ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ*

Factors Related to Family Management among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease after Cardiac Surgery*

กมลทิพย์ ใจมาคำ, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก) [1]
Kamontip Chaimakham, M.N.S. (Pediatric Nursing) [1]
อุษณีย์ จินตะเวช, ปร.ด. (การพยาบาล) [2] พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, ปร.ด. (การพยาบาล) [3]
Usanee Jintrawet, Ph.D. (Nursing) [2] Pimpaporn Klunklin, Ph.D. (Nursing) [3]

Received: August 16, 2022 Revised: November 2, 2022 Accepted: November 3, 2022

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง รวมจำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวและเด็ก แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีค่าความเชื่อมั่น .85 และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .80–.83 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคมถึงเดือนพฤศจิกายน 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์อีต้า และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
* Master's Thesis of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

[1] มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
[1] Master, Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
[1] ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: milk.ra@hotmail.com
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor
[3] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
[3] Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก (M = 128.16, SD = 16.27) และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง (M = 136.85, SD = 12.09) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .504, p < .001 และ r = .514, p < .001 ตามลำดับ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.337, p < .01)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลควรให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ เพื่อให้มีการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การจัดการครอบครัว โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การผ่าตัดหัวใจ ผู้ดูแล

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationships among personal factors and social support with family management among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery. The samples were 85 caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery who came for a follow-up visit at the out-patient department of three tertiary hospitals in the Northern and one heart center of the Northeastern, Thailand. The research instruments included the personal information questionnaire, the social support questionnaire with reliability of .85, and the family management questionnaire with reliabilities in the range of .80–.83. Data were collected from May to November, 2020. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Eta correlation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery had the total mean score of social support at a high level (M = 128.16, SD = 16.27) and the total mean score of family management at a moderate level (M = 136.85, SD = 12.09). Social support was positively statistically significantly related to family management in the aspect of child's daily life and the aspect of condition management ability among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery (r = .504, p < .001 and r = .514, p < .001, respectively). In addition, social support was negatively statistically significantly related to family management in the aspect of family life difficulty among

caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery (r = -.337, $p < .01$).

This research suggests that nurses should provide social support to caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery. As such, caregivers may have appropriate family management to care for children after cardiac surgery.

Keywords: Family management, Congenital heart disease, Cardiac surgery, Caregiver

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease [CHD]) เป็นความผิดปกติของระบบหัวใจและหลอดเลือด โดยสัมพันธ์กับความผิดปกติในช่วงที่มีการเจริญเติบโตของระบบหัวใจและหลอดเลือดในช่วงอายุครรภ์ 3–8 สัปดาห์ (กรกนก สุขพันธ์, 2556) ทั่วโลกพบอุบัติการณ์ของโรค 5–10 ราย ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 ราย (Hoffman, 2013) โรคนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด (อรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์, 2558) ดังนั้นจึงนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ จากสถิติทั่วโลกพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวร้อยละ 65 และชนิดเขียวร้อยละ 35 (ธนะรัตน์ ลยางกูร, สมพัน กลั่นดีมา, และแพรวดาว พันธุรัตน์, 2559) โดยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวที่พบมากที่สุด คือ การมีรูเปิดที่ผนังกั้นหัวใจห้องล่าง (American Heart Association, 2019) โดยร้อยละ 73.90 ของเด็กกลุ่มนี้มีอายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 5 ปี (มัณฑนา ประชุมจิตร, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, และอรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์, 2560) ซึ่งมีเด็กมากกว่าร้อยละ 40 ต้องการการรักษาโดยการผ่าตัดภายในอายุ 5 ปี (Lantin-Hermoso et al., 2017) ทั้งนี้ การผ่าตัดหัวใจอาจเป็นการผ่าตัดหัวใจแบบปิดหรือการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด

การผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเป็นการผ่าตัดที่มีการใช้เครื่องหัวใจและปอดเทียมเพื่อการผ่าตัดบริเวณหัวใจ ซึ่งวิธีการนี้ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนั้น การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในระยะหลังผ่าตัดด้วยวิธีการนี้จึงมีความสำคัญเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด อย่างไรก็ตาม เด็กในช่วงอายุ 1–6 ปี ลักษณะพัฒนาการและการเจริญเติบโต รวมถึงการใช้งานหรือการประสานงานระหว่างระบบประสาท กล้ามเนื้อมัดใหญ่ และกล้ามเนื้อมัดเล็กยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร (Dordic, Tubic, & Jaksic, 2016) ดังนั้น เด็กวัยนี้ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด จึงต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางส่วนหรือทั้งหมด (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2017) จากผู้ใหญ่ที่ทำหน้าที่ดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับเด็ก ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างเหมาะสม และช่วยให้เด็กฟื้นตัวจากการผ่าตัดได้เร็ว

การดูแลในระยะหลังผ่าตัดหัวใจอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ จนอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเครียดในการให้การดูแลเด็ก (Weiss et al., 2008) จากความรับผิดชอบในการทำหน้าที่ในครอบครัวและต้องดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ ซึ่งอาจทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้น เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดได้ ครอบครัวต้องมีการจัดการครอบครัว (family management) โดยต้องผนวกการดูแลเด็กหลังผ่าตัดให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัว (Knafl, Deatrick, & Havill, 2012) ซึ่งการจัดการครอบครัวจะเป็นไปได้ยากหรือง่าย พิจารณาจากองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก 2) ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย 3) ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย 4) ด้านความยาก

ลำบากในชีวิตครอบครัว 5) ด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย และ 6) ด้านการร่วมกันของผู้ปกครอง (Knafl et al., 2012) โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษา 5 ด้าน คือ ด้านที่ 1–5 เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาล ส่วนด้านที่ 6 ต้องให้ทั้งบิดาและมารดาเด็กตอบคำถามด้านนี้ แต่พบว่าลักษณะสังคมไทย การพาเด็กมาตรวจรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นผู้ใดผู้หนึ่ง ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดาหรือสมาชิกอื่นในครอบครัว จึงไม่เป็นไปตามข้อกำหนดของเครื่องมือวิจัยที่คู่สมรสที่ดูแลเด็กต้องตอบคำถามด้านนี้ด้วยกัน

ตามกรอบแนวคิดการจัดการครอบครัว ของ Knafl et al. (2012) ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ปัจจัยเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว ปัจจัยระบบสุขภาพและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ และปัจจัยด้านทรัพยากร โดยปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการได้รับการวินิจฉัยโรค ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวเด็กโรคเรื้อรัง แต่ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กเป็นปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ยาก การวิจัยครั้งนี้จึงไม่นำปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กมาหาความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว ส่วนปัจจัยระบบสุขภาพและการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ ตามแนวคิดของ Knafl et al. (2012) ได้กล่าวถึงการมารับบริการทางสุขภาพของครอบครัว ดังนั้น ครอบครัวที่มารับบริการในโรงพยาบาลจะสามารถเข้าถึงระบบสุขภาพและเข้าถึงการดูแลสุขภาพได้ จึงไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้ และปัจจัยด้านทรัพยากร ตามแนวคิดได้ระบุถึงการได้รับความช่วยเหลือเรื่องเงินและหลักประกันทางสุขภาพของครอบครัว ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกรอบแนวคิดเครือข่ายทางสังคมหรือการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ได้แก่ จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว ถิ่นที่อยู่อาศัย ระดับการศึกษาของมารดา และรายได้ โดยการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับจำนวนพี่น้อง พบว่า ครอบครัวที่มีจำนวนพี่น้องหลายคนอยู่รวมกันมักเกิดปัญหาด้านการสื่อสารของสมาชิกในครอบครัว ทำให้การจัดการครอบครัวเป็นไปได้ยาก (Gannoni & Shute, 2010) ลักษณะครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวเดี่ยว และครอบครัวขยาย พบว่า ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย (Sheng, Ma, Ding, & Zhang, 2018) และจากการศึกษาของ Knafl et al. (2013) พบว่า ลักษณะครอบครัวเดี่ยวทำให้การดำเนินชีวิตของครอบครัวมีความยากลำบาก แต่บางการศึกษาพบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว (สุภาพร วัฒนา, 2561) ถิ่นที่อยู่อาศัย พบว่าถิ่นที่อยู่อาศัย ได้แก่ ชนบท และชุมชนเมือง มีผลต่อการจัดการด้านสภาวะความเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีความสามารถในการจัดการด้านสภาวะความเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชนบท (Zhang, Wei, Shen, & Zhang, 2015) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัวบางปัจจัย คือ ระดับการศึกษาของมารดา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว แต่ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัวด้านจำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัยที่ผ่านมายังมีความแตกต่างกัน จึงไม่อาจสรุปได้ว่าจำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัยมีความเกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดอย่างไร

ปัจจัยเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว มีคำที่ใช้แทนกันได้ คือ การสนับสนุนทางสังคม (social support) (House, Umberson, & Landis, 1988) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) โดยการสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้าน

ข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เพื่อให้เกิดการจัดการครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของสุภาพร วัฒนา (2561) เกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด โดยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้านมุมมองของผลกระทบของสภาวะความเจ็บป่วย การสนับสนุนทางสังคมด้านทรัพยากรมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว แต่การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และด้านการประเมินค่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวตามแนวคิดของ Knafl et al. (2012) แต่การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดวัยหัดเดินชนิดไม่เขียวที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดและโรคเรื้อรังอื่น ผลการศึกษาจึงยังไม่สามารถอธิบายการจัดการครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะหลังผ่าตัดได้ทั้งหมด เนื่องจากโรคต่างชนิดกันมีการดูแลที่แตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการจัดการครอบครัวโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการครอบครัว ของ Knafl et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผลการวิจัยครั้งนี้อาจใช้เป็นข้อมูลในการให้การดูแลเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวแก่บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ให้มีการปรับตัวและสามารถดำเนินชีวิตของครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้เด็กสามารถฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดได้โดยปราศจากภาวะแทรกซ้อน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

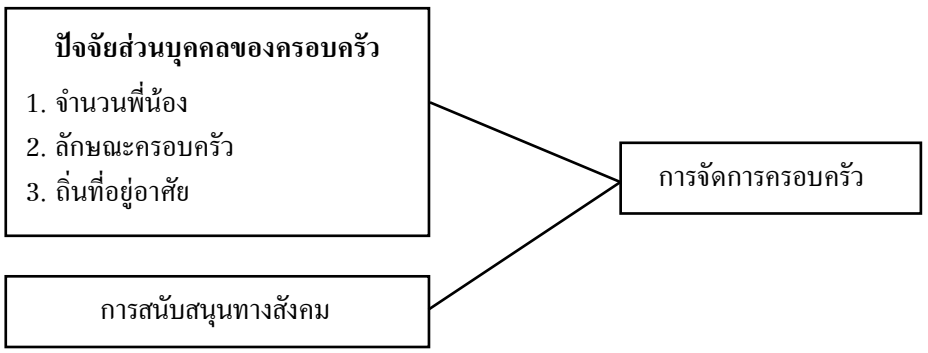
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการครอบครัว ของ Knafl et al. (2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยการจัดการครอบครัว หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในการผนวกการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดกับการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวว่ามีความยากหรือง่าย โดยพิจารณาจากองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งพบว่าอาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ได้แก่ จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย โดยจำนวนพี่น้อง หมายถึง จำนวนเด็กที่ผู้ดูแลต้องให้การดูแลในครอบครัว ลักษณะครอบครัว หมายถึง ลักษณะครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยายที่อาจมีผลต่อการจัดการครอบครัวที่ทำให้การจัดการเป็นไปได้ยากหรือง่าย และถิ่นที่อยู่อาศัย หมายถึง ที่อยู่

อาศัยของผู้ดูแลในชนบท ชุมชนกึ่งเมือง หรือชุมชนเมือง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดทฤษฎีของ House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ เกี่ยวกับการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัวและนอกครอบครัว ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ที่ทำให้การจัดการครอบครัวมีประสิทธิภาพ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวหลังผ่าตัดหัวใจ ที่มาติดตามการรักษาในคลินิกเด็กโรคหัวใจและศัลยกรรมโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป กรณีอายุ 55 ปีขึ้นไป ต้องมีระดับสติปัญญาอยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินการรู้คิด (mental status questionnaire) ของ Kahn, Goldfarb, Pollack, and Peck (1960) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย 2) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กอายุ 1–6 ปี ที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติแบบ VSD closure, ASD closure หรือ AVSD closure และจำหน่ายกลับบ้านอย่างน้อย 2 สัปดาห์ 3) สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 (Polit, 2010) ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวและเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับเด็ก จำนวนบุตรที่ต้องดูแลนอกจากเด็กป่วย (จำนวนพี่น้อง) ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย จำนวน 10 ข้อ และข้อมูล

ส่วนบุคคลของเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย การวินิจฉัยโรค ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ จำนวนครั้งที่มาพบแพทย์หลังผ่าตัด ระยะเวลาที่มาพบแพทย์หลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด จำนวน 9 ข้อ รวมจำนวน 19 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีของ House (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการประเมินค่า จำนวน 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ และด้านทรัพยากร จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 34 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด ได้รับการสนับสนุนน้อย ได้รับการสนับสนุนปานกลาง ได้รับการสนับสนุนมาก และได้รับการสนับสนุนมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (34.00–79.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (79.34–124.67 คะแนน) และในระดับมาก (124.68–170.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการจัดการครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการจัดการครอบครัว ของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่แปลย้อนกลับจากแบบสอบถามการจัดการครอบครัว ของ Knafl et al. (2012) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก จำนวน 5 ข้อ ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 12 ข้อ ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว จำนวน 14 ข้อ และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 45 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1–5 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการครอบครัวในระดับต่ำ (45.00–105.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (105.01–165.01 คะแนน) และในระดับสูง (165.02–225.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนั้น ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในคลินิกเด็กโรคหัวใจและศัลยกรรมโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 1 แห่ง ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมฯ เท่ากับ .85 และของแบบสอบถามการจัดการครอบครัวรายด้านเท่ากับ .83, .81, .82, .80 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 025/2020 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง (เอกสารรับรอง เลขที่ 153/63COA-NUR 025/63 วันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 เอกสารรับรอง เลขที่ 26/2563 วันที่ 28 เมษายน 2563 และเอกสารรับรอง เลขที่ อว 0603.10/2806 วันที่ 15 เมษายน 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง (เอกสารรับรอง เลขที่ 36/2563 วันที่ 6 สิงหาคม 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม

ข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง และผู้อำนวยการศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 2 แห่ง และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 3 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล (ผู้วิจัยดำเนินการที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 1 แห่ง) โดยพบกลุ่มตัวอย่างในขณะที่รอตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยให้เวลา 30–45 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวและเด็ก วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่และร้อยละ ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว (จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย) กับการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อีต้า (eta; η) ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.24 มีอายุอยู่ในช่วง 20–40 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.36 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.70 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 96.47 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 80 จำนวนบุตรที่ต้องดูแลนอกจากเด็กป่วย (จำนวนพี่น้อง) คือ 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.59 ส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 64.71 และมีถิ่นที่อยู่อาศัยในชนบท คิดเป็นร้อยละ 56.47

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก พบว่า เด็กเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 56.47 มีอายุอยู่ในช่วง 3–6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 56.47 ส่วนใหญ่มีความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ในรอบ 6 เดือน) คือ 1–2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 80 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในช่วง 3–6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.17 ส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD คิดเป็นร้อยละ 75.29 ชนิดการผ่าตัดที่ได้รับ คือ VSD closure คิดเป็นร้อยละ 75.29 มาพบแพทย์หลังผ่าตัดเป็นครั้งที่ 2–3 มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่มาพบแพทย์หลังผ่าตัด คือ มากกว่า 4 สัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 64.71 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 91.76

3. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับมาก (M = 128.16, SD = 16.27) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ มีคะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ (M = 36.42, SD = 4.27) และด้านการประเมินค่า (M = 26.93, SD = 3.85) และในระดับปานกลาง 2 ด้าน คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร (M = 35.92, SD = 6.82) และด้าน

ทรัพยากร (M = 28.88, SD = 5.79)

4. การจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง (M = 136.85, SD = 12.09) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวในระดับปานกลางทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก (M = 18.26, SD = 3.05) ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย (M = 42.67, SD = 5.65) ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย (M = 11.61, SD = 2.30) ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว (M = 35.19, SD = 8.80) และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย (M = 29.12, SD = 4.38)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว (จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย) และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่า จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .504, p < .001 และ r = .514, p < .001 ตามลำดับ) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.337, p < .01) แต่การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจฯ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว (จำนวนพี่น้อง ลักษณะครอบครัว และถิ่นที่อยู่อาศัย) และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ (n = 85)

ปัจจัย	การจัดการครอบครัว									
	ด้านที่ 1		ด้านที่ 2		ด้านที่ 3		ด้านที่ 4		ด้านที่ 5	
	η	*p*	η	*p*	η	*p*	η	*p*	η	*p*
จำนวนพี่น้อง	.191	.557	.212	.442	.118	.888	.163	.702	.086	.963
ลักษณะครอบครัว	.099	.366	.018	.870	.208	.056	.047	.670	.167	.127
ถิ่นที่อยู่อาศัย	.189	.226	.160	.344	.125	.523	.040	.938	.132	.489
	r	*p*	r	*p*	r	*p*	r	*p*	r	*p*
การสนับสนุนทางสังคม	.504	< .001	.514	< .001	-.117	.288	-.337	.002	-.117	.287

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมและรายด้านในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาการจัดการครอบครัวด้านที่ง่าย คือ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ซึ่งคะแนนทั้ง 2 ด้านรวมกันพบว่ามีคะแนนที่สูง แสดงให้เห็นถึงความง่ายของการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้การผนวกการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเข้ากับการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัวและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวในระดับปานกลาง และมีความง่ายต่อการจัดการครอบครัว ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็กโดยเป็นมารดา (ร้อยละ 80) ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรักใคร่ผูกพันกับเด็ก รวมถึงอยู่ใกล้ชิดและทำหน้าที่อบรมเลี้ยงดูเด็กตั้งแต่แรกคลอด (โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, 2552) จึงมีความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของเด็กได้อย่างเหมาะสม ทำให้การดำเนินชีวิตและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของเด็กเป็นไปตามปกติเช่นเดียวกับเด็กทั่วไป ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20–40 ปี (ร้อยละ 82.36) ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยอายุเป็นสิ่งที่แสดงถึงวุฒิภาวะและประสบการณ์ที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะวัยผู้ใหญ่ตอนต้นเป็นช่วงวัยที่บุคคลมีสติปัญญาและวุฒิภาวะสูงสุด สามารถนำประสบการณ์มาใช้ในการแก้ไขปัญหาและปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เกษร เกษมสุข และอุษณีย์ บุญบรรจบ, 2561) ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความคุ้นเคยเกี่ยวกับโรค การรักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สามารถจัดการและตอบสนองความต้องการของเด็กได้ (Elshazali, Shazali, Yousif, & Osman, 2018) แต่อาจยังทำได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากเด็กที่ดูแลมีอายุอยู่ในช่วง 3–6 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 56.47) ซึ่งอยู่ในวัยก่อนเรียน เด็กวัยนี้สามารถควบคุมและบังคับการทรงตัวได้ดีขึ้น สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ (พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, 2560) แต่ไม่ได้ทั้งหมด อาจทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถรับรู้ความต้องการของเด็กได้ทั้งหมด อีกทั้งเด็กยังมีระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยอยู่ในช่วง 3–6 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 41.17) ซึ่งการที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและรับการรักษาเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลเด็กจากบุคลากรทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้มีการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็กและด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยได้ดี (ภัทร์ภร อยู่สุข, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, และนฤมล ธีระรังสิกุล, 2562; สุภาพร วัฒนา, 2561) ดังการศึกษาที่พบว่า ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการจัดการครอบครัว (Sheng, Ma, Ding, & Zhang, 2020) นอกจากนี้ เด็กมาพบแพทย์หลังผ่าตัดเป็นครั้งที่ 2–3 มากที่สุด (ร้อยละ 40) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลพาเด็กมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์และความรู้จากการดูแลเด็กมาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสเรียนรู้การดูแลเด็ก (สุภาพร วัฒนา, 2561; Zhang et al., 2015)

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายตามแนวคิดของ House (1981) ได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

หลังผ่าตัดหัวใจได้รับความช่วยเหลือด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร เพื่อให้เกิดการจัดการครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็กและด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพ และทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าเกิดความยากลำบากในชีวิตครอบครัวลดลงเมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ซึ่งการที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน และบุคลากรสุขภาพ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมั่นใจ มีคุณค่า (Ikiz & Cakar, 2010) ทำให้สามารถจัดการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุน คือ บุคคลที่มีความใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน อีกทั้งยังมีแหล่งสนับสนุนอื่น คือ ได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในสังคม รวมถึงบุคลากรวิชาชีพ จึงทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ สามารถจัดการดูแลเด็กได้เมื่อเกิดปัญหาหรือต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ และกลุ่มตัวอย่างมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย มีหลายคนอยู่ในบ้านเดียวกัน (ร้อยละ 64.71) ทำให้ผู้ดูแลได้รับความเข้าใจ ความเห็นอกเห็นใจจากคนในครอบครัว ทำให้การดูแลเด็กเป็นไปได้ง่าย และง่ายต่อการจัดการดูแลเด็ก ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของภัทร์ภร อยู่สุข และคณะ (2562) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และด้านความสามารถในการจัดการดูแล และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการด้านความยากลำบากของครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากเด็กส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด (ร้อยละ 91.76) อีกทั้งผู้ดูแลยังมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลที่มีความใกล้ชิดกัน เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน และมีแหล่งสนับสนุนอื่น คือ บุคคลในสังคม บุคลากรวิชาชีพ และกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการดูแลเด็กจากแหล่งสนับสนุนเหล่านี้ จึงไม่ก่อให้เกิดปัญหาในการจัดการครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ สุมาดน, สุธิศา ล่ามช้าง, และฐิติมา สุขเลิศตระกูล (2563) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย

ผลการวิจัยพบว่า จำนวนพี่น้องไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลมีจำนวนบุตรที่ต้องดูแลนอกจากเด็กป่วย คือ 1 คน มากที่สุด (ร้อยละ 50.59) จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างเต็มที่ ไม่ได้รู้สึกว่าเด็กเป็นภาระที่ต้องให้การดูแลเพิ่ม ดังการศึกษาที่พบว่า ครอบครัวที่มีบุตรมากกว่าหรือเท่ากับ 3 คน จะทำให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวรู้สึกว่ามีภาระการดูแลเด็กที่สูงขึ้น (Kuhlthau et al., 2014) ดังนั้น จำนวนพี่น้องในการวิจัยครั้งนี้จึงไม่ก่อให้เกิดผลกระทบทั้งต่อชีวิตประจำวันของเด็กและความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ดูแล จึงไม่เกิดความยากลำบากในการจัดการครอบครัวของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของศิริลักษณ์ สุมาดน และคณะ (2563) ที่พบว่า จำนวนบุตรที่ต้องดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมียไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย (ร้อยละ 64.71) และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับ

เด็กโดยเป็นมารดา (ร้อยละ 80) โดยลักษณะครอบครัวไทยในชนบทมีลักษณะเกื้อกูลซึ่งกันและกัน จึงอาจไม่ก่อให้เกิดปัญหาในการจัดการครอบครัวในผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่พบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผลการวิจัยพบว่า ถิ่นที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลมีถิ่นที่อยู่อาศัยในชนบทถึงร้อยละ 56.47 ซึ่งเป็นการอยู่อาศัยที่มีความสัมพันธ์อันดีต่อกัน ยึดมั่นในขนบธรรมเนียมประเพณี มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มีเศรษฐกิจเป็นแบบพอเพียง เลี้ยงตนเองได้ จึงทำให้มีการพึ่งพาอาศัยกันในครอบครัวและในชุมชน จึงไม่เกิดปัญหาในการจัดการครอบครัวของผู้ดูแล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Zhang et al. (2015) ที่พบว่า ถิ่นที่อยู่อาศัยมีผลต่อการจัดการด้านสภาวะความเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองมีความสามารถในการจัดการด้านสภาวะความเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ และสนับสนุนการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดที่เหมาะสม โดยเฉพาะการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการครอบครัว เช่น การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้ดูแล การใช้สื่อการสอนเกี่ยวกับการจัดการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์ที่ผู้ดูแลสามารถนำมาใช้ในการจัดการดูแลเด็กได้ อีกทั้งควรส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการครอบครัวแก่ผู้ดูแลให้มากขึ้น เช่น การส่งเสริมการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว การใช้เวลาร่วมกัน เพื่อให้การจัดการครอบครัวมีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยคัดสรรตัวแปรที่ศึกษาเพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

กรกนก สุขพันธ์. (2556). โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. ใน สุรีย์ เลขวรรณวิจิตร (บ.ก.), *พยาธิวิทยาของโรคหัวใจ* (น. 33–81). โรงพิมพ์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เกษร เกษมสุข, และอุษณีย์ บุญบรรจบ. (2561). การส่งเสริมพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ตอนต้น: บทบาทของพยาบาล. *แพทยสารทหารอากาศ*, *64*(3), 101–107.

โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์. (2552). *เลี้ยงลูกอย่างไรให้มีสุข*. สืบค้นจาก https://www.goo.gl/nGmzDc

ธนะรัตน์ ลยางกูร, สมพัน กลั่นดีมา, และแพรวดาว พันธุรัตน์. (2559). โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่รุนแรงในทารกแรกเกิด. *วารสารกรมการแพทย์*, *41*(4), 16–21.

พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น. (2560). *การพยาบาลเด็กเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ*. เชียงใหม่: สมาร์ท โคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส.

ภัทร์ภร อยู่สุข, ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์, และนฤมล ธีระรังสิกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, *11*(1), 151–162.

มัณฑนา ประชุมจิตร, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, และอรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์. (2560). ผลของโปรแกรมการสอนเรื่องการให้ยาชนิดรับประทานหลังผ่าตัดหัวใจ ต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, *35*(2), 39–51.

ศิริลักษณ์ สุมาดน, สุธิศา ล่ามช้าง, และจิติมา สุขเลิศตระกูล. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, *12*(1), 148–160.

สุภาพร วัฒนา. (2561). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์. (2558). *มารู้จักโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็กกันเถอะ*. สืบค้นจาก http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/ns_academic/56/04/Heart_disease.html

American Heart Association. (2019). *2019 Heart disease & stroke statistical update fact sheet congenital cardiovascular defects*. Retrieved from https://professional.heart.org/-/media/phd-files-2/science-news/2/2019-heart-and-stroke-stat-update/2019_stat_update_congenital_cardiovascular_defects_factsheet.pdf?la=en

Dordic, V., Tubic, T., & Jaksic, D. (2016). The relationship between physical, motor, and intellectual development of preschool children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *233*, 3–7. doi:10.1016/j.sbspro.2016.10.114

Elshazali, O. H., Shazali, H. O. H. E., Yousif, E. M. A., & Osman, H. E. S. (2018). Parent's knowledge about diagnosis and management of their children with congenital heart diseases in Khartoum, Sudan. *Journal of Pediatrics & Neonatal Care*, *8*(6), 262–266. doi:10.15406/jpnc.2018.08.00353

Gannoni, A. F., & Shute, R. H. (2010). Parental and child perspectives on adaptation to childhood chronic illness: A qualitative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *15*(1), 39–53. doi:10.1177/1359104509338432

Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). *Wong's essentials of pediatric nursing* (10th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

Hoffman, J. I. (2013). The global burden of congenital heart disease. *Cardiovascular Journal of Africa*, *24*(4), 141–145. doi:10.5830/CVJA-2013-028

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

House, J. S., Umberson, D., & Landis, K. R. (1988). Structures and processes of social support. *Annual Review of Sociology*, *14*(1), 293–318. doi:10.1146/annurev.so.14.080188.001453

Ikiz, F. E., & Cakar, F. S. (2010). Perceived social support and self-esteem in adolescence. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, *5*, 2338–2342. doi:10.1016/j.sbspro.2010.07.460

Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *The American Journal of Psychiatry*, *117*, 326–328. doi:10.1176/ajp.117.4.326

Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*, *18*(1), 11–34. doi:10.1177/1074840711427294

Knafl, K. A., Deatrick, J. A., Knafl, G. J., Gallo, A. M., Grey, M., & Dixon, J. (2013). Patterns of family management of childhood chronic conditions and their relationship to child and family functioning. *Journal of Pediatric Nursing*, *28*(6), 523–535. doi:10.1016/j.pedn.2013.03.006

Kuhlthau, K., Payakachat, N., Delahaye, J., Hurson, J., Pyne, J. M., Kovacs, E., & Tilford, J. M. (2014). Quality of life for parents of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *8*(10), 1339–1350. doi:10.1016/j.rasd.2014.07.002

Lantin-Hermoso, M. R., Berger, S., Bhatt, A. B., Richerson, J. E., Morrow, R., Freed, M. D., Beekman, R. H. (2017). The care of children with congenital heart disease in their primary medical home. *Pediatrics*, *140*(5), e20172607. doi:10.1542/peds.2017-2607

Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Boston, MA: Pearson.

Sheng, N., Ma, J., Ding, W., & Zhang, Y. (2018). Family management affecting transition readiness and quality of life of Chinese children and young people with chronic diseases. *Journal of Child Health Care*, *22*(3), 470–485. doi:10.1177/1367493517753712

Sheng, N., Ma, J., Ding, W., & Zhang, Y. (2020). Cluster analysis for family management of Chinese children with chronic kidney diseases. *Journal of Health Psychology*, *25*(6), 755–765. doi:10.1177/1359105317733322

Weiss, M., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofke, T., Lang, C., & Sherburne, E. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, *23*(4), 282–295. doi:10.1016/j.pedn.2007.10.005

Zhang, Y., Wei, M., Shen, N., & Zhang, Y. (2015). Identifying factors related to family management during the coping process of families with childhood chronic conditions: A multi-site study. *Journal of Pediatric Nursing*, *30*(1), 160–173. doi:10.1016/j.pedn.2014.10.002