



ผลของโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนื่องที่บ้านต่อการเจริญเติบโต ของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ Effectiveness of a Continuing Nutrition Care at Home Program on the Growth of Children with Congenital Heart Disease in a Primary Health Care Unit

ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์¹ อัญญภัคสร ใจสมคม¹

ยุณี พงศ์จตุรวิทย์² ประเสริฐ ไพบูลย์รุ่งโรจน์³ วานิสา หะยีเซะ¹

Tidarat Wangsawat¹ Auyapaksorn Jaisomkom¹

Yunee Pongjaturawit² Praseat Piboonrunroj³ Wanisa Hayeese¹

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิราวุธวิทยาลัย, ²คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ³โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

¹Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University, ²Faculty of Nursing, Burapha University, ³Suansarnrom Hospital

Corresponding author: Tidarat Wangsawat Email: tidarat.tw73@gmail.com

Received: 28 July 2020 Revised: 20 November 2020 Accepted: 10 December 2020

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และศึกษาผลของโปรแกรมต่อการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน มีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 90 คน จำแนกเป็นบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มละ 30 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนื่องที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้กราฟการเจริญเติบโต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติทดสอบที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired sample T-test) ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 66.6 จำแนกเป็นขาดสารอาหารระดับ 2 ร้อยละ 33.3 ขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 20.0 และขาดสารอาหารระดับ 3 ร้อยละ 13.3 ในขณะที่มีภาวะโภชนาการปกติและน้ำหนักเกินร้อยละ 16.7 เท่ากัน เมื่อเปรียบเทียบการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็ก พบว่า ผู้ป่วยเด็กมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวเทียบกับอายุหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.95, p=.006$) ในขณะที่ค่าเฉลี่ยส่วนสูงเทียบกับอายุของผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ($t=.36, p=.72$)

คำสำคัญ: การเจริญเติบโต; การดูแลที่บ้าน; หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ; โภชนาการ; โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด



Effectiveness of a Continuing Nutrition Care at Home Program on the Growth of Children with Congenital Heart Disease in a Primary Health Care Unit

Tidarat Wangsawat¹ Auyapaksorn Jaisomkom¹

Yunee Pongjaturawit² Praseat Piboonrungrroj³ Wanisa Hayeese¹

¹Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University, ²Faculty of Nursing, Burapha University, ³Suansaranrom Hospital

Corresponding author: Tidarat Wangsawat Email: tidarat.tw73@gmail.com

Received: 28 July 2020 Revised: 20 November 2020 Accepted: 10 December 2022

Abstract

The purpose of this research and development study were to develop a continuing nutrition care at home program in a primary health care unit and to determine the effectiveness of this program on the growth of children with congenital heart disease (CHD). The sample was recruited by a multi-stage random sampling technique. Ninety participants were categorized into 3 groups including health personnel, caregivers, and children with congenital heart disease. Data were collected from October 2018 to September 2019 using the research instruments which consisted of the continuing nutrition care at the home program and growth record form for children with CHD. Descriptive statistics and paired t-tests were used for data analyses. The research results found that 66.6% of children with CHD were malnourished, classified as level 2 at 33.3%, level 1 at 20.0%, and level 3 at 13.3%. Those with normal weight and overweight were at 16.7%. When comparing the growth of children with CHD, it was found that the mean weight for age after receiving the program was significantly higher than before receiving the program ($t=2.95$, $p=.006$). The mean height for age of children with CHD before and after receiving the program was not significantly different ($t=.36$, $p=.72$).

Keywords: growth; home care; primary health care unit; nutrition; congenital heart disease



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดที่พบได้บ่อย สถิติในประเทศไทยพบอัตราการเกิดโรคเท่ากับ 11.03 ต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 คน และเป็นความพิการแต่กำเนิดที่พบได้มากที่สุด¹ ในขณะที่ทั่วโลกพบประมาณ 8 คนต่อทารกเกิดมีชีวิต 1,000 คน² มีอัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 25 จากเด็กป่วยทั้งหมด³ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยเด็กในหลาย ๆ ด้าน เช่น รับประทานอาหารได้น้อย หัวใจวาย ติดเชื้อทางเดินหายใจบ่อย เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ เหนื่อยง่าย และภาวะสมองขาดออกซิเจนเฉียบพลัน จากพยาธิสภาพของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับสารอาหารและพลังงานน้อย มีอัตราการเผผลาญสูง และเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ร่วมกับผู้ดูแลบางส่วนมีพฤติกรรมการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่เหมาะสม เช่น ให้รับประทานขนมกรุบกรอบ หยดให้นมเมื่อมีอาการเหนื่อยและไม่ให้เข้าเมื่ออาการดีขึ้น ไม่ให้รับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันหรือกะทิ ไม่ผสมน้ำมันมะกอกหรือน้ำมันมะพร้าวในนมสำหรับเด็ก⁴ ให้อาหารปริมาณไม่เหมาะสมกับวัยและโรคของผู้ป่วย ไม่จำกัดน้ำ⁵ สิ่งเหล่านี้เป็นสาเหตุสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีการเจริญเติบโตล่าช้า จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 53.2 และน้ำหนักค่อนข้างน้อยร้อยละ 23.44 และการศึกษาของเพชรลดา เพ็ชรเรือนทอง และคณะ⁶ พบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เชื่อมมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 34.8 และเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเชื่อมมีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ร้อยละ 72.7 เมื่อเปรียบเทียบการเจริญเติบโตระหว่างเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและเด็กปกติ พบว่าเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดมีการเจริญเติบโตล่าช้ากว่าเด็กปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ภาวะขาดสารอาหารส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีภูมิคุ้มกันลดลง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และต้องเลื่อนการผ่าตัดจากน้ำหนักตัวไม่เป็นไปตามเกณฑ์ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น และมีแนวโน้มที่น้ำหนักตัวจะเพิ่มช้าลงเรื่อย ๆ เมื่อมีอายุและกิจกรรมมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีคุณภาพชีวิตต่ำลงและผู้ดูแลเกิดความเครียดมากขึ้น ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจึงควรได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ วัคซีน การป้องกันโรคทางเดินหายใจ และการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มหัวใจ⁷ แต่ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่กลับได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ผู้ดูแลจึงต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กในภาวะที่มีความพร้อมไม่เพียงพอ จากการศึกษาของอิธารัตน์ หวังสวัสดิ์ และคณะ⁸ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดใน 3 จังหวัดชายแดนใต้ ร้อยละ 50 มีความรู้และบทบาทเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้ง 3 จังหวัดชายแดนใต้เป็นพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างจากพื้นที่อื่น ๆ ทั้งในส่วนของภาษา วิถีชีวิต วัฒนธรรม ตลอดจนความเชื่อต่าง ๆ เอกสารความรู้ที่มีอยู่โดยทั่วไปจึงไม่สามารถนำมาใช้ได้อย่างสมบูรณ์ในพื้นที่นี้ และต้องอาศัยบุคคลที่มีความใกล้ชิดและเข้าใจในบริบทที่แท้จริงเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ เพื่อให้สามารถเข้าใจ เข้าถึงและช่วยพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจึงเป็นหน่วยงานหลักที่สามารถตอบสนองด้านการดูแลผู้ป่วยในส่วนนี้⁹ แต่เนื่องจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีพยาธิสภาพและอาการที่ซับซ้อน และบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ การพัฒนาศักยภาพและความพร้อมของบุคลากรจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0-3 ปี สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ เริ่มจากการวิเคราะห์บทบาทและแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ปฏิบัติอยู่เดิม หลังจากนั้นร่วมพัฒนาคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0-3 ปี การได้รับเนื้อหาที่ครบถ้วน คงที่ มีภาพประกอบชัดเจน สามารถทบทวนได้ซ้ำ ๆ ช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ร่วมกับการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงผ่านการสาธิตและทดลองเตรียมอาหารสำหรับผู้ป่วยเด็กด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและจดจำได้นานขึ้น ดังนั้นผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการสอนด้วยคู่มือและการสาธิต

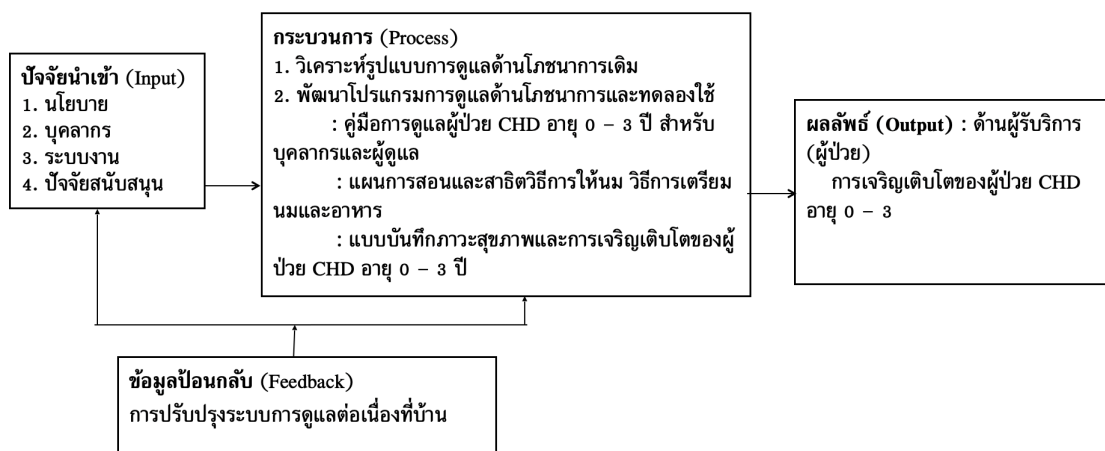
จึงมีความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้รับการดูแลตามปกติ นอกจากนี้การยกตัวอย่างอาหารที่มีความสอดคล้องตามบริบทและวิถีชีวิตของผู้ป่วยเด็กในพื้นที่ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการจัดเตรียมอาหารของผู้ป่วยเด็กเป็นเรื่องง่าย ไม่ยุ่งยาก อีกทั้งมีบุคลากรสาธารณสุขใกล้บ้านที่เข้าใจและใกล้ชิดกับครอบครัวเป็นที่ปรึกษา ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและให้การดูแลด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยเด็กได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้แบบบันทึกภาวะสุขภาพและโภชนาการของผู้ป่วยเด็กช่วยให้ผู้ดูแลสามารถประเมินผลการดูแลของตนเองได้ และยังใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินสุขภาพและสอดคล้องข้อมูลระหว่างบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลที่ให้การรักษานักผู้ป่วยเด็ก ช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเด็กมีความต่อเนื่อง ผู้วิจัยหวังว่าโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0-3 ปี สำหรับบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถเข้าถึงการเฝ้าระวังปัญหาทางสุขภาพ และได้รับคำแนะนำด้านการดูแลสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน ส่งเสริมให้การดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจในระยะยาวมีประสิทธิภาพ¹⁰ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนื่องที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมต่อการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ศึกษาภายใต้ทฤษฎีระบบ (system theory) เชื่อว่าระบบประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยที่มีความสัมพันธ์และขึ้นต่อกัน¹¹ เริ่มจากศึกษาปัจจัยนำเข้า (input) โดยการวิเคราะห์แนวทางและปัญหาในการดูแลด้านโภชนาการที่บ้านในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0-3 ปี ที่มีอยู่เดิม นำข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพัฒนารูปแบบการดูแลใหม่ (process) นำรูปแบบการดูแลใหม่ไปทดลองใช้ ศึกษาข้อมูลย้อนกลับ (feedback) และนำมาพัฒนาตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0-3 ปี สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หลังจากนั้นศึกษาผลลัพธ์ซึ่งเป็นตัวแปรตาม คือ การเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (output) ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนื่องที่บ้าน



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) มีการดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์แนวทางการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนืองที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และทดลองใช้โปรแกรม

ระยะที่ 3 ระยะประเมินประสิทธิผลการใช้โปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนืองที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยใช้การวิจัยแบบกึ่งทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0-3 ปี ในจังหวัดนราธิวาส ยะลา และปัตตานี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) จำนวน 90 คน แบ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มละ 30 คน เพื่อให้การแจกแจงเข้าใกล้โค้งปกติ 12 โดยมีขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่ม 1 อำเภอ จากแต่ละจังหวัด โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) ได้แก่ อำเภอดากใบ อำเภอเมืองยะลา อำเภอเมืองปัตตานี

ขั้นตอนที่ 2 สุ่ม 4 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในแต่ละอำเภอ โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement)

หลังจากนั้นแบ่งการสุ่มกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข ใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้ครบถ้วน

2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน (sampling without replacement) มีคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0-3 ปี ผู้ดูแลสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์การคัดออก คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมได้ครบถ้วน และผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนืองที่บ้านในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0-3 ปี สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการต่อเนืองที่บ้านในจังหวัดชายแดนใต้ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมใน ระยะที่ 2 ของการวิจัย ประกอบด้วย คู่มือการดูแลผู้ป่วย CHD อายุ 0-3 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข คู่มือการดูแลผู้ป่วย CHD อายุ 0-3 ปี สำหรับผู้ดูแล ซึ่งมีเนื้อหาบรรยายทั้งภาษาไทยและมลายูท้องถิ่นพร้อมภาพประกอบ และแบบบันทึกการเจริญเติบโตของผู้ป่วย รวมทั้งแผนการสอนวิธีการให้นม วิธีการเตรียมนมและอาหารสำหรับผู้ป่วยเด็กอายุ 0-3 ปี ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยทั้งหมดให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเหมาะสม ความสอดคล้อง และความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะในประเด็นของภาพประกอบตัวอย่างอาหาร และวิธีการปรุงที่สอดคล้องตามความเชื่อและวิถีชีวิตในชุมชน และนำไปทดลองใช้ในในกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและผู้ป่วยเด็กที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน หลังจากนั้นนำมาปรับปรุง



และพัฒนาในประเด็นให้แยกแบบบันทึกการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กเพศชายและหญิงออกเป็น 2 เล่ม เพื่อง่ายต่อการบันทึกข้อมูล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ศาสนา ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส ตำแหน่ง

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนบุตร และลักษณะครอบครัว

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ภาวะแทรกซ้อน จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยนอนพักรักษาในโรงพยาบาล

2.2 การประเมินการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็ก ประกอบด้วย แบบบันทึกน้ำหนักและส่วนสูง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยะลา รหัสโครงการ 4/2561 และได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา นราธิวาส และปัตตานี ผู้วิจัยมีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส รวมถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังได้รับอนุญาตจึงขอพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จึงดำเนินการวิจัย โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและวิเคราะห์แนวทางการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0-3 ปี ดำเนินการในระหว่างเดือนตุลาคม-ธันวาคม 2561 มีกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 อภิปรายกลุ่มครั้งที่ 1 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง มีผู้เข้าร่วม 25-30 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และผู้ดูแลหลัก เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยนำเข้าและค้นหาปัญหาเกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0-3 ปี ที่ใช้อยู่เดิม

กิจกรรมที่ 2 นำข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่มครั้งที่ 1 มาสังเคราะห์เพื่อให้ได้สภาพปัญหาที่แท้จริง จุดเด่น จุดด้อย และข้อควรพัฒนาของระบบเดิม

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและทดลองใช้ ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2562 โดยมีกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับนำผลการสังเคราะห์ปัญหาที่พบจากระบบเดิม มาออกแบบโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วย CHD อายุ 0-3 ปี สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โดยมีสื่อที่ใช้ในโปรแกรม ได้แก่ คู่มือการดูแลผู้ป่วย CHD อายุ 0-3 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข คู่มือการดูแลพร้อมแบบบันทึกภาวะสุขภาพและการเจริญเติบโตของผู้ป่วย CHD อายุ 0-3 ปี สำหรับผู้ดูแล และแผนการสอนเรื่องวิธีการให้นม วิธีการเตรียมนมและอาหาร ฉบับร่าง

กิจกรรมที่ 2 อภิปรายกลุ่มครั้งที่ 2 ใช้เวลา 4 ชั่วโมง มีผู้เข้าร่วม 25-30 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ



นักวิชาการสาธารณสุข และผู้ดูแลหลัก โดยนำเสนอโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการใช้งานจริง และร่วมให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงเพิ่มเติม

กิจกรรมที่ 3 นำข้อมูลจากการอภิปรายกลุ่มครั้งที่ 2 มาปรับปรุงโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วย CHD อายุ 0-3 ปี สำหรับหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ให้มีความเหมาะสม จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้ในผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ก่อนนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะอีกครั้ง

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์ ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม-กันยายน 2562 เป็นการนำโปรแกรมฯ ไปสู่การปฏิบัติโดยมีกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยขอพบกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข เพื่อแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองใช้โปรแกรม

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุข และแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วย CHD อายุ 0-3 ปี สำหรับบุคลากรสาธารณสุข

กิจกรรมที่ 3 ชี้แจงภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แก่กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากร ร่วมกันวิเคราะห์การเจริญเติบโตและแนวทางการดูแลด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเด็ก

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 60-120 นาที

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กมายังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อประเมินการเจริญเติบโตโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกการเจริญเติบโตของ ผู้ป่วยเด็ก พร้อมให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กแก่ผู้ดูแล

กิจกรรมที่ 2 ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข ร่วมกันวิเคราะห์การเจริญเติบโต และแนวทางการดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเด็ก

กิจกรรมที่ 3 กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล สธิตยย้อนกลับ หลังจากนั้นร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสมในการดูแลด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเด็ก พร้อมแจกคู่มือ การดูแลผู้ป่วย CHD อายุ 0-3 ปี สำหรับผู้ดูแล

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินแนวทางการดูแลด้านโภชนาการ ของผู้ดูแล พร้อมให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามคู่มือการดูแลผู้ป่วย CHD อายุ 0-3 ปี

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 6) ใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง

จัดอภิปรายกลุ่มสำหรับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขทั้ง 30 คน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0-3 ปี

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8)

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุข ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินการเจริญเติบโตพร้อม ลงบันทึกในแบบบันทึกการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็ก หลังจากนั้นจึงให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการเจริญเติบโตและ แนวทางการดูแลด้านโภชนาการสำหรับผู้ป่วยเด็กที่ผ่านมาแก่ผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างของน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วย เด็กก่อนและหลังใช้โปรแกรม โดยใช้สถิติที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t-test)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขมีจำนวน 30 คน นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 83.3 และนับถือศาสนาพุทธ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 มีอายุระหว่าง 29–53 ปี ($M=41.2$ ปี, $SD=7.61$ ปี) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 ระดับปริญญาโท จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 ครอบครัวมีรายได้ต่อเดือน 12,000–60,000 บาท ($M = 32,966.67$, $SD=11,963.98$) สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 มีประสบการณ์ด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ระหว่าง 0–2 ปี ($M=.47$ ปี, $SD=.63$ ปี) มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 96.7 และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอายุระหว่าง 1–36 เดือน ($M=22.73$ เดือน, $SD=10.86$ เดือน) เป็นเพศหญิง จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 เพศชายจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 ยังไม่เข้ารับการศึกษ จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 79.9 และระดับอนุบาล จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 21.1 เป็นบุตรคนแรก จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 รองลงมาคือเป็นบุตรคนที่สอง จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0 เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 56.7 มีระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่าง 2–36 เดือน ($M=22.13$ เดือน, $SD=10.63$ เดือน) มาตรวจตามนัดที่คลินิกเด็กโรคหัวใจ 1–5 ครั้ง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.7 ไม่เคยพกรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 โดยสาเหตุส่วนใหญ่คือปอดบวม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.4

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีความเกี่ยวข้องโดยเป็นมารดา จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 76.7 และเป็นบิดา จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 23.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 21–52 ปี ($M=34.83$ ปี, $SD=8.61$ ปี) นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 รองลงมานับถือศาสนาพุทธ จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 เป็นแม่บ้าน จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท/เดือน จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 รองลงมาคือ 5,001–10,000 บาท จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.6 มีจำนวนบุตรอยู่ระหว่าง 1–8 คน ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาเป็นครอบครัวขยาย จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 36.7 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ระหว่าง 1–36 เดือน ($M=22.33$ เดือน, $SD=9.93$ เดือน)

ส่วนที่ 2 น้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0–3 ปี มีภาวะโภชนาการเมื่อเทียบกับน้ำหนักอ้างอิงในเด็กอายุเดียวกัน¹³ (Weight for age) พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีภาวะขาดสารอาหารระดับ 2 จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รองลงมาคือขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 20.0 และขาดสารอาหารระดับ 3 จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ในขณะที่มีภาวะโภชนาการปกติและน้ำหนักเกินมีจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 เท่ากัน โดยมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักเทียบกับอายุอยู่ระหว่าง 57.20–110.20 ($M=80.72$, $SD=16.47$) เมื่อประเมินภาวะโภชนาการโดยส่วนสูง/ความยาวเทียบกับอายุ (Height for age) พบว่า มีภาวะโภชนาการปกติ จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 43.3 ขาดสารอาหารระดับ 1 จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 ขาดสารอาหารระดับ 2 คิดเป็นร้อยละ 23.3 สดท้ายขาดสารอาหารระดับ 3 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 โดยมีค่าเฉลี่ยส่วนสูง/ความยาวเทียบกับอายุอยู่ระหว่าง 77.89–110.40 ($M=94.14.72$, $SD=7.40$) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (n=30)

การเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักเทียบกับอายุ (Weight for age)		
น้ำหนักเกิน (Overweight)	5	16.7
ระดับโภชนาการปกติ (Normal nutritional)	5	16.7
ขาดอาหารระดับ 1 (First degree malnutrition)	6	20.0
ขาดอาหารระดับ 2 (Second degree malnutrition)	10	33.3
ขาดอาหารระดับ 3 (Third degree malnutrition)	4	13.3
Max = 110.20, Min = 57.20, M = 80.72, SD = 16.47		
ส่วนสูง/ความยาวเทียบกับอายุ (%H/A) < 50 ปี		
ระดับโภชนาการปกติ (Normal nutritional)	13	43.3
ขาดอาหารระดับ 1 (First degree malnutrition)	8	26.7
ขาดอาหารระดับ 2 (Second degree malnutrition)	7	23.3
ขาดอาหารระดับ 3 (Third degree malnutrition)	2	6.7
Max = 110.40, Min = 77.89, M = 94.14, SD=7.40		

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบน้ำหนักและส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 – 3 ปี ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0–3 ปี ในระยะก่อนและหลังการทดลอง พบว่า น้ำหนักของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0–3 ปี ก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ยเท่ากับ 80.72 (SD=16.47) และภายหลังได้รับโปรแกรมเฉลี่ยเท่ากับ 81.91 (SD=16.08) เมื่อพิจารณาความแตกต่างของน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเด็กด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดเปรียบเทียบก่อนหลัง (paired-sample t-test) พบว่า น้ำหนักตัวของผู้ป่วยเด็กหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาความแตกต่างของส่วนสูงของผู้ป่วยเด็ก พบว่า ส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0–3 ปี ก่อนได้รับโปรแกรมเฉลี่ยเท่ากับ 94.14 (SD=7.40) และ ภายหลังได้รับโปรแกรมเฉลี่ยเท่ากับ 94.23 (SD=7.29) เมื่อพิจารณาความแตกต่างส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดเปรียบเทียบก่อนหลัง (paired-sample T-test) พบว่า ส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังการทดลอง ไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0–3 ปี ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ตัวแปรผลลัพธ์	การเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด อายุ 0 – 3 ปี				t	p-value
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	M	SD	M	SD		
น้ำหนักเทียบกับอายุ	80.72	16.47	81.91	16.08	2.95	.006
ส่วนสูงเทียบกับอายุ	94.14	7.40	94.23	7.29	.36	.72

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0-3 ปี มีภาวะขาดสารอาหารจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 66.6 จำแนกเป็นขาดสารอาหารระดับ 1 ร้อยละ 20.0 ขาดสารอาหารระดับ 2 ร้อยละ 33.3 และขาดสารอาหารระดับ 3 ร้อยละ 13.3 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์ และคณะ⁴ พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 53.2 และผลการศึกษาของเพชรลดา เพ็ชรเรือนทอง และคณะ⁶ ซึ่งพบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวและชนิดเขียวที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในจังหวัดสงขลา มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 34.8 และ 72.2 ตามลำดับ อธิบายได้ว่าโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กมีอัตราการเผาผลาญเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารและนมได้น้อย การดูดซึมขาดประสิทธิภาพ และการสูดฉีดเลือดออกจากหัวใจผิดปกติ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีการเจริญเติบโตช้ากว่าเด็กปกติในวัยเดียวกัน^{5-6,14-15} และจากการวิเคราะห์สภาพปัญหา ก่อนพัฒนาโปรแกรม พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจก็เป็นส่วนหนึ่งที่มีผลต่อการเลือกซื้ออาหารหรือจัดเตรียมอาหารให้แก่ผู้ป่วยเด็ก โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ซึ่งรายได้จำนวนนี้ต้องใช้จ่ายดูแลสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว และเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจัดอาหารแยกสำหรับผู้ป่วยเด็กโดยเฉพาะได้เนื่องจากจะทำให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น หรือไม่สามารถเลือกซื้ออาหารที่มีพลังงานสูงให้แก่ผู้ป่วยเด็กได้ และสุดท้ายปัจจัยด้านการเลี้ยงดูก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีการเจริญเติบโตช้า เช่น การให้อาหารที่มีพลังงานน้อย ให้ดื่มนมเปรี้ยวแทนนมสำหรับทารกและเด็ก ไม่ให้นมข้าหลังจากผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย รวมถึงความเข้าใจผิดว่าห้ามให้อาหารที่มีไขมันสูงเช่นเดียวกับในผู้ใหญ่ที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ⁴ จากพฤติกรรมการเลี้ยงดูเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกาย มีการเจริญเติบโตของเซลล์กล้ามเนื้อ กระดูก สมอง และระบบประสาทลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้ มีพัฒนาการล่าช้า เกิดการติดเชื้อได้ง่าย และมีบางส่วนที่ต้องชะลอการผ่าตัดออกไปเนื่องจากสภาพร่างกายไม่พร้อม ในขณะที่การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในปัจจุบันจะพยายามให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติให้เร็วที่สุด โดยเฉพาะในช่วงขวบปีแรกซึ่งจะช่วยลดความผิดปกติของกล้ามเนื้อหัวใจอย่างถาวรได้ การดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน เพิ่มโอกาสในการรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยเด็กจำนวนหนึ่งมีภาวะโภชนาการปกติและน้ำหนักเกิน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยในกลุ่มนี้มีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดเพียงเล็กน้อย ไม่มีผลต่อปริมาณออกซิเจนและเลือดที่ไหลเวียนไปเลี้ยงร่างกาย เนื้อเยื่อต่างๆ สามารถเจริญได้ตามปกติ ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มนี้จึงสามารถดำรงชีวิตได้เช่นเดียวกับเด็กปกติ โดยเพิ่มเติมการดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดตามให้ได้รับวัคซีนตามกำหนด ดูแลความสะอาดของช่องปากป้องกันโรคฟันผุ หลีกเลี่ยงการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หากผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนก็จะสามารถหายเป็นปกติได้โดยไม่ต้องรับการรักษาใดๆ

การเปรียบเทียบการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0-3 ปี ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่า น้ำหนักเทียบกับอายุของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0-3 ปี ก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรมเฉลี่ยเท่ากับ 80.72 (SD=16.47) และภายหลังได้รับโปรแกรมเฉลี่ยเท่ากับ 81.91 (SD=16.08) เมื่อพิจารณาความแตกต่างของน้ำหนักเทียบกับอายุของผู้ป่วยเด็กด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดเปรียบเทียบก่อนหลัง (Paired - Sample T-test) พบว่า น้ำหนักตัวของผู้ป่วยเด็กหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .006 โดยจากการอภิปรายกลุ่มเพื่อวิเคราะห์สภาพปัญหา ผู้ดูแลส่วนหนึ่งสะท้อนว่าผู้ป่วยเด็กจะได้รับการประเมินการเจริญเติบโตเมื่อมาพบแพทย์ตามนัด โดยได้รับข้อมูลด้านโภชนาการและคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยจากแพทย์และพยาบาลในช่วงเวลาสั้นๆ ทำให้ไม่สามารถนำไปใช้ได้จริง ผู้ดูแลจึงยังคงมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กด้านโภชนาการที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานขนมกรุบกรอบ เติมน้ำหรือชงสปริงรสในอาหาร และไม่ให้อาหาร



ที่มีส่วนประกอบของกะทิและไขมัน อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้านจะอยู่ภายใต้การตัดสินใจของผู้ดูแลทั้งหมด เมื่อเกิดปัญหาก็ไม่สามารถติดต่อหรือขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญได้ ผู้ดูแลส่วนหนึ่งจึงรู้สึกโดดเดี่ยวเมื่อต้องกลับมาดูแลผู้ป่วยเด็กด้วยตนเองที่บ้าน จากสภาพปัญหาดังกล่าว เมื่อผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนื่องที่บ้านในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยการนำบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนมาเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลด้านโภชนาการแก่ผู้ป่วยเด็ก ทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการดูแลผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน ช่วยให้การดูแลเกิดความต่อเนื่อง มีการติดตามประเมินผล และให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหา จึงทำให้ผู้ดูแลสามารถปรึกษาผู้เชี่ยวชาญได้แม้จะดูแลอยู่ที่บ้าน และจากการศึกษาสภาพปัญหาด้านบุคลากร พบว่าบุคลากรส่วนใหญ่ขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ไม่มีความมั่นใจในการให้คำแนะนำและดูแลผู้ป่วยเด็กเมื่อเกิดปัญหา ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรมการให้ความรู้เป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมเพื่อให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก พร้อมจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด สำหรับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อใช้ทบทวนความรู้ ซึ่งการอ่านคู่มือซ้ำหลาย ๆ ครั้ง ได้รับเนื้อหาที่ครบถ้วนและคงทำให้เกิดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ได้จริง การส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิจะช่วยลดช่องว่างของการดูแลแบบแยกส่วนระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน ที่ขาดความต่อเนื่องและไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยได้¹⁶ นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้บุคลากรในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิมีส่วนร่วมในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ช่วยให้บุคลากรมองเห็นบทบาทของตนเองและมีความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ดูแลมากขึ้น กิจกรรมการให้ความรู้ที่ประกอบด้วยการบรรยาย สาธิตและสาธิตย้อนกลับ ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงที่ได้ทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง ได้รับการชี้แนะในประเด็นที่สงสัยหรือไม่มั่นใจในทันที มีการทวนซ้ำด้วยตนเองจากการอ่านคู่มือ การเรียนรู้จากประสาทสัมผัสหลาย ๆ ด้าน ทำให้สามารถเรียนรู้ เข้าใจ จดจำได้นาน และนำไปสู่การปฏิบัติจริงที่มีประสิทธิภาพ¹⁷ อีกทั้งการเรียนรู้จากบุคลากรสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิด เข้าใจในบริบท และวิถีชีวิตของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้รับคำแนะนำที่หลากหลายสอดคล้องกับวิถีชีวิต และนำไปปฏิบัติตามได้ง่าย เห็นได้จากการติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 4 และ 8 หลังกิจกรรมการให้ความรู้ พบว่าผู้ดูแลมีการนำวัตถุดิบที่มีอยู่ในชุมชนและราคาไม่แพงมาปรุงแต่งอาหารให้น่ารับประทานมากขึ้น เช่น นำน้ำผึ้งรวงและกล้วยหอมมาตกแต่งไอศกรีมแทนการรับประทานไอศกรีมเพียงอย่างเดียว ให้ผู้ป่วยรับประทานผักทอดแทนการต้มหรือหนึ่ง เตมน้ำมันมะกอกหรือน้ำมันมะพร้าวในอาหารหรือนม รวมถึงการนำกะทิมาเป็นส่วนประกอบในการปรุงอาหารหรือเติมกะทิในขนมที่ผู้ป่วยเด็กรับประทาน การปรุงแต่งอาหารด้วยวิธีการเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กได้รับพลังงานเพิ่มขึ้น เสริมโพตัสเซียม และมีราคาถูกกว่าท้องตลาด อีกทั้งผู้ดูแลยังตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การปรุงอาหารที่ลดการสะสมของโซเดียม ซึ่งจะช่วยลดอาการบวมในผู้ป่วยเด็ก เช่น ลดการให้ขนมกรุบกรอบ หลีกเลี่ยงการเติมเกลือหรือซอสปรุงรสในอาหาร ใช้น้ำซूपปรุงเองจากการต้มเนื้อสัตว์แทนน้ำซूपสำเร็จรูป ชงน้ำหวานด้วยน้ำผึ้งธรรมชาติแทนการชอน้ำหวานสำเร็จรูป พฤติกรรมการให้อาหารเหล่านี้ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กได้รับอาหารที่มีพลังงานสูงขึ้นเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย และช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ ลงได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนื่องที่บ้าน นอกจากนี้โปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนื่องที่บ้านซึ่งนำบุคลากรในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิซึ่งมีความใกล้ชิด เข้าใจในวัฒนธรรม และได้รับความไว้วางใจจากผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้และติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและคงไว้ซึ่งการดูแลด้านโภชนาการที่เหมาะสม ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ จึงควรเป็นบทบาทของผู้ดูแลภายใต้คำแนะนำหรือการประสานงานของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ¹⁸ แต่เมื่อพิจารณาความแตกต่างด้านส่วนสูงของผู้ป่วยเด็ก พบว่า ส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0-3 ปี ก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลด้านโภชนาการต่อเนื่องที่บ้าน เฉลี่ยเท่ากับ 94.14 (SD=7.40) และภายหลังได้รับโปรแกรมเฉลี่ยเท่ากับ

94.23 (SD=7.29) เมื่อพิจารณาความแตกต่างด้านส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กด้วยสถิติทดสอบค่าทีชนิดเปรียบเทียบก่อนหลัง (paired-sample T-test) พบว่า ส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากการศึกษาในครั้งนี้มีการติดตามประเมินผลเกี่ยวกับส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กในระยะเวลา 2 เดือน ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการติดตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างกระดูก ทำให้ไม่สามารถเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงด้านส่วนสูงของผู้ป่วยเด็กได้ การศึกษาในครั้งต่อไปจึงควรมีการติดตามประเมินผลในระยะยาว เพื่อให้สามารถเห็นถึงการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับส่วนสูงได้ชัดเจนยิ่งขึ้น เนื่องจากการเจริญเติบโตด้านร่างกายทั้งน้ำหนักและส่วนสูงเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้ง่ายขึ้น¹⁷ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมให้ครอบคลุมเพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลด้านโภชนาการในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมด้านการจัดการอาหารให้แก่ผู้ป่วยที่เหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยเด็กมีการเจริญเติบโต พัฒนาการ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำไปใช้ โปรแกรมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่พัฒนาขึ้น จากงานวิจัยนี้ สามารถให้บุคลากรทางสาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมินำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้ โดยจัดให้มีการพัฒนาทักษะของบุคลากรในการใช้โปรแกรม และให้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ ติดตามอาการ และประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง โดยเน้นการวางแผนร่วมกันระหว่างบุคลากรและผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

2. ด้านการวิจัย ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัยเพื่อติดตามการเจริญเติบโตของผู้ป่วยเด็กในระยะยาว ภายหลังการใช้โปรแกรม และเก็บข้อมูลการเจริญเติบโตของเด็กให้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น ความยาวหรือส่วนสูง และความยาวรอบศีรษะ

References

1. Pangkanon S, Sawasdivorn S, Kuptanon C. The prevalence of congenital anomalies in Thailand. Thai Journal of Pediatrics 2016;55(2):85-2. (in Thai)
2. Chowdhury F, Hoque MM, Ali M, Hossain A. Comparison of growth in children with cyanotic and acyanotic congenital heart disease in a tertiary care hospital. Journal of Bangladesh College of Physicians and Surgeons 2018;36(2):64-9.
3. Soipheth N, Intichoti N, Khutmuang W, Suanpan N. Care for children with congenital heart disease to prevent respiratory tract infection. Journal of Health and Nursing Research 2019;35(2)26-37. (in Thai)
4. Wangsawat T, Jaisomkom A, Pongjaturawit Y, Piboonrungraj P, Hayeese W, Samael L. Nutritional status and experience of caregiver in food management for children with congenital heart disease aged 0-3 years in southern border provinces. Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing 2019;30(2):82-93. (in Thai)
5. Somchue N, Sanasuttipun W, Srichantarant A. The effect of a teaching program on knowledge and behaviors of caregivers to promote nutrition in children with acyanotic congenital heart disease. Journal of Nursing Science 2016;34(3):79-93. (in Thai)
6. Petruentong P, Srichantarant A, Prasopkitikum T. Growth and development in children with congenital heart disease. Songklanagarind Journal of Nursing 2018;38(1):10-21. (in Thai)
7. Bertolotti J, Caroline G. Quality of life and congenital heart disease in childhood and Adolescence. Arp Bras Cariol 2014;102(2):192-8.



8. Wangsawat T, Phiban A, Piboonrungrroj P, Hayeese W, Chansintop S, Dereh N, et al. The effect of education program on knowledge and role in the caregiver for children with congenital heart disease aged 0–3 years. *Princess of Naradhiwas University Journal* 2019;11(3):93–103. (in Thai)
9. Lantin-Hermoso MR, Berger S, Bhatt AB, Richerson JE, Morrow R, Freed MD, et al. The care of children with congenital heart disease in their primary medical home. *American Academy of Pediatrics* 2017;140(5):1–10.
10. Eagleson K, Campbell M, McAlinden B, Heussler H, Pagel S, Webb K, et al. Congenital heart disease long-term improvement in functional hEalth (CHD LIFE): A partnership programme to improve the long-term functional health of children with congenital heart disease in Queensland. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2020;56:1003–9.
11. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press;1980.
12. Kerlinger NF. Foundations of behavioral research. 3rd ed. New York: Holt Rinehard & Winston;1986.
13. Ratanachuak S. Pediatric nutrition handbook. 3rd ed. Bangkok: Chaicharoen;2012.
14. Daymont C, Neal A, Prosnitz A, Cohen MS. Growth in children with congenital heart disease. *Pediatrics*. 2013;131(1):236–42.
15. Eman M, Alshayma AA, Naglaa A. Growth in children with congenital heart disease. *Zagazig University Medical Journal* 2018; 24(5):365–70.
16. Mahamad P. Health care service model for the bed bound by community participation, Sungaikolok sub district, Narathiwat 2019;10(2):51–63. (in Thai)
17. Yingrengreung S, Rachawat P. Providing care for children with congenital heart disease for good quality of life. *The Journal of Boromarajonni College of Nursing, Nakhonratchasima* 2014;20(1):5–10. (in Thai)