ภาวะโภชนาการและประสบการณ์ของผู้ดูแลในการจัดการด้านอาหารสำหรับเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 – 3 ปี ในจังหวัดชายแดนใต้

ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์ *
อัณญ์ยภัคสร ใจสมคม***
ยุนี พงศ์จตุรวิทย์****
ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์***
วนิสา หะยีเซะ**
ลุตฟี สะมะแอ****

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 – 3 ปี และประสบการณ์การจัดการด้านอาหารแก่เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะขาดสารอาหาร ในจังหวัดนราธิวาส ปัตตานี และยะลา กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 – 3 ปี จำนวน 64 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และผู้ดูแลเด็ก จำนวน 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลของเด็กป่วยด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกน้ำหนักตัว สำหรับผู้ดูแลเด็ก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเด็กมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 53.2 น้ำหนักค่อนข้างน้อยร้อยละ 23.4 และน้ำหนักตามเกณฑ์ร้อยละ 23.4 ประสบการณ์การจัดการด้านอาหารของผู้ดูแลในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ติดตามภาวะโภชนาการโดยเปรียบเทียบกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปกติ 2) กระตุ้นให้นมและตามใจให้กินอาหารที่ชอบ 3) ดูแลให้อาหารแก่ผู้ป่วยเด็กเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหัวใจ และ 4) ผลกระทบของภาวะขาดสารอาหารต่อสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพัฒนาแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดอาหารให้กับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : ภาวะโภชนาการ, การจัดการด้านอาหาร, โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, ผู้ดูแล

---

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
Corresponding author; E-mail: tidarat.tw73@gmail.com
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
*** อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
Received: May 28, 2019 / Revised: October 23, 2019 / Accepted: October 29, 2019

Nutritional status and experience of caregiver in food management for children with congenital heart disease aged 0 – 3 years in southern border provinces

Tidarat Wangsawat*
Anyapaksorn Jaisomkom***
Yunee Pongjaturawit****
Prasert Piboonrungroj***
Wanisa Hayeese**
Lutfee Samael**

Abstract

This descriptive research aimed to study nutritional status and explore the caregivers' experiences of food management for children with congenital heart disease (CHD) who had malnutrition in Naradhiwat Pattani and Yala. A simple random sampling of 64 children and a purposive random sampling of 12 caregivers were used. Data were collected on children with CHD using a personal questionnaire and growth chart. As for the caregiver, data were collected by an in-depth interview. Descriptive statistics and content analysis were conducted to analyze the data.

The results of this study showed that children with CHD had underweight with 53.2%, low weight 23.4%, and normal weight 23.4% respectively. The food management experience of caregivers for children with CHD was based on four major components: (1) monitoring nutrition status by comparing with growth and development of normal children, (2) encouraging milk feeding and indulging in the food they like, (3) providing the same food as adults with heart disease for children with CHD, (4) impact of malnutrition on health status of children with CHD.

The results of this study could be provided as the basic information to develop the guideline of health education for caregivers to prepare foods and to promote better nutritional status for their children with CHD.

Keywords : nutritional status, management of food, Congenital heart disease, caregiver

---

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
Corresponding author; E-mail: tidarat.tw73@gmail.com
** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
*** Lecturer, Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University
**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University
Received: May 28, 2019 / Revised: October 23, 2019 / Accepted: October 29, 2019

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือด พบประมาณ 8 คนต่อทารกเกิดมีชีพ 1,000 คน[1] แบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ หัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการ ตัวเขียว (acyanotic congenital heart disease) และที่มีอาการตัวเขียว (cyanotic congenital heart disease) เด็กป่วยแต่ละรายจะมีอาการและอาการแสดงแตกต่างกันขึ้นอยู่กับชนิด ตำแหน่ง และขนาดความรุนแรงของความผิดปกติ เด็กป่วยประมาณร้อยละ 30 จะไม่แสดงอาการผิดปกติใด ๆ สามารถใช้ชีวิตและเจริญเติบโตได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ ในขณะที่ครึ่งหนึ่งจำเป็นต้องรักษาด้วยยาและการผ่าตัด จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World health organization, WHO) พบว่า ทารกจำนวน 2.68 ล้านคน ต้องเสียชีวิตจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประเทศสมาชิกจึงต่างให้ความสำคัญกับการป้องกันสาเหตุและการส่งเสริมสุขภาพของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด[2] เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงของโรค เช่น เหนื่อยง่าย หายใจเร็ว ตัวเขียว รับประทานอาหารหรือนมได้น้อย รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ปอดบวม หัวใจวาย ความดันในหลอดเลือดปอดสูง และภาวะสมองขาดออกซิเจนเฉียบพลัน สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรับรู้ว่าตนเองมีคุณภาพชีวิตทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอยู่ในระดับต่ำ[3] และมักมีปัญหาเกี่ยวกับภาวะขาดสารอาหารและการเจริญเติบโตล่าช้า[4]

จากการศึกษาของเพชรลดา เพ็ชรเรือนทอง และคณะ[5] พบว่า เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดสงขลา มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้ากว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยพบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวและชนิดเขียวมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 34.8 และ 72.7 ใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์ และคณะ[6] ซึ่งพบว่า เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 66.67 สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่มีภาวะขาดสารอาหาร โดยมักเกิดจากการรับประทานอาหารได้น้อย หรือต้องหยุดเป็นพัก ๆ เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อย[7] อีกทั้งการเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังทำให้เด็กป่วยต้องใช้พลังงานเพิ่มมากขึ้น พลังงานที่เด็กป่วยได้รับจึงไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย แต่เมื่อพิจารณาถึงวัฒนธรรมการรับประทานอาหารในพื้นที่ซึ่งมักชอบรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน และมักปรุงอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ น้ำมัน และเนื้อติดมัน ซึ่งอาหารเหล่านี้จะมีพลังงานสูง จากพฤติกรรมการบริโภคดังกล่าวควรจะทำให้ปัญหาการขาดสารอาหารในเด็กป่วยลดน้อยลงได้ แต่จากการศึกษากลับพบว่าเด็กป่วยส่วนใหญ่ยังคงมีปัญหาขาดสารอาหาร ซึ่งขัดแย้งกับพฤติกรรมการบริโภคของพื้นที่ จึงควรทำการศึกษาซ้ำและวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงลึก เพื่อค้นหาสาเหตุที่แท้จริง และสามารถกำหนดแนวทางการดูแลด้านโภชนาการแก่เด็กป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลด้านภาวะโภชนาการของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ถือเป็นความท้าทายอย่างมาก โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความเชื่อ ภาษา และวิถีชีวิต จากการศึกษาของอัจฉรา จั่นเพ็ชร์ และคณะ[8] พบว่า มารดามุสลิมที่มีบุตรปฐมวัยจะเลือกให้บุตรรับประทานเฉพาะอาหารฮาลาลตามหลักศาสนา จะไม่ให้เด็กรับประทานปลาจนกว่าจะพูดคำว่าปลาได้ จัดอาหารให้เด็กเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว และบางรายไม่ได้จัดให้เด็กดื่มนม ปัญหาการเจริญเติบโตล่าช้าของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 – 3 ปี ในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ จึงไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพของโรคเพียงอย่างเดียว แต่ยังคงเชื่อมโยงกับหลัก

ความเชื่อและวิถีชีวิตที่จะต้องทำการศึกษาในเชิงลึก เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่แท้จริง และนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็น เพื่อให้เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีการเจริญเติบโตอยู่ในเกณฑ์ปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 – 3 ปี ในจังหวัดชายแดนใต้

2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการด้านอาหารของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 – 3 ปี ในจังหวัดชายแดนใต้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับภาวะโภชนาการของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 – 3 ปี โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (descriptive research) และศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการด้านอาหารของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 – 3 ปี โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative method) ด้วยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (in-depth Interview) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม 2559 – กันยายน 2560

ประชากร คือ เด็กป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ปัตตานี และยะลา ระหว่างเดือนมกราคม 2559 – กันยายน 2560 จำนวน 660 คน

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ปัตตานี และยะลา โดยแบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนประชากรในเวชระเบียนของแต่ละโรงพยาบาล หลังจากนั้นจึงนำรายชื่อมาจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 64 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ เป็นเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 – 3 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลทั่วไปใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ และผู้ปกครองยินยอมให้เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลเด็กป่วยซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์การจัดการด้านอาหารของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 – 3 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 – 3 ปี ซึ่งมีภาวะขาดสารอาหาร สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยสัมภาษณ์จนมีความอิ่มตัวของข้อมูล โดยมีจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกน้ำหนักตัวของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 – 3 ปี และข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจ

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด ประกอบด้วยคำถามเปิดประเด็นและคำถามแบบเจาะลึกในเรื่อง การติดตามด้านโภชนาการของผู้ป่วยเด็ก การได้รับนมและอาหารเสริม พฤติกรรมการจัดอาหารให้แก่เด็กป่วย และผลของภาวะขาดสารอาหารต่อเด็กป่วย ซึ่งผู้วิจัยสร้างแนวคำถามขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับเครื่องมือตามข้อเสนอแนะ และนำเครื่องมือไปทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ดูแล จำนวน 2 ราย แล้วนำมาเรียบเรียงให้มีความสอดคล้องก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ปัตตานี และยะลา เพื่อขออนุมัติจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง

2. เมื่อผ่านจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ปัตตานี และยะลา ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และขออนุญาตเก็บข้อมูลในหน่วยงานโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ปัตตานี และยะลา

3. ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล และขออนุญาตผู้ปกครองเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองจึงดำเนินการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและแบบบันทึกน้ำหนักตัว

4. ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะขาดสารอาหารที่มีความเต็มใจและอนุญาตให้ไปพบที่บ้านโดยผู้วิจัยแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล และสัมภาษณ์พร้อมบันทึกเทปโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม และแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

5. ถอดข้อความจากเทปบันทึกเสียงเพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ และจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ปัตตานี และยะลา ผู้วิจัยได้ดำเนินการในการพิทักษ์สิทธิ์ พร้อมกับชี้แจงสิทธิในการบอกเลิกเข้าร่วมโครงการวิจัยถ้าผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าและไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ซึ่งการปฏิเสธการให้ข้อมูลนั้นไม่ส่งผลกระทบต่อการดูแลรักษา พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบยินยอมการเข้าร่วมวิจัย โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติพรรณนา

2. ข้อมูลประสบการณ์การจัดการด้านอาหารในเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของผู้ดูแลวิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) แล้วสรุปเป็นประเด็นสำคัญ วิเคราะห์ข้อมูล และสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนข้อมูลอิ่มตัว จึงจัดแยกหมวดหมู่ของข้อมูลตามแนวข้อคำถาม ตรวจสอบความชัดเจน ความครบถ้วน โดยมีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้หลักสามเส้า (triangulation) จากผู้ให้ข้อมูล 12 ราย พบว่าข้อมูลที่สัมภาษณ์ไม่แตกต่างกันและมีความอิ่มตัวของข้อมูล แล้วจึงนำไปสรุปผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 – 3

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายจำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 57.8 เพศหญิงจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 42.2 ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวจำนวน 45 คน คิดเป็นร้อยละ 70.31 และชนิดเขียวจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 29.69 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เข้ารับการศึกษา จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 90.6 กำลังศึกษาระดับอนุบาล จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 9.4 มีอายุระหว่าง 6 – 12 เดือน และ 13 – 18 เดือน จำนวน 13

คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 20.3 พบแพทย์ตามนัด 1 – 5 ครั้ง จำนวน 63 คน คิดเป็นร้อยละ 98.4 และมาพบแพทย์ตามนัด 6 – 10 ครั้ง จำนวน 1 คน คิดเป็น ร้อยละ 1.6 สำหรับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1 – 3 ครั้ง จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 64.1 รองลงมา คือ ไม่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1 สุดท้ายพักรักษาตัวในโรงพยาบาลมากกว่า 3 ครั้ง จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 7.8 โดยกลุ่มตัวอย่างมีภาวะแทรกซ้อน คือ ปอดอักเสบ จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 68.8 ท้องเสียจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 3.1

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องเป็นมารดา จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 เป็นผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 75.00 เกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 เป็นแม่บ้าน จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33 และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 58.33

ภาวะโภชนาการของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 – 3 ปี

กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 53.2 รองลงมา คือ มีน้ำหนักอยู่ในระดับค่อนข้างน้อยและอยู่ในระดับตามเกณฑ์ จำนวน 15 คน และคิดเป็นร้อยละ 23.4 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 – 3 ปี (n=64)

ภาวะโภชนาการ		จำนวน	ร้อยละ
ตามเกณฑ์	(+ 1.5 SD ถึง - 1.5)	15	23.4
ค่อนข้างน้อย	<- 1.5 ถึง – 2 SD	15	23.4
ต่ำกว่าเกณฑ์	< – 2 SD	34	53.2

ประสบการณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการด้านอาหารในเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพได้ 4 ประเด็น ได้แก่

1. ติดตามภาวะโภชนาการโดยเปรียบเทียบกับพัฒนาการและการเจริญเติบโตของเด็กปกติ

ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะประเมินและรับทราบข้อมูลการเจริญเติบโตด้านร่างกายของป่วยเด็กอยู่เสมอ โดยส่วนใหญ่จะมีการชั่งน้ำหนักตัวเด็กป่วยทุกครั้งที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดและจะเปรียบเทียบกับเด็กปกติในวัยเดียวกันเพื่อติดตามว่าความก้าวหน้าของการเจริญเติบโตโดยเฉพาะน้ำหนักตัว ดังคำกล่าวของผู้ดูแลซึ่งเป็นมารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจแต่กำเนิด กล่าวว่า

“ลูกก๊ะ (พี่สาว) ตัวเล็กมาก เขาก็กินนะ แต่ตัวยังเล็ก ยิ่งหลัง ๆ น้ำหนักไม่เพิ่มเลย มาหาหมอชั่งน้ำหนักทุกทีก็เท่าเดิมตลอด”

“มาหาหมอทุกทีพยาบาลเขาจะชั่งน้ำหนักให้ทุกครั้ง แต่น้ำหนักน้องไม่ค่อยเพิ่ม พยาบาลบอกว่าน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ทุกครั้งเลย”

ผู้ดูแลจะมีการเปรียบเทียบการเจริญเติบโต

ของผู้ป่วยกับญาติหรือเพื่อนผู้ป่วยในวัยเดียวกัน ดังคำกล่าวของผู้ดูแลซึ่งเป็นมารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจพิการ 4 อย่างของฟัลลอท (Tetralogy of Fallot; TOF) เล่าว่า

"ลูกไม่ค่อยกิน ยิ่งอายุเพิ่มขึ้นตัวก็เล็กลงเรื่อย ๆ พอไปเทียบกับลูกพี่ลูกน้องที่อายุเท่ากันเห็นชัดเลยว่าลูกเราตัวเล็กมาก เตี้ยกว่าลูกของญาติ..."

2. กระตุ้นให้นมและตามใจให้อาหารที่ชอบ

เนื่องจากเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมักจะดื่มนมได้น้อยกว่าเด็กปกติเพราะมีอาการหายใจเหนื่อย และมักจะสำลักในขณะที่ดื่มนม ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความกังวลในการให้นม จึงพยายามให้นมและอาหารอื่นๆ ที่เด็กพอจะกินได้ ดังคำกล่าวของผู้ดูแลซึ่งเป็นมารดาของเด็กป่วยโรค TOF ที่กล่าวว่า

"ลูกกินนมแล้วเหนื่อย แล้วก็ร้อง พอลูกเหนื่อยก็ไม่กล้าให้กินแล้ว กลัวลูกจะหายใจไม่ทัน กลัวเค้าสำลัก หรือไม่ก็เขียว สงสารลูก กินได้แค่ไหนก็หยุดแค่นั้น กินอะไรได้ก็จะให้กิน"

นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นบิดาของเด็กป่วยโรค TOF ซึ่งกล่าวว่า

"ตอนนี้ลูกไม่ค่อยได้กินนม ถ้ากินก็จะกินนมเปรี้ยว ลูกชอบกิน ผมก็ให้กิน ได้กินนมเปรี้ยวบ้างก็ยังดีกว่าไม่ยอมกินเลย ถ้ากลับมาบ้านก็จะยอมกินนมขวดบ้างเพราะเห็นน้องกิน

ตัวเองก็จะกินแบบน้อง แต่ถ้าอยู่มาเลย์กับผม ส่วนใหญ่ก็นมเปรี้ยวอย่างเดียว"

นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาที่นับถือศาสนาอิสลามจะให้ลูกดื่มนมแม่จนกระทั่งอายุครบ 2 ปีโดยไม่ให้ดื่มนมอื่น ๆ ควบคู่กับการดื่มนมแม่ เนื่องจากเชื่อว่าเป็นการแสดงบทบาทแม่ที่ดีตามหลักศาสนา และไม่มีความรู้ว่าสารอาหารในนมแม่จะมีคุณภาพลดลงหลังจากบุตรอายุ 1 ขวบ ดังคำกล่าวของแม่ที่มีบุตรป่วยเป็นโรคผนังหัวใจห้องล่างรั่ว (Ventricular septal defect; VSD) ซึ่งกล่าวว่า

"ตอนนี้ลูกอายุเกือบ 2 ปีแล้ว แต่ยังให้กินนมแม่อย่างเดียว ไม่ได้ให้นมอื่น เพราะการให้ลูกกินนมจนครบ 2 ขวบจะถือว่าเราทำหน้าที่แม่ได้ดี"

ผู้ดูแลเด็กป่วยบางรายได้เลี้ยงแพะที่บ้านและมีความเชื่อว่านมแพะเป็นนมที่มีสารอาหารสูง จึงนำนมแพะซึ่งบีบสดจากเต้ามาให้เด็กป่วยดื่ม โดยนมแพะดังกล่าวไม่ได้ผ่านกรรมวิธีการฆ่าเชื้อ จึงมีความเสี่ยงที่จะทำให้เด็กป่วยมีการติดเชื้อในทางเดินอาหารได้ง่าย ตรงกับคำกล่าวของผู้ดูแลที่เป็นยายของเด็กป่วยโรค VSD ได้กล่าวว่า

"ตอนนี้ให้หลานกินนมแพะทุกวันเลย เพราะเค้าบีบสดจากเต้า แล้วก็เอามาให้กินได้เลย ไม่ ต้องยุ่งยาก เขาบอกกันมาว่าถ้าเด็กตัวเล็กแล้วให้กินนมแพะ เด็กจะตัวโตขึ้น ก็เลยให้หลานกินด้วย"

ในส่วนของการตามใจให้อาหารที่ชอบ พบว่าเด็กป่วยมักจะรับประทานอาหารได้น้อย โดยเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น เบื่ออาหาร รับประทานขนมกรุบกรอบก่อนมื้ออาหาร ห่วงเล่น ซึ่งผู้ดูแลซึ่งเป็นพี่สาวของเด็กป่วยโรค ASD กล่าวว่า

"เวลาเรากินขนมก็จะให้น้องกินด้วย บางทีกินจนอิ่ม แล้วน้องก็ไม่ยอมกินข้าว ก็โดนแม่ว่าบ้าง แต่ถ้าไม่ให้ น้องจะร้อง เราสงสารน้อง หลัง ๆ แม่บอกว่าให้ซื้อและแอบกินข้างนอกเลยไม่ให้น้องเห็น น้องจะได้กินข้าวบ้าง ไม่งั้นก็กินแต่ขนม"

ผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นบิดาของเด็กป่วยโรค TOF ซึ่งกล่าวว่า

"ผมอยู่มาเลย์กับพี่ชาย แล้วลูกคนที่ป่วยนี่แหละ ส่วนใหญ่ก็ซื้อให้กินตามที่ลูกอยากกิน ไส้กรอกบ้าง ลูกชิ้นบ้าง บางทีก็ขนมซอง แล้วค่อยกินข้าวพร้อมผมหรือพี่ชาย ก็เลี้ยงกันเองแบบนี้ ลูกเลยไม่ค่อยกินข้าว"

3. ดูแลให้อาหารแก่ผู้ป่วยเด็กเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหัวใจ

การจัดอาหารให้แก่เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเข้าใจผิดว่า การดูแล

ด้านอาหารสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เหมือนกับการดูแลในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหัวใจ เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้เด็กป่วยน้ำหนักตัวน้อย เนื่องจากอาหารที่ได้รับมีแคลอรี่ต่ำ เพราะผู้ดูแลหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กป่วยรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยวิธีการทอดและผัด รวมถึงไม่ให้อาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิและน้ำมัน ดังที่มีผู้ดูแลหลายคนซึ่งเป็นมารดาของเด็กป่วยโรค ASD กล่าวว่า

"เวลาไปซื้อข้าวต้มให้ลูกจะเอาแค่ข้าวกับเนื้อไก่ ไม่กล้าให้ใส่กระเทียมเจียว เห็นในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหัวใจเค้าไม่กิน เราก็ไม่กล้าให้ลูกกิน"

ผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นมารดาของเด็กป่วยโรค VSD ซึ่งกล่าวว่า

"ขนมที่ใส่กะทินี่ลูกกินได้เหรอ พ่อเป็นโรคหัวใจหมอห้ามไม่ให้กิน พอลูกเป็นโรคหัวใจก๊ะก็เลยไม่ให้ลูกกินกะทิด้วย"

นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายเตรียมอาหารให้แก่เด็กป่วยเช่นเดียวกับลูกคนอื่น ๆ ไม่ได้จัดอาหารที่มีความเหมาะสมกับเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยเฉพาะ ดังคำกล่าวของผู้ดูแลซึ่งเป็นยายของเด็กป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจเกิน (Partial ductus Arteriosus; PDA) เล่าว่า

"เม๊าะมีหลาน 4 คน อยู่ที่บ้าน ก็ทำกับข้าวให้เค้าเหมือนกันทุกคนนั่นแหละ ไม่ได้แยกทำ มันไม่ทัน ต้องดูหลานหลายคน"

คำกล่าวของผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นบิดาของเด็กป่วยโรค TOF ซึ่งกล่าวว่า

"ส่วนใหญ่ผมกับลูกก็กินเหมือนกันนั่นแหละ มีเผ็ดอย่าง จืดอย่าง ลูกก็กินที่จืด ๆ ถ้าวันไหนไม่มีก็ทอดไข่เอา"

ผู้ดูแลบางส่วนไม่มีเวลาในการจัดเตรียมอาหารให้เด็กป่วย เนื่องจากต้องทำงานนอกบ้าน จึงมีการจัดเตรียมอาหารสำหรับเด็กป่วยคราวละ 2 – 3 วัน หรือเลือกซื้อตามรายค้าที่ขายทั่วไป ผู้ดูแลหลายรายซึ่งเป็นมารดาของเด็กป่วยโรคหัวใจ กล่าวว่า

"ส่วนใหญ่ตอนเช้าจะไปซื้อข้าวต้มตามร้านมาให้ลูก เป็นข้าวต้มไก่ ขนมอะไรง่าย ๆ เพราะเราต้องรีบไปทำงาน ตอนเย็นก็ดีหน่อยพอได้ทำกับข้าวบ้าง แต่วันไหนยุ่ง ๆ ก็ไปซื้อเอาที่ตลาดนัดแถวข้างบ้าน"

"ส่วนใหญ่จะทำกับข้าวไว้ให้ลูกทีละ 2 – 3 วัน แล้วก็เอาไปแช่ตู้เย็นไว้ พอจะให้ลูกกินมื้อต่อไปก็เอามาอุ่น แต่ถ้าเป็นเสาร์ อาทิตย์ ไม่ได้ไปทำงานก็จะทำให้ลูกใหม่ทุกมื้อ"

4. ผลกระทบของภาวะขาดสารอาหารต่อสุขภาพของเด็กป่วย

ภาวะขาดสารอาหารทำให้สุขภาพของเด็กป่วยทรุดโทรมลง ติดเชื้อง่าย พัฒนาการล่าช้า และสูญเสียโอกาสในการรับการรักษา ดังคำกล่าวของเด็กป่วยซึ่งเป็นบิดาของเด็กป่วยโรค TOF ซึ่งกล่าวว่า

"หมอนัดจะผ่าแล้วแต่ก็ไม่ได้ผ่าซักที น้ำหนักตัวลูกไม่เพิ่มเลย นัดแล้วก็ต้องเลื่อน หมอบอกแกตัวเล็กเกินถ้าผ่ากลัวลูกจะเป็นอันตราย"

ผู้ดูแลซึ่งเป็นยายของเด็กป่วย PDA กล่าวว่า

"หลานตัวเล็ก น้ำหนักน้อย พอใครในบ้านเป็นหวัดนิดหน่อย ก็ติดเขาไปหมด แล้วก็เป็นหนักกว่าเขา บางทีต้องไปนอนโรงบาล 2 – 3 วัน พอไข้แล้วก็ไม่กินอีก ตัวก็ยิ่งเล็ก หมอบอกถ้าตัวเล็กก็จะป่วยบ่อย ป่วยหนักกว่าคนอื่น"

ผู้ดูแลซึ่งเป็นมารดาของเด็กป่วยโรค TOF กล่าวว่า

"เห็นเด็กคนอื่นพอผ่า (ผ่าตัด) ไปแล้ว ตัวเขาก็โตขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น แต่ลูกเรายังไม่ได้ผ่า ก็เพราะตัวเล็กนี่แหละ แล้วก็เป็นหวัดบ่อย เลยไม่ได้ผ่าสักที เราอยากให้ลูกได้ผ่า จะได้ตัวโตขึ้นเหมือนคนอื่น"

การอภิปรายผลการวิจัย

ภาวะโภชนาการของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 – 3 ปี

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 – 3 ปี ในจังหวัดชายแดนใต้ ส่วนใหญ่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 76.6) โดยอยู่ในระดับค่อนข้างน้อย ร้อยละ 23.4 และอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 53.2 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มเด็กป่วยที่ขาดสารอาหาร โดยปัจจัยที่มีผลต่อภาวะขาดสารอาหาร เช่น ภาวะหัวใจวาย ภาวะความดันในหลอดเลือดปอดสูง รายได้ของครอบครัวต่ำ ได้รับอาหารที่มีไขมันน้อย ครอบครัวมีลูกมากกว่า 2 คนซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[9]

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ครอบครัวของเด็กป่วยมีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาท อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมุสลิมซึ่งจะมีจำนวนบุตรมากกว่า 2 คนต่อครอบครัว เหตุผลดังกล่าวอาจเป็นข้อจำกัดในการจัดเตรียมอาหารให้แก่เด็กป่วย และการดูแลตอบสนองความต้องการการดูแลของเด็กป่วยได้น้อยลง อีกทั้งเด็กป่วยส่วนใหญ่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ ปอดอักเสบ และติดเชื้อในทางเดินอาหาร การเจ็บป่วยเรื้อรังและเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีอัตราการเผาผลาญเพิ่มขึ้น ร่วมกับได้รับสารอาหารน้อยลง จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เด็กป่วยมีภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจึงมีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์การเจริญเติบโตของเด็กปกติ[5]

ประสบการณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการด้านอาหารในเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 – 3 ปี สามารถอภิปรายได้ดังนี้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ อายุ 0 – 3 ปี ส่วนใหญ่จะมีความเห็นตรงกันว่าผู้ป่วยเด็กเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ จึงสนใจติดตามภาวะโภชนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง โดยจะสังเกตจากการชั่งน้ำหนักตัวผู้ป่วยทุกครั้งที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ซึ่งผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทุกรายจะเปรียบเทียบจากการประเมินน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ซึ่งจะ บ่งบอกถึงสภาพการขาดสารอาหารโดยรวม ทั้งโปรตีนและพลังงาน ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กตัวผอม[10] นอกเหนือจากนี้ผู้ดูแลจะมีการประเมินการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กด้วยวิธีการเปรียบเทียบรูปร่างของผู้ป่วยเด็กกับญาติหรือเพื่อนในวัยเดียวกัน พบว่าเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีรูปร่างผอมและตัวเตี้ยกว่าเด็กปกติ ซึ่งเป็นการประเมินภาวะโภชนาการจากการเจริญเติบโตที่ช้ากว่าเด็กปกติเช่นเดียวกับการศึกษาอื่น ๆ[11]

นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะให้ความสำคัญกับการชั่งน้ำหนักตัวของผู้ป่วยมากกว่าการเจริญเติบโตในส่วนอื่น ๆ ทั้งส่วนสูงและความยาวรอบศีรษะ เนื่องจากเป็นสิ่งที่สามารถสังเกตได้ง่ายและมีการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็ว รวมถึงมักเป็นเกณฑ์ที่แพทย์จะใช้ในการกำหนดระยะเวลาในการผ่าตัด ผู้ดูแลจึงให้ความสำคัญกับการติดตามน้ำหนักตัวมากที่สุด ในส่วนของการติดตามด้านส่วนสูงมักเกิดจากการเทียบเคียงกับเด็กในวัยเดียวกันเท่านั้น แต่ไม่มีการวัดส่วนสูงหรือความยาวรอบศีรษะอย่างจริงจัง อาจเนื่องมาจากเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างช้า ๆ ผู้ดูแลจึงไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร การติดตามภาวะโภชนาการของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในจังหวัดชายแดนใต้ส่วนใหญ่จึงเป็นการชั่งน้ำหนักตัวผู้ดูแลจึงเปรียบเทียบน้ำหนักตัวของเด็กป่วยกับการเจริญเติบโตกับเด็กคนอื่น ๆ ในวัยเดียวกัน

ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจใช้วิธีการกระตุ้นให้นมและการตามใจให้อาหารที่ชอบเป็นสาเหตุสำคัญที่เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับนมและอาหารเสริมไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะในการให้นมและอาหารเสริมที่จำเป็นสำหรับเด็กโรคหัวใจซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา[12] นอกจากนี้ผู้ดูแลบางรายยังให้ผู้ป่วยเด็กดื่มนมเปรี้ยวแทนนมแม่หรือนมผงสำหรับทารก ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับสารอาหารที่จำเป็นจากนมแม่ ซึ่งผู้ป่วยเด็กโรค

หัวใจพิการแต่กำเนิดควรได้รับการส่งเสริมให้ได้รับนมแม่ หรือปั๊มนมแม่ผสมนมผงให้ได้พลังงาน 24 – 30 แคลอรี/ออนซ์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และควรให้ผู้ป่วยเด็กดูดนมแม่ในช่วงกลางคืนหรือตอนรุ่งเช้าเพื่อส่งเสริมความผูกพันระหว่างมารดาและผู้ป่วยเด็ก[3]

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลซึ่งเป็นมารดามุสลิมจะให้เด็กป่วยดื่มนมแม่จนอายุ 2 ขวบ โดยไม่ได้ให้นมสำหรับเด็กอื่น ๆ เพิ่มเติม ซึ่งหลังจากขวบปีแรกคุณภาพสารอาหารในนมแม่จะลดลง การให้นมแม่เพียงอย่างเดียวจนอายุ 2 ขวบ เป็นสาเหตุหนึ่งของการขาดสารอาหารในเด็กป่วย[12] และยังพบประเด็นที่สำคัญจากการศึกษาครั้งนี้คือ เด็กป่วยบางรายได้รับการดูแลให้ดื่มนมแพะซึ่งบีบสดจากเต้า โดยไม่ผ่านกรรมวิธีในการฆ่าเชื้อหรือการตรวจสอบคุณภาพ จึงอาจเป็นอีกเหตุผลที่ทำให้เด็กป่วยได้รับสารอาหารไม่เพียงพอและได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจากการดื่มนมที่ไม่สะอาดและทำให้เกิดอาการท้องเสียได้ ดังนั้นพยาบาลควรส่งเสริมให้นำอาหารในท้องถิ่น มาเป็นอาหารเสริมอย่างถูกต้องและปลอดภัย เช่น แพะที่เป็นสัตว์เลี้ยงประจำท้องถิ่น นิยมนำมาประกอบอาหารและนมแพะสดสามารถหาได้ง่าย ราคาถูกกว่านมอื่น ๆ มีสารอาหารโปรตีน พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการทำให้น้ำนมแพะปราศจากเชื้ออย่างถูกต้องการก่อนนำมารับประทาน

ในส่วนของการตามใจให้รับประทานอาหารที่ชอบ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับอาหารเสริมที่ไม่เหมาะสมนั้นเกิดจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ขาดความรู้ด้านโภชนาการในการดูแลอาหารที่เหมาะสมกับเด็กโรคหัวใจ และผู้ดูแลรู้สึกสงสารผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาด้านการกินอาหารเมื่อผู้ป่วยอยากรับประทานอะไร มักจะตามใจตามที่ผู้ป่วยเด็กต้องการ โดยอาหารส่วนใหญ่ที่ผู้ป่วยมักขอรับประทาน เช่น ขนมกรุบกรอบ ลูกชิ้น ไส้กรอก อาหารเหล่านี้นอกจากจะทำให้เด็กป่วยรู้สึกอิ่มจนไม่อยากรับประทานข้าวแล้ว ยังมีส่วนประกอบของโซเดียมสูง ซึ่งจะทำให้อาการของเด็กป่วยเด็กแย่ลงได้ นอกจากนี้ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังยังทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร ประสิทธิภาพการย่อยและการดูดซึมอาหารลดลง เด็กป่วยจึงได้รับพลังงานไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย[7] ดังนั้นพยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้เกี่ยวกับการให้อาหารเสริมและสารอาหารต่างๆ สำหรับเด็กป่วยโรคหัวใจแก่ญาติและผู้แลอย่างต่อเนื่อง[13]

จากการศึกษาครั้งนี้ พบประเด็นสำคัญว่าผู้ดูแลจัดอาหารให้แก่ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ที่เป็นโรคหัวใจ เนื่องจากผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการจัดอาหารให้กับผู้ป่วยโรคหัวใจ โดยคิดว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดควรได้รับอาหารเช่นเดียวกับผู้ใหญ่ที่มีปัญหาในระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น ไม่ให้ผู้ป่วยรับประทานขนมที่มีส่วนประกอบของกะทิ ไม่ปรุงอาหารด้วยวิธีการทอดหรือผัด ไม่ใส่หอมเจียวในข้าวต้ม ซึ่งการได้รับอาหารที่มีไขมันต่ำมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดสารอาหารในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด[9] เนื่องจากผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จึงคิดว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและโรคหัวใจในผู้ใหญ่เป็นโรคเดียวกัน และต้องดูแลเหมือนกัน ร่วมกับการดูแลบุคคลในครอบครัวมักขึ้นอยู่กับการตัดสินในของปู่ ย่า ตา ยาย หรือผู้ที่มีอายุมากสุดในบ้าน[8] ดังนั้นพยาบาลควรให้ความรู้เรื่องอาหารกับผู้ดูแลเด็กป่วยโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัว เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถให้การดูแลแก่เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในการจัดการด้านอาหารและโภชนาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ส่วนผลกระทบของภาวะขาดสารอาหารต่อสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก ภาวะขาดสารอาหารเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยที่สำคัญของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด[9] เนื่องจากผู้ป่วยเด็กจะมีภูมิคุ้มกันร่างกายที่ลดลง จึง

เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มีผลให้ผู้ป่วยเด็กต้องเลื่อนกำหนดการผ่าตัดออกไปเรื่อย ๆ ทำให้เด็กป่วยต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น เด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลายคนมีอาการรุนแรงขึ้น หรือต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ พัฒนาการล่าช้า และยิ่งนานก็เหมือนกับน้ำหนักตัวของเด็กป่วยจะเพิ่มช้าขึ้นเรื่อย ๆ สิ่งเหล่านี้ก่อให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแล เปรียบเสมือนการรอคอยที่ไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนได้ และเด็กป่วยเองก็มีโอกาสที่อาการจะแย่ลงหรือเสียชีวิตในระหว่างการ รอคอย ภาวะขาดสารอาหารในเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแล การสูญเสียโอกาสในการรักษาตัว และมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยผู้ดูแลมีความคาดหวังว่าเด็กป่วยจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและเข้ารับการผ่าตัดได้โดยเร็ว เพื่อโอกาสในการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหลังการผ่าตัด[14]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ายังมีเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดจำนวนมากที่มีปัญหาด้านโภชนาการส่งผลให้ได้รับการรักษาที่ล่าช้า และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการจัดการด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลยังขาดความรู้ในการส่งเสริมภาวะโภชนาการอย่างถูกต้องและเหมาะสม พยาบาลควรพัฒนาโปรแกรมเพื่อพัฒนาศักยภาพและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล โดยใช้แหล่งอาหารที่มีประโยชน์ร่วมกับวิถีชีวิตของชุมชน ช่วยส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการจัดการอาหารสำหรับเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลมีภาวะโภชนาการที่ดี ร่างกายแข็งแรงไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความพร้อมสำหรับการผ่าตัดตามแผนการรักษาต่อไป

References

1. Daymont C, Neal A, Prosnitz A, Cohen MS. Growth in children with congenital heart disease. Pediatrics. 2013;131(1):e236-42.
2. World Health Organization.Congenital anomalies. [Internet]. 2016 [cited 2018 October 22]. Available from: www.who.int/fact-sheets/detail/congenital-anomalies.
3. Yingrengreung S, Rachawat P. Proviging care for congenital heart disease for good quality of life. Journal of Boromarajonani Colleage of Nursing Nakhonratchasima. 2014; 20(1): 5 – 14. (in Thai).
4. Noori NM, Moghaddam MN, Teimouri A, Boryri T, Hassan AS. Evaluation of growth status in children with congenital heart disease: a case – control study. Int J Pediatr. 2017; 12(5): 6503 –14.
5. Petruentong P, Srichantaranit A, Prasopkitikum T. Growth and development in children with congenital heart disease. Songklanagarind Journal of Nursing. 2018; 38(1): 10 – 21. (in Thai).
6. Wangsawat T, Phiban A, Piboonrungroj P, Hayeese W. The effect of educational program on knowledge and role of caregivers with congenital heart disease aged 0 – 3 years in Naradhiwas hospitals. Naradhiwas: Princess of Naradhiwas University; 2015. (in Thai).
7. Lohmae U, Karunan K, Jehdoloh S, Pattanasombutsook M. Caring for children with congenital heart disease:impact and assist guidelines. Journal of Nursing Public Health and Education. 2017; 18(3): 39 – 45. (in Thai).

8. Chunpetch A, Sivadomrongpong W, Yeepaloh M. Beliefs about foods and food preparation experiences for childhood with malnutrition of native Muslim mothers living in Yala province. Journal of Nursing and Education. 2014; 7(3): 24 – 34. (in Thai).
9. Vaidyanathan B, Nair SB, Sundaram KR, Babu UK, Shivaprakasha K, Rao SG,et,al. Malnutrition in children with congenital heart disease determinants and short term impact of corrective intervention. Indian Pediatr. 2008; 45(7): 541 – 6.
10. Parimanon C, Chaimay B, Woradet S. Nutritional status and factors associated with nutritional status among children aged 0 – 5 years: Literature Review. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 2017; 5(1): 329 – 42. (in Thai).
11. Eman M., Alshayma AA, Naglaa A. Growth in children with congenital heart disease. Zagazig University Medical Journal. 2018; 24(5): 365 – 70.
12. Awasthi S, Verma T, Sanghvi T, Frongillo E A. Path to severe acute malnutrition in children below 2 years of age: Findings of qualitative research in Uttar Pradesh, North India. Clin Epidemiol Glob Health. 2019; 7(2): 246-52.
13. Somchue N, Sanasuttipun W, Srichantaranit A. The Effect of a teaching program on knowledge and behaviors of caregivers to promote nutrition in children with acyanotic congenital heart disease. Nursing Science Journal of Thailand. 2016; 34(3):79-93
14. Mali MA, Cuscudo MM, Alchieri JC. Congenital heart disease and impacts on child development. Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery. 2016; 31(1): 31 – 7.