

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

Factors Related to Readiness for Hospital Discharge Among Caregivers of Children with Congenital Heart Disease After Cardiac Surgery

จิราพร	มิตรมาตย์ *	Chirapon	Mitmat *
อุษณีย์	จินตะเวช **	Usanee	Jintrawet **
ศรีมณา	นิยมคำ **	Srimana	Niyomkar **

บทคัดย่อ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบได้บ่อยในเด็ก ภายหลังรักษาโดยการผ่าตัด เด็กต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญ การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ และความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล ภาวะแทรกซ้อน คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย กับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ โดยใช้กรอบแนวคิดของไวส์ และคณะ (Weiss et al., 2007) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ จำนวน 98 คน ในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ระยะเวลารวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดความพร้อมในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับบิดา/มารดา (The Readiness for Hospital Discharge Scale: RHDS Parent Form) แบบวัดคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายฉบับบิดา/มารดา (The Quality of Discharge Teaching Scale: QDTS Parent Form) และแบบสอบถามการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย โดยมีค่าความเชื่อมั่นเครื่องมือเท่ากับ .81 .87 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ส่วนใหญ่ร้อยละ 79.55 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 91.80$, $SD = 20.11$)
2. ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58, .75, .81, .73$ ตามลำดับ $p < .01$)

* ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
Corresponding Author, Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital, padd_doc@hotmail.com
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
วันที่รับบทความ 30 มิถุนายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 28 สิงหาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 27 ตุลาคม 2560

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, p < .01$) และภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28, p < .01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้พยาบาลตระหนักถึงคุณภาพการสอน และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลสำหรับการจำหน่ายในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจ

คำสำคัญ: ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ดูแล เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การผ่าตัดหัวใจ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Abstract

Congenital heart disease is commonly found in children. After cardiac surgery, these children need care from their caregivers and caregiver readiness for discharge from the hospital is important. This descriptive correlational study aimed to explore the readiness for hospital discharge among caregivers of children with congenital heart disease after cardiac surgery and the relationship of the characteristics of living, frequency of hospitalization, length of hospitalization, complications, quality of teaching, and care coordination with readiness for hospital discharge. Weiss et al., (2007) was used as the conceptual framework. Participants, purposively selected, were 98 caregivers of hospitalized congenital heart disease pediatric patients in the pediatric wards of 3 tertiary hospitals in the northern region, and one Heart Center in the northeast region. Data were collected from December 2016 to May 2017. The research instruments included the Readiness for Hospital Discharge Scale (RHDS Parent Form), the Quality of Discharge Teaching Scale (QDTS Parent Form), and the Care Coordination Scale. The reliability of the three research instruments was .81, .87, and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman rank correlation coefficient, and point-biserial correlation coefficient.

The results revealed that:

1. There was a high level of readiness for hospital discharge among most of the caregivers (79.55%) ($\bar{X} = 91.80, SD = 20.11$)
2. The characteristics of the living, frequency of hospitalization, quality of teaching, and care coordination had a high statistically significant correlation to readiness for hospital discharge ($r = .58, .81, .73$, respectively, $p < .01$). In addition, the length of hospitalization had a moderate statistically significant correlation to readiness for hospital discharge ($r = .32, p < .01$) and complications had a low statistically significant correlation to readiness for hospital discharge ($r = .28, p < .01$)

The results of this study serve as preliminary data to help nurses better understand the quality of teaching and care coordination to prepare caregivers for readiness for hospital discharge

following cardiac surgery for their children.

Keywords: *Readiness for hospital discharge, Caregivers, Children with congenital heart disease, Cardiac surgery, Related factors*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศสหรัฐอเมริกาพบเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบสถิติทั่วโลกประมาณ 8-10 ราย ในเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน ประมาณ 4-10 ราย ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน ประเทศแถบยุโรปพบ 6.9 ราย ต่อเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คน และในทวีปเอเชียพบ 9.3 ราย จากเด็กที่เกิดมีชีพ 1,000 ราย (AHA, 2013) ในประเทศไทยพบทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย เกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 8-9 ราย (Sittiwangkul, 2013) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแบ่งตามลักษณะทางคลินิกได้สองกลุ่มคือ กลุ่มที่ไม่มีอาการเขียว (acyanotic group) และกลุ่มที่มีอาการเขียว (cyanotic group) และแบ่งตามปริมาณเลือดออกจากหัวใจไปสู่ปอด คือ ปริมาณเลือดไหลไปปอดมาก หรือ น้อย โดยชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มที่ไม่มีอาการเขียวพบมากที่สุด ได้แก่ หัวใจห้องล่างมีรูรั่ว (ventricular septal defect: VSD) ร้อยละ 42.42 หัวใจห้องบนมีรูรั่ว (atrial septal defect: ASD) ร้อยละ 10.02 ลิ้นหลอดเลือดปอดโมนารีย์ตีบ (pulmonary stenosis: PS) ร้อยละ 7.80 และการยังคงเปิดอยู่ของดักคัสอาร์เทอริโอซิส (patent ductus arteriosus: PDA) ร้อยละ 7.40 (Khongphatthanayothin, 2009)

การรักษาหลักในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้แก่ การรักษาด้วยยา การสวนหัวใจ และการผ่าตัด การรักษาด้วยการผ่าตัดซึ่งแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ การผ่าตัดเพื่อบรรเทาอาการ (palliative surgery) และการผ่าตัดเพื่อแก้ไขทั้งหมด (corrective surgery) นอกจากนี้การผ่าตัดหัวใจสามารถแบ่งตามการใช้เครื่องปอดและหัวใจเทียม มี 2 ลักษณะ ได้แก่ การผ่าตัดหัวใจแบบปิด (closed heart surgery) และการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (open heart surgery) (Attanaanich, 2009) จาก

สถิติข้อมูลการผ่าตัดหัวใจเด็กในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 พบว่าการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดจำนวน 12,209 ราย สำหรับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดที่พบบ่อยในต่างประเทศเป็นการผ่าตัดหัวใจในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว คือ VSD จำนวน 254 ราย และ ASD จำนวน 181 ราย และประเทศไทยพบการผ่าตัดมากในช่วงอายุ 1-7 ปี ซึ่งการผ่าตัดส่วนมากจะพบการผ่าตัด VSD ร้อยละ 42.42 (Khongphatthanayothin, 2009)

การดูแลพักฟื้นเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัด ภายหลังการผ่าตัดต้องใช้เวลาอย่างน้อยหนึ่งปี สำหรับการปรับตัวทำหน้าที่ของหัวใจ (Payomhom, 2013) และเนื่องด้วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ยังมีภาวะไม่พร้อม และพัฒนาการเด็กยังไม่สามารถสื่อสารให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเองได้อย่างชัดเจน จึงไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ภายหลังผ่าตัด ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่คอยให้การดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องตั้งแต่การเข้ารับการรักษาโรงพยาบาล ตลอดจน ภายหลังผ่าตัดในโรงพยาบาลและภายหลังเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ น้ำท่วมปอด (pulmonary edema) ภาวะแรงดันเลือดในปอดสูง (pulmonary hypertension) ปอดอักเสบ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ภาวะหัวใจวาย ปอดแฟบ ภาวะน้ำเกิน มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด เกิดการคั่งของน้ำเหลืองในช่องปอด (Chylothorax) (Healy, Hanna, & Zinman, 2012)

การสำรวจเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในช่วงอายุ 1-7 ปี ในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2008-2014 จำนวน 26,978 ราย พบว่าเด็กกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายหลังการผ่าตัดใน 30 วัน จำนวน 3,092 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.5 (Richards,

Yang, Goldin, Grieb, Murphy, & Drugas, 2016) และการศึกษาของ โคกอน และคณะ (Kogon, Jain, Oster, Woodall, Kanter, & Kirshbom, 2012) ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัด VSD, ASD, PDA และ Atrioventricular septal defect (AVSD) จำนวน 178 คน กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดใน 30 วัน รวม 17 ราย คิดเป็น ร้อยละ 9.5 ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด คือน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural effusion) ร้อยละ 26 และติดเชื้อที่แผลผ่าตัด ร้อยละ 10 แม้ว่าบิดามารดาจะได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้านหรือได้รับความรู้ (Kogon et al., 2012) ไวส์และคณะ (Weiss, Johnson, Malin, Jerofky, & Lang, 2008) ระบุว่า การเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำในช่วงระยะเวลาดังกล่าวเป็นสิ่งที่แสดงว่าผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเด็กยังไม่มีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ความพร้อมผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อตนเองและเด็กป่วยในองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ ด้านร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม สภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว การมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยของตนเองที่เพียงพอ และการได้รับการสนับสนุน และการเข้าถึงระบบสุขภาพและแหล่งทรัพยากรช่วยเหลือในชุมชน เพื่อสามารถดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดเมื่อถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลกลับบ้าน (Weiss et al., 2008) ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ต้องเริ่มเตรียมตั้งแต่ผู้ป่วยเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยการเตรียมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กตลอดระยะเวลาที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และการดูแลเด็กป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน (Weiss et al., 2007)

การศึกษาในมารดาหลังคลอดที่ได้รับการประเมินและเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลทำให้มารดามีความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมความ

พร้อม และสามารถให้การดูแลทารกภายหลังการกลับบ้านได้ (Bernstein, Spino, Lalama, Finch, Wasserman, & Mcconmick, 2013) และจากการศึกษาเชิงทดลองในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตอุบัติเหตุโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออก จำนวน 13 ราย พบว่าการเตรียมความพร้อมด้วยการให้ข้อมูล การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และการฝึกทักษะการปฏิบัติดูแลก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้แก่ญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะระดับปานกลางถึงรุนแรง พบว่าผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยได้ ลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Kheiwchaum, Thosingha, Chayaput, & Utriyaprasit, 2012) การที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลจะมีความพร้อมต่อการได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ในการจำหน่ายจากโรงพยาบาล จากการศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ปกครองเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่ามีความพร้อมในการจำหน่ายของผู้ปกครองในระดับสูง ซึ่งยังพบว่าปัจจัยทางด้านคุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ปกครองเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในระดับสูง ($r = 0.87, p < 0.001$; $r = 0.88, p < 0.001$ ตามลำดับ) (Niyomka & Meesukkho, 2016)

ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลตามแนวคิดของไวส์และคณะ (Weiss et al. 2007) พบมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล (caregivers characteristics factor) ปัจจัยการอยู่โรงพยาบาล (hospitalization factor) และปัจจัยการปฏิบัติของพยาบาล (nursing practices factor) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย เลือกปัจจัยส่วนบุคคล คือ ลักษณะการอยู่อาศัย ปัจจัยการอยู่โรงพยาบาล คือ จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัด และ

ปัจจัยการปฏิบัติของพยาบาล คือ คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายในการศึกษาหาความสัมพันธ์กับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล งานวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ (Weiss et al., 2007) ผู้สูงอายุ (Panuthai, 2014) ส่วนการศึกษาในมารดาและทารกที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติทารกแรกเกิด เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการจำหน่ายและผลลัพธ์ในการจำหน่ายของมารดาทารกแรกเกิด 63 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (Neonatal Intensive Care Unit) (Splingaire, 2005) ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาอาจไม่สามารถอธิบายเรื่องความพร้อมสำหรับการจำหน่ายของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวหลังผ่าตัดหัวใจได้เนื่องจากการดูแลที่แตกต่างกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอน และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล กับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

คำถามการวิจัย

1. ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจเป็นอย่างไร

2. ลักษณะการอยู่อาศัย ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอน และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ใช้กรอบแนวคิดความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของไวส์และคณะ (Weiss et al., 2007) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลต้องมีความพร้อมสำหรับการจำหน่าย ซึ่งความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ตามการรับรู้ของผู้ดูแลต่อตนเองและเด็กป่วยใน องค์ประกอบ 4 ด้าน คือด้านร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม สภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว การมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยของตนเองที่เพียงพอ และการได้รับการสนับสนุน ซึ่งมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ ลักษณะการอยู่อาศัย ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย รวมถึงการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังผ่าตัดหัวใจและกลับไปอยู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในภาคเหนือ 3

โรงพยาบาล และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
1 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง เลือกโดยวิธีเจาะจง (purposive sampling) จากกลุ่มประชากร ตามเกณฑ์การคัดเลือก
คือ 1) อายุ 18 ปี ขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติที่
ให้การดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว
ตั้งแต่ก่อนจนถึงหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดครั้งแรกขณะ
อยู่โรงพยาบาล และเมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรง
พยาบาลไปบ้านอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
3) สามารถรับรู้ สื่อสาร พูด และเขียนด้วยภาษาไทย
เข้าใจ 4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย การกำหนดขนาดกลุ่ม
ตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรสำหรับหาความสัมพันธ์ คือ
 $n > 50 + 8m$ ซึ่ง $m =$ จำนวนตัวแปรต้น (6 ตัวแปร) ได้
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 98 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็น
แบบสอบถาม 1 ชุด ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น ข้อมูลผู้ดูแล และ
ข้อมูลเด็กป่วย

2. แบบวัดความพร้อมในการจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาลฉบับบิดา/มารดา (The Readiness for
Hospital Discharge Scale: RHDS Parent Form)
ของไวส์ และคณะ (Weiss et al., 2007) แปลเป็นภาษา
ไทยโดยศิริรัตน์ ปานอุทัย (Panuthai, 2014) ประกอบ
ด้วยข้อคำถามจำนวน 24 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการ
รับรู้ความพร้อมที่จะกลับบ้าน การรับรู้ก่อนวันจำหน่าย
(ภาวะด้านสุขภาพ) การดูแลจัดการเกี่ยวกับผู้ป่วยเมื่อ
อยู่ที่บ้าน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็ก และการ
สนับสนุนให้การช่วยเหลือเมื่ออยู่บ้าน ในข้อคำถามความ
พร้อมข้อที่ 1 ไม่นำมาคิดค่าคะแนน แต่ในข้อคำถาม
แต่ละข้อตั้งแต่ข้อ 2-24 ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า 11 ระดับ ลักษณะคำตอบมีคะแนนอยู่
ระหว่าง 0-10 คะแนน คะแนน 0 หมายถึง ความพร้อม
สำหรับจำหน่ายจากโรงพยาบาลน้อย คะแนน 10 หมายถึง
มีความพร้อมสำหรับจำหน่ายจากโรงพยาบาลมาก

3. แบบวัดคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายฉบับ

บิดา/มารดา (The Quality of Discharge Teaching
Scale: QDTS Parent Form) ที่พัฒนาโดยไวส์ และ
คณะ (Weiss et al., 2007) แปลเป็นภาษาไทยโดย
ศิริรัตน์ ปานอุทัย (Panuthai, 2014) จำนวน 18 ข้อ
ประกอบด้วยมีข้อคำถามเกี่ยวกับ ข้อมูลในการสอน
ข้อมูลที่ได้คาดว่าจะได้รับ และวิธีการสอน ข้อ 1-6 จะมี 2
ส่วน คือ a เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลที่ต้องการในการ
สอนก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ b หมายถึง
ข้อมูลที่ได้รับในการสอนก่อนจำหน่าย ซึ่งคะแนน
รวมได้จากคะแนนข้อมูลในการสอนที่ได้รับ และทักษะ
วิธีการสอน มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณ
ค่า 10 ระดับ (0-10) คะแนน 0 หมายถึง มีคุณภาพการ
สอนน้อย คะแนน 10 หมายถึง มีคุณภาพการสอนมาก

4. แบบสอบถามการประสานการดูแลก่อน
จำหน่าย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแบบสอบถามความต่อ
เนื่องของการดูแล (The Continuity of Care Ques-
tionnaire) ที่พัฒนาโดย Hadjistavropoulos et
al., (2008) แปลเป็นภาษาไทย โดยศิริรัตน์ ปานอุทัย
(Panuthai, 2014) มีข้อคำถาม 27 ข้อ ซึ่งนำไปใช้ในการ
ประเมินทุกข้อคำถาม เพื่อประเมินการประสานการ
ดูแลก่อนจำหน่าย ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณ
ค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 โดย 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วย
อย่างยิ่ง 2 หมายถึง ค่อนข้างไม่เห็นด้วย 3 หมายถึง ไม่
แน่ใจ 4 หมายถึง ค่อนข้างเห็นด้วย และ 5 หมายถึง
เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่นำมาใช้ในงานวิจัยมีแบบสอบถาม 3
ชุด ผู้วิจัยไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหา (content valid-
ity) เนื่องจากไม่ได้ดัดแปลงเครื่องมือ สำหรับค่าความ
เชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) แบบวัดความพร้อม
ในการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลฉบับบิดา/มารดา
แบบวัดคุณภาพการสอนก่อนจำหน่ายฉบับบิดา/มารดา
และแบบสอบถามการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย ผู้
วิจัยได้นำแบบประเมินทั้ง 3 ชุด ไปทดลองใช้กับผู้ดูแล
เด็กที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ
ศึกษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมของโรงพยาบาลระดับ

ตติยภูมิแห่งหนึ่ง โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย คำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .81 .88 และ .85 ตามลำดับ (Polit & Beck, 2010)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยขอการรับรองการทํารายงานจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภายหลังได้รับเอกสารการรับรอง ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย อธิบายขั้นตอนในการวิจัย การรวบรวมข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ผู้วิจัยได้แจ้งสิทธิของการถอนตัว โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัว หรือยกเลิกในการเข้าร่วมวิจัยได้ทุกขั้นตอนที่ต้องการโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อเด็กป่วย และผู้ดูแล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเอง หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลขณะที่ผู้ป่วยยังรับการรักษาที่หอผู้ป่วยและมีแผนจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตามแผนของแพทย์ผู้ทำการรักษาในแผนคำสั่งการรักษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและ เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวภายหลังการผ่าตัด โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและข้อมูลหาความสัมพันธ์ความพร้อมในการจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาลกับระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการมาโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบอันดับของสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) และทดสอบความสัมพันธ์โดยใช้ค่าสถิติ point-biseerial correlation ในการหาความสัมพันธ์ของความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลกับลักษณะการอยู่อาศัย และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.8 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-45 ปี ร้อยละ 60.18 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.68 ปี และมีความสัมพันธ์กับเด็กป่วย เป็นบิดามารดา ร้อยละ 87.8 มีละ 75.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ ร้อยละ 70.68 โดยมีอาชีพทำสวนทำไร่และทำนา ร้อยละ 44.82 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในช่วง 10,001-50,000 บาท ร้อยละ 74.5 ลักษณะการอยู่อาศัยเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 65.91 และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กหลังผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดอื่น ร้อยละ 95.9

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ พบว่ามีเด็กป่วยเพศชาย ร้อยละ 55.10 อายุเด็กป่วย อยู่ในช่วงมากกว่า 3 ปี ถึง 7 ปี ร้อยละ 84.70 เด็กป่วย ร้อยละ 58.20 ได้รับผ่าตัดหัวใจ VSD closure เด็กป่วยร้อยละ 54.08 ภายหลังการผ่าตัดของเด็กป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 77.5 ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้ของเด็กป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 3 วัน ร้อยละ 90.8 และการนอนโรงพยาบาลของเด็กป่วยในครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 ร้อยละ 38.8

ผู้ดูแลมีความพร้อมก่อนกลับบ้าน จำนวน 98 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100 และผู้ดูแลรับรู้ว่าเด็กป่วยมีความพร้อมก่อนกลับบ้าน จำนวน 94 ราย คิดเป็น

ร้อยละ 96 ในส่วนคะแนนความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยรวมพบว่าอยู่ในระดับสูง ซึ่งคะแนนความพร้อมในจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 98 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.8 ($\bar{X} = 241.53$, $SD = 20.11$) มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 180.0 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 290.0 คะแนน และพบว่าคะแนนความพร้อมในองค์ประกอบแต่ละด้าน คือด้านสภาพร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม โดยพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 88 ให้คะแนนความพร้อมรายด้านนี้ในระดับสูง ($\bar{X} = 104.93$, $SD = 15.27$) ด้านสภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว โดยพบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 91 มีคะแนนความพร้อมรายด้านนี้ในระดับสูง ($\bar{X} = 36.06$, $SD = 3.68$) ด้านการมีความรู้และการจัดการตนเองที่เพียงพอ ร้อยละ 89 พบในระดับสูง ($\bar{X} = 90.47$, $SD = 10.98$) และองค์ประกอบด้านการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 94 ให้คะแนนความพร้อมรายด้านนี้ในระดับสูง ($\bar{X} = 48.00$, $SD = 4.62$) จำนวน 92 ราย ซึ่งมีคะแนนในช่วง 0-50 คะแนน โดยจากรายงานจะเห็น

ว่าผู้ดูแลให้คะแนนความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในแต่ละรายด้านในระดับสูง ทำให้คะแนนโดยรวมของความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลอยู่ระดับสูง

ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจชนิดไม่เขียว ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .58, .75, .81, .73$ ตามลำดับ $p < .01$) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลาง ($r = .32$, $p < .01$) และภาวะแทรกซ้อน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .28$, $p < .01$) รายละเอียดดังแสดงตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ตัวแปร	ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล**
ลักษณะการอยู่อาศัยโดยรวม	rpb=0.58
ปัจจัยการอยู่โรงพยาบาลโดยรวม	
จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล	r=0.75
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	r=0.32
ภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัด	rpb=0.28
ปัจจัยการปฏิบัติของพยาบาลโดยรวม	
คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย	r=0.81
การประสานการดูแลก่อนจำหน่าย	r=0.73

** $p < .01$

r = Spearman rank correlation coefficient

rpb = Point-biserial correlation

การอภิปรายผล

1. ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ร้อยละ 79.55 มีคะแนนความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง และความพร้อมสำหรับการจำหน่ายในแต่ละองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน คือด้านร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม สภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว การมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยของตนเองที่เพียงพอ และการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการเข้าถึงระบบสุขภาพและแหล่งทรัพยากรช่วยเหลือในชุมชน อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88, 91, 89 และ 94 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 89.8 ซึ่งเป็นมารดาเด็กป่วย โดยตามปกติมารดาจะใส่ใจในรายละเอียดการดูแลเด็กป่วยเพราะมารดาเป็นผู้ให้กำเนิด (Weiss & Lokken, 2009) และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-45 ปี ร้อยละ 60.18 ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีอายุอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ผ่านประสบการณ์ต่างๆ มากมาย รวมถึงมีประสบการณ์ดูแลเด็กก่อนการผ่าตัด ทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมด้านร่างกาย ส่งผลให้มีความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 69.40 และมีลักษณะการอยู่อาศัยเป็นครอบครัวขยาย ร้อยละ 65.91 ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กป่วยได้รับการสนับสนุน ส่งเสริม ให้การดูแลเด็กป่วยช่วยเหลือกันจากสมาชิกภายในครอบครัว ซึ่งเป็นองค์ประกอบความพร้อมก่อนจำหน่ายในด้านการได้รับการสนับสนุนการช่วยเหลือ และการได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลมีความพร้อมด้านสภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกปลอดภัย และมีความมั่นใจในความสามารถที่จะดูแลเด็กป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน (Weiss et al., 2007) จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบ

อาชีพ ร้อยละ 70.80 และมีรายได้อยู่ในช่วง 10,001 ถึง 50,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 74.5 โดยจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้มีการรับรู้องค์ประกอบความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับสูงทั้ง 4 ด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของไวส์และคณะ (Weiss et al., 2008) ที่พบว่าปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวเด็กป่วยและการที่บิดามารดาเด็กป่วยสามารถจ่ายค่ารักษาพยาบาลได้ จะทำให้มีการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลมากกว่าครอบครัวเด็กป่วยที่ไม่ได้ประกอบอาชีพซึ่งทำให้ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวนั้นไม่ดี และการศึกษา ศรีนทร์รัตน์ ศรีประสงศ์ (Sriprasong, 2011) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันที่มีอายุน้อยและยังมีรายได้เป็นปัจจัยทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ร้อยละ 20.6 การศึกษาครั้งนี้พบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของเด็กป่วยมากกว่า 3 วัน พบ ร้อยละ 90.8 และการมานอนโรงพยาบาลของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นครั้งที่ 2 โดยจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลที่มากขึ้นและการที่เด็กป่วยก่อนจะได้รับการผ่าตัดต้องมารับการตรวจตามนัดเป็นระยะก่อนการผ่าตัด ทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัว และใส่ใจที่จะเรียนรู้ หรือการสอบถามความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยของตนเองที่เพียงพอกับทีมสุขภาพเพื่อนำไปใช้เป็นพื้นฐานการดูแลเด็กป่วย ทำให้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ดูแลมีการรับรู้ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายด้านการมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยและยังส่งผลให้มีความพร้อมในทุกด้านที่สูง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการรับรู้ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในมารดาหลังคลอด และทารกจำนวน 4,300 ซึ่งมารดาที่ได้รับการเตรียมความพร้อมจะมีการรับรู้องค์ประกอบความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม และพบว่าระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลของเด็กป่วยมากกว่า 3 วัน พบ ร้อยละ 90.8 และการมานอนโรงพยาบาลของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมากกว่า 2 ครั้ง ทำให้ผู้ดูแลมี

การปรับตัว และใส่ใจที่จะเรียนรู้ หรือการสอบถามความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยของตนเองที่เพียงพอกับทีมสุขภาพเพื่อนำไปใช้เป็นพื้นฐานการดูแลเด็กป่วย ทำให้เมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลผู้ดูแลมีการรับรู้ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายในทุกด้านที่สูง (Bernstein et al., 2013)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะการอยู่อาศัย ภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล คุณภาพการนอน และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล และความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

ผลการศึกษาพบว่าลักษณะการอยู่อาศัยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับสูง ($r=.58$) โดยพบว่าร้อยละ 65.91 ของผู้ดูแลเป็นครอบครัวขยาย และมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 69.40 นอกจากนี้ในส่วนของปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับเด็กป่วยเป็นบิดามารดา (ร้อยละ 87.8) สอดคล้องงานวิจัยของไวส์ และคณะ (Weiss et al., 2008) ที่พบว่าลักษณะการอยู่อาศัย มารดาที่อาศัยอยู่กับบิดาของเด็กพบ ร้อยละ 86 มีการรับรู้ความพร้อมมากกว่ามารดาที่ไม่ได้อาศัยอยู่กับคู่สมรส

ความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.27$, $p<.01$) แสดงว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีระดับความพร้อมก่อนจำหน่ายในระดับระดับต่ำ และภาวะแทรกซ้อนภายหลังการผ่าตัดของเด็กป่วยซึ่งพบว่าภายหลังการผ่าตัดของเด็กป่วยส่วนใหญ่ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนร้อยละ 77.6 (S.D.=0.42) แต่ยังพบว่าเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดของเด็กป่วย ร้อยละ 22.45 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนที่พบภายหลังการผ่าตัด ได้แก่ น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด การติดเชื้อที่ปอด ภาวะน้ำเกิน และหัวใจเต้นผิดจังหวะ ซึ่งการเกิดภาวะแทรกซ้อน

เหล่านี้ทำให้เด็กป่วยมีระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่มากขึ้นเพราะจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และให้หายก่อนที่จะจำหน่ายเด็กป่วยจากโรงพยาบาล โดยพบว่าการที่เด็กป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลนานตั้งแต่ 6-10 วัน อาจทำให้ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ขณะอยู่โรงพยาบาล และเมื่อได้รับการนอนในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน ย่อมทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสเรียนรู้ในการจัดการการดูแลเด็กป่วยภายใต้สิ่งแวดล้อมและระบบการรักษาพยาบาลได้มากกว่าระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลในระยะเวลานั้น (Weiss et al., 2008) แต่จากการศึกษาที่ผ่านมายังพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการจำหน่ายเด็กป่วยออกจากโรงพยาบาล ทำให้เกิดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนที่กล่าวข้างต้นยังพบผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ ร้อยละ 69 และได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลา 5 วัน โดยการกลับเข้ามารับการรักษารักษาซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ทำให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก ทำให้เห็นว่าการเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำในช่วงระยะเวลาดังกล่าวยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและยังมีอยู่ถึงแม้ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการผ่าตัดหัวใจ การกลับมารับการรักษาซ้ำก่อนกำหนดนัดของผู้ป่วยเด็กด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่เกิดขึ้นภายหลังการผ่าตัดหัวใจ เป็นสิ่งบ่งชี้ว่าผู้ดูแลเด็กป่วยยังไม่มีความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Richards et al., 2016) ทั้งนี้จึงทำให้ในขณะที่เด็กป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงให้การดูแลเด็กป่วยเป็นอย่างดี ส่งเสริมให้มีการสนใจ ใส่ใจ ในการดูแลภาวะสุขภาพของเด็ก เพื่อให้หายจากโรคได้เร็วขึ้น และเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำของโรค

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.32$, $p<.01$) อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการนอนโรง

พยาบาลของเด็กป่วยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงมากกว่า 3 วัน ร้อยละ 90.8 (S.D.=1.30) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลที่นานขึ้นของเด็กป่วยทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้การจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยการนอนโรงพยาบาลที่มากขึ้น เนื่องจากเด็กป่วยอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดได้ หรือการที่จะต้องรับการรักษาโรคให้หาย หรือบรรเทาอาการก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลเด็กป่วยได้รับการสอน คำแนะนำ และการสอบถามในสิ่งที่สงสัยจากแพทย์ พยาบาล ทำให้เกิดเรียนรู้การดูแลเด็กป่วยภายหลังการผ่าตัดหัวใจที่มากขึ้น และผู้ดูแลมีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น มีความมั่นใจในการดูแลเด็กป่วย ซึ่งมีผลต่อการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล

จำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.75, p<.01$) จากการศึกษาพบว่าจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวภายหลังการผ่าตัดในครั้งนี้ส่วนใหญ่จะมากกว่า 1 ครั้งโดยพบว่าจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาลครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 และ 3 ร้อยละ 38.8 และ ร้อยละ 25.5 ตามลำดับโดยการที่เด็กป่วยได้เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยบ่อยครั้งเนื่องจากการกลับมารักษาซ้ำจากภาวะของโรค ภาวะแทรกซ้อนก่อนผ่าตัดหัวใจ ทำให้ผู้ดูแลเด็กป่วยที่ให้การดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยจะสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับภาวะของโรค การจัดการกับโรค สภาวะของโรค การรับประทานยา อาหารของเด็กป่วย การมาตรวจตามนัด เนื่องจากทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยนั้นที่มากขึ้นซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความพร้อมด้านสภาพร่างกายและความสามารถในการทำกิจกรรม สภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว การมีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เพียงพอ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการเข้าถึงระบบสุขภาพและแหล่งทรัพยากรช่วยเหลือในชุมชนไปทาง

บวก สอดคล้องการศึกษาความพร้อมจากการจำหน่ายจากโรงพยาบาลและความสัมพันธ์ระหว่างความพร้อมในการจำหน่าย และอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของบิดา/มารดาเด็กที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลตติยภูมิและต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ในกลุ่มบิดา/มารดาจำนวน 348 ราย ยกเว้นเด็กป่วยโรคมะเร็งและที่ถูกส่งต่อไปรักษาโรงพยาบาลอื่น ผลการศึกษาพบว่าบิดา/มารดามากกว่า ร้อยละ 90 รับรู้ความพร้อมในการจำหน่ายในด้านข้อมูลความรู้เพื่อการดูแลเด็ก อาการเตือน และการได้รับยา และสิ่งที่มีผลต่ออัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 30 วันหลังจำหน่ายพบว่าความพร้อมในการจำหน่ายในองค์ประกอบภาวะสุขภาพของเด็ก ความสะดวกในการติดต่อแพทย์ผู้ดูแล ความเข้าใจในการจัดการภาวะสุขภาพเด็ก (Berry et al., 2013)

คุณภาพการสอนก่อนจำหน่าย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.81, p<.01$) ซึ่งทำให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสอน การได้รับคำแนะนำคุณภาพการสอนในการดูแลเด็กป่วยที่ดี ก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมก่อนจำหน่ายซึ่งจากข้อมูลการศึกษาในครั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นในส่วนในรายด้านการได้รับข้อมูลจากพยาบาลซึ่งพบว่าอยู่ในระดับสูง และคุณภาพการสอนด้านทักษะการสอนก็พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลเช่นกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างให้คะแนนคุณภาพการสอนในด้านการได้รับข้อมูลและทักษะการสอนอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.71 โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจ การให้คำแนะนำในการดูแลเด็กป่วยและวิธีการสอน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลอเรต (Lerret, 2009) พบว่าเนื้อหาการสอนและวิธีการสอนสำหรับจำหน่ายจากโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมในการจำหน่าย และทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมีความปลอดภัยในการ

กลับจากโรงพยาบาลไปบ้าน

การประสานการดูแลก่อนจำหน่ายพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.73$, $p<.01$) โดยพบว่าการศึกษาพบว่าการประสานงานกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยผู้ให้บริการหลากหลายวิชาชีพภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทในการประสานการดูแลโดยการประสานงาน และวางแผนการดูแลหลังจำหน่ายร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ให้บริการทีมเยี่ยมบ้านในชุมชน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องโดยประเมินและสอนเกี่ยวกับเทคนิคการดูแลเฉพาะโรค และช่วยเหลือครอบครัวในการนัดหมายการพบกับผู้เชี่ยวชาญอื่น ๆ (Gupta, O'Connor, & Quezada-Gomez, 2004) จะทำให้มีการรับรู้ความพร้อมก่อนจำหน่ายในระดับสูง สอดคล้องกับทฤษฎีความพร้อมก่อนจำหน่ายของไวส์ และคณะ (Weiss et al., 2008) ซึ่งการศึกษาพบว่าปัจจัยการปฏิบัติของพยาบาล ทั้งคุณภาพการสอนและการประสานการ

ดูแลก่อนจำหน่ายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของบิดามารดา และเด็กป่วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานให้พยาบาลได้ตระหนักถึงคุณภาพการสอน และการประสานการดูแลก่อนจำหน่ายในการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลสำหรับการจำหน่ายในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมสำหรับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายความพร้อมสำหรับการจำหน่ายของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Attanaanich, S. (2009). *Congenital heart diseases* (1st ed.). Bangkok: Factory of Medicine Ramathibodi Hospital. (in Thai)
- Bernstein, H. H., Spino, C., Lalama, C. M., Finch, S. A., Wasserman, R. C., & McCormick. (2013). Unreadiness for postpartum discharge following healthy term pregnancy: Impact on health care use and outcomes. *Academic Pediatrics*, 13(1), 27-39.
- Berry, J. G., Ziniel, S. I., Freeman, L., Kaplan, W., Antonelli, R., Gay, J., . . . Goldmann, D. (2013). Hospital readmission and parent perceptions of their child's hospital discharge. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(5), 573-581.
- Gupta, V. B., O'Connor, K. G., & Quezada-Gomez, C. (2004). Care coordination services in pediatric practices. *Pediatrics*, 113(Suppl. 4), 1517-1521.
- Hadjistavropoulos, H., Biem, H., Sharpe, D., Bourgault-Fagnou, M., & Janzen, J. (2008). Patient perceptions of hospital discharge: Reliability and validity of a patient continuity of care questionnaire. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5), 314-323.
- Healy, F., Hanna, B.D., & Zinman, R. (2012). Pulmonary complication of congenital heart disease. *Pediatric Respiratory Reviews*. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22208788/>

- Kheiwchaum, R., Thosingha, O., Chayaput, P., & Utriyaprasit, K. (2012). The development of a clinical nursing practice guideline for preparation of caregivers of patients with TBI (Traumatic Brain Injury). *Nursing Science Journal of Thailand*, 29(1), 18-25. (in Thai)
Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/2793>
- Khongphatthanayothin, A. (2009). *Congenital heart diseases* (1st Ed.). Bangkok: Amarin Printing & Publishing Public Co. (in Thai)
- Kogon, B., Jain, A., Oster, M., Woodall, K., Kanter, K., & Kirshbom, P. (2012). Risk factors associated with readmission after pediatric cardiothoracic surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, 94(3), 865-873.
- Lerret, S. M. (2009). Discharge readiness: An integrative review focusing on discharge following pediatric hospitalization. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 14(4), 245-255.
- Niyomka, S., & Meesukkho, J. (2016). Factors predicting readiness for hospital discharge among caregivers of hospitalized children in tertiary hospital. *Nursing Journal*, 43(1), 1-11. (in Thai)
- Panuthai, S. (2014) Factors affecting readiness for hospital discharge among older persons. *Nursing Journal*. 41(4), 150-160. (in Thai)
- Payomhom, C. (2013) The effect of education program on maternal care for children with congenital heart disease undergone post open-heart surgery. *Journal of Cardio-Thoracic Nursing*. 24(1), 31-43.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Richards, M. K., Yanez, D., Goldin, A. B., Grieb, T., Murphy, W. M., & Drugas, G. T. (2016). Factors associated with 30-day unplanned pediatric surgical readmission. *The American Journal Surgery*, 212(3), 426-32.
- Sittiwangkul, R. (2013). Critical congenital heart diseases in infants. *Pediatric Emergencies*. 1, 150-160. (in Thai)
- Splingaire, J. M. (2005). *Readiness for hospital discharge: Predictors and outcomes in NICU Parents*. Paper presentation in part of: Rising Stars of Scholarship and Research St. Joseph Regional Medical Center, Milwaukee, WI, USA.
- Sriprasong, S. (2011). Personal factors related to perceived readiness for hospital discharge of patients with acute myocardial infarction. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 22(2). 45-57. (in Thai)
- Weiss, M., Johnson, N. L., Malin, S., Jerofky, T. A., & Lang, C. (2008). Readiness for discharge in parents of hospitalized child. *Journal of Pediatric Nursing*, 23(4), 282-295.
- Weiss, M., & Lokken, L. (2009). Predictors and outcomes of postpartum mothers' perceptions of readiness for discharge after birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38(4), 406-417.

Weiss, M., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Aecher, J., Gresser, S., . . . Vega-Stromberg, T.
(2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients.
Clinical Nurse Specialist, 21(1), 31-42.