าตัดหัวใจ และครอบครัว เป็นการยกระดับและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

## 2. คำถามการวิจัย

ผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดของครอบครัว เป็นอย่างไร มีความแตกต่างจากการพยาบาลตามปกติหรือไม่

## 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวด ของครอบครัวเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3.2 เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวด ของครอบครัวเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## 4. สมมุติฐานของการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวด ของครอบครัวเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ หลังได้รับโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด ในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการเตรียมครอบครัว มีค่ามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

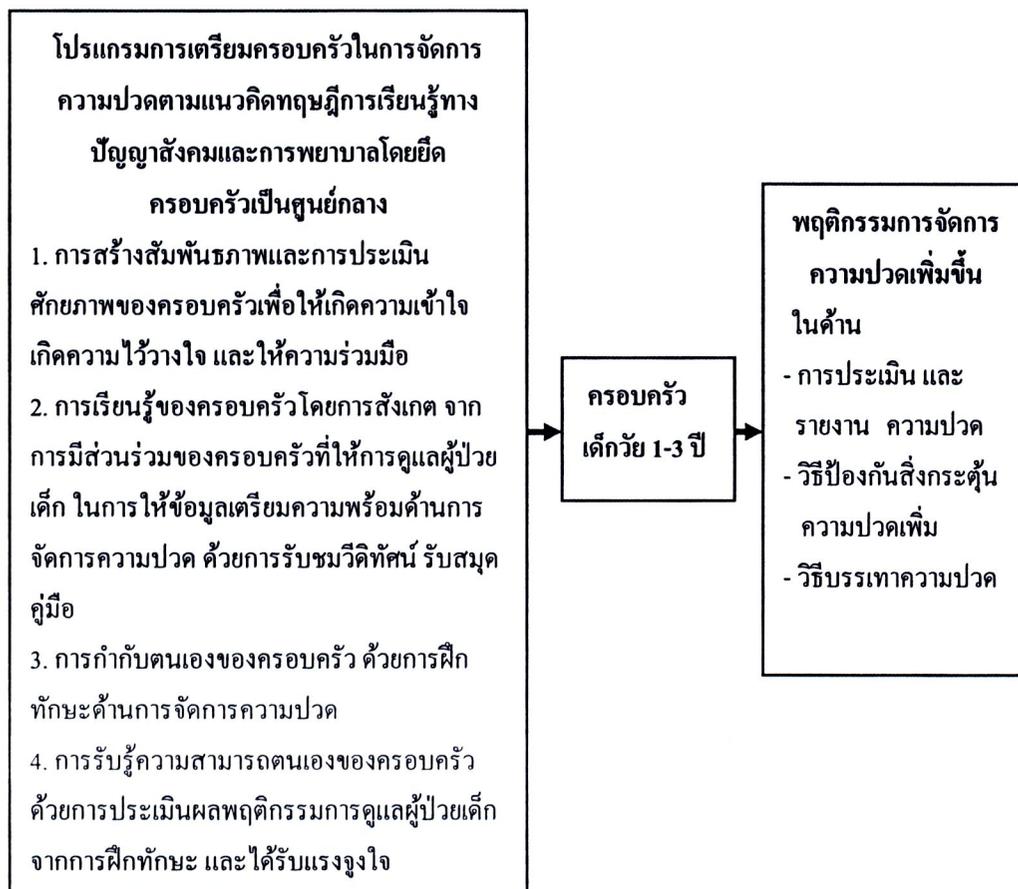
## 5. ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดของครอบครัว โดยทำการศึกษาในกลุ่มครอบครัวผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ที่มีอายุระหว่าง 20-65 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ทำการศึกษาที่ศึกษารวมศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด ในระยะ 2 วันก่อนการผ่าตัด จนถึงในระยะ 2 วันหลังการผ่าตัด และให้ครอบครัววัดพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดของตนเอง ในวันที่ 2 หลังการผ่าตัด

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของ บันดูรา (Bandura) และแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) มาอธิบายถึงผลของโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ต่อพฤติกรรมในการจัดการความปวดของครอบครัว

แนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Family-Centered Care) ในปัจจุบันพบว่าแนวคิดนี้ได้รับการยอมรับให้มีการนำมาใช้ในการพยาบาลเด็กค่อนข้างมาก และอย่างแพร่หลาย โดยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพเชื่อ และยอมรับว่าครอบครัวเป็นศูนย์กลางของชีวิตเด็ก การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการแสดงบทบาทในการดูแลเด็กตั้งแต่ในระยะก่อนการผ่าตัด โดยเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด โดยการให้ข้อมูลและการฝึกทักษะ เพื่อให้เกิดความสามารถในการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจสามารถอธิบายได้โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม (Social Cognitive Theory) ของบันดูรา (Bandura) ประกอบด้วยแนวคิด 3 ประการ คือ การเรียนรู้โดยการสังเกต (Observational Learning) การกำกับตัวเอง (Self-Regulation) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ครอบครัวจะสามารถเรียนรู้การจัดการความปวดโดยการสังเกตพฤติกรรมจากตัวแบบ ซึ่งตัวแบบในการวิจัยนี้ได้แก่มารดาผู้ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กด้านการจัดการความปวด โดยรับชมผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียงทำให้เกิดความน่าสนใจ แม่นยำ เกิดความชัดเจนในการให้ข้อมูล ส่งผลให้เกิดความใส่ใจ (Attention) เมื่อครอบครัวได้สังเกตพฤติกรรมของตัวแบบด้วยความใส่ใจ แล้วจะบันทึกพฤติกรรมนั้นไว้ในความจำ ซึ่งจะสามารถระลึกถึงสิ่งที่สังเกตได้เป็นภาพในใจและเกิดการจดจำ (Retention) จากนั้นจะแปรภาพสิ่งที่จำได้ออกมาเป็นการกระทำ หรือพฤติกรรมที่เหมือนหรือใกล้เคียง กับมารดาในวีดิทัศน์ซึ่งเป็นตัวแบบ (Reproduction) ร่วมการสร้างแรงจูงใจ (Motivation) ให้แก่ครอบครัวโดยการเสริมแรงทางตรง (direct reinforcement) โดยผู้วิจัยให้กำลังใจ และให้คำชมเชยเมื่อครอบครัวสามารถปฏิบัติ หรือแสดงพฤติกรรมเหมือนตัวแบบ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในขณะที่ฝึกทักษะด้านการจัดการความปวดหลังรับชมวีดิทัศน์ และการเสริมแรงด้วยตนเอง (self-reinforcement) จากการกำกับตัวเอง (Self-Regulation) โดยการที่ครอบครัวสามารถพิสูจน์ว่าตนเองมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตามทักษะ ตามที่ครอบครัวได้ตั้งวัตถุประสงค์ไว้ได้อย่างถูกต้อง จะช่วยให้ครอบครัวเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) เกิดความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ด้านการจัดการความปวดในผู้ป่วยเด็ก เมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีความปวดหลังผ่าตัดในสถานการณ์จริง จะมีแนวโน้มในการนำการรับรู้ที่ได้รับไปสู่การปฏิบัติได้ด้วยความมั่นใจ และเกิดความต่อเนื่อง ดังนั้นการให้โปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด จะช่วยสนับสนุนให้ครอบครัวเป็นผู้ให้การช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมในการวางแผนการดูแล การประเมิน การรายงาน การจัดการความปวดของผู้ป่วยเด็กเบื้องต้น รวมถึงการประเมินผลการดูแล ลด และบรรเทาความปวดร่วมกับบุคลากรทางสุขภาพ หลังการผ่าตัดหัวใจ ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมตรงกับปัญหาและความต้องการ เกิดความต่อเนื่อง และเกิดประสิทธิภาพสูงสุด ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีกับผู้ป่วยเด็กและครอบครัว และเกิดความพึงพอใจสูงสุดในการดูแลรักษา โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 7. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

7.1 โปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด หมายถึงแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้น  
อย่างเป็นระบบ โดยเน้นเนื้อหาของการเตรียมครอบครัวโดยการให้ข้อมูล และการฝึกทักษะด้านการจัดการความ  
ปวดหลังผ่าตัด โดยพัฒนามาจากกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคม ร่วมกับการใช้ปรัชญาการ  
พยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล ตามเนื้อหาที่ได้กำหนดไว้ล่วงหน้าโดยการเรียงลำดับอย่าง  
ต่อเนื่อง ผ่านสื่อวีดิทัศน์ และหนังสือคู่มือซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่  
เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบครัวเกิดพฤติกรรมจัดการความปวด ด้านการประเมิน และรายงานความปวด ด้าน วิธี  
ป้องกันสิ่งกระตุ้นความปวดเพิ่ม และวิธีช่วยบรรเทาหรือลดความปวด

7.2 เด็กวัย 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ หมายถึงเด็กชายและเด็กหญิงอายุตั้งแต่ 1-3 ปีที่ได้รับการผ่าตัด  
หัวใจ ทั้งการผ่าตัดหัวใจแบบปิด (close heart) และการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart) และนอนรักษาตัวอย่าง  
น้อย 2 วันก่อนผ่าตัด และอย่างน้อย 2 วันหลังการผ่าตัด

7.3 พฤติกรรมจัดการความปวด หมายถึง วิธีการที่ครอบครัวปฏิบัติในการประเมินพฤติกรรม  
ตอบสนองต่อความปวดของผู้ป่วยเด็ก การรายงานความปวดแก่บุคลากรทางสุขภาพ การป้องกันสิ่งกระตุ้นความ

ปวดเพิ่มขึ้น และการช่วยลดหรือบรรเทาความปวดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลเพื่อบรรเทาความปวด หรือ ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ เป็นการควบคุมไม่ให้ความปวดรุนแรงมากยิ่งขึ้นและลดระยะเวลาการเกิดความปวด ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกสุขสบายสามารถพักผ่อนได้ ประเมินจากระบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการความปวดหลังผ่าตัดของครอบครัว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ด้านคือ ด้านการประเมินและรายงานความปวด ด้านวิธีป้องกันถึงกระตุ้นความปวดเพิ่มขึ้น และด้านวิธีช่วยลดหรือบรรเทาความปวด

7.4 ครอบครัว หมายถึง บิดา มารดาหรือผู้ปกครองที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี ระหว่างการรับการรักษาพยาบาลก่อนและหลังได้รับการผ่าตัด

## 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

8.1 ครอบครัวได้รับการพัฒนาความสามารถในการจัดการความปวด

8.2 บุคลากรในทีมสุขภาพ ได้รูปแบบโปรแกรมการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวด โดยใช้ปรัชญาการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแลไปใช้เพื่อบรรเทาความปวดแก่ผู้ป่วยเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ

8.3 ได้สื่อที่ใช้ในการเตรียมครอบครัวในการจัดการความปวดเด็กวัย 1-3 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ ซึ่งสามารถนำไปในการปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน

8.4 เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยการเตรียมครอบครัวในการจัดการกับอาการอื่นๆ หรือผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น