

โครงการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัว
ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด



นางสาวมุสดี ใจอารีย์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2559

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF DISEASE PREVENTION MOTIVATION PROGRAM ON FAMILY
CAREGIVERS' BEHAVIOR IN ORAL HEALTH CARE FOR PRESCHOOLERS
WITH CONGENITAL HEART DISEASE

Miss Putsadee Jaiaree



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรม ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็ก วัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
โดย	นางสาวมุสดี ใจอารีย์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ผาณิตรัตน์)

ผู้สื ใจอารีย์ : โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (THE EFFECT OF DISEASE PREVENTION MOTIVATION PROGRAM ON FAMILY CAREGIVERS' BEHAVIOR IN ORAL HEALTH CARE FOR PRESCHOOLERS WITH CONGENITAL HEART DISEASE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศ. ดร. วิณา จีระแพทย์, 164 หน้า.

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ ต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 3-6 ปี และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 22 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค แบบสอบถามในการกำกับกับการทดลอง และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามในการกำกับกับการทดลอง และแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลมีค่าความเที่ยงครอนบาคอัลฟา 0.829, 0.910, 0.808, 0.861 และ 0.867 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยหาค่า ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที่ (t-test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1) ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2) ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยสนับสนุนให้เห็นว่า กิจกรรมการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จะมีประสิทธิภาพเมื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้ 2 องค์ประกอบคือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ และการประเมินการเผชิญปัญหา ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เกิดแรงจูงใจ มีความตั้งใจและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลที่ดีขึ้น

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5677189736 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: DISEASE PREVENTION MOTIVATION PROGRAM / FAMILY CAREGIVERS / ORAL HEALTH CARE / CONGENITAL HEART DISEASE / PRESCHOOLER

PUTSADEE JAIAREE: THE EFFECT OF DISEASE PREVENTION MOTIVATION PROGRAM ON FAMILY CAREGIVERS' BEHAVIOR IN ORAL HEALTH CARE FOR PRESCHOOLERS WITH CONGENITAL HEART DISEASE. ADVISOR: PROF. VEENA JIRAPAET, Ph.D., 164 pp.

This quasi-experimental research investigated the effect of disease prevention motivation program on family caregivers' behavior in oral health care among preschoolers with congenital heart disease. The protective motivation theory by Rogers [1983] was applied for the program development. Subjects consisted of 44 family caregivers of the preschoolers with congenital heart disease, aged between 3-6 years admitted at an inpatient unit of two tertiary level hospitals. They were equally assigned into either the control group or the experimental group, 22 in each group. The experimental group received the motivation enhancing program for 4 weeks while the control received the conventional nursing care. Research instruments included the motivation enhancing program, the experimental monitoring questionnaire (EMS) and the family caregivers' behavior in oral health care among preschoolers with congenital heart disease questionnaire (FCB-OHCPCHDS). All of the instruments were tested for content validity. The reliability of EMS and FCB-OHCPCHD were 0.829, 0.910, 0.808 , 0.861 and 0.867 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test. The major results are as follows:

1) The mean score of family caregivers' behavior in oral health care among preschoolers with congenital heart disease after receiving the motivation enhancing program was higher than that before receiving the program at significant level .05.

2) The mean score of family caregivers' behavior in oral health care among preschoolers with congenital heart disease in the group receiving the motivation enhancing program was higher than that in the group receiving routine nursing care at a significant level of .05.

These findings revealed the nursing activities which promoted the family caregivers' behavior in oral health care among preschoolers with congenital heart disease. The effective activities involve the caregiver's learning abilities in two components, a threat appraisal and a coping appraisal. These lead to individual changes in attitude, motivation and willingness to a better health behavior.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2016

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ เสียสละเวลาอันมีคุณค่า เพื่อให้คำปรึกษาและแนะนำตลอดจน ช่วยตรวจสอบปรับปรุงข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ตลอดมา อีกทั้งยังช่วยสอนให้ผู้วิจัยมีหลักคิดในการทำงานอย่างเป็นระบบซึ่งเป็นสิ่งที่หาไม่ได้จากตำราเรียนเล่มใด ๆ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณา และความเสียสละที่ท่านได้มอบให้มาตลอดจึงขอกราบขอบคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งนภา ภาณิตร์ตัน กรรมการนอกวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ และ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง จนทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษาวิจัยซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมทำให้เกิดความสำเร็จของการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบคุณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยที่ได้สนับสนุนทุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอกราบขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัยที่ได้สนับสนุนทุนในงานวิจัยครั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสุภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีและผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ตลอดจนเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์อันมีคุณค่า ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณเพื่อนนิสิตสาขาการพยาบาล เด็ก รหัส 56 ทุกท่านที่คอยช่วยเหลือเกื้อหนุน ร่วมสุขร่วมทุกข์ และคอยเติมพลังแรงใจให้ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบคุณและรำลึกถึงพระคุณของบิดามารดาของผู้วิจัยที่ ให้กำเนิดและเลี้ยงดูอบรมสั่งสอน จนทำให้ผู้วิจัยมีสติปัญญาและมีความรู้ ตลอดจนมีจิตใจเข้มแข็งทำให้สามารถผ่านอุปสรรคทุกอย่างมาได้ด้วยดี และขอขอบคุณครอบครัวที่ทองอ่อนที่เป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญยิ่งในความสำเร็จครั้งนี้คุณค่าและประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่ บุพการีและทุกคนในครอบครัวตลอดจนคณาจารย์ ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและผู้ดูแลเด็กป่วยทุกท่าน ขอให้ท่านมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีกำลังใจที่เข้มแข็งต่อไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็ก.....	11
2. เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	19
3. สุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	21
4. พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	24
5. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค.....	45
6. บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวป้องกันโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....	56
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	59
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	60

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	60
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	62
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	69
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย	72
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	79
การวิเคราะห์ข้อมูล	80
สรุปวิธีดำเนินการวิจัย.....	81
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	82
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	90
สรุปผลงานวิจัย	96
อภิปรายผลการวิจัย	98
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	101
รายการอ้างอิง.....	103
ภาคผนวก	113
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	114
ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ และจดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้ เครื่องมือวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย	116
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมและเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	124
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	140
ภาคผนวก จ ค่าความเที่ยงของเครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	157
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	164

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 การออกแบบโปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	55
ตารางที่ 2 ตารางแสดงกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค	63
ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกตามความสัมพันธ์กับเด็กวัยก่อน เรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ ระดับการศึกษา เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว.....	83
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำแนกตามอายุ เพศ จำนวนพี่น้อง	85
ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย ก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม การสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=22)	86
ตารางที่ 6 พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ สร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกตาม รายได้.....	87
ตารางที่ 7 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัย ก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 22)	88
ตารางที่ 8 ค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ความคาดหวังในประสิทธิภาพการตอบสนองของผู้ดูแลใน ครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ความเชื่อมั่นใน ความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรายบุคคลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ (n=22).....	163

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 แบบแผนของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Rogers,1983).....	49
แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย	59
แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงาน.....	81



บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นความผิดปกติแต่กำเนิดที่พบบ่อย มีอุบัติการณ์สูง พบว่าในจำนวนทารกมีชีพ 1000 คน จะมีทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดของหัวใจอยู่ 4 - 50 คน (Pierpont et al., 2007) ในประเทศไทยพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประมาณ 7-8 รายต่อทารกที่เกิดมีชีพ 1000 ราย (วนิดา เสนะสุทธิพันธ์, 2552) และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของเด็กในช่วง 5 ปี แรก (O'Brien and Baker, 2007) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเกิดจากความผิดปกติของระบบโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือดตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์มารดาเป็นผลให้หัวใจทำงานผิดปกติ นอกจากนั้นยังพบว่าเด็กกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ คือ โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ (infective endocarditis, IE) ซึ่งแนวโน้มในปัจจุบัน พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เกิดภาวะแทรกซ้อนด้วยโรค IE ในแต่ละปีเพิ่มมากขึ้น (Hoyer and Silberbach, 2005) อุบัติการณ์เกิดโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ที่ 6.1 ใน 1000 คน (Rushani et al., 2013) มักพบในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป (พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554) และเป็นภาวะแทรกซ้อนหลักที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Day et al., 2009; Tekeda, Nakanishi and Nakazawa, 2005) และนอกจากนั้นยังพบว่าเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค IE มากกว่าเด็กวัยอื่นเนื่องจากพบภาวะสุขภาพช่องปากไม่ดีและมีฟันผุมากกว่าเด็กวัยอื่น (วิลาวลัย วีระอาซากุลและ วิบูลย์ วีระอาซากุล, 2554; ประไพ ชุณหคล้าย และ ธิมาภรณ์ ณ สงขลา, 2548) ซึ่งเป็นช่องทางเข้าของเชื้อโรคที่สำคัญ แม้ว่าโรค IE จะสามารถรักษาได้ด้วยการให้ยาและการผ่าตัด แต่สามารถทำให้เด็กเสียชีวิตได้โดยพบผู้ป่วยเด็กร้อยละ 10 เสียชีวิตจากโรคนี้ (Yoshinaga et al., 2008)

ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรค IE ที่รักษาหายแล้วยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค IE ซ้ำ จากมีความผิดปกติของหัวใจและมีร่องรอยจากการถูกทำลายของเยื่อหุ้มหัวใจ (บุญชู พงษ์พานิชย์, 2555) และเมื่อผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรค IE ก็ยังทำให้อาการของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแย่ลงไปอีก ส่งผลให้หัวใจมีพยาธิสภาพรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและมีอาการของโรคหัวใจกำเริบขึ้น (บุญชู พงษ์พานิชย์, 2555) จากการศึกษาของ อรทัย พาชีรัตน์ (2551) พบว่าช่องทางในการติดเชื้อที่สำคัญของโรค IE ในเด็ก คือการมีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี มีฟันผุซึ่งเป็นช่องทางทำให้เชื้อโรคเข้าสู่กระแสเลือดได้ โดยมีสาเหตุจากเชื้อ streptococci viridans เป็นสาเหตุหลัก (รติการ เพ็ชรประกอบ,

2554) ซึ่งเป็นเชื้อที่พบในช่องปากและทางเดินอาหาร เนื่องจากโรค IE เป็นโรคที่รักษายาก พบภาวะแทรกซ้อนมาก ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและมีอัตราการตายค่อนข้างสูง (บุญชู พงษ์พานิชย์, 2555) การป้องกันไม่ให้เกิดโรค IE จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการลดอุบัติการณ์ของการเกิดโรค IE (วันดี วราวิทย์, ประพุทธและคณะ, 2544) ซึ่งวิธีหนึ่งที่มีประสิทธิภาพ ในการป้องกันโรค IE คือการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน

เนื่องจากเด็กมีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนมีข้อจำกัดในหลาย ๆ ด้านจากพัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ กล้ามเนื้อมัดเล็ก ยังเจริญไม่เต็มที่ การประสานของตาและกล้ามเนื้อสัมพันธ์กันยังไม่ดี จึงยังไม่สามารถแปรงฟันเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ปริยา เกตุทัต, 2540) มีข้อจำกัดของความคิดสติปัญญา ทฤษฎีของ Piaget (1896 อ้างถึงใน พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2551) กล่าวว่าเด็กวัยก่อนเรียนมีขั้นพัฒนาการใกล้เคียงความคิดรวบยอด (intuitive thought phase) ไม่สามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจได้ ความคิดความเข้าใจของเด็กยังขึ้นกับสิ่งที่เขารับรู้หรือสิ่งที่เขามองเห็นในขณะนั้น เด็กวัยนี้ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลางยึดความคิดความต้องการของตนเองเป็นหลัก (ปริยา เกตุทัต, 2540) ทำในสิ่งที่ตนเองอยากทำ โดยไม่เข้าใจผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและไม่เข้าใจว่ามีผลต่อตนเองอย่างไร ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจึงมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากไม่ดีและไม่สามารถมีพฤติกรรมป้องกันโรค IE ได้ นอกจากนั้นแล้วเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีโครงสร้างของฟันต่างจากเด็กปกติ คือมีความผิดปกติของผิวเคลือบฟันน้ำนมมีการสึกกร่อนได้ง่ายกว่าเด็กปกติ (Hallett , Radford, and Seow,1992; El- hawary et al., 2014) พบว่ามีการสลายของแคลเซียม ฟอสฟอรัสมากกว่าเด็กปกติ (El- hawary et al., 2014) อีกทั้งการได้รับยารักษาโรคหัวใจที่มีส่วนผสมของน้ำตาลชูโครสที่สูง เช่น Digoxin เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดฟันผุในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ (Evans et al.,1999; Bigeard, 2000) และการได้รับยาขับปัสสาวะทำให้เกิดภาวะน้ำลายน้อย ปากแห้งส่งผลทำให้การชะล้างเศษอาหารลดลง ความเป็นกรดต่างในช่องปากไม่สมดุล ซึ่งน้ำลายมีหน้าที่สำคัญในการป้องกันและซ่อมแซมฟัน (Sreebny and Schwartz, 1997; กองทันตสาธารณสุข, 2545) ดังนั้นผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจึงเป็นเด็กกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิด ฟันผุทั้งนี้เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันการเกิดฟันผุในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งนำไปสู่การเกิดโรค IE โดยผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีความรู้และปฏิบัติได้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อป้องกันโรค IE

ซึ่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประกอบด้วยพฤติกรรมด้านการทำความสะอาดช่องปากที่หลีกเลี่ยงการทำให้เด็กเกิดอาการเขี้ยวกะทันหันหรือมีอาการเหนื่อยหอบจากการแปรงฟัน พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ป้องกันการเกิดโรคฟันผุ และ

ด้านทันตกรรมป้องกันด้วยการตรวจประเมินช่องปาก การพาไปพบทันตแพทย์เพื่อเฝ้าระวังและการเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนพบทันตแพทย์ (กองทันตสาธารณสุข, 2551; สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ, 2549) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (น้ำทิพย์ แก้วชิต และกัลยาณี ท่าจีน, 2550) ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค IE และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค IE อยู่ในระดับต่ำ (Knochelmann and Geyer, 2014) อีกทั้งยังขาดการรับรู้ถึงอาการ ความรุนแรงของโรค IE และโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Cheuk et al., 2004) และไม่รับรู้ถึงประโยชน์จากการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งสามารถป้องกันโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ (Da Silva, Souza and Cunha, 2002) นอกจากนี้ยังพบว่ามีทัศนคติที่ไม่ดีในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Suvarna, Rai, and Hegde, 2011) ขาดความตระหนักในการป้องกันโรค IE ที่เกิดจากการมีสุขภาพช่องปากไม่ดี (Nath, Kiran and Maheshwari, 2008) และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ไม่ถูกต้อง (Saunnders and Roberts, 1997; Knochelmann and Geyer, 2014; กนกวรรณ คงศรีเจริญและคณะ, 2545; วิลาวัลย์ วีระอาชากุล และ วิบูลย์ วีระอาชากุล, 2554) และพบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีมีฟันผุ โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียน (ประไพ ชุณหคล้าย และ ธิมาภรณ์ ณ สงขลา, 2548; วิลาวัลย์ วีระอาชากุล และ วิบูลย์ วีระอาชากุล, 2554)

ทั้งนี้การพยาบาลในปัจจุบันแม้ว่ามีวิธีการสอนที่ได้รับจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยเด็ก ในวันแรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล วันที่จำหน่ายกลับบ้าน และในกรณีผู้ดูแลในครอบครัวเกิดปัญหาหรือมีข้อสงสัยซักถามเพิ่มเติม ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อโดยการให้ความรู้ผ่านบอร์ดให้ความรู้ การสอนสุขศึกษารายบุคคล เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประกอบด้วยวิธีการแปรงฟัน อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ การไปพบทันตแพทย์เป็นประจำ ข้อปฏิบัติเมื่อต้องไปพบทันตแพทย์ อันตรายจากการมีฟันผุในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยมีสื่อคือภาพพลิก และแผ่นพับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก หรือ คู่มือการดูแลสุขภาพในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แต่พบว่าเด็กกลุ่มนี้ยังคงมีปัญหาสุขภาพในช่องปากเป็นจำนวนมาก โดยพบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความชุกในการเกิดฟันผุอยู่เป็นจำนวนมาก (กนกวรรณ คงศรีเจริญและคณะ, 2546; ประไพ ชุณหคล้าย และ ธิมาภรณ์ ณ สงขลา, 2548; วิลาวัลย์ วีระอาชากุล และ วิบูลย์ วีระอาชากุล, 2554)

การทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดโอกาสเกิดโรค IE ต้องทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลง

ทัศนคติ ทำให้เกิดแรงจูงใจ มีความตั้งใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ถูกต้องต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการสร้างแรงจูงใจโดยทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของ Rogers (1983) ซึ่งพัฒนามาจากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (self-efficacy theory) ได้อธิบายว่า การกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกหวั่นเกรงต่อภาวะคุกคามของโรคเมื่อไม่ปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องรับรู้ถึงความรุนแรง ความเสี่ยงที่จะเกิดโรค และการเสริมสร้างให้เกิดการรับรู้ในข้อดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ เสริมสร้างให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องได้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความตั้งใจ เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรคและสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ไมตรี ไปยะพรหม (2555) ได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาออกแบบจัดโปรแกรมพัฒนาครอบครัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กต่ำกว่า 5 ปี และพบว่า สามารถสร้างแรงจูงใจและเพิ่มการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลได้ ทั้งนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีเพียงการศึกษาเกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (วิลาวลัย วีระอาชากุล และ วิบูลย์ วีระอาชากุล, 2554) ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานทางการพยาบาลเด็ก จึงเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรค IE ซึ่งจะส่งผลให้หัวใจมีพยาธิสภาพรุนแรงมากขึ้นและอาการกำเริบขึ้น ด้วยการศึกษาโปรแกรมทางการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กับกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

คำสำคัญ

โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค, ผู้ดูแลในครอบครัว, สุขภาพช่องปาก, โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, เด็กวัยก่อนเรียน

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค มีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

2. พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความสำคัญต่อการป้องกันการเกิดโรค IE จากข้อจำกัดของพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียน และจากการที่เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีเนื้อฟันไม่แข็งแรง สึกกร่อนง่าย (Hallett et al,1992; EL- hawary et al., 2014) มีการสลายของแคลเซียม ฟอสฟอรัสมากกว่าเด็กปกติ (EL- hawary et al., 2014) และต้องทานยาที่มีส่วนผสมของของน้ำเชื่อมเป็นประจำและยาอื่น ๆ ที่มีผลต่อการชะล้างเศษอาหารได้ไม่ดี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวทางสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของกองทันตสาธารณสุข (2551) และสถาบันเด็กสุขภาพแห่งชาติ (2549) พบว่าพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวที่สำคัญสำหรับเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำความสะอาดช่องปากที่หลีกเลี่ยงการทำให้เด็กเกิดอาการเขียวกะทันหันหรือมีอาการเหนื่อยหอบจากการแปรงฟัน ด้านการรับประทานอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ และด้านทันตกรรมป้องกันด้วยการตรวจประเมินช่องปาก การพาไปพบทันตแพทย์เพื่อเฝ้าระวังและการเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนพบทันตแพทย์ งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กสามารถทำให้เกิดขึ้นได้ โดยการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคตามทฤษฎีของ Rogers (1983) เช่น การศึกษาของไมตรี ไปยะพรหม (2555) พบว่าโปรแกรมพัฒนาครอบครัวโดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค สามารถเพิ่มพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเฉียบพลันในทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็ก การศึกษาของ ศิรินาถ พรจินดารักษ์ (2542) พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีของ Rogers สามารถเพิ่มพฤติกรรมของของมารดาในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของบุตรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ และการศึกษา ของ วชิรี คิมหสวัสดิ์ (2554) ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค พบว่าสามารถเพิ่มพฤติกรรมของผู้ดูแลในการป้องกันฟันผุในทารกอายุ 9-18 เดือนที่มีสุขภาพดี

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983) เป็นกระบวนการที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เกิดแรงจูงใจ มีความตั้งใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยเน้นให้บุคคลเกิดกระบวนการเรียนรู้ โดยกระตุ้นให้เกิดความรู้สึกหวั่นเกรงต่อภาวะคุกคามทางสุขภาพ กระบวนการเรียนรู้ของบุคคล ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ 1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) เป็นการให้บุคคลประเมินความรุนแรงของโรคโดยผ่านการให้ข้อมูลข่าวสารถึงความรุนแรงหรือสิ่งที่มาคุกคามว่ามีอันตราย และการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค (perceived vulnerability) เป็นการให้บุคคลประเมินตนเองว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคโดยผ่านการให้ข้อมูลข่าวสารถึงโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคนี้ 2. การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) ประกอบด้วย ความคาดหวังประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) เป็นการรับรู้ถึงผลดีเมื่อปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้อง ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าการป้องกันเป็นวิธีที่ดีเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค และ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) เป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถปฏิบัติตามแนวทางที่ถูกต้องได้จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เกิดแรงจูงใจ ความตั้งใจ ในการป้องกันโรคและสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983) มาเป็นแนวทางในการสร้างโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยใช้สื่อกลางของกระบวนการเรียนรู้ที่จัดกระทำต่อปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสของการตอบสนองประกอบด้วย การส่งเสริมการเรียนรู้ 2 องค์ประกอบ คือ 1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดโรค IE และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค IE ผ่านสื่อสไลด์คอมพิวเตอร์ การวิเคราะห์ตัวอย่าง เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดเปลี่ยนแปลงต่อการรับรู้การเกิดโรค IE ในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เกิดการประเมินอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 2. การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความคาดหวังประสิทธิผลของการตอบสนองและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้แก่ ด้านการทำ ความสะอาดช่องปากที่หลีกเลี่ยงการทำให้เด็กเกิดอาการเขี้ยวกะทันหันหรือมีอาการเหนื่อยหอบจากการแปร่งฟัน ด้านการรับประทานอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ และด้านทันตกรรมป้องกันด้วยการตรวจประเมินช่องปาก การพาไปพบทันตแพทย์เพื่อเฝ้าระวัง และการเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนพบทันตแพทย์ ผ่านสื่อสไลด์คอมพิวเตอร์ การใช้คลิปวิดีโอตัวอย่างที่ดี การอภิปรายกลุ่มถึง

ปัญหาและอุปสรรค การเปิดวิดีโอประกอบการสอน การฝึกทักษะแบบย้อนกลับ และการโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัว

สมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ประชากร คือ ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอายุ 3-6 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ตัวแปรในการวิจัย ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของผู้ดูแลในครอบครัวให้แก่เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 3-6 ปี ให้มีสุขภาพช่องปากที่ดีเพื่อป้องกันการเกิดโรค IE ประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำความสะอาดช่องปากที่หลีกเลี่ยงการทำให้เด็กเกิดอาการเขี้ยวกะทันหัน หรือมีอาการเหนื่อยหอบจากการแปร่งฟัน ด้านการรับประทานอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ และ

ด้านทันตกรรมป้องกันด้วยการตรวจประเมินช่องปาก การพาไปพบทันตแพทย์เพื่อเฝ้าระวัง และการเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนพบทันตแพทย์ โดยประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของกองทันตสาธารณสุข (2551) และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ (2549)

2. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีแบบแผน โดยเป็นกิจกรรมกลุ่มที่ดำเนินการเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่สร้างขึ้นตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983) ประกอบด้วยกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ 2 องค์ประกอบ คือ

1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) คือ กิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการรับรู้ความรุนแรงจากการเกิดโรค IE และการรับรู้รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค IE ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค IE และการวิเคราะห์กรณีศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบในการเกิดโรค IE

2 การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) คือกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความคาดหวังประสิทธิผลของการตอบสนองและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้แก่ ด้านการทำความสะอาดช่องปากที่หลีกเลี่ยงการทำให้เด็กเกิดอาการเขี้ยวกะทันหันหรือมีอาการเหนื่อยหอบจากการแปร่งฟัน ด้านการรับประทานอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ และด้านทันตกรรมป้องกันด้วยการตรวจประเมินช่องปาก การพาไปพบทันตแพทย์เพื่อเฝ้าระวัง และการเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนพบทันตแพทย์ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและเห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจากคลิปวิดีโอตัวอย่างที่ดี และการอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และวิธีการแก้ไขปัญหา รวมทั้งการเปิดคลิปวิดีโอประกอบการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน หลังจากนั้นสาธิตและฝึกทักษะแบบย้อนกลับ และการกระตุ้นและติดตามผู้ดูแลในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน

3. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ได้รับจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยเด็ก ในวันแรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล วันที่จำหน่ายกลับบ้าน และในกรณีผู้ดูแลในครอบครัวเกิดปัญหาหรือมีข้อสงสัยซักถามเพิ่มเติม ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อโดยการให้ความรู้ผ่านบอร์ดให้ความรู้ การสอนสุขศึกษารายบุคคล เกี่ยวกับ การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประกอบด้วยวิธีการแปรงฟัน อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ การไปพบ

ทันตแพทย์เป็นประจำ ข้อปฏิบัติเมื่อต้องไปพบทันตแพทย์ อันตรายจากการมีฟันผุในเด็กโรคหัวใจ
พิการแต่กำเนิด โดยมีสื่อคือภาพพลิก และแผ่นพับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก หรือ คู่มือการดูแล
ทันตสุขภาพในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยได้ค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยมีสาระสำคัญในการนำเสนอตามลำดับ ดังนี้

1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็ก
 - 1.1 สถิติและความหมายโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - 1.2 ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - 1.3 สาเหตุ
 - 1.4 อาการทางคลินิกที่พบได้บ่อยในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - 1.5 วิธีการรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - 1.6 ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - 2.1 ความหมายของเด็กวัยก่อนเรียน
 - 2.2 พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน
3. สุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - 3.1 ความหมายของสุขภาพช่องปากที่ดี
 - 3.2 โครงสร้างของฟันและโรคฟันผุ
 - 3.3 ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบได้บ่อยในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - 3.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - 3.5 ประโยชน์ของการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
4. พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - 4.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว
 - 4.2 ความหมายของพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปาก
 - 4.3 พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
 - 4.4 การประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

- 4.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน
5. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
 - 5.1 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT)
 - 5.2 วิธีการสอนทางด้านสุขภาพ
 - 5.3 การออกแบบโปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
6. บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวป้องกันการเกิดโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็ก

1.1 สถิติและความหมายโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart diseases)

โรคหัวใจพิการตั้งแต่กำเนิดพบมากถึงร้อยละ 60-70 ของโรคหัวใจในเด็ก มีอุบัติการณ์สูงพบว่าในจำนวนทารกมีชีพ 1000 คนจะมีทารกที่มีความพิการแต่กำเนิดของหัวใจอยู่ 4 - 50 คน (Pierpont et al., 2007) ในประเทศไทยพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประมาณ 7-8 รายต่อทารกที่เกิดมีชีพ 1000 ราย (วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, 2552) เป็นความพิการแต่กำเนิดที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของเด็กในช่วง 5 ปีแรก (O'Brien and Baker, 2007)

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart diseases) หมายถึง ความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจหรือเส้นเลือดใหญ่ของทารกตั้งแต่ช่วงของการเป็นตัวอ่อนในครรภ์ ในระยะสัปดาห์ที่ 4-7 เนื่องจากเป็นช่วงที่มีการสร้างอวัยวะต่าง ๆ ความพิการอาจพบตำแหน่งของความผิดปกติตำแหน่งเดียวหรือหลายตำแหน่ง เป็นผลทำให้หัวใจทำหน้าที่ผิดปกติ ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับตำแหน่ง หรือพยาธิสรีรภาพที่ผิดปกติ ซึ่งจะมีผลทำให้เด็กเสียชีวิตหรือมีอาการของโรคตั้งแต่แรกเกิดหรือบางรายอาจเกิดอาการของโรคภายหลัง (วัชระ จามจุรีรักษ์, 2539; ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, 2543)

1.2 ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบ่งเป็น 2 ชนิด (วัชระ จามจุรีรักษ์, 2539)

1.2.1 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (acyanotic heart disease) หมายถึง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจตั้งแต่เกิด เด็กจะมีลักษณะเหมือน

เด็กปกติทั่วไปแต่จะมีอาการเขียวให้เห็นเมื่อทำกิจกรรม เช่น เบ่งถ่ายอุจจาระ ออกกำลังกาย ร้องไห้ โรคหัวใจชนิดไม่เขียวสามารถจำแนกตามพยาธิสรีรวิทยาได้ 2 ชนิด คือ

1.2.1.1 ชนิดที่มีการไหลเวียนผ่าน shunt แบบซ้ายไปขวา (left to right shunt) ในกลุ่มนี้จะมีทางเชื่อมกันระหว่างหัวใจด้านซ้ายและหัวใจด้านขวาเกิดได้ 3 ระดับได้แก่ระดับเอเดรียม ได้แก่ atrial septal defect (ASD) ระดับเวนทริเคิล ได้แก่ ventricular septal defect (VSD) และระดับ great artery ได้แก่ patent ductus arteriosus (PDA)

1.2.1.2 ชนิดที่มีการอุดกั้นการไหลเวียน ในกลุ่มนี้การอุดกั้นที่เกิดขึ้น จะทำให้เกิด pressure overload ต่อเวนทริเคิล การอุดกั้นของหัวใจห้องขวาได้แก่ pulmonary stenosis (PS) ทำให้เกิด right ventricular pressure overload การอุดกั้นหัวใจห้องซ้ายได้แก่ aortic stenosis (AS) และ coarctation of aorta ทำให้เกิด left ventricle pressure overload

1.2.2 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว (cyanotic heart disease) หมายถึง โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจตั้งแต่เกิด และเด็กจะมีอาการเขียว ตั้งแต่แรกเกิด โดยอาจมีอาการเขียวอย่างเดียว บางรายอาจมีอาการเขียวร่วมกับอาการหอบ สามารถจำแนกได้เป็น 2 ชนิด คือ (วัชระ จามจุรีรักษ์, 2539)

1.2.2.1 ชนิดเขียวและมีเลือดไปปอดน้อย มักจะเขียวอย่างเดียวไม่หอบที่พบได้บ่อยได้แก่ tetralogy of fallot (TOF), pulmonary atresia (PA), tricuspid atresia

1.2.2.2 ชนิดเขียวและมีเลือดไปปอดมาก มักมีอาการหอบหรือหัวใจวายร่วมด้วยที่พบได้บ่อยคือ truncus arteriosus, transposition of the great arteries (TGA), hypoplastic left heart syndrome (HLHS)

1.3 สาเหตุ

การเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดร้อยละ 90 ยังไม่ทราบแน่ชัด (O'Brien and Baker, 2007) มีเพียงประมาณร้อยละ 5 ที่ทราบสาเหตุ โดยสาเหตุอาจเกิดจากสาเหตุใด ๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาของหัวใจเด็กในครรภ์ระยะสัปดาห์ที่ 4-8 ของการตั้งครรภ์ เพราะว่าในระยะนี้กำลังมีการสร้างและมีการพัฒนาของหัวใจ (ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, 2543) สาเหตุของการเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์กับปัจจัยกรรมพันธุ์ของมารดา มารดามีอายุมากกว่า 35 - 40 ปี มารดาเป็นโรคเรื้อรัง และไม่ได้รับการควบคุมอาการของโรค เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเจ็บป่วยจากการติดเชื้อที่สำคัญในระหว่างตั้งครรภ์ เช่น หัดเยอรมัน มารดาได้รับยาขณะตั้งครรภ์ เช่น ยา dilantin thalidomide มารดาสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ขณะตั้งครรภ์ (ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, 2543)

สาเหตุจากตัวเอง (O' Brien and Baker, 2007) ความผิดปกติของโครโมโซม เช่น เด็กกลุ่มอาการ down syndrome เด็กน้ำหนักแรกเกิดน้อย (low birth weight)

1.4 อาการทางคลินิกที่พบบ่อยในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้แก่ (สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์, 2545; วนิตา เสนะสุทธิพันธ์, 2552)

1.4.1 อาการเขียว (cyanosis) เป็นสีคล้ำที่ปรากฏบนผิวหนัง มี 2 ลักษณะ คือ

1.4.1.1 อาการเขียวทั่วตัว (central cyanosis) เกิดจากเลือดที่ออกจากหัวใจไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีปริมาณออกซิเจนน้อยขณะที่ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจปกติ พบในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไหลลัดวงจรจากหัวใจซีกขวาไปหัวใจซีกซ้าย

1.4.1.2 อาการเขียวอวัยวะส่วนปลาย (peripheral cyanosis) จะมีอาการเขียวตามปลายมือปลายเท้า ริมฝีปาก เนื่องจากเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายลดลง ซึ่งจะพบในโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีการตีบแคบของทางเดินหลอดเลือด

1.4.2 ภาวะขาดออกซิเจนเฉียบพลัน (anoxic spell) เป็นกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว เป็นภาวะที่สมองขาดออกซิเจนอย่างเฉียบพลัน เด็กจะร้องกรรวนกรรวาย ร้องครางไม่หยุด หายหอบลึก สีผิวเขียวขึ้น ถ้ามีอาการรุนแรงเด็กจะซีดลง แขนขาอ่อนแรง หรือชักได้ มักเกิดภายหลังมีกิจกรรมเช่น ร้องไห้นานหรือร้องไห้มาก เบ่งถ่าย มักเกิดในช่วงเช้า

1.4.3 อาการเหนื่อยง่ายเนื่องจากร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ มีภาวะน้ำเกิดหัวใจสูบฉีดเลือดไปยังส่วนต่างๆ ไม่เพียงพอ

1.4.4 การเจริญเติบโตช้า (failure to thrive) เด็กโรคหัวใจมีส่วนสูงแลน้ำหนักตัวน้อยกว่าเด็กทั่วไป สาเหตุเนื่องมาจากความต้องการพลังงานเพิ่มมากขึ้น การมีภาวะหัวใจวาย มีความพร่องในการรับสารอาหารเป็นต้น

1.5 วิธีการรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบ่งเป็น 3 วิธี (บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, 2540)

1.5.1 การรักษาทางยา ยาที่ให้ในเด็กที่เป็นโรคหัวใจได้แก่ ยาดิจิทาลิสเป็นยาที่ช่วยในการบีบตัวของหัวใจใช้เพื่อรักษาภาวะหัวใจวาย (congestive heart failure) ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ (supraventricular arrhythmia) ยาขับปัสสาวะ เช่น furosemide, spironolactone

1.5.2 การใส่สายสวนหัวใจ (cardiac catheterization) เป็นทั้งการตรวจวินิจฉัยและการรักษาเช่น การทำ patent ductus arteriosus coil เป็นการใส่สายสวนเข้าไปในหัวใจและใส่ coil เพื่อไปอุด PDA การทำ atrial septostomy การทำ ASD VSD device เป็นต้น

1.5.3 การผ่าตัดหัวใจสามารถแบ่งตามวัตถุประสงค์ของการผ่าตัดได้เป็น 2 ประเภท (สัมพันธ์ พรวิลาวัณย์, 2542)

1.5.3.1 ผ่าตัดแบบประคับประคอง (palliative surgery) เป็นการรักษาแบบชั่วคราวเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถมีชีวิตอยู่ได้แต่ยังไม่ได้แก้ไขความผิดปกติทั้งหมด แบ่งตามวัตถุประสงค์การทำเป็น 3 ชนิดคือ 1.เพื่อลดจำนวนเลือดไปปอด เช่น การทำ pulmonary artery banding 2. เพื่อเพิ่มจำนวนเลือดไปปอด เช่น การทำ shunt 3.เพื่อเพิ่มจำนวนเลือดที่ mixing ในระดับของ atrium เช่น Blalock-Hanlon atrial septectomy

1.5.3.2 การผ่าตัดชนิดถาวร (corrective surgery) เป็นการผ่าตัดที่มุ่งแก้ไขความพิการของหัวใจเพื่อให้มีสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนเป็นปกติหรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดเช่น การผ่าตัด total correction ในผู้ป่วยที่เป็น TOF

1.6 ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1.6.1 โรคเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อ (infective endocarditis, IE) ความพิการแต่กำเนิดมีลิ้นหัวใจรั่วหรือผนังกันห้องหัวใจรั่วจะก่อให้เกิดอันตรายต่อเยื่อหัวใจตรงตำแหน่งนั้น ๆ อยู่ตลอดเวลาเลือดที่ไหลผ่านลิ้นหรือรูรั่วจะพุ่งแรงทำให้พื้นผิวของเยื่อหัวใจบริเวณที่เลือดพุ่งชนได้รับความเสียหาย เกิดการเกาะของเกร็ดเลือด (platelet aggregation) และ fibrin deposition เมื่อพื้นผิวเยื่อเป็นแผลจะทำให้เกิดเป็นลิ่มเลือด (thrombus) บริเวณนั้นได้ง่าย ก้อนเลือดเล็ก ๆ เหล่านี้จะจับตัวกันโดยก้อนเลือดที่เกิดขึ้นไม่มีการติดเชื้อเรียกว่าโรคเยื่อหัวใจอักเสบโดยไม่มีเชื้อ (nonbacterial thrombotic endocarditis) แต่ถ้าเกิดมีเชื้อโรคหลุดเข้าสู่กระแสโลหิตจากสาเหตุต่าง ๆ เช่นการมีฟันผุ เหงือกอักเสบ หรือร่างกายมีการติดเชื้อเช่น แบคทีเรีย ยีสต์ เชื้อรา ทำให้ก้อนเลือดเล็ก ๆ เหล่านี้ที่จับอยู่ตามลิ้นหัวใจ ตามผนังหัวใจเกิดการติดเชื้อโรคเกิดการอักเสบติดเชื้อของเยื่อหัวใจ จนทำให้เกิดพยาธิสภาพมี vegetation ที่ลิ้นหัวใจ เยื่อหัวใจที่ตำแหน่งอื่นหรือเยื่อหลอดเลือดใหญ่ (จุล ทิสยากร, 2555) อุบัติการณ์เกิดโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ที่ 6.1 ใน 1000 คน (Rushani et al., 2013) และเป็นภาวะแทรกซ้อนหลักที่พบบ่อยในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Day et al., 2009; Tekeda et al., 2005)

1.6.1.1 สาเหตุจากการติดเชื้อเชื้อที่พบได้บ่อยที่สุดคือ streptococci viridans เป็นสาเหตุหลัก ซึ่งเป็นเชื้อประจำถิ่นที่พบในช่องปากและทางเดินอาหาร พบว่าเชื้อที่เป็นสาเหตุรองลงมาคือ staphylococcus aureus, enterococci, gram-negative bacteria และ fungus (อรทัย พาชีรัตน์, 2551; รติการ เพ็ชรประกอบ, 2554)

1.6.1.2 ระบาดวิทยา ปัจจุบันเนื่องจากการรักษาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสามารถรักษาได้ผลดีขึ้น ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจึงมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น ทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเป็นโรค IE ก็สูงขึ้นตามไปด้วย โรคนี้พบได้ในโรคหัวใจทั้งที่พบแต่กำเนิด และที่พบภายหลัง โอกาสของการเกิดโรคแตกต่างกันไปตามชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและการผ่าตัดที่ได้รับ กลุ่มโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มักพบมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรค IE คือ (อรทัย พาชีรัตน์, 2551; พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554)

1) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดมีอากาการเขียวและไม่มีอากาการเขียว โดยมักพบการติดเชื้อที่หัวใจซีกขวามากกว่าซีกซ้ายเช่น tetralogy of fallot (TOF), ventricular septal defect (VSD), patent ductus arteriosus (PDA), coarctation of aorta (COAT), และ aortic stenosis (AS)

2) กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง เช่นผู้ป่วยที่เคยเป็นโรค IE ผู้ป่วยโรคหัวใจรูห์มาติก ที่มีพยาธิสภาพหรือการทำลายที่ลิ้นหัวใจและมีความผิดปกติของลิ้นหัวใจไมตรัลหย่อนหรือรั่ว

3) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดแบบประคับประคอง palliative shunts และ conduits อาจพบการติดเชื้อที่เยื่อหุ้มภายในหลอดเลือดเทียมที่ต่อไว้ได้สูง

4) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการแก้ไขสมบูรณด้วย prosthetic material หรือ device ไม่ว่าจะใส่ด้วยการผ่าตัดหรือด้วยผ่านทางสายสวน ระหว่าง 6 เดือนแรกหลังหัตถการ

5) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับการผ่าตัดซ่อมแซมด้วยการใส่ patch หรือเครื่องมือเทียม (prosthetic device) แต่ยังมีร่องรอยขาดที่บริเวณซ่อมแซมหรือบริเวณใกล้เคียง

6) ผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนหัวใจ (cardiac transplantation recipients) เกิดมีภาวะลิ้นหัวใจผิดปกติ

7) ผู้ใส่ลิ้นหัวใจเทียม (prosthetic cardiac valve)

1.6.1.3 อาการและอาการแสดง (จุล ทิสยากร, 2555) โดยทั่วไประยะเวลาตั้งแต่เริ่มมีการติดเชื้อในกระแสโลหิตจนเริ่มแสดงอาการของโรค IE มักจะเกิดหลังจากมีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแล้วประมาณ 2 สัปดาห์ อาการของโรคสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่มคือ

1) กลุ่มที่มีอาการเฉียบพลัน (acute) คือมีอาการของภาวะช็อก มีการติดเชื้อในกระแสโลหิตอย่างรุนแรง

2) กลุ่มที่มีอาการดำเนินของโรคอย่างช้า ๆ (subacute) อาการอาจดำเนินนานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน แต่ส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการ ไข้ ลักษณะไข้ต่ำ ๆ โดยไม่ทราบสาเหตุ มักมีไข้ช่วงบ่าย มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปวดเมื่อย เหนื่อยง่ายอาจมีอาการปวดข้อ มีอาการข้ออักเสบ ปวดศีรษะ อาการของทางเดินอาหาร ปวดท้องคลื่นไส้ อาเจียน ม้ามโต กดไม่เจ็บ ตรวจพบเสียงฟู่ของหัวใจ เจ็บหน้าอก หัวใจวาย มีเลือดออกตามบริเวณผิวหนัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ conjunctiva และหนังตา มีเลือดออกเป็นเส้นคล้ายเส้นดำที่ใต้เล็บมือหรือเล็บเท้า (splinter hemorrhages)

1.6.1.4 การรักษา มี 2 วิธี (อรรถัย พาศิริตัน, 2551)

1) การรักษาด้วยยา การให้ยาเพื่อรักษาอาการ เช่น ยาลดไข้ ยารักษาหัวใจวาย การให้ยาปฏิชีวนะที่ตรงกับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคหรือถ้าผลเพาะเชื้อไม่พบควรให้ยาตามความน่าจะเป็นของเชื้อ โดยทั่วไปจำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะเป็นระยะเวลานานคือ ให้ยาไม่ต่ำกว่า 4-6 สัปดาห์ ถ้าอาการไม่รุนแรงให้ยาปฏิชีวนะหลัง 48 ชั่วโมงเพื่อรอเก็บเลือดไปเพาะเชื้อหาสาเหตุ แต่ถ้ามีอาการรุนแรงควรให้ยาปฏิชีวนะทันที

2) การผ่าตัด การทำผ่าตัดนำก้อนที่ติดเชื้อออก และ การซ่อม หรือเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ผิดปกติ

1.6.1.5 ผลกระทบ (จุล ทิสยากร, 2555)

1) เกี่ยวกับหัวใจ เช่น หัวใจวาย มีผลต่อการพยากรณ์โรคที่สำคัญเพราะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ อาจเกิดจากลิ้นหัวใจรั่วหรือตีบ เกิดฝีที่กล้ามเนื้อหัวใจตามตำแหน่งต่าง ๆ ลิ้นหัวใจแหงหรือโหว่ หรือหลุดจากขอบลิ้น เกิดโป่งพองหรือเกิดเป็นรอยทะเลาะ เข้าสู่ atrium หรือ ventricle ข้างขวา กล้ามเนื้อหัวใจตายจาก emboli ของหลอดเลือด coronary มีก้อน vegetation ขนาดใหญ่ทำให้เลือดไหลผ่านลิ้นได้ไม่สะดวก ก้อน vegetation อาจหลุดไปอุดตันตามเส้นเลือดต่าง ๆ และเกิดการกลับเป็นโรคซ้ำได้

2) ไม่เกี่ยวข้องกับหัวใจ มี emboli ที่ไปที่ม้าม ไต สมอง และหลอดเลือดแดงทำให้เกิดการขาดเลือดของอวัยวะต่าง ๆ เกิดการกระจายของการติดเชื้อตามอวัยวะต่าง ๆ ทำให้เกิดฝีที่อวัยวะนั้น ๆ เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ภาวะแทรกซ้อนที่ระบบหายใจ เช่น มี embolism ของหลอดเลือดแดง pulmonary ปอดบวม ปวดตามข้อ ข้ออักเสบ

1.6.1.6 การพยากรณ์โรค (บุญชู พงษ์พาณิชย์, 2555) พบว่าอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคนี้ยังคงสูงอยู่ คือประมาณร้อยละ 10-25 โดยพบว่าโอกาสการเสียชีวิตขึ้นอยู่กับเชื้อโรคที่ติดเชื้อ ตำแหน่งของลิ้นที่ถูกละลาย การวินิจฉัยโรคช้าทำให้มีโอกาเสียชีวิตมากกว่า เด็กเล็กมีอัตราการเสียชีวิตมากกว่าเด็กโต การเพาะเชื้อในกระแสเลือด การมีก้อน vegetation ที่มีขนาดใหญ่จะทำให้การพยากรณ์ของโรคไม่ดีหรือผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน ถ้าผู้ป่วยไม่เสียชีวิตอาจจะมีพยาธิสภาพหลงเหลือจากการเกิดโรค IE ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรค IE ที่รักษาหายแล้วยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค IE ซ้ำ

1.6.1.7 การป้องกันเนื่องจากโรค IE เป็นโรคที่รักษายาก ค่าใช้จ่ายสูง มีภาวะแทรกซ้อนมาก และอัตราตายยังคงค่อนข้างสูง การป้องกันจึงเป็นแนวทางที่จำเป็น ผ่าตัดแก้ไขรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่สามารถผ่าตัดให้เป็นปกติได้ สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ไม่สามารถผ่าตัดแก้ไขได้ทั้งหมด หรือผ่าตัดแก้ไขได้บางส่วน โดยต้องให้ผู้ดูแลเน้นถึงอนามัยในช่องปากและฟัน การแปรงฟันสม่ำเสมอการหลีกเลี่ยงใช้น้ำยาฆ่าเชื้อในปากทุกวัน ไม่ควรทำฟันภายใน 2 - 3 อาทิตย์ หลังจกามีหัตถการเกี่ยวกับหัวใจ ซึ่งอาจเป็นช่องทางเข้าของเชื้อโรค เน้นให้ผู้ดูแลในครอบครัวแจ้งให้ทันตแพทย์รับทราบเสมอว่าบุตรของตนเองเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อให้ทันตแพทย์ ให้อาบน้ำปฏิชีวนะก่อนการถอนฟันเพื่อป้องกันเชื้อโรคเล็ดลอดเข้าไปในระบบไหลเวียนเลือด (จุล ทิสยากร, 2555) สมาคมโรคหัวใจในอเมริกา (AHA, 2007 อ้างถึงใน อรทัย ทิสยากร, 2555) ได้แบ่งระดับโรคหัวใจที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค IE ออกเป็น 3 ระดับ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง (high risk) ได้แก่ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ซับซ้อน ใส่ลิ้นหัวใจเทียม เคยเป็นโรค IE มาก่อน กลุ่มที่มีความเสี่ยงปานกลาง (moderate risk) ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจหนา ลิ้นไมตรัลหย่อนและรั่ว และกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ (low risk) ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงควรได้รับยาปฏิชีวนะป้องกันก่อนการทำหัตถการ กลไกของยาปฏิชีวนะในการป้องกัน เพื่อทำลายเชื้อในกระแสโลหิตและ ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อที่เกาะติดกับเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบชนิดไม่ติดเชื้อและกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อทำลายเชื้อก่อนที่จะมีการแพร่ขยายและลุกลามต่อไป

1.6.1.8 ชนิดของโรคหัวใจที่ควรให้ยาปฏิชีวนะป้องกัน (พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ, 2554)

- 1) ผู้ป่วยที่มีประวัติการเกิด infective endocarditis
- 2) ผู้ป่วยหลังทำผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ (prosthetic cardiac valve) ทั้ง bioprosthetic และ homograft valves
- 3) ผู้ป่วย cyanotic congenital heart disease ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด หรือได้รับการผ่าตัดแบบ palliative shunt หรือ conduits หรือยังมีความพิการหลงเหลืออยู่
- 4) ผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการแก้ไขสมบูรณด้วย prosthetic material หรือ device ไม่ว่าจะใส่ด้วยการผ่าตัดหรือด้วยผ่านทางสายสวน ระหว่าง 6 เดือนแรกหลังหัตถการ
- 5) ผู้ที่ได้รับการเปลี่ยนหัวใจ (cardiac transplantation recipients) เกิดมีภาวะลิ้นหัวใจผิดปกติ

1.6.2 ภาวะหัวใจล้มเหลว (congenital heart failure) เป็นกลุ่มอาการที่แสดงถึงสภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจไม่สามารถสูบฉีดโลหิตเพื่อนำสารอาหารและออกซิเจนไปยังอวัยวะต่าง ๆ ได้เพียงพอ โดยจะมีอาการและอาการแสดงของโรคหัวใจล้มเหลวที่สำคัญ เช่น ซีดจรรเด่นเร็ว ปัสสาวะออกน้อย อ่อนเพลีย ซีดจรรยาปลายมือปลายเท้าเบา หัวใจโต ความดันต่ำ นอนราบไม่ได้ (วนิดา เสนะสุทธิพันธ์, 2552)

1.6.3 ความดันในปอดสูง (pulmonary hypertension) พบในผู้ป่วยที่มีภาวะเลือดไหลลัดวงจรจากหัวใจซีกซ้ายไปยังหัวใจซีกขวา ทำให้เลือดไปสู่อุดมมากขึ้นจึงมีการคั่งของเลือดในปอดส่งผลให้แรงต้านทานของหลอดเลือดฝอยในปอดเพิ่มขึ้น (อภิชัย คงพัฒนาโยธิน, 2552)

1.6.4 ฝีในสมอง (brain abscess) ซึ่งมักพบในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวเนื่องจากเชื้อโรคในหลอดเลือดดำบางส่วนไม่ได้รับการกรองโดยแมคโคฟาจที่ปอดจึงผ่านเส้นเลือดแดงไปเลี้ยงสมองโดยตรง (วนิดา เสนะสุทธิพันธ์, 2552)

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคที่พบได้บ่อยในปัจจุบัน ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีโอกาสรอดชีวิตมากขึ้นเนื่องจากมีวิวัฒนาการ การผ่าตัดเพื่อรักษาบรรเทาอาการผู้ป่วยให้มีชีวิตยืนยาวขึ้น แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้หายเป็นปกติ ยังคงมีพยาธิสภาพของหัวใจหลงเหลืออยู่ ดังนั้นผู้ป่วย

กลุ่มดังกล่าวยังคงต้องดูแลตนเองในด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นโดยเฉพาะ การป้องกันโรค IE ซึ่งมีสาเหตุและช่องทางเข้าของเชื้อโรคที่สำคัญก็คือ การมีสุขภาพช่องปากไม่ดี การมีฟันผุ ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอย่างหนึ่งในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ส่งผลต่ออันตรายทำให้เสียชีวิต มีอาการของโรคหัวใจเพิ่มขึ้น ส่งผลต่ออวัยวะอื่น ๆ ได้ และเสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำ การรักษามีความยุ่งยากและเสียค่ารักษาพยาบาลสูง การป้องกันจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด คือการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2. เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2.1 ความหมายของเด็กวัยก่อนเรียน

เด็กวัยก่อนเรียน (preschool age or early childhood) หมายถึง เด็กอายุ 3 ปีและสิ้นสุด 6 ปีเป็นช่วงเวลาที่เด็กเจริญเติบโต ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและอารมณ์ เป็นอิสระพึ่งตนเองได้มากขึ้น เป็นวัยก่อนที่จะเข้าโรงเรียน (ปรียา เกตุทัต, 2540)

วัยก่อนเรียนเป็นวัยที่มีอายุอยู่ในช่วง 2-6 ปี เด็กเริ่มรู้จักบุคคล สิ่งแวดล้อม สิ่งของ สามารถใช้วัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้มากขึ้น เริ่มเข้าใจการสื่อสารและสามารถใช้ภาษาได้มากขึ้น เป็นวัยที่อยู่ในระยะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ โดยเฉพาะด้านสติปัญญา ซึ่งมีข้อจำกัดในเชิงเข้าใจเหตุผลในความสามารถทำให้เกิดข้อจำกัดในการดูแล (บัญญัติ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี และศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร, 2550)

โดยสรุป เด็กวัยก่อนเรียน คือ บุคคลในช่วงอายุตั้งแต่ 3-6 ปี ซึ่งผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาวิจัยในครั้งนี้อยู่

2.2 พัฒนาการเด็กวัยก่อนเรียน

2.2.1 พัฒนาการทางร่างกาย (physical development) มีความก้าวหน้าทางด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (gross motor development) เดินได้เอง กระโดดได้ เตะและโยนฟุตบอลได้ ยืนขาเดียวได้ ถีบจักรยาน 3 ล้อได้บ้าง กล้ามเนื้อมัดเล็ก เริ่มจับดินสอด้วยนิ้วได้ ร้อยลูกปัดได้ วาดภาพตามแบบได้ถึงแม้ว่าเด็กในวัยนี้จะมีการพัฒนาของกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็ก แต่การเจริญของกล้ามเนื้อแขนและมือยังเจริญไม่เต็มที่ การประสานของมือและตายังไม่สัมพันธ์กันดีพอ (ปรียา เกตุทัต, 2540)

2.2.2 พัฒนาการทางด้านความคิดและสติปัญญา พัฒนาการทางความคิดสติปัญญาของ Piaget (1896 อ้างถึงในพรรรถทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2551) เด็กวัยก่อนเรียนมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาอยู่ในขั้นก่อนปฏิบัติการ (pre-operational stage) ซึ่งแบ่งย่อยออกเป็น 2 ขั้น คือ

2.2.2.1 ขั้นก่อนเกิดความคิดรวบยอด (preconceptual thought phase) คือช่วงอายุ 2-4 ปี ระยะเวลาที่เด็กเริ่มสามารถใช้ภาษาและเข้าใจความหมายของสัญลักษณ์แต่จะมีความเข้าใจแต่ในสิ่งที่ตามองเห็นและรับรู้เท่านั้น ยังไม่สามารถเข้าใจความหมายของสัญลักษณ์หรือความหมายที่ลึกซึ้งได้ และมีความคิดความเข้าใจในสิ่งที่ป็นรูปธรรม (concrete) ได้ดีกว่านามธรรม มีความคิดแบบยึดตนเองเป็นศูนย์กลาง (egocentric) มักจะมองเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่มุมมองเดียวขาดเหตุผลไม่สามารถนึกได้ว่าคนอื่นมีความคิดแตกต่างไปจากตนอย่างไร

2.2.2.2 ขั้นพัฒนาการใกล้เกิดความคิดรวบยอด (intuitive thought phase) คือช่วงอายุ 4-7 ปี ระยะเวลาที่เด็กยังไม่สามารถที่จะใช้เหตุผลในการตัดสินใจได้ ความคิดความเข้าใจขึ้นอยู่กับสิ่งที่เขารับรู้หรือสิ่งที่เขามองเห็นในขณะนั้น เด็กวัยนี้ยังไม่มีความเข้าใจที่จะคิดโดยใช้เหตุผลได้อย่างถูกต้อง ยึดความคิด ความต้องการของตนเองเป็นใหญ่ มักจะพูดหรือคิดแต่เรื่องของตนเองโดยไม่ฟังผู้อื่น

2.2.3 พัฒนาการทางด้านอารมณ์ ระยะเวลาที่มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย เด็กยังไม่รู้จักในการเก็บหรือจดจำอารมณ์ เด็กวัยนี้จะมีอารมณ์โกรธหรือก้าวร้าว เจ้าอารมณ์ เป็นลักษณะอารมณ์ที่พบมากในเด็กวัย หวาดกลัวเนื่องจากมีจินตนาการสูงความกลัวและจะลดลงเมื่อเด็กโตขึ้น อารมณ์อิจฉาริษยา เป็นความรู้สึกว่าตนเองด้อยกว่าผู้อื่นและขุ่นเคืองเมื่อรู้ว่าสิ่งที่เขารักนั้นถูกแย่งชิงไป บางรายอาจแสดงอารมณ์ โกรธ หรือบางรายอาจแสดงพฤติกรรมถดถอย มีความสนใจอยากรู้อยากเห็นสิ่งที่ไม่เคยเห็นมาก่อน ชอบซักถาม เริ่มเรียนรู้จักรักใคร่ผู้ใกล้ชิด (ปรียา เกตุทัต, 2540)

2.2.4 พัฒนาการทางด้านสังคม เด็กวัยนี้เริ่มออกสู่สังคมภายนอกเรียนรู้ที่จะคบและปรับตัวเข้าหาเพื่อนและเรียนรู้ทักษะที่ต้องใช้ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นทั้งผู้ใหญ่และเด็ก เรียนรู้ที่จะมีพฤติกรรมต่าง ๆ ที่สังคมยอมรับ ชอบเลียนแบบพฤติกรรมของคนรอบข้าง ต้องการเป็นอิสระและต้องการช่วยตนเองเพิ่มขึ้น เด็กจะต่อต้านกฎเกณฑ์ต่าง ๆ ที่ผู้ใหญ่ตั้งขึ้น (ปรียา เกตุทัต, 2540)

จากการทบทวนเอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพัฒนาการของเด็กวัยก่อนเรียนพบว่าเด็กวัยก่อนเรียนยังไม่มีศักยภาพในการดูแลสุขภาพฟันด้วยตนเอง โดยเฉพาะพฤติกรรมการแปรงฟันถึงแม้ว่าเด็กวัยนี้จะมีพัฒนาการของกล้ามเนื้อมัดใหญ่และกล้ามเนื้อมัดเล็กแต่ความแข็งแรงของมือและแขนยังไม่เจริญเต็มที่ และการประสานของมือและต่ายยังไม่สัมพันธ์กันดีพอทำให้การแปรงฟันทำได้ไม่สะอาด ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวควรแปรงฟันให้เด็กเข้าจนกว่าเด็กจะอายุ 7 ปี (ชุตินา ไตรรัตน์,

2554) อีกทั้งเด็กวัยนี้มีข้อจำกัดของความคิดสติปัญญาตามทฤษฎีของ Piaget (1896 อ้างใน พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์, 2551) เด็กวัยนี้มีขั้นพัฒนาการใกล้เคียงความคิดรวบยอด (intuitive thought phase) ไม่สามารถใช้เหตุผลในการตัดสินใจได้ ความคิดความเข้าใจของเด็กยังขึ้นกับสิ่งที่เขารับรู้หรือสิ่งที่เขามองเห็นในขณะนั้น เด็กวัยนี้ยึดตัวเองเป็นศูนย์กลางยึดความคิดความต้องการของตนเอง (ปรียา เกตุทัต, 2540) ทำในสิ่งที่ตนเองอยากทำโดยไม่เข้าใจผลเสียที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองได้และไม่เข้าใจว่ามีผลต่อตนเองอย่างไร ทำให้เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่สามารถมีพฤติกรรมป้องกันโรค IE ที่มีสาเหตุมาจากการมีสุขภาพช่องปากไม่ดีได้

3. สุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

3.1 สุขภาพช่องปากที่ดี หมายถึง สภาวะช่องปากและอวัยวะที่เกี่ยวข้องสามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ รับประทานอาหารได้ พูดได้ ปราศจากพยาธิสภาพใด ๆ ได้แก่การมีฟันผุ ฟันสึก เหงือกอักเสบ มีความผิดปกติของกระดูกและเยื่อเมือกในปาก การบดเคี้ยว เนื้องอก เป็นต้น (สิทธิชัย ชุนทองแก้วและคณะ, 2540)

3.2 โครงสร้างของฟันและโรคฟันผุ (วันเพ็ญ มโนมัยอุดม, สนิพรรณ เกียรติพงษ์สาร, และ นันทนา ศรีอุดมวันดี วราวิทย์, 2544; กองทันตสาธารณสุข, 2549)

3.2.1 โครงสร้างของฟัน ฟันของมนุษย์มี 2 ชุด ชุดแรกคือฟันน้ำนม (deciduous teeth) มี 20 ซี่ ฟันบน 10 ซี่ ฟันล่าง 10 ซี่ เริ่มขึ้นเมื่อทารกอายุประมาณ 6 เดือน ครบ 20 ซี่เมื่ออายุประมาณ 2 ปีครึ่งในอายุ 6 ปี ฟันแท้ (permanent teeth) ซึ่งเป็นฟันชุดที่ 2 เริ่มทยอยขึ้นมาแทนที่ฟันน้ำนมซึ่งฟันน้ำนมจะค่อย ๆ ทยอยหลุด ฟันแท้ขึ้นครบ 32 ซี่ เมื่ออายุ 18 ปี หรือมากกว่า โครงสร้างของฟันประกอบด้วย 3 ส่วน

1) เคลือบฟัน (enamel) อยู่ชั้นนอกสุดของตัวฟันส่วนประกอบหลักคือ แคลเซียม และฟอสเฟตเป็นโครงสร้างที่แข็งที่สุดของร่างกายมนุษย์มีสีขาวเหลืองจนถึงสีขาวอมเทา ทำหน้าที่ป้องกันเนื้อฟันและโพรงฟันจากอันตรายภายนอก

2) เนื้อฟัน (dentine) เป็นส่วนประกอบส่วนใหญ่ของฟันอยู่ถัดจากเคลือบฟันเข้าไปมีส่วนประกอบคล้ายกระดูกแต่แข็งกว่ากระดูกและอ่อนกว่าเคลือบฟันมีปลายประสาทสำหรับความรู้สึกอยู่เมื่อฟันผุถึงขั้นนี้อาจมีอาการเสียวหรือปวดได้

3) โพรงประสาทฟัน (pulpal Cavity) เป็นโพรงกลางตัวฟันและรากฟันมีเส้นเลือด ท่อน้ำเหลืองและเส้นประสาทเล็ก ๆ มาหล่อเลี้ยง ทำให้ฟันมีชีวิตและรับความรู้สึกเจ็บปวด

3.2.2 โรคฟันผุ หมายถึง เป็นผลจากการเสียสมดุลระหว่างการสูญเสียแร่ธาตุ (demineralization) และกระบวนการคืนกลับแร่ธาตุในฟัน (remineralization) โดยฟันผุจะเกิดการสูญเสียแร่ธาตุมากกว่าการคืนกลับ ซึ่งการสลายแร่ธาตุในฟัน เกิดขึ้นขณะที่มีการย่อยสลายอาหาร คาร์โบไฮเดรตโดยเฉพาะน้ำตาลของแบคทีเรียบางชนิด จนทำให้เกิดรอยผุเป็นโพรงหรือรูขึ้นเป็นการทำลายแบบถาวร ร่างกายไม่สามารถซ่อมแซมส่วนที่ถูกทำลายให้กลับเหมือนเดิมได้

3.2.2.1 กระบวนการเกิดโรคฟันผุ เชื้อจุลินทรีย์จะรวมตัวเป็นคราบเหนียวเกาะอยู่บนผิวฟันเรียกว่า คราบจุลินทรีย์ และเชื้อจุลินทรีย์จะย่อยสลายน้ำตาลที่ตกค้างอยู่ในปากและขับถ่ายของเสียออกมาเป็นกรด กรดที่เกิดขึ้นมาจะทำลายผิวฟันฟันผุจะเกิดการสูญเสียแร่ธาตุมากกว่าการคืนกลับจนทำให้เกิดรอยผุเป็นโพรงหรือรูขึ้น

3.2.2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดฟันผุ (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ, 2549)

- 1) ตัวฟัน โดยเฉพาะฟันที่มีลักษณะเคลือบฟันไม่แข็งแรง ส่วนของฟันที่เป็นหลุมร่องฟัน
- 2) อาหาร ประเภทของอาหารที่เป็นแป้งและน้ำตาลเหนียวติดฟัน
- 3) เชื้อจุลินทรีย์ การไม่ทำความสะอาดฟันเพื่อคราบเชื้อจุลินทรีย์
- 4) เวลา ระยะเวลาที่น้ำตาลตกค้างในปากนาน การรับประทานอาหารบ่อยครั้ง

3.3 ปัญหาสุขภาพช่องปากที่พบได้บ่อยในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

สภาวะสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบปัญหาโรคฟันผุมากที่สุดจากการศึกษาของกนกวรรณ คงศรีเจริญและคณะ (2546) พบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีฟันผุร้อยละ 57 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด คือ 4.02 ± 4.97 ซึ่งต่อคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประไพ ชุณหคล้าย และ อิมภรณ์ ณ สงขลา (2548) พบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีฟันผุถึงร้อยละ 94.1 และมีการ ถอดอุด 9.25 ซึ่งต่อคน โดยพบร่องรอยการผุบริเวณฟันหน้าบนและหลุมร่องฟัน และการศึกษาของวิลาวัลย์ วีระอาชากุลและวิบูลย์ วีระอาชากุล (2554) เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอัตราความชุกของการเกิดฟันผุเท่ากับร้อยละ 90.9 มีการ ถอดอุด 9.2 ซึ่งต่อคน และพบคราบจุลินทรีย์ คราบหินปูน เหงือกอักเสบตามลำดับ

3.4 ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

3.4.1 ปัจจัยด้านเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

- 1) มีโครงสร้างของฟันไม่แข็งแรงคือมีผิวเคลือบฟันที่ผิดปกติเนื้อฟันไม่แข็งแรงผุกร่อนได้ง่าย (developmental enamel defects) มากกว่าเด็กปกติ (Hallett et al, 1992; El-hawary et al., 2014)
- 2) มีการสลายของสารแคลเซียม ฟอสฟอรัสมากกว่าเด็กปกติ (El-hawary et al., 2014)
- 3) การได้รับยารักษาโรคหัวใจที่มีส่วนผสมของน้ำตาลชูโครสก่อนข้างสูง เช่น digoxin ปัจจุบันพบว่าการได้รับยาที่มีส่วนผสมของน้ำเชื่อมพบว่าเป็นสาเหตุของการเกิดฟันผุในผู้ป่วยเรื้อรัง (Evans et al., 1999; Bigeard, 2000)
- 4) การได้รับยาขับปัสสาวะจะมีผลทำให้เกิดภาวะน้ำลายน้อยปากแห้ง (xerostomia) ซึ่งมีผลทำให้เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ (Sreebny and Schwartz, 1997) ซึ่งน้ำลายทำหน้าที่ป้องกันฟันผุตามธรรมชาติ น้ำลายช่วยในการชะล้างเศษอาหารออกจากปาก (oral clearance) ทำหน้าที่ปรับสมดุลความเป็นกรดต่างในช่องปาก (buffer capacity) สร้างเกลือแร่กลับสู่ฟัน (remineralization) และสร้าง acquired enamel ซึ่งทำหน้าที่ป้องกันผิวเคลือบฟัน (กองทันตสาธารณสุข, 2545)
- 5) การได้รับยาลดลิ่มเลือดที่มีความเป็นกรดสูง กัดกร่อนฟัน ได้แก่ ยา Aspirin

3.4.2 ปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัว

- 1) การขาดความรู้ความเข้าใจ ผู้ดูแลในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค IE และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค IE อยู่ในระดับต่ำ (Knochelmann and Geyer, 2014) ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (น้ำทิพย์ แก้วชิต และ กัลยาณี ท่าจิ้น, 2550)
- 2) การขาดการรับรู้ถึงอาการและความรุนแรงของโรค IE และการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะเป็นโรค IE (Cheuk et al., 2004) ไม่รับรู้ถึงประโยชน์จากการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ซึ่งสามารถป้องกันโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ (Da Silva, Souza and Cunha, 2002)
- 3) มีทัศนคติที่ไม่ดีในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Suvarna, Rai, and Hegde, 2011) ขาดความตระหนักในการป้องกันโรค IE ที่เกิดจากการมีสุขภาพช่องปากไม่ดี (Nath, Kiran and Maheshwari, 2008)
- 4) มีพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่ถูกต้อง ทั้งในด้านการรับประทานอาหาร การทำความสะอาด และการพาบุตรไปพบแพทย์ โดยผู้ดูแลในครอบครัว มีพฤติกรรมให้เด็กรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุเป็นประจำ เช่น น้ำอัดลม ขนมถุง ลูก

อม มีพฤติกรรมทำความสะอาดช่องปากไม่เหมาะสม เช่น การละลายไม่ทำความสะอาดช่องปาก การแปรงฟันให้เด็กไม่ถูกวิธี อีกทั้งผู้ดูแลในครอบครัวเด็กส่วนใหญ่ไม่เคยพาบุตรไปพบทันตแพทย์ ไม่เคยพาบุตรไปรับฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ (Saunnders and Roberts, 1997; กนกวรรณ คงศรีเจริญ และคณะ 2546; วิลาวลัย วีระอาชากุล และ วิบูลย์ วีระอาชากุล, 2554) และผู้ดูแลในครอบครัวไม่ทราบการปฏิบัติตัวก่อนการทำฟัน (Knochelmann and Geyer, 2014)

3.5 ประโยชน์ของการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

(สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2549; สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2555)

- 1) ป้องกันการเกิดโรคเยื่อหูอักเสบติดเชื้อ
- 2) ฟันน้ำนมไม่ผุหรือถูกถอนก่อนเวลาทำให้ฟันแท้ขึ้นในตำแหน่งที่เหมาะสม
- 3) ทำให้การบดเคี้ยวอาหารมีประสิทธิภาพซึ่งมีผลต่อการเจริญเติบโตของร่างกาย
- 4) ฟันช่วยในการออกเสียงได้ชัดเจน เช่น การออกเสียง ส ฟ ฝ ช เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจจึงมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรค IE จากการมีสุขภาพช่องปากไม่ดีและยังพบจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีปัญหาฟันผุจำนวนมาก ซึ่งมีปัจจัยจากตัวโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและปัจจัยด้านผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

4. พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

4.1 ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวคือ ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นผู้มีความสัมพันธ์เป็นญาติกับผู้ป่วยหรือเป็นบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิตของผู้รับการดูแล เช่น บิดามารดา บุตร พี่น้อง หรือคู่สมรส เป็นต้น ซึ่งผู้ที่รับการดูแลนั้นต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลบำบัดรักษาที่เฉพาะ และให้การดูแลโดยไม่หวังค่าตอบแทนหรือรางวัลใด ๆ

Davis (1990) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย ทุพพลภาพหรือเป็นบุคคลที่ต้องการความช่วยเหลือพึ่งพาจากผู้อื่น เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือญาติทางสายเลือด

สรุปผู้ดูแลในครอบครัว หมายถึงบุคคลซึ่งเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือต่อเนื่องทั้งการดูแลกิจวัตรประจำวันและการดูแลบำบัดรักษาโดยไม่หวังค่าตอบแทนหรือรางวัลใด ๆ เช่น บิดามารดา หรือญาติทางสายเลือด

4.2 ความหมายของพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก

พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใด ๆ ของผู้ดูแลที่กระทำไปเพื่อจุดประสงค์ในการส่งเสริมป้องกัน หรือ บำรุงรักษาทันตสุขภาพบุตร ปฏิบัติไปเพื่อให้เด็กมีฟันและช่องปากสะอาดเหงือกแข็งแรงจึงต้องมีพฤติกรรมหลายด้านได้แก่ การทำความสะอาดปาก ลิ้น และฟัน การดูแลการรับประทานสิ่งต่าง ๆ ของเด็ก การตรวจฟันและช่องปากโดยผู้ดูแลและการพาไปพบทันตแพทย์ (วรวรรณ อัครกุล, 2554)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก สามารถพิจารณาร่วมไปกับแนวทางในการป้องกันฟันผุซึ่งประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่เหมาะสม ให้ถูกหลักโภชนาการ การบริโภคอาหาร การดูแลรักษาความสะอาดของปากและฟันให้สะอาดอยู่เสมอจะช่วยลดโรคที่จะเกิดกับสุขภาพในช่องปาก การใช้ฟลูออไรด์ในการเสริมสร้างความแข็งแรงให้แก่ฟัน ควรใช้ฟลูออไรด์ให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันฟันผุ การไปพบทันตแพทย์อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (กองทันตสาธารณสุข, 2551)

พฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประกอบด้วย การดูแลความสะอาดของช่องปาก แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนโดยผู้ดูแลเด็ก การเลือกยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟันให้บุตร การเลือกอาหารที่มีผลต่อสุขภาพฟันที่ดี การพาบุตรไปพบทันตแพทย์เพื่อรับฟลูออไรด์เพื่อป้องกันฟันผุ การเคลือบหลุมร่องฟัน พบทันตแพทย์ทุก 3-6 เดือน การเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจก่อนการทำฟัน (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ, 2549)

4.3 พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

การป้องกันการเกิดโรค IE จากเชื้อ Streptococci viridans ที่พบในช่องปาก และเข้าสู่ร่างกายของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเมื่อมีฟันผุ ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีความรู้ การรับรู้ มีทัศนคติ ความตระหนัก และทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งมีการดูแลสุขภาพช่องปากโดยทั่วไป เหมือนกับเด็กอื่นในวัยก่อนเรียนและการดูแลที่เฉพาะเจาะจงต่อโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการดูแลสุขภาพช่องปากแม่และเด็กของกองทันตสาธารณสุข (2551) และคู่มือการดูแลทันตสุขภาพในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ (2549) สรุปได้เป็นพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 3 ด้าน คือ

4.3.1. ด้านการทำความสะอาดช่องปากที่หลีกเลี่ยงการทำให้เด็กเกิดอาการเขี้ยว กะทันหันหรือมีอาการเหนื่อยหอบจากการแปรงฟัน

4.3.1.1 การเลือกอุปกรณ์แปรงฟันที่ได้แก่ (กองทัตสาธารณสุข, 2551; เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนง และคณะ, 2547; วิชุดา บุรณะเลิศไพศาลและสุดา บังลังก์ปัทมา, 2556)

1) แปรงสีฟันสำหรับเด็ก หัวแปรงเล็กกว้างไม่เกิน 1 เซนติเมตร ยาวไม่เกิน 2 เซนติเมตร หรือคลุมฟันไม่เกิน 3 ซี่ ขอบมนเรียบ ไม่เป็นมุมไม่คมขรุขระ ไม่มีส่วนเกินของวัสดุที่ใช้ผลิต แปรงสีฟันต้องเข้าไปทำความสะอาดได้ทุกซี่ ไม่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก ตรวจสอบจากฉลากก่อนซื้อโดยเลือกแปรงสีฟันที่มีขนแปรงที่ทำจากไนลอนชนิดอ่อนนุ่ม ขนแปรงแต่ละเส้นมีการมนปลายและเป็นกระจุกมี 3-4 แถว เพื่อพยุงซึ่งกันและกัน หรืออาจมองหาเครื่องหมายรับรองคุณภาพ“แปรงสีฟันติดดาว” จากกรมอนามัย และวันเดือนปีที่ผลิตไม่เกิน 5 ปี ด้ามแปรงยาวตรงผู้ใหญ่จับได้ถนัดมือ ส่วนด้ามแปรงขนาดใหญ่จะทำให้เด็กเล็กจับเองได้ถนัด ควรเปลี่ยนแปรงสีฟันทุก 3 เดือน หรือเมื่อขนแปรงบานจนทำความสะอาดฟันได้ไม่ดีและอาจทำให้เด็กเจ็บไม่ยอมแปรงฟัน หรือชอกขนแปรงมีคราบสกปรกสีเหลือง หรือสีดำติดแน่น

2) ยาสีฟัน ยาสีฟันที่ใช้ควรเป็นยาสีฟันสำหรับเด็ก เพราะยาสีฟันสำหรับเด็กไม่มีสารระคายเคืองต่อปากของเด็ก รสชาติอ่อน ไม่เผ็ด และยังมีปริมาณของฟลูออไรด์ประมาณ 500 -1000 ppm ซึ่งตรวจสอบได้จากฉลากข้างกล่อง และวันเดือนปีที่ผลิตไม่ควรเกิน 3 ปี การใส่ยาสีฟันไม่ควรบีบใส่มากเกินไป เด็กอายุ 3-6 ปี ควรใช้ควรใส่ประมาณเท่าเม็ดข้าวโพดหรือเม็ดถั่วเขียว การใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์นั้นเพราะต้องการให้ผิวเคลือบฟันได้สัมผัสกับฟลูออไรด์บ่อยครั้งเพื่อให้ได้ประโยชน์จากฟลูออไรด์ในการป้องกันฟันผุ โดยกลไกในการป้องกันฟันผุของฟลูออไรด์นั้นเกิดจากการที่ฟลูออไรด์สามารถยับยั้งการสูญเสียแร่ธาตุออกจากผิวฟัน ทำให้ผลึกของฟันแข็งแรงมากกว่าเดิม โดยเร่งให้เกิดการสะสมของแร่ธาตุที่ผิวฟันได้ นอกจากนี้ฟลูออไรด์ช่วยยับยั้งการสร้างกรดของแบคทีเรีย ค่อยขัดขวางต่อกระบวนการใช้น้ำตาลทำให้แบคทีเรียใช้น้ำตาลได้น้อยลงจึงเกิดกรดเกิดขึ้นลดลงจึงมีผลลดปริมาณและความรุนแรงของเชื้อแบคทีเรียในช่องปาก

4.3.1.2 การทำความสะอาดช่องปากเด็ก (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ, 2549; กองทัตสาธารณสุข, 2550; ชุตินา ไตรรัตน์กุล, 2554 ; ปวีณา คุณณาเมือง, 2555 ; ชุตินา ไตรรัตน์วรกุล , 2556 และ วรางคณา จิรรัตน์โสภา, 2556) การแปรงฟันเป็นการจัดตรวจสุขภาพและตรวจ

จุลินทรีย์บนผิวฟันซึ่งเป็นสาเหตุของโรคฟันผุ ผู้ป่วยเด็กวัยนี้สามารถถือแปรงสีฟันได้แล้วและผู้ดูแลสามารถเริ่มหัดให้ผู้ป่วยเด็กแปรงฟันเองได้แต่ผู้ดูแลจำเป็นต้องแปรงฟันซ้ำอีกครั้งจนกว่าเด็กจะอายุประมาณ 7 ขวบหรือเด็กสามารถผูกเชือกกรองเท้าเองได้ เนื่องจากการแปรงฟันเป็นวิธีการที่ต้องอาศัยการทำงานของมือและตาประสานกัน คล้ายคลึงกับการผูกเชือกกรองเท้าเป็นเป็นโบว์ ควรแปรงฟันให้เด็กทุกครั้งหลังรับประทานอาหารหรือบ้วนปากหลังอาหารทุกครั้งร่วมกับการแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งคือเวลา เช้าตื่นนอนหรือหลังอาหารเช้า และก่อนเข้านอนหรือหลังอาหารมื้อสุดท้ายของวัน โดยเฉพาะการแปรงฟันก่อนนอนเป็นสิ่งสำคัญไม่ควรให้เด็กรับประทานอาหารหรือนมเพราะตอนนอนหลับการหลั่งน้ำลายในช่องปากมีน้อยทำให้ช่วงเวลาดังกล่าวมีโอกาสการเกิดฟันผุได้มากกว่า และในเวลากลางวันไม่ควรบอຍให้เด็กมีอาการปากแห้งน้ำลายแห้งเพราะทำให้มีกรดในช่องปากเพิ่มมากขึ้น ควรให้เด็กบ้วนปากบ่อย ๆ หรือจิบน้ำบ่อยครั้ง ขั้นตอนการแปรงฟันโดยหาบริเวณที่มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่จำเป็นต้องเป็นห้องน้ำเสมอไป ทำที่แนะนำที่สามารถมองเห็นฟันเด็กได้ชัดเจนที่สุดและสามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของเด็กได้คือให้เด็กนอนตักผู้แปรงหรือนอนบนที่นอนผู้แปรงนั่งอยู่เหนือศีรษะเด็ก หรืออย่างน้อยให้ผู้แปรงนั่งบนเก้าอี้และเด็กยืนหรือนั่งระหว่างขาผู้แปรง หรือ ผู้แปรงยืนเด็กนั่งอยู่บนเก้าอี้เด็กและผู้แปรงและเด็กหันหน้าไปในทิศทางเดียวกัน ศีรษะเด็กพึงอยู่บนตักหรือลำตัวผู้แปรงให้เด็กเงยหน้าขึ้นและใช้มือข้างหนึ่งควบคุมการเคลื่อนไหวของศีรษะ การแปรงฟันให้วางขนแปรงให้ตั้งฉากกับตัวฟันและขยับขนแปรงไปมาตามแนวราบ 5-10 ครั้งต่อฟันทุก ๆ 3 ซี่ ซึ่งเป็นวิธีที่กำจัดคราบจุลินทรีย์ได้ดีเหมาะกับโครงสร้างฟันน้ำนมที่มีส่วนป้องกันที่คอฟันและป้องกันไม่ให้ขนแปรงถูกขอบเหงือกขณะแปรงฟัน ข้อแนะนำการแปรงใช้นิ้วมือด้านที่ไม่ได้แปรง ช่วยดันกระพุ้งแก้ม และริมฝีปากเพื่อให้เห็นที่จะแปรงได้ชัด และป้องกันแปรงสีฟันกระแทกถูกเหงือกขณะแปรงฟัน แปรงฟันได้ครบทุกซี่ควรแปรงฟันอย่างเป็นระบบเพื่อแปรงได้ทั่วทุกซี่ไม่ละเลย

1) แปรงฟันด้านนอกคือส่วนที่ติดกับริมฝีปากและกระพุ้งแก้ม เริ่มแปรงจากฟันซี่ในสุดของขากรรไกรบนด้านขวาผ่านฟันหน้าไปจนถึงฟันซี่ในสุดของขากรรไกรอีกด้านหนึ่งทั้งฟันบนและล่าง แปรงฟันด้านนี้เด็กจะชอบเม้มปาก ให้ผู้แปรงใช้นิ้วชี้ข้างที่ไม่ได้แปรงกันไว้และให้เด็กกัดฟันลงมาจะทำให้แปรงฟันได้ง่ายขึ้น

2) แปรงฟันด้านใน ฟันบนคือ ส่วนที่ติดกับเพดานปากและด้านล่างคือส่วนที่ติดกับลิ้น แปรงฟันซี่ในสุดของด้านขวาผ่านฟันหน้าไปจนถึงฟันซี่ในสุดของอีกด้านหนึ่งทั้งฟันบนและล่างแปรงฟันด้านนี้ควรบอกเด็กให้อ้าปากกว้างๆ

3) แปรงฟันด้านบดเคี้ยว ฟันบนจากด้านขวาไปด้านซ้ายและฟันล่างด้านขวาไปด้านซ้ายแปรงฟันด้านนี้ควรบอกเด็กให้อ้าปากกว้างๆ

4) แปรงลิ้นเป็นขั้นตอนสุดท้าย

5) ให้เด็กบ้วนน้ำเพียง 1-2 ครั้งเพื่อให้ฟลูออไรด์ในยาสีฟันคงอยู่ (สมุดดวงกฤษฎาพงษ์,2559) หรือในเด็กที่ไม่สามารถบ้วนปากได้ให้ใช้ผ้าชุบน้ำสะอาดเช็ดฟองออก

4.3.1.3 วิธีสอนให้เด็กแปรงฟัน เพื่อให้เด็กเริ่มเรียนรู้วิธีการแปรงฟันที่ถูกต้องและเป็น การปลูกฝังการแปรงฟันให้แก่เด็กโดยหลังจากเด็กแปรงฟันเสร็จผู้ดูแลยังต้องแปรงฟันซ้ำอีกครั้ง จนกว่าเด็กจะอายุประมาณ 7 ขวบหรือเด็กสามารถผูกเชือกกรองเท้าเองได้ (กองทันตสาธารณสุข, 2551)

- 1) ให้เด็กยืนหน้ากระจกโดยที่คุณเองก็ยืนอยู่ข้าง ๆ ด้วย บอกเด็กว่าเราใช้เวลาในการแปรงฟันประมาณ 2 นาที อาจใช้เพลงประกอบการแปรงฟันเมื่อเพลงจบจะครบ 2 นาที
- 2) หยิบแปรงสีฟันและยาสีฟันมาบีบเตรียมให้ลูกได้เห็นขั้นตอนการทำ
- 3) เตรียมของคุณพ่อคุณแม่เอง แล้วพูดกับลูกว่า “เดี๋ยวคุณพ่อ/แม่ แปรงฟันให้ดู แล้วลูกแปรงตามนะ
- 4) หากลูกยังแปรงตามคุณพ่อคุณแม่ไม่ได้ ให้คุณช่วยจับมือแล้วแปรงให้เขา โดยให้เขาหันหน้าเข้าหากระจก เพื่อให้เห็นตอนแปรง
- 5) ทุกครั้งที่แปรง หากลูกยังแปรงไม่เก่ง ให้ผู้ดูแลช่วยลูกได้ เพียงแต่ลดระดับการช่วยให้น้อยลงเรื่อย ๆ จนเขาสามารถแปรงได้เอง

4.3.1.4 วิธีการป้องกันและสังเกตอาการเขี้ยวกะทันหันหรือมีอาการเหนื่อยหอบจากการแปรงฟัน (สำนักทันตสาธารณสุข, 2555, พรทิพย์ ศิริบุรณ์, 2555, วรวงคณา จิรรัตนโสภ, 2556) การแปรงฟันให้ผู้ป่วยเด็กเหมือนเป็นสิ่งที่ง่ายแต่ในหลาย ๆ ครอบครัวแล้วพบว่ามีปัญหาผู้ป่วยเด็กไม่ยอมแปรงฟัน ปิดปากสนิท ร้องให้ตื่นอาละวาดทุกครั้งเมื่อถึงเวลาแปรงฟันและอาจเป็นการร้องไห้มากที่สุด โดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจเมื่อร้องไห้มาก ๆ อาจทำให้เกิดอาการเขี้ยวกะทันหัน หายใจหอบเหนื่อย จนทำให้ผู้ดูแลหลาย ๆ ท่าน หยุดกิจกรรมการแปรงฟันทันทีเมื่อผู้ป่วยเด็กร้องไห้มาก เกรงว่าผู้ป่วยเด็กจะเป็นอะไรไป ไม่อยากบังคับผู้ป่วยเด็ก ไม่อยากให้ผู้ดูแลเครียด กลัวผู้ป่วยเด็กเกลียดการแปรงฟัน เลยไม่แปรงฟันให้ผู้ป่วยเด็ก บางรายผู้ป่วยเด็กยอมแปรงฟันแต่จะทำเองไม่ยอมให้ใครช่วย ซึ่งในเด็กวัยก่อนเรียน กล้ามเนื้อยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ ทักษะการใช้มือมีจำกัดจึงยังแปรงฟันได้ไม่สะอาด ต้องให้พ่อแม่หรือผู้ใหญ่แปรงฟันให้ การทำสิ่งดังกล่าวอาจทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยเด็กซึ่งทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดฟันผุและทำให้เกิดโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อได้

4.3.1.4.1 สาเหตุที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการแปรงฟัน

1) การแปร่งฟันเป็นสิ่งแปลกใหม่สำหรับผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยเด็กยังไม่คุ้นเคยกับการมีสิ่งแปลกใหม่เข้ามาอยู่ในช่องปาก ย่อมตกใจและแสดงอาการต่อต้านปฏิเสธ เหมือนกับการอาบน้ำให้เด็กเป็นครั้งแรก ผู้ป่วยเด็กเกือบทุกรายจะร้องเสมอเมื่อน้ำถูกลำตัว หากทำเป็นกิจวัตร ผู้ป่วยเด็กจะคุ้นเคยมากขึ้นและยอมรับการแปร่งฟันเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยเด็กแต่ละคนจะปรับตัวยอมรับการแปร่งฟันได้ช้าหรือเร็วแตกต่างกันขึ้นอยู่กับพื้นฐานทางอารมณ์ของผู้ป่วยเด็กและเทคนิคของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก

2) ผู้ป่วยเด็กเรียนรู้ว่าจะทำอย่างไรถ้าไม่ยอมแปร่งฟัน ช่วงแรก ผู้ป่วยเด็กจะต่อต้านการแปร่งฟันหากเด็กได้เรียนรู้ว่าการแสดงอาการต่อต้านได้รับการตอบรับจากผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลหยุดการแปร่งฟัน ผู้ป่วยเด็กจะทำเช่นนี้ทุกครั้ง จนผู้ดูแลอดใจยกเลิกการแปร่งฟัน หากผู้ป่วยเด็กเรียนรู้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวไม่ได้รับการตอบสนองจากผู้ดูแลยังคงแปร่งฟันให้จนสำเร็จ เด็กหยุดพฤติกรรมดังกล่าวและหันมาให้ความร่วมมือในการแปร่งฟัน

3) ผู้ป่วยเด็กอยู่ในภาวะไม่พร้อม การแปร่งฟันในช่วงที่ผู้ป่วยเด็กอารมณ์ไม่ดี หงุดหงิด ง่วงนอน ไม่สบายย่อมมีผลกระทบต่อความร่วมมือในการแปร่งฟัน หรือช่วงที่ฟันกำลังจะขึ้น เจ็บเหงือก ช่องปากจึงเป็นเขตหวงห้ามไม่ยอมให้ใครเข้ามายุ่งเกี่ยว กลัวว่าจะทำให้เจ็บมากขึ้น ผู้ป่วยเด็กจึงแสดงอาการต่อต้านเป็นอย่างมากเมื่อถึงเวลาแปร่งฟัน

4) การมีประสบการณ์ที่ไม่ดี ประสบการณ์เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เด็กยอมรับการแปร่งฟันได้ยากหรือง่าย เช่น ผู้ป่วยเด็กที่เคยมีประสบการณ์กับการมีสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในปาก เช่น การดูดเสมหะในลำคอ หรือเด็กที่รู้สึกว่าการแปร่งฟันทำให้เจ็บ หัวแปร่งไปกระทั่งบริเวณแก้มเป็นแผลก็อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กไม่ยอมแปร่งฟัน ซึ่งผู้ดูแลต้องระมัดระวังไม่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเจ็บจากการแปร่งฟัน ผู้ป่วยเด็กจะได้เปลี่ยนทัศนคติยอมรับการแปร่งฟัน

5) ผู้ป่วยเด็กอยากแปร่งฟันเองเป็นเรื่องธรรมชาติ เมื่อกำลังเนื่อมีการพัฒนามากขึ้น สามารถเคลื่อนไหว หยิบจับอะไรได้ ผู้ป่วยเด็กก็อยากจะทดสอบความสามารถของตนเองประกอบกับอยู่ในช่วงวัยแห่งการเลียนแบบจึงอยากแสดงให้เห็นว่าตนเองสามารถแปร่งฟันได้ เหมือนผู้ใหญ่ดังนั้นการที่ผู้ป่วยเด็กอยากแปร่งฟันเองจึงเป็นเรื่องปกติ แต่ผู้ดูแลต้องหาวิธีที่แปร่งฟันให้ผู้ป่วยเด็กช้า

4.3.1.4.2 วิธีทำให้ผู้ป่วยเด็กอยากแปร่งฟันให้ความร่วมมือในการแปร่งฟัน เพื่อป้องกันอาการเขียวกะทันหันหรือมีอาการเหนื่อยหอบ การหลีกเลี่ยงการรบกวนทางอารมณ์ สิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดจากการแปร่งฟันโดยการลดสิ่งกระตุ้นหรือสถานการณ์ที่ทำให้เด็กอึดอัดจิตใจได้แก่

1) สร้างความคุ้นเคย

- การจูงใจให้เด็กเริ่มรู้จักและยอมรับการแปรงฟันโดยการแปรงฟันครั้งแรกควรใช้เวลาสั้น ๆ เพียง 10 - 15 วินาที เมื่อเด็กให้ความร่วมมือจึงค่อยเพิ่มเวลานานมากขึ้นจนเด็กเกิดการยอมรับการแปรงฟัน

- สร้างความคุ้นเคยโดยให้ผู้ช่วยเด็กเห็นการแปรงฟันของพ่อแม่ พี่น้อง หรือจากสื่อต่าง ๆ เช่น จากหนังสือ รูปภาพ โทรทัศน์ ให้ผู้ช่วยเด็กทราบว่า เป็นเรื่องที่ทุกคนต้องปฏิบัติ เมื่อถึงเวลาที่เด็กต้องแปรงฟันผู้ช่วยเด็กจะยอมรับได้ง่าย

2) ให้ผู้ช่วยเด็กมีส่วนร่วม

- ให้ผู้ช่วยเด็กมีส่วนร่วมตั้งแต่การเลือกแปรงสีฟัน ยาสีฟัน แก้วน้ำ อาจมีหลายชิ้นให้เลือกและให้ผู้ช่วยเด็กรู้สึกว่าเป็นเจ้าของ

- ให้เด็กมีส่วนร่วมในการแปรงฟัน เช่น ให้เด็กแปรงฟันด้วยตนเองก่อน แล้วผู้ดูแลจึงช่วยแปรงฟันซ้ำ หรือสลับกันแปรงโดยให้เด็กแปรงฟันให้ผู้ปกครองและผู้ปกครองแปรงฟันให้แก่เด็ก ซึ่งทำให้เด็กได้แสดงความสามารถภูมิใจ

3) สร้างบรรยากาศ

- ควรแปรงฟันในช่วงที่เด็กอารมณ์ดี ไม่อยู่ในสภาพที่หงุดหงิด งอแง หรือง่วงนอน และไม่อึดจนเกินไป

- สร้างบรรยากาศก่อนการแปรงฟัน เช่น ให้ฟังนิทาน หรือดูการ์ตูนที่เกี่ยวกับการแปรงฟัน ให้เด็กแปรงฟันให้ตุ๊กตา หรือให้เด็กเห็นว่าผู้ดูแลแปรงฟันให้พี่ ๆ และหัวเราะสนุกสนาน ใคร ๆ ก็บอกว่าปากพี่หอมพี่ได้รับคำชม ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เด็กรู้สึกอยากแปรงฟัน

- สร้างบรรยากาศขณะแปรงฟัน เช่น อาจใช้สื่อต่าง ๆ เช่น เสียงเพลง สื่อโทรทัศน์ วิดีโอประกอบการแปรงฟัน และทำไปพร้อม ๆ กับสื่อ หรือผู้ดูแลอาจเล่านิทาน ร้องเพลงขณะแปรงฟันนับจำนวนฟันไปแปรงฟันไปด้วย นำตุ๊กตาที่ผู้ช่วยเด็กชื่นชอบมาเรียงไว้เพื่อให้เห็นว่าการแปรงฟันอยู่ เป็นต้น

- สร้างบรรยากาศหลังการแปรงฟัน หลังการแปรงฟันเด็กควรได้รับคำชมจากผู้ดูแลหรือ อาจมีสติ๊กเกอร์เป็นรางวัล หรือทำตารางบันทึกหลังการแปรงฟัน หากได้สติ๊กเกอร์ครบจะได้รับรางวัลที่ผู้ช่วยเด็กอยากได้

- เด็กอายุ 3-5 ปีชอบเลียนแบบอยากทำอะไรเหมือนผู้ใหญ่ ควรให้เด็กฝึกแปรงฟันพร้อมพี่น้อง หรือพ่อแม่

4) สร้างกิจวัตร การแปรงฟันควรทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยเด็กทราบว่าต้องปฏิบัติเมื่อใด เช่น หลังจากตื่นนอนก่อนนอน ทุกคนต้องแปรงฟัน หรือเมื่อเพลงประจำชั้นทุกคนต้องแปรงฟัน เป็นต้น

5) ให้ผู้ป่วยเด็กเห็นความสำคัญ การทำให้ผู้ป่วยเด็กเห็นประโยชน์ หรือความสำคัญในการแปรงฟัน จะทำให้เด็กอยากแปรงฟันมากขึ้น เช่น ให้เด็กส่องกระจกดูเศษอาหารที่ติดฟันและหลังจากผู้ดูแลแปรงฟันให้ก็ให้เด็กส่องกระจกดูอีกครั้งว่าเศษอาหารหลุดออกไปแล้ว

6) เทคนิคในการแปรงฟันทำให้ศีรษะเด็กอยู่หนึ่ง แปรงสีฟันไม่กระแทกช่องปากเด็กและยังทำให้แปรงฟันได้สะอาด

จะเห็นได้ว่าเทคนิคในการทำให้ผู้ป่วยเด็กมีหลายหลากวิธีในการนำไปปรับใช้ อีกทั้งเด็กแต่ละคนมีพื้นฐานอารมณ์การเลี้ยงดูยากง่ายต่างกันสำคัญที่ผู้ดูแลต้องไม่หงุดหงิดหรือใช้อารมณ์กับเด็ก ทำด้วยความนุ่มนวลและแปรงฟันให้เด็กอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องจนทำให้เด็กเกิดการยอมรับการแปรงฟันในที่สุด

4.3.1.4.3 วิธีการสังเกตอาการเขียวกะทันหันหรือมีอาการเหนื่อยหอบจากการแปรงฟันได้แก่ เด็กจะร้องกระวนกระวาย ร้องค้ำไม่หยุด หายหอบลึก สีผิวเขียวขึ้น ควรปลอบเด็กให้สงบก่อน ถ้าปล่อยให้เด็กร้องนานเด็กอาจมีอาการเขียวรุนแรง เด็กจะซึมลง แขนขาอ่อนแรง หรือชักได้ (สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์, 2545)

4.3.2 ด้านการรับประทานอาหารเช้าเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

4.3.2.1 อาหารกับทันตกรรมของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นปัจจัยสำคัญในการทำให้เกิดฟันผุ อาหารมีความเกี่ยวข้องกับโรคฟันผุมากที่สุดในบรรดาสาเหตุทั้งหลายเพราะเป็นวัตถุดิบสำหรับเชื้อโรคในการเจริญเติบโตและขับของเสียออกมาเป็นกรดทำให้ฟันสูญเสียเกลือแร่ เด็กทั่วไปที่มีฟันน้ำนมที่มีผิวเคลือบฟันที่แข็งแรงแต่มีพฤติกรรมกรับบริโภคอาหารไม่ตีอาจทำให้เกิดฟันน้ำนมผุได้ ยิ่งในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีผิวเคลือบฟันสีกร่อนได้ง่ายกว่าเด็กทั่วไป ผู้ดูแลจึงควรใส่ใจในการเลือกอาหารให้แก่เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ (กองทันตสาธารณสุข, 2541; กองทันตสาธารณสุข, 2547; กองทันตสาธารณสุข, 2551; ทิพวรรณ ธานีวัฒนานนท์และชุติมา ไตรรัตน์กุล, 2554)

1) เลือกรูปแบบของอาหาร ที่มีเส้นใยมาก มีน้ำมาก เช่นผักและผลไม้ต่าง ๆ ในอาหารเหล่านี้จะอยู่ในลักษณะหยาบจึงติดฟันน้อยและมีการกระตุ้นการผลิตน้ำลายให้มาก และควรเลือกอาหารที่มีโปรตีน เช่นเนื้อสัตว์ เนย ถั่ว นมจืดจะไปคัดขวางการนำน้ำตาลเข้าเซลล์ของเชื้อโรคได้ อีกทั้งอาหารประเภทโปรตีนต้องใช้การเคี้ยวมาก รวมถึงการเคี้ยวมากฝรั่งที่ไม่มีส่วนผสมของน้ำตาล การเคี้ยวก็ช่วยกระตุ้นการหลั่งของน้ำลายให้ไหลออกมามากขึ้นด้วย เพราะเด็กโรคหัวใจมีการได้รับยาขับปัสสาวะทำให้เกิดภาวะน้ำลายแห้ง และควรหลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดการติดฟันเช่น น้ำตาลทราย ลูกอม ซ็อกโกแลต น้ำหวาน ทอฟฟี่ คุกกี้ ขนมสำเร็จรูป อาหารในลักษณะนี้จะติดฟันได้ง่าย และมีรสหวานมีส่วนประกอบของน้ำตาลสูงและเหนียวติดฟัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อฟัน ถ้าให้เด็กรับประทานอาหารหวานและเหนียวติดฟันควรแปรงฟันหลังรับประทานภายใน 30 นาทีเพื่อลดการสร้างกรด

2) ความถี่ในการรับประทานอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีส่วนประกอบของแป้งและน้ำตาล การรับประทานอาหารดังกล่าวแต่ละครั้งจะเกิดการดูดขึ้นมาทำลายฟันอย่างน้อย 20 นาที ดังนั้นการรับประทานอาหารถึงจึงส่งผลต่อการเกิดฟันผุ อย่างไรก็ตามเด็กวัยนี้ให้รับประทานอาหาร 3 มื้อเป็นหลัก อาหารระหว่างมื้อหรืออาหารเสริมยังคงมีความจำเป็นในเด็กวัยนี้ แต่ไม่ควรจัดให้มีอาหารเสริมที่ถี่เกินไปจนทำให้เกิดนิสัยการกินจุบจิบ และทำให้เด็กรับประทานอาหารหลักได้น้อย และทำให้หิวบ่อย นมจืดจึงเป็นอาหารเสริม อาหารเสริมเด็กวัยนี้ไม่ควรเกินวันละ 1-2 ครั้ง อาจเป็นช่วงหลังอาหารเช้า, ช่วงบ่าย หรือก่อนนอนแต่มีอาหารว่างไม่ควรใกล้กับมื้อหลักควรจัดอาหารว่างห่างจากมื้อหลัก อย่างน้อย 1 ชั่วโมง มากทำให้เด็กรับประทานอาหารหลักได้น้อยและทำให้หิวบ่อย อาหารว่างที่ควรจัดให้เด็ก ที่ดีควรเป็นผลไม้เช่น ส้ม กล้วย ชมพู่ มะละกอ ฝรั่ง ถั่วต้ม ข้าวโพดต้ม หรือนม จัดสลับกับขนมปังสด เช่น ซาลาเปา แซนวิช ไข่ต้ม ขนมปังหมูหยอง ขนมจีบ ขนมไทยที่ไม่หวาน เช่นถั่วต้ม ฟักทองต้ม ขนมกล้วย ข้าวต้มมัด ไม่ควรใช้อาหารหรือขนมในการต่อรองกับเด็ก เช่นการให้รางวัลและไม่ควรตุณของว่างเช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน ซ็อกโกแลต ขนมกรุบกรอบไว้ในบ้าน ในเด็กโรคหัวใจพิจารณาแต่กำเนิดบางรายที่มีอาการเหนื่อยหอบ มีการรับประทานอาหารในแต่ละมื้อได้ไม่มาก แพทย์จะแนะนำให้รับประทานอาหารบ่อยครั้งเพื่อให้ได้ปริมาณเพียงพอต่อร่างกาย ผู้ดูแลควรเลือกอาหารที่ลดการเกิดฟันผุให้เด็กและต้องเพิ่มการแปรงฟันหลังมื้ออาหารให้มากขึ้น

3) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวาน หรือมีส่วนประกอบของน้ำตาล น้ำตาลเป็นอาหารของจุลินทรีย์และจุลินทรีย์ก็จะสร้างกรดขึ้นมาทำลายฟันทำให้เกิดฟันผุ ถ้าจำเป็นต้องกินอาหาร กลุ่มแป้งหรือน้ำตาลควรกินร่วมกับอาหารหลักและลดความเข้มข้นของน้ำตาลในอาหาร ลดจำนวนครั้งในการกินให้เสร็จในครั้งเดียวไม่กินไปเรื่อย ๆ หลังการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบจะเกิดการกรดในช่องปากภายในเวลา 2-3 นาที เช่น น้ำหวาน นมปรุงแต่ง นมเปรี้ยว ชา

เชียวรสหวาน ไอศกรีม ขนมงู เค้กและรวมถึง ยาที่มีส่วนผสมของน้ำเชื่อม ควรให้กินก่อนหรือหลัง มีอาหารเพื่อให้อาหารมีหลักช่วยปรับสมดุลการเกิดกรดในช่องปาก และต้องให้เด็กบ้วนปากหรือ แปรงฟันทุกครั้งหลังรับประทาน น้ำตาลมีผลต่อฟันผุ ชนิดของน้ำตาลที่อยู่ตามธรรมชาติทำให้เกิดฟัน ผุได้น้อยกว่าเช่นน้ำตาลฟรุคโตสซึ่งอยู่ในผลไม้ น้ำตาลแปรรูป เช่นน้ำตาลซูโครสซึ่งอยู่ในน้ำตาลทราย เป็นน้ำตาลที่อันตรายที่สุดต่อตัวฟันเพราะน้ำตาลซูโครส จุลินทรีย์สามารถนำมาสร้างสารกลูแคน และเด็กขแทรกซ์ที่ช่วยในการเกาะติดของจุลินทรีย์บนผิวฟันได้ดี แต่มีน้ำตาลสังเคราะห์ เช่น น้ำตาล ซอร์บิทอล น้ำตาลไซลิทอล น้ำตาลเหล่านี้เป็นน้ำตาลที่ไม่ทำให้เกิดฟันผุ โดยเฉพาะน้ำตาลไซลิทอล มีฤทธิ์ต้านเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดฟันผุด้วย ลักษณะของน้ำตาลมี 3 ลักษณะได้แก่

- น้ำตาลในรูปของเหลว เป็นน้ำตาลผสมอยู่ในเครื่องดื่ม เช่นน้ำหวาน น้ำชาเขียว น้ำอัดลม ไอศกรีม
- น้ำตาลแข็งหรือเหนียว ผสมอยู่ในอาหารแบบแข็งหรือเหนียว เช่นในคุกกี้ เค้ก ขนมงูสำเร็จรูป
- น้ำตาลละลายช้า ผสมในอาหารหรือยาที่ต้องค่อย ๆ อมให้ละลายในปากช้า ๆ เช่น ลูกอมเป็นต้น

น้ำตาล 3 ชนิดนี้มีผลต่อการเกิดฟันผุทั้งสิ้น แต่น้ำตาลที่ละลายช้าทำให้เกิดฟันผุมากกว่า น้ำตาลที่แข็งหรือเหนียวและน้ำตาลที่แข็งหรือเหนียว ทำให้เกิดฟันผุมากกว่าน้ำตาลในรูปของเหลว

4) อาหารที่มีกรด เช่นน้ำอัดลม ผลไม้รสเปรี้ยวจัด ของหมักดอง ในเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดควรงดอาหารที่มีกรด เนื่องจากโครงสร้างและมีการสูญเสียแร่ธาตุได้ง่ายกว่า เด็กทั่วไปโครงสร้างฟันไม่แข็งแรง ความเป็นกรดสูงสามารถดึงแร่ธาตุออกจากฟันได้ง่ายกว่าเด็กปกติ

5) วิธีกินมีผลทำให้มีอาหารตกค้างอยู่ในช่องปากยิ่งทำให้มีการตกค้างนาน จะทำให้เกิดฟันผุได้มากกว่า แม้ว่าอาหารนั้นจะมีน้ำตาลน้อยกว่า เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำเป็นต้องเลิกดูดขวดนม ให้ดื่มจากแก้วหรือดูดจากหลอด การรับประทานข้าวไม่ปล่อยให้เด็กอมข้าว ไว้ในปาก และควรดื่มน้ำให้เด็กอมลูกอมที่มีส่วนผสมของน้ำตาล ถ้าจำเป็นต้องให้เด็กอมลูกอมควร เลือกลูกอมที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเทียมเช่น ซอร์บิทอล ลูกอมที่ปราศจากน้ำตาล sugar free หรือไซลิทอล ซึ่งไม่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดฟันผุ โดยเฉพาะ ไซลิทอล มีฤทธิ์ต้านเชื้อจุลินทรีย์ที่ทำให้เกิดฟันผุด้วย

4.3.2.2 เทคนิคการลดหวานในนม การปล่อยให้เด็กรับประทานนมหวานในเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดถือเป็นความเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ แต่การขัดใจหรือบังคับเด็กให้หยุดกิน

หวานเลยในทันทีเป็นภาวะเสี่ยงของโรคอาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ต่อต้านทำให้เกิดอาการเหนื่อย และเขี้ยวกะทันหัน การเปลี่ยนเด็กให้เด็กที่ดื่มนมหวานมาดื่มนมจืดต้องค่อยเป็นค่อยไป ต้องใช้ความอดทนและใช้เวลา คือการผสมนมจืดเข้าไปในนมรสหวานทีละน้อย ๆ เพื่อเจือจางความหวานลง โดยในระยะแรกไม่ควรเจือจางความหวานให้ลดลงมาก เนื่องจากเด็กจะเกิดการต่อต้านไม่รับประทานนมที่เตรียมมาให้แล้วค่อย ๆ ลดนมหวานจนเด็กเปลี่ยนเป็นนมรสจืด แสดงความชื่นชมทุกครั้งที่ได้กินทานนมได้หมด เช่น “การพูดชมเชยว่าเก่ง” หรือการโอบกอดเด็กให้เขารับรู้ว่าถ้าดื่มนมหมดจะได้รับความสนใจหรือได้รับคำชม (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2545)

4.3.2.3 การสร้างนิสัยให้เด็กทานผลไม้ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2545)

1) เทคนิคการกระตุ้นให้เด็กเกิดความพอใจอยากกิน โดยการประดิษฐ์ผลไม้เป็นรูปต่าง ๆ เช่นสัตว์ ตัวการ์ตูนที่เด็กชอบ หรือให้เด็กมีส่วนร่วมคิดว่าจะตัดผลไม้เป็นรูปอะไรดี จะช่วยเพิ่มความอยากกินให้แก่เด็กได้

2) การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยมากที่สุด โดยจัดอาหารว่างเป็นผลไม้ให้เด็กเมื่อไม่มีขนมเด็กก็จะกินผลไม้แทน

3) การเป็นแบบอย่างที่ดีในการกินผลไม้แทนขนม การกินผลไม้ร่วมกับเด็กมีส่วนกระตุ้นความอยากอาหารของเด็ก เด็กก็จะเลียนแบบผู้เลี้ยงดูและมีนิสัยชื่นชอบการกินผลไม้มากกว่าขนมหวาน

4.3.2.4 วิธีการให้เด็กเลิกขวดนม (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2550)

จากการสำรวจยังพบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำนวนมากเลิกดูดขวดนมอายุมากกว่า 2 ปี ปลอ่ยให้เด็กหลับคาขวดนม ไม่กล้าเช็ดปากเด็ก รวมทั้งเลี้ยงดูอย่างตามใจ เนื่องจากสงสัยว่าเป็นโรคหัวใจ (ประไพ ชุณหคล้าย, 2548) ซึ่งอาจเกิดจากความเชื่อของผู้ดูแลไม่เข้มงวดเรื่องการเลิกดูดขวดนมเพราะต้องการให้เด็กกินได้มาก ๆ คิดว่าช่วงเวลาที่ดูดขวดนมเป็นเวลาที่มีความสุข ยอมให้เด็กหลับคาขวดนมเพื่อไม่ให้เด็กตื่นง่าย การดูดขวดนมมีผลเสียทำให้เด็กฟันผุได้ง่าย ซึ่งจริง ๆ แล้วเด็กขวดเลิกดูดขวดนมช้าสุดอายุไม่เกินขวบครึ่ง ถ้าเด็กยังติดขวดนมควรมีเทคนิคในการเลิกขวดนมดังนี้

1) วิธีเลิกทันทีทันใด เหมาะกับเด็กที่ค่อย ๆ ยอมเลิกขวดบ้างแล้วและไม่ค่อยสนใจขวดนมมาก เช่น ยังดูดขวด เพียงวันละ 1-2 มื้อ หรือกรณีที่ติดขวดนมแล้วและลองใช้วิธีแบบค่อยเป็นไปแล้ว ไม่ได้ผล วิธีการมีดังนี้

● บอกให้เด็กรู้ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 สัปดาห์ ก่อนจะถึงเวลาให้เลิกใช้ เช่นบอกว่า หนูโตแล้วถึงเวลาเลิกดูขวดนมแล้ว

● บอกเด็กทุกวันว่าอีกไม่นานหนูจะไม่ต้องใช้ขวดนมอีกแล้ว

● เมื่อถึงเวลาเก็บขวดนม ต้องเก็บให้พ้นสายตาเด็ก หรือให้เด็กช่วยแม่เก็บขวดนมใส่ถุงนำไปบริจาคหรือเอาทิ้งเขาจะได้ตัดใจจริง ๆ

● ให้รางวัลเด็กเมื่อเด็กไม่ดูขวดนมตลอดวันหรือตลอดคืนที่ผ่านมา

● เตรียมน้ำใส่แก้วพร้อมสำหรับเด็กดื่มเมื่อเด็กร้องหาขวดนม

● ให้เด็กมีสิ่งทดแทนขวดนม อาจเป็นตุ๊กตาหรือของเล่นที่ชอบเอาไว้กอดเมื่อคิดถึงขวดนม

2) แบบทดแทน เหมาะกับเด็กที่ติดขวด แต่ไม่ถือขวดนมติดตัวไปด้วย ไม่หลับคาขวดนมเด็กที่เริ่มใช้แก้วบ้างแล้ววิธีการมีดังนี้

● ใช้แก้วหัดดื่มกับนม น้ำดื่มและน้ำผลไม้ เพื่อให้เด็กคุ้นเคย

● ให้เด็กใช้แก้วขณะทานอาหารทุกมื้อ

● ไม่ให้เด็กถือขวดนมติดตัว

3) แบบค่อยเป็นค่อยไป เหมาะกับเด็กที่ติดขวดนมแล้วส่วนใหญ่จะได้ผลประมาณ 3 สัปดาห์วิธีการมีดังนี้

● ค่อย ๆ ลดขวดนมทีละน้อย 1 ขวดทุก 2-4 วันโดยให้ดื่มจากแก้วแทน

● ค่อย ๆ ลดนมมื้อที่ไม่สำคัญก่อนเช่น มื้อกลางวัน หรือมื้อดึกหลังเที่ยงคืน

● หากเด็กงอแงอาจใส่น้ำให้เด็กดูดแทนนมในช่วงมือก่อนนอนหรือกลางวัน

● ค่อย ๆ ลดปริมาณนมมื้อดึกจาก 8 ออนซ์ เหลือ 4 ออนซ์ จนงดได้

- ระหว่างการฝึกอาจดึงดูตเด็กโดยให้เด็กเลือกแก้วน้ำหรือตักแต่งแก้วเอง หรือให้ใช้หลอดแบบแปลก ๆ

ระหว่างการฝึกควรกอดเด็กเพิ่มเป็นพิเศษและเด็กอาจร้องไห้งอแง หงุดหงิดมากขึ้นในช่วงดังกล่าว แสดงความยินดีและชมเชยเมื่อลูกดีมนมจากแก้ว พาเด็กเล่นจะทำให้รับประทานอาหารมื้อหลักได้มากขึ้น กลางคืนจะหลับได้ดีขึ้นสร้างบรรยากาศในการนอนไม่เปิดไฟนอน ฝึกให้เด็กนอนด้วยตัวเองไม่พาหลับโดยการกอดขวดนมหลับอาจให้เด็กกอดตุ๊กตาที่เด็กชอบแทน ก่อนนอนให้ใช้การเล่านิทาน ร้องเพลงกล่อม หรือตบกันเบา ๆ แทนการติดขวดนม

4.3.2.5 ให้เด็กกินนมอย่างไรไม่ทำให้ทำร้ายสุขภาพ (กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2550) นมกับเด็กเป็นของคู่กัน ไม่ให้ กินคงไม่ได้ แต่ผู้ปกครองช่วยเหลือให้กินอย่างถูกวิธี เช่น ไม่ปล่อยให้กินจุบจิบ เพราะจะทำให้ไม่หิวข้าวที่เป็นอาหารมื้อหลักและจะทำให้ฟันผุง่ายเพราะเชื้อโรคก่อฟันผุในปากจะได้ขนมเป็นวัตถุดิบสร้างกรดทำลายฟัน ไม่ควรกินนมมากเพราะอาจอ้วนเพราะนมได้ จากงานวิจัยพบว่าเด็กที่รับประทานนมมากกว่า 3 มื้อต่อวันจะมีฟันผุมากขึ้น ผู้ปกครองต้องเลือกนมที่ไม่หวานจัดหรือเหนียวติดฟันมีโอกาสทำให้เกิดฟันผุได้มากดังนั้นถ้าให้เด็กกินต้องให้เด็กแปรงฟันหลังรับประทาน

4.3.3 ด้านการป้องกันทันตกรรมในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2549, กองทันตสาธารณสุข, 2547)

4.3.3.1 ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดการตรวจเพื่อหาฟันผุในระยะแรกสำคัญเพื่อป้องกันเชื้อ *Streptococci viridans* เข้าสู่กระแสเลือด ซึ่งภายในช่องปากนอกจาก ฟัน ลิ้น และน้ำลายยังมีเชื้อแบคทีเรียซ่อนอยู่ เมื่อมีฟันผุลุกลามเข้าสู่เส้นเลือดและเส้นประสาททำให้เชื้อโรคจะเข้าสู่กระแสเลือดจากช่องทางดังกล่าว ควรตรวจฟันอย่างน้อยวันวันละ 1 ครั้ง สถานที่ตรวจให้แสงสว่างพอเพียง หันหน้าเข้าหาเด็ก ตรวจฟันหน้า ให้เด็กยิงฟัน ตรวจฟันด้านหลังให้เด็กอ้าปาก ใช้มือนัดกระพุ้งแก้ม ฟันล่างให้เด็กก้มหน้า ฟันบนให้เด็กเงยหน้าขึ้น ตรวจดูคราบจุลินทรีย์สีเหลืองที่บริเวณคอฟันเนื่องจากคราบจุลินทรีย์ลักษณะคล้าย ๆ ฟันจึงมองด้วยตาเปล่าค่อนข้างยากวิธีการตรวจควรใช้หลอดดูดน้ำดัดปลายเฉียง ปลายมีลักษณะมนไม่แหลมคมชุดบริเวณคอฟันว่ามีคราบสีเหลืองติดมาหรือไม่ซึ่งเป็นทราบจุลินทรีย์ถ้าแปรงฟันได้สะอาดจะไม่พบคราบจุลินทรีย์นี้ติดอยู่ซึ่งคราบจุลินทรีย์เป็นสาเหตุของการเกิดโรคฟันผุและ ตรวจดูว่าลึนมีคราบฝ้า มีรอยแผลหรือไม่

4.3.3.2 การตรวจสภาพช่องปากเด็กที่ควรให้ความสนใจ (กองทุนสาธารณสุข, 2550; ชูติมา ไตรรัตน์, 2554; เซวงเกียรติ แสงศิรินาวิน, 2554)

1) ตรวจสอบความสะอาดของฟัน หลังการทำความสะอาดช่องปาก ว่าหลังแปรงฟัน ฟันมีลักษณะเรียบเงาไม่มีคราบเศษอาหารอยู่ในช่องปากหรือคราบเหนียวสีขาวอมเหลืองเกาะที่ผิวฟันซึ่งเป็นแผ่นคราบจุลินทรีย์ซึ่งมีส่วนประกอบเป็นสารโปรตีนจากน้ำลายและกลุ่มเชื้อจุลินทรีย์ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ

2) ตรวจหาฟันผุในระยะเริ่มแรก

โรคฟันผุมี 4 ระยะ ได้แก่ บริเวณฟันผุที่พบได้บ่อยในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดคือบริเวณฟันหน้าด้านบนและฟันกรามบริเวณหลุมร่องฟัน (กองทุนสาธารณสุข, 2540)

โรคฟันผุระยะที่ 1 กรดเริ่มทำลายเคลือบฟันสังเกตเห็นมีรอยขุ่นขาวมีการสูญเสียเคลือบฟันข้างใต้ไป อาจเห็นเป็นรอยสีขาวขุ่นบริเวณที่เป็นผิวเรียบของฟัน หรือหลุมร่องฟัน ยังไม่มีอาการ ควรรีบพาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไปพบทันตแพทย์ตั้งแต่พบเห็นมีการผุอยู่ในระยะนี้

โรคฟันผุระยะที่ 2 การกัดกร่อน ลึกลงไปถึงชั้นเนื้อฟัน มีสีเทาดำเห็นรูผุ มีเศษอาหารติด การผุ จะลุกลามเร็วกว่าระยะแรก เนื่องจากชั้นเนื้อฟันแข็งแรงน้อยกว่าชั้นเคลือบฟัน จะเริ่มมีอาการเสียวฟัน เมื่อถูกของร้อน เย็น หรือหวาน

โรคฟันผุระยะที่ 3 เป็นขั้นรุนแรงขึ้นมีการทำลายลึกถึงโพรงประสาทฟัน มีการอักเสบของเนื้อเยื่อภายในโพรงประสาทฟัน มีอาการปวด อาจปวดตลอดเวลา หรือปวดเป็นพัก ๆ มีการตกค้างของเศษอาหาร มีกลิ่น เมื่อฟันผุทะลุถึงโพรงประสาทฟันแล้ว

โรคฟันผุระยะที่ 4 ถ้าผู้ป่วยอดทนต่อความเจ็บปวดของการอักเสบจนผ่านเข้าสู่ระยะนี้ เนื้อเยื่อโพรงประสาทฟันจะถูกทำลายลุกลามไปที่ปลายราก จะเจ็บเป็นช่วง ๆ เป็น ๆ หาย ๆ เกิดฝีหนองบริเวณปลายราก มีอาการบวม เชื้อโรคลุกลามเข้าสู่กระแสเลือด

3) โรคปริทันต์ เด็กวัยนี้มักพบว่าเป็นโรคปริทันต์ถึงขั้นรุนแรงอาการที่อาจพบได้แก่ การมีเลือดออกขณะแปรงฟัน ซึ่งเป็นระยะแรกของเหงือก

4.3.3.3 การพาบุตรไปพบทันตแพทย์ (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2549)

1) เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจำเป็นต้องไปพบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอ และควรพาบุตรไปพบทันตแพทย์อย่างช้าเมื่อเด็กมีฟันน้ำนมซี่แรกขึ้น และควรปฏิบัติเป็นประจำทุก 3 เดือน เพื่อเฝ้าระวังการเกิดฟันน้ำนมผุ อีกทั้งช่วยให้เด็กมีทัศนคติที่ดี หรือมีการคุ้นเคยกับทันตแพทย์

และเครื่องมือทำฟัน และผู้ดูแลในครอบครัวควรบอกทันตแพทย์ทุกครั้งว่าบุตรมีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อให้ทันตแพทย์ทราบเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นและให้ยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการทำฟัน

2) การพาบุตรไปพบทันตแพทย์เพื่อรับการเคลือบหลุมร่องฟันโดยแพทย์จะใช้สารเคลือบในการปิดบริเวณร่องฟันที่ทำความสะอาดยากเพื่อป้องกันการยึดติดของเศษอาหารอันจะทำให้เกิดโรคฟันผุควรทำการเคลือบหลุมร่องฟันในเด็กกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง

3) การพาบุตรไปพบทันตแพทย์เพื่อรับฟลูออไรด์เสริมภายใต้การดูแลของทันตแพทย์

4.3.3.4 การเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนการทำฟัน (พีระพัฒน์ มกรพงศ์ และคณะ, 2540; สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2549)

1) ก่อนให้การรักษาทางทันตกรรม เด็กต้องอยู่ในภาวะแข็งแรงเพียงพอภายใต้การดูแลของแพทย์โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กรณีเด็กมีไข้หรือเป็นหวัดให้โทรเลื่อนนัดจนกว่าเด็กจะมีสุขภาพแข็งแรง

2) แจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลโรคหัวใจทราบถึงการจะทำฟันที่จะทำเช่น การถอน การอุดฟัน การรักษารากฟัน เพื่อสรุปประวัติของโรค การผ่าตัด ยาที่ใช้ข้อปฏิบัติและข้อควรระวังให้ทันตแพทย์ได้ทราบ

3) กรณีถอนหรืออุดฟันซึ่งอาจจะมีเลือดออก เด็กจำเป็นจะต้องได้รับยาปฏิชีวนะจากทันตแพทย์ก่อนการทำฟัน 1 ชั่วโมง ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวควรบอกทันตแพทย์ทุกครั้งว่าบุตรป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เพื่อป้องกันโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ

4) ในกรณีที่เด็กได้รับยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด เช่น ยาแอสไพรีน จำเป็นต้องงดยาก่อน 7 วัน ยาต้านแข็งตัวของเลือดได้แก่ ยาวาฟาริน ให้หยุดยาประมาณ 3-5 วัน และในบางรายต้องเจาะติดตามค่าการแข็งตัวของเลือดก่อนการหยุดยาถ้าค่า INR มากกว่า 1.5 ต้องเลื่อนการทำหัตถการไปก่อน และยาต้านแข็งตัวของเลือดพลาวิส ควรหยุดยาก่อน 5 วันการหยุดยาควรอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์โรคหัวใจเพื่อป้องกันเลือดไหลไม่หยุดภายหลังถอนฟัน

4.3.3.5 ทำอย่างไรเมื่อลูกกลัวการไปพบทันตแพทย์ (นันทนา ศรีอุดม, 2557)

ผู้ปกครองส่วนใหญ่จะพาเด็กมาพบทันตแพทย์เมื่อมีอาการปวดฟันแล้วทำให้เด็กเจอแต่ประสบการณ์ที่ไม่ดีในการไปพบทันตแพทย์ ซึ่งเด็กอาจได้รับการรักษาการฉีดยา การถอนฟัน ดังนั้นผู้ปกครองจึงเป็นบุคคลกลุ่มแรกที่มีความสำคัญต่อประสบการณ์และทัศนคติที่ดีของเด็กต่อการ

พบทันตแพทย์นอกจากนี้นั้นควรเลือกพบทันตแพทย์สำหรับเด็กเพราะมีความเข้าใจพัฒนาการและการใช้จิตวิทยาในการให้การรักษาและปรับพฤติกรรม

1) พาเด็กไปพบทันตแพทย์ตั้งแต่วัยยังไม่มีปัญหาเรื่องฟัน เพื่อรับการตรวจและให้คำแนะนำในการดูแลป้องกันเมื่อเด็กมีสุขภาพฟันที่ดีก็จะไม่ต้องพบกับการรักษาที่ยุ่งยากเด็กก็จะมีทัศนคติที่ดีต่อทันตแพทย์

2) ก่อนพบทันตแพทย์ควรพูดแต่สิ่งดีๆ เช่น "คุณหมอจะช่วยทำให้ลูกฟันสวยและแข็งแรง" "ไม่พูดข่มขู่ให้เด็กกลัวเช่น "ถ้าดีจะให้หมอนวดนวด" หรือหลีกเลี่ยงการใช้คำเช่น การถอนฟัน การใช้เข็มฉีดยาเพียงอาจสื่อสารแต่เพียงว่าในปากหนูมีหนอนหรือเชื้อโรคเอากระจกส่องให้เด็กดูจะช่วยให้เด็กลดความกลัวลงได้

3) เมื่อพาลูกมาพบทันตแพทย์ ถ้าเด็กร่วมมือทันตแพทย์จะอนุญาตให้ผู้ปกครองนั่งอยู่ด้วยแต่เป็นผู้สังเกตการณ์เท่านั้น ไม่ควรช่วยทันตแพทย์พูดกับลูกเพื่อให้ทันตแพทย์ได้สื่อสารและสร้างความสัมพันธ์กับเด็กโดยตรง ในทางทันตกรรมหมอฟันจะคุยกับเด็กโดยหลีกเลี่ยงคำที่ดูน่ากลัวจะไม่บอกว่ามีการฉีดยาแต่จะพูดว่าเดี๋ยวจะมีแมงหรือมดมากัดที่ฟันหนู

4) หลังทำฟันเสร็จควรให้คำชมแก่เด็กเพื่อให้เด็กรู้สึกภาคภูมิใจในตัวเอง เช่น หนูเก่งมากจ๊ะ ฟันหนูสวยมาก

โดยสรุปประเด็นสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่แตกต่างจากการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนปกติมีดังนี้ (กองทันตสาธารณสุข, 2551; สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี, 2549, ศันสนีย์ ติระลักนันท์, 2557)

1) ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีภาวะเขียวหรือเหนื่อยง่ายผู้จึงต้องใช้เทคนิคในการจูงใจในการแปรงฟันให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมากกว่าเด็กทั่วไป โดยอาจใช้การแปรงฟันไปพร้อมกันกับพ่อแม่หรือพี่น้อง การเล่านิทานเกี่ยวกับการทำความสะอาดฟันให้เด็กฟัง ในการทำความสะอาดช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่ควรให้เด็กเกิดทัศนคติไม่ดีในการแปรงฟัน การบังคับจนเด็กเกิดการต่อต้านการแปรงฟันอย่างรุนแรงมีผลเสียต่อเด็กเพราะอาจทำให้เด็กเกิดอาการเขียวกะทันหันได้หรือมีอาการเหนื่อยหอบ โดยผู้ดูแลควรใช้เวลาในการฝึกการแปรงฟันในครั้งแรก ๆ ควรใช้เวลาสั้น ๆ เพียง 5-10 วินาที และเพิ่มเวลาขึ้นเรื่อย ๆ จนเด็กยอมรับการแปรงฟัน การกล่าวคำชมเชย เมื่อเด็กให้ความร่วมมือ และผู้ดูแลควรจะต้องสังเกตอาการเด็กขณะแปรงฟันสีหน้าของเด็กขณะแปรงฟันว่าผู้ป่วยเด็กมีอาการเขียวกะทันหันได้หรือมีอาการเหนื่อยหอบหรือไม่

- 2) การรับประทานยาที่มีส่วนประกอบของน้ำตาลซูโครสสูงเช่น ยา lanosix, lasix, aldactone ควรรับประทานในช่วงหลังจกมื้ออาหารหรือก่อนมื้ออาหารเพื่อลดความถี่ในการที่ฟันต้องสัมผัสกับน้ำตาลซูโครสที่ค่อนข้างสูงและเพื่อให้อาหารมีอหลักปรับสมดุลการเกิดกรด
- 3) ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้รับยาขับปัสสาวะจะมีอาการน้ำลายแห้งผู้ดูแลควรส่งเสริมให้เด็กรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เพื่อกระตุ้นการหลั่งน้ำลายให้ไหลออกมามากขึ้นได้แก่ ผักและผลไม้
- 4) เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอาการเหนื่อยหอบ ปริมาณอาหารที่รับประทานได้ต่อมื่ออาจรับประทานได้ไม่มาก เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอาการเหนื่อยหอบจึงรับประทานอาหารบ่อยครั้งขึ้นเพื่อให้ได้ปริมาณเพียงพอต่อร่างกายตั้งนั้นเพื่อป้องกันการเกิดฟันผุ ผู้ดูแลต้องเพิ่มการทำ ความสะอาดโดยการแปรงฟันหลังกมื้ออาหารให้มากขึ้น
- 5) ไม่ควรบอ่ยให้เด็กมีอาการปากแห้งทำให้กรดในช่องปากเพิ่มมากขึ้น ควรกระตุ้นให้กินน้ำบ่อยครั้งแต่ในปริมาณที่น้อย ๆ หรืออาจใช้การบ้วนปากบ่อย ๆ เนื่องจากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด บางรายมีข้อจำกัดในการรับประทานน้ำอาจทำให้เหนื่อยหอบถ้ามีภาวะน้ำเกิน
- 6) การตรวจสุขภาพช่องปากควรตรวจความสะอาดร่วมกับการตรวจฟันผุทุกวันอย่างน้อยวัน ละ 1 ครั้ง ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต้องตรวจฟันได้อย่างถูกวิธีและทราบถึงลักษณะของฟัน ที่มีความผิดปกติการตรวจหาฟันผุในระยะเริ่มแรกเพื่อจะได้นำผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไป รักษาได้ทันไม่ปล่อยให้ลุกลามจนทำให้เชื้อโรคเข้าสู่กระแสเลือด
- 7) เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรค IE ความ สม่าเสมอและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการป้องกันฟันผุ และการป้องกันโรค IE
- 8) การพาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไปพบทันตแพทย์ต้องบอกทันตแพทย์ให้ทราบ เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้ทันตแพทย์ทราบทุกครั้งเพื่อให้ทันตแพทย์สามารถประเมินความ เสี่ยงและต้องพิจารณาการให้ยาปฏิชีวนะก่อนการถอนฟัน
- 9) แจ้งให้แพทย์ผู้ดูแลโรคหัวใจทราบถึงการทำให้ฟันที่จะทำเช่น การถอด การอุดฟัน การรักษา รากฟัน เพื่อสรุปประวัติของโรค การผ่าตัด ยาที่ใช้และข้อปฏิบัติและข้อควรระวังให้ทันตแพทย์ได้ ทราบ ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับยาละลายลิ่มและต้องได้รับการถอนฟันต้องได้รับการ พิจารณาจากแพทย์โรคหัวใจในการงดยาละลายลิ่มก่อนเพื่อป้องกันเลือดไหลไม่หยุดหลังกถอนฟัน
- 10) การพาบุตรไปพบทันตแพทย์ตั้งแต่ฟันซี่แรกขึ้น และความสม่าเสมอในการพาบุตรไปพบ ทันตแพทย์ทุก 3 เดือน

11) การไปปรึกษาและพบทันตแพทย์เพื่อรับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามฟันน้ำนมและการได้รับฟลูออไรด์เสริมเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

แม้ว่าวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและเด็กปกติจะมีความคล้ายกันในบางส่วน แต่จากการศึกษาก็ยังพบปัญหาด้านสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่มาก ดังนั้นการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและมีประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นมากเพื่อป้องกันความรุนแรงและการเสียชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจากการเกิดโรค IE

4.4 การประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน

4.4.1 การประเมินพฤติกรรมเป็นการประเมินประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการประเมินพฤติกรรมสามารถประเมินได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ดังนี้

- 1) การประเมินพฤติกรรมโดยตรง ได้แก่ การสังเกตพฤติกรรมและบันทึกพฤติกรรม
- 2) การประเมินทางอ้อม ได้แก่ การสัมภาษณ์ การรายงานตนเองซึ่งมีข้อดีคือประหยัด ครอบคลุมเนื้อหาต่าง ๆ

4.4.2 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัว

1) แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนของผู้ปกครอง โดย กิตติมา ปราบมภ์ (2552) ที่สร้างขึ้นจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ การประเมินความสม่ำเสมอในการแปรงฟันวิธีการแปรงฟัน การประเมินความสม่ำเสมอในการตรวจฟันและวิธีการตรวจฟัน การประเมินการฝึกรับประทานอาหารที่ป้องกันฟันผุ ลักษณะมาตรวัดของข้อความเป็นแบบประมาณค่า (rating scale) ข้อคำถามเป็นด้านบวกและด้านลบ แบบ 3 ตัวเลือก คะแนนตั้งแต่ 0-2 คะแนน ด้านละ 5 ข้อ แต่ละหมวดแบ่งเป็น 0-15 คะแนน มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยได้มีการทดสอบเครื่องมือกับกลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน โดยมีค่า สัมประสิทธิ์อัลฟา มากกว่า 0.75

2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการฟันผุของผู้ปกครอง โดยธีระวุธ ธรรมกุล (2554) ที่สร้างขึ้นจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย พฤติกรรมในการแปรงฟัน

พฤติกรรมกรรมการสำรวจฟัน พฤติกรรมการควบคุมอาหารเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ ลักษณะมาตรวัดของข้อคำถามเป็นลิเคิร์ต สเกล 5 ระดับ มีคะแนน 0-4 คะแนน ข้อคำถามทุกข้อเป็นด้านบวก จำนวน 8 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-32 คะแนน มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ไม่มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างใกล้เคียงมีจำนวนน้อย

3) แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล โดยสิรินันท์ ตั้งอยู่สุข (2555) สร้างขึ้นจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย พฤติกรรมการทำความสะอาดช่องปาก พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารให้บุตร และพฤติกรรมทันตกรรมป้องกัน ลักษณะมาตรวัดของข้อคำถามเป็นประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ระดับคะแนน 0-3 คะแนน ข้อคำถามทุกข้อเป็นด้านบวก จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-32 คะแนน มีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือนี้มีการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหา ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.6-1 ด้านการตรวจสอบความเที่ยงโดยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน พบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.81

4) การปฏิบัติตัวในการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครองโดยพัชัญญ์สิดา พงศธรภูริวัฒน์ (2555) สร้างขึ้นจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย การดูแลสุขภาพสะอาดช่องปาก การรับประทานอาหาร และทันตกรรมป้องกัน ลักษณะมาตรวัดของข้อคำถามเป็นประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ระดับคะแนน 1-3 คะแนน ข้อคำถามเป็นด้านลบและด้านบวก จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-45 คะแนน การวิเคราะห์ระดับคะแนนคิดเป็นร้อยละ เครื่องมือนี้มีการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงของเนื้อหาโดยอาจารย์ที่ปรึกษา และมีการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือกับกลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 40 คนพบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.71

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับแบบประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียน พบว่าการประเมินประกอบไปด้วย 3 ด้านได้แก่ ด้านการทำความสะอาดช่องปาก ด้านการรับประทานอาหาร ด้านทันตกรรมป้องกัน ซึ่งผู้วิจัยส่วนใหญ่สร้างขึ้นเองจากการทบทวนตำราและใช้วิธีการประเมินเป็นแบบรายงานตนเอง ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้สามารถประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงจะสร้างขึ้นเองตามแนวทางสำหรับผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของกองทันตสาธารณสุข (2551) และแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของสถาบันสุขภาพเด็ก

แห่งชาติ (2549) เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดและการประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

4.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก

เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นในการวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัว โดยพบดังนี้

4.5.1 ระดับการศึกษามีผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เนื่องจากผู้ที่มีระดับการศึกษาที่สูงทำให้บุคคลมีความรู้การกระทำผ่านการคิดพิจารณาอย่างมีเหตุผล และคิดวิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหาได้ดีกว่า ทำให้ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่าส่งผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ดีกว่า ซึ่งจากการศึกษาของอุบล อสัมภินทรพย์ (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จากการศึกษา สุกัญญา สร้างนอก (2543) ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาที่ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหอบหืด จากการศึกษาของชุตินา ทองนุ่ม (2547) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุ 1 ปี พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันที่อุจจาระร่วงที่ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับ สุนิสา ทรงอยู่ (2554) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคอ้วนในเด็กวัยก่อนเรียนพบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดโรคอ้วนที่ต่างกัน

4.5.2 อายุของผู้ดูแลในครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเนื่องจากอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ยังมีอายุมากจะผ่านประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่มากกว่าและเป็นตัวบ่งบอกถึงวุฒิภาวะความรับผิดชอบที่มากกว่าด้วยซึ่ง การศึกษาของการศึกษาของ อุบล อสัมภินทรพย์ (2540) อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การศึกษาของพูนสุข บุญสวน (2545) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของมารดาเด็กในจังหวัดเพชรบูรณ์พบว่าอายุของมารดา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของมารดาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ชันเพ็ชร (2546) ศึกษา

พฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกน้ำหนักน้อย ที่มาตรวจรักษาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่ามารดาที่มีอายุต่างกันมีพฤติกรรมการดูแลทารกน้ำหนักน้อยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

- วัยผู้ใหญ่หมายถึง บุคคลซึ่งมีพัฒนาการไปพร้อมกันทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ตลอดจนบทบาททางสังคมสมบูรณ์ที่สามารถรับผิดชอบและดำเนินชีวิตและ กิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งแบ่งวัยผู้ใหญ่ออกเป็น 3 ระยะ (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2555)

- วัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งผู้ใหญ่ในวัยนี้จะมีอายุประมาณ 18 -35 ปี โดยทั่วไป เป็นระยะที่บุคคลมีการเจริญเติบโตเต็มที่ บรรลุวุฒิภาวะโดยสมบูรณ์ เริ่มมีพฤติกรรมที่แน่นอน การเปลี่ยนแปลงทางด้านสติปัญญาวัยนี้มีประสิทธิภาพทางสมองเต็มที่ เป็นวัยแห่งปัญญา และต้องเผชิญปัญหาต่าง ๆ และต้องแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอาศัยผู้อื่นเหมือนวัยเด็กหรือวัยรุ่น ด้านอารมณ์มีความมั่นคงทางจิตใจดีกว่าวัยรุ่นและต้องประสบกับความตึงเครียดในด้านต่าง ๆ เพราะเป็นวัยที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น ด้านสังคมเป็นวัยที่มีการเลือกคู่ครองที่เหมาะสมเริ่มต้นการมีชีวิตครอบครัว เริ่มมีอาชีพที่แน่นอนมั่นคง มีความรับผิดชอบทางสังคม และแสวงหากลุ่มทางสังคมซึ่งมีความสนใจและอุปนิสัยคล้ายกัน

- วัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งผู้ใหญ่ในวัยนี้จะมีอายุประมาณ 36 -60 ปี โดยทั่วไปเป็นวัยที่ประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานมากขึ้นมีฐานะทางเศรษฐกิจมั่นคง เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจไปในทางเสื่อมลง การเคลื่อนไหวทางด้านกล้ามเนื้อทำงานช้าลงและกำลังเริ่มน้อยลงประสาทสัมผัสต่าง ๆ รับรู้ช้าวัยนี้เริ่มมีโรคภัยไข้เจ็บรบกวน ความจำการคิดคำนวณค่อย ๆ ลดลง แต่ความสามารถทางด้านสมองอื่น ๆ ยังสูง การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์จะมีความกังวลในด้านต่าง ๆ มากขึ้น คนในวัยนี้จะมีประสบการณ์ต่อหน้าที่การงานสูงกว่าคนหนุ่มสาว

- วัยผู้ใหญ่ตอนปลายหรือผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ใหญ่ในวัยนี้จะมีอายุมากกว่า 60 ปี ขึ้นไปมีความเสื่อมโทรมของทางด้านร่างกาย ร่างกายเฉื่อยชาไม่กระฉับกระเฉง ร่างกายอ่อนแอ มีความเสื่อมของสติปัญญา อารมณ์ทำให้เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อารมณ์หงุดหงิดง่าย ขี้หลงขี้ลืม การตัดสินใจที่จะทำอะไรจะช้าไม่มั่นใจและแน่นอนเป็นวัยเกษียณอายุการทำงาน เป็นวัยแห่งการรำลึกถึงความหลังและประเมินผลความสำเร็จหรือความล้มเหลวของชีวิต

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ ระดับการศึกษา และอายุ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงจะจับคู่ผู้ดูแลในครอบครัว กลุ่มทดลอง และควบคุม ให้มีระดับการศึกษา และอายุ ลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกัน

5. โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

5.1 ทฤษฎีเกี่ยวกับแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) (Rogers, 1983)

5.1.1 ความเป็นมาของทฤษฎี (Milne, Sheeran and Orbell, 2000)

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคพัฒนาขึ้นโดย Donald W. Rogers ในปี 1975 โดยสร้างขึ้นจากการกระตุ้นให้เกิดความหวั่นเกรงต่อภัยคุกคามทางสุขภาพ ผ่านการให้ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้บุคคลรับรู้ภาวะคุกคาม ให้ความสำคัญกับสิ่งที่มาคุกคามและขบวนการเรียนรู้และแก้ปัญหาของบุคคล จนเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความตั้งใจและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยในครั้งแรก Rogers ได้มีการกำหนดตัวแปรที่ทำให้เกิดการรับรู้ 3 ตัวแปร ได้แก่ ความรุนแรงของโรค (noxiousness) การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค (perceived vulnerability) และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) และต่อมาในปี 1983 โดย Rogers ได้เพิ่มตัวแปรอีกหนึ่งตัวแปร คือความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) ทฤษฎีนี้ได้นำทฤษฎีสำคัญ ๆ 2 ทฤษฎีมารวมกันเพื่อเพิ่มความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยการนำปัจจัยที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ ซึ่งผ่านกระบวนการเรียนรู้เป็นตัวเชื่อมโยงไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เกิดแรงจูงใจ มีความตั้งใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ซึ่งนำเรื่อง การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงมารวมกับ ทฤษฎีความสามารถตนเอง (self-efficacy theory) นำเรื่องความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและการรับรู้ความสามารถตนเองจากองค์ประกอบข้างต้นมาสรุปรวมเป็นกระบวนการเรียนรู้ 2 องค์ประกอบ คือ 1.การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) และ 2. การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคต่อไป

5.1.2 แบบแผนของทฤษฎี PMT (Rogers,1983)

ตามทฤษฎี PMT ของ Rogers (1983) ประกอบด้วย 3 ส่วนดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

5.1.2.1 แหล่งข้อมูลข่าวสาร

แหล่งข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ คือ สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การพูด ชักชวน การเรียนรู้จากการสังเกต และลักษณะภายในบุคคล ได้แก่ บุคลิกภาพ ประสบการณ์ก่อนหน้า หรือแหล่งข้อมูลอื่น ๆ ที่สามารถทำให้เกิดการกระบวนการเรียนรู้ของบุคคล

5.1.2.2 สื่อกลางของกระบวนการเรียนรู้

5.1.2.2.1 ปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสของการตอบสนอง

- การตอบสนองที่ไม่เหมาะสม เกี่ยวข้องกับปัจจัย 2 ประการ เพื่อหลีกเลี่ยงที่จะรับรู้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง โดย 1. ปัจจัยที่เพิ่มการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ รางวัลภายในตน โดยการรู้สึกพอใจกับการตอบสนองที่ไม่เหมาะสมของตนเอง เช่น การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ตนเองพึงพอใจ และรางวัลภายนอก จากการยอมรับของสังคมที่ตนเกี่ยวข้อง เช่น การสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่สังคมยอมรับ และ 2. ปัจจัยที่ลดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ความรุนแรงของภาวะคุกคามและโอกาสเสี่ยงต่อภาวะคุกคาม ซึ่งผลรวมของปัจจัยที่ทำให้เกิดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม ขึ้นกับการเพิ่มหรือลดของปัจจัยทั้งสอง และส่งผลต่อความสามารถในการประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ทั้งนี้ความรู้สึกหวั่นเกรงต่อภาวะคุกคาม เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่ลดการตอบสนองที่ไม่เหมาะสม

- การตอบสนองที่เหมาะสม เกี่ยวข้องกับปัจจัย 2 ประการคือ 1. ปัจจัยเพิ่มการตอบสนองที่เหมาะสม ได้แก่ การรับรู้ผลลัพธ์ในการตอบสนองและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และ 2. ปัจจัยที่ลดการตอบสนองที่เหมาะสม ได้แก่ ความยาก ความไม่คุ้มค่า ซึ่งผลรวมของปัจจัยที่ทำให้เกิดการตอบสนองที่เหมาะสม ขึ้นกับการเพิ่มหรือลดของปัจจัยทั้งสอง และส่งผลต่อการประเมินการเผชิญปัญหา

5.1.2.2.2 ปัจจัยที่ทำให้เกิดแรงจูงใจในการป้องกันโรค

1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal)

ประกอบด้วย

- รับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) หมายถึง ความเชื่อที่บุคคลเป็นผู้ประเมินตนเองในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย การก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความยากลำบาก และการต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค สามารถพัฒนาได้จาก การบอกถึงผลที่กระทำ หรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างทำให้ส่งผลต่อสุขภาพโดยการให้ข้อมูลผ่านสื่อ หรือการบรรยายเช่น อาจมีอันตรายถึงชีวิตได้ การให้ข้อมูลที่ก่อให้เกิดความหวั่นเกรงในระดับสูงกว่าจะส่งผลให้บุคคลเปลี่ยนทัศนคติและเปลี่ยนพฤติกรรมได้มากกว่า การทำให้เกิดความหวั่นเกรงในระดับเล็กน้อย

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค (perceived vulnerability) หมายถึง ความเชื่อหรือการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย การทำให้เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจะใช้การสื่อสารให้เห็นภาวะคุกคามต่อสุขภาพซึ่งจะทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal)

ประกอบด้วย

- ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง (response efficacy) หมายถึง การที่บุคคลทราบถึงผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำว่าจะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค สามารถกระทำโดยการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค ซึ่งเป็นการสื่อสารเกี่ยวกับประโยชน์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นสิ่งปฏิบัติได้ไม่ยุ่งยาก ไม่มีความซับซ้อน สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเองโดยเฉพาะกรณีที่บุคคลรู้ว่าตนเองกำลังเสี่ยงต่อการเป็นโรค แต่เมื่อบุคคลนั้นถูกคุกคาม จะไม่มีวิธีใดจะลดภาวะคุกคามนั้นลงได้อาจทำให้บุคคลขาดที่พึ่งและการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง เพื่อให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำ จะช่วยให้เกิดความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างจริงจัง อีกทั้งการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจงมีรายละเอียดเพื่อกระตุ้นเตือนความรู้สึกหรือการรับรู้ต่อความสามารถของตนเองให้ปฏิบัติตามมากขึ้น เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลสามารถเกิดพฤติกรรมสุขภาพได้สำเร็จ

- ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่าจะกระทำพฤติกรรมได้หรือไม่ (Rogers 1997 อ้างใน Conner and Norman, 2005) เป็นการสร้างความคาดหวังในความสามารถว่าตนเองสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ สามารถกระทำได้หลายวิธี เช่นการเลียนแบบ การสอนด้วยคำพูด การให้ลงมือปฏิบัติและการวิเคราะห์สถานการณ์ต่าง ๆ การที่บุคคลจะปฏิบัติตามคำแนะนำนั้น เนื้อหาของข้อมูล ข่าวสารควรจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามได้จริง จึงจะมีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับสูงสุด Rogers ได้นำองค์ประกอบด้านความเชื่อในความสามารถของตนเองมาจากทฤษฎีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของ Bandura (1977) เชื่อว่ากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาขึ้นอยู่กับทางเลือกของบุคคลที่คาดหวังในความสามารถหรือความเชี่ยวชาญของตนเองการพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคคลทำได้ 4 วิธี (Bandura, 1977) ได้แก่

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (performance accomplishment) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองบุคคลเชื่อว่าเขาสามารถกระทำได้เมื่อเขามีทักษะเพียงพอและประสบความสำเร็จในการกระทำนั้น ๆ เมื่อบุคคลเชื่อว่าเขาสามารถทำได้ก็พยายามทำสิ่งนั้นให้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมายที่ต้องการ

2) การใช้ตัวแบบ (modeling) การได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับผลที่พึงพอใจจะทำให้ผู้สังเกตมีความรู้สึกว่าเขาก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขามีความพยายามและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึก

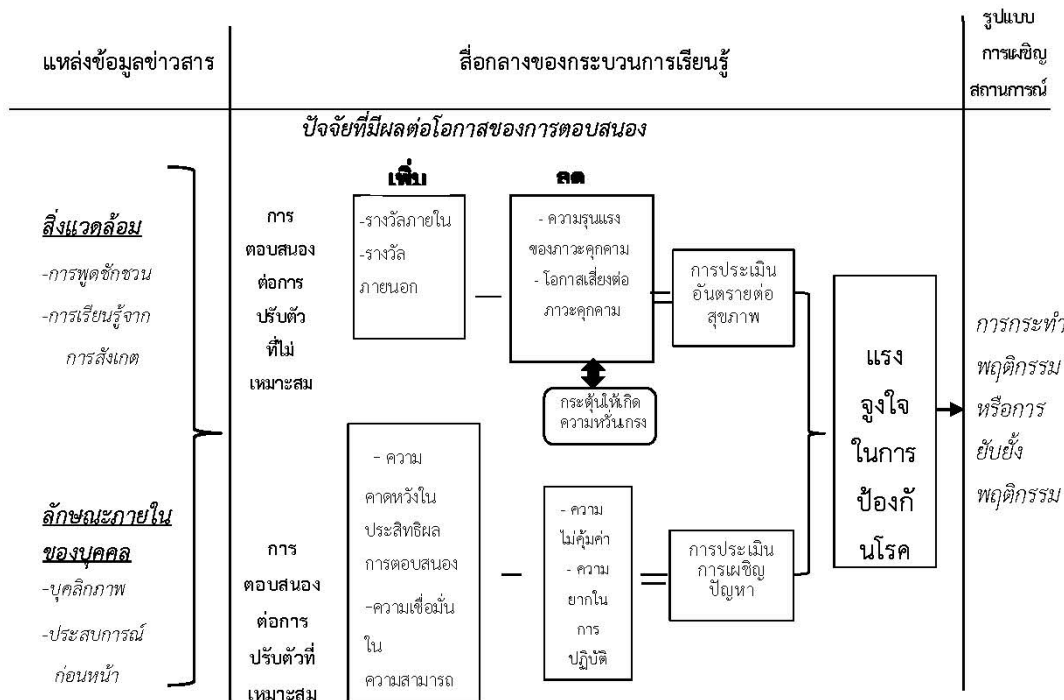
เชื่อมั่นว่าสามารถทำได้ ได้แก่การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยให้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ความกลัวเหล่านั้นลดลงได้

3) การพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการบอกให้บุคคลนั้นรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ โดยการพูดชักจูง ให้กำลังใจและความมั่นใจ ผู้ที่ได้รับการชักจูงก็จะเป็นผู้นำเอาข้อมูลมาพิจารณาความสามารถของตนเอง เป็นผลให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำงานได้สำเร็จ

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เนื่องจากบุคคลจะคาดหวังในความสำเร็จก็ต่อเมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่ถูกกระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจเพราะการกระทำที่เกิดขึ้นขณะที่อยู่ในสภาพการณ์เช่นนั้นมักจะทำให้ผลของการกระทำออกมาไม่ดี

5.1.2.3 รูปแบบการเผชิญสถานการณ์

ผลที่เกิดขึ้นจากการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคทำให้เกิดการกระทำ หรือเกิดการยับยั้งการกระทำ อาจเป็นการกระทำอย่างเดียว หรือการกระทำหลาย ๆ อย่าง หรือการกลับไปปฏิบัติในสิ่งที่เคยทำในการดูแลสุขภาพ การประเมินการเผชิญปัญหาจะเป็นตัวบ่งชี้ในการเกิดพฤติกรรมการกระทำ หรือยับยั้งการกระทำบางสิ่งของบุคคล



แผนภูมิที่ 1 แบบแผนของทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Rogers,1983)

จากการศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ของ Rogers (1983) จะเห็นได้ว่าบุคคลต้องรับรู้ในความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ จึงจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความตั้งใจและช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นได้ ผู้วิจัยจึงนำทฤษฎีดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อป้องกันโรค IE ในเด็กกลุ่มนี้ แต่เนื่องจากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers ได้กล่าวเฉพาะปัจจัยที่มีผลต่อการตอบสนองต่อการปรับตัวและกระทำพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่ขาดวิธีการจัดกระทำในกระบวนการเรียนรู้เพื่อให้เกิดปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสการตอบสนอง ผู้วิจัยจึงศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิธีการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวโดยพบดังต่อไปนี้

5.2 วิธีการสอนที่มีผลต่อปัจจัยการตอบสนอง (สมคิด อิศระวัฒน์, 2543; ทิศนา แชมมณี, 2553)

5.2.1 การบรรยาย (lecture) คือกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยการเตรียมเนื้อหาสาระ แล้วบรรยายคือ พูด บอก เล่า อธิบาย เนื้อหาสาระหรือสิ่งที่ต้องการสอนแก่ผู้เรียน และประเมินผลการเรียนรู้ของผู้เรียนด้วย

ข้อดี เป็นวิธีการสอนที่นิยมกันมาก ใช้กับคนจำนวนมาก สามารถปลูกฝังแนวความคิดและเจตคติที่ผู้สอนต้องการ การสอนสะดวกไม่ยุ่งยาก สามารถถ่ายทอดเนื้อหาสาระได้มาก

ข้อจำกัด คือความคงทนในการเรียนรู้ ผู้เรียนไม่มีโอกาสในการแสดงออก บทบาทคือนั่งฟัง หากผู้สอนไม่มีความสามารถในการถ่ายทอด ใช้เสียงระดับเดียวกันก็จะทำให้ผู้เรียนเกิดความเบื่อหน่าย ง่วงนอนและเกิดความสนใจ

ดังนั้นหากผู้สอนรู้จักปรับปรุงวิธีการบรรยายให้น่าสนใจเพิ่มกลวิธีให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม หรือเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ให้มากขึ้นเช่นการใช้สื่อโสตทัศนูปกรณ์ (วิดีโอ สไลด์) การถามตอบ การแสดงบทบาท ทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนมากยิ่งขึ้นจึงดูเหมือนว่าการบรรยายจะเป็นการสอนที่ดีวิธีการหนึ่ง

5.2.2 กรณีศึกษา (case study) เป็นการนำตัวอย่างกรณีหรือเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจริงมาดัดแปลงและให้เป็นตัวอย่างในการให้ผู้เรียนได้ศึกษาวิเคราะห์ กระบวนการซึ่งพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาโดยการวิเคราะห์ข้อเท็จจริง หรือข้อมูลต่าง ๆ ที่ผู้เรียนจะค้นหาวิธีแก้ปัญหาเหล่านั้น ๆ เน้นกระบวนการวิเคราะห์มากกว่าการสอนเนื้อหา ช่วยให้ผู้เรียนฝึกฝนการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาโดยไม่ต้องรอให้เกิดปัญหาจริง

ข้อดี ช่วยทำให้เกิดการคิดวิเคราะห์คิดอย่างมีวิจารณญาณ การคิดแก้ปัญหา ช่วยให้ผู้เรียนได้เผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจริง ช่วยให้พร้อมที่จะแก้ปัญหาเมื่อเผชิญปัญหาที่จะเกิดขึ้น

ข้อจำกัด หากผู้เรียนมีความรู้และประสบการณ์ไม่แตกต่างกัน การเรียนรู้อาจไม่กว้างเท่าที่ควร เพราะผู้เรียนมักมีมุมมองคล้ายกัน

โดยในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรายหนึ่งที่เป็นโรคหัวใจอัสเพคติดเชื้อโดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวช่วยกันวิเคราะห์หาสาเหตุและผลกระทบที่

เกิดขึ้นกับผู้ป่วยรายนี้ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ

5.2.3 การสาธิต (demonstration) คือ การแสดงให้เห็นการปฏิบัติกระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดโดยการแสดงหรือทำสิ่งที่ต้องการให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ และสรุปการเรียนรู้ที่ได้จากการสังเกตการสาธิต

ข้อดี การสาธิตทำให้เป็นการดึงความสนใจและเร้าให้ผู้ติดตามอยู่ตลอดเวลา กระตุ้นประสาทสัมผัสซึ่งช่วยในการเรียนรู้ที่ดีทำให้ผู้เรียนเห็นของจริงทำให้เข้าใจได้ดีและจดจำได้นาน การแสดงทีละขั้นตอน สามารถทำให้ผู้เรียนเข้าใจ

ข้อเสีย การสาธิตต้องทำในกลุ่มที่มีขนาดเล็กการสาธิตในกลุ่มที่มีขนาดใหญ่จะทำให้มองเห็นได้ไม่ทั่วถึง การจัดเตรียมอุปกรณ์มีความยุ่งยากและผู้ที่สาธิตต้องมีความชำนาญในการสาธิต ไม่สามารถใช้กับเรื่องที่เป็นนามธรรมได้

โดยในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยได้นำการสาธิตมาใช้ในการสอนเรื่องการแปร่งฟันให้เด็กก่อนวัยเรียน การตรวจฟันให้เด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสามารถที่จะปฏิบัติได้จริงเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน

5.2.4 การสอนโดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อย (small group discussion) คือ กระบวนการที่ผู้สอนใช้ในการช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดโดยจัดกลุ่มผู้เรียนประมาณ 3-8 คนและให้ผู้เรียนในกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ความคิดเห็น และประสบการณ์ในประเด็นที่กำหนดภายใต้การควบคุมดูแลของผู้นำหรือประธานกลุ่มและสรุปผลการอภิปรายออกมาเป็นข้อสรุปของกลุ่ม

ข้อดี เป็นวิธีการสอนที่ช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ ทำให้ได้ข้อมูลและความคิดเห็นที่หลากหลาย ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขึ้น ผู้เรียนจะสามารถเกิดการเรียนรู้ขึ้นในพฤติกรรมของตนเองและสามารถช่วยเหลือให้บุคคลพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง

ข้อจำกัด เป็นวิธีสอนที่ใช้เวลามาก ต้องอาศัยสถานที่หรือบริเวณที่กว้างพอจัดกลุ่มหากผู้เรียนไม่รู้หรือปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของสมาชิกกลุ่มที่ดีการอภิปรายอาจไม่ได้ผล และหาผู้สอนไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีทำให้การอภิปรายไม่ราบรื่น

โดยในงานวิจัยนี้มีการอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปาก
เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและวิธีการแก้ไขปัญหา

5.2.5 การกระตุ้นเตือน (prompting) เป็นกลวิธีหนึ่งที่ใช้เพื่อการเปลี่ยนแปลง
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงปรารถนา โดยทั่วไปแล้วการเตือนให้ทำพฤติกรรมอาจจะทำโดยบุคคลนั้นเอง
หรือโดยผู้อื่นที่เกี่ยวข้องกับบุคคลนั้นจะทำหน้าที่เป็นตัวทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนาการเตือน
เกิดขึ้นในรูปแบบการโทรศัพท์เตือน การส่งไปรษณียบัตร

โดยในงานวิจัยมีการโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแล จำนวน 3 ครั้ง เพื่อเป็นการพูดคุย
สอบถามถึงปัญหาและกระตุ้นเตือนผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องให้ผู้ป่วยเด็กเมื่อกลับบ้าน

5.3 การออกแบบโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาที่ได้นำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983)
นำไปใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยการทบทวนระยะ ความถี่ในการดำเนินกิจกรรม
และชนิดของการดำเนินกิจกรรม เพื่อให้ใช้ในการออกแบบโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
ให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด ดังนี้

ทักษิณา ไกรราช (2539) ศึกษาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำ
กว่า 1 ปี เพื่อการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร โดยการ
ประยุกต์ใช้ทฤษฎีของ Rogers (1983) โดยมีการจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ
2 ชั่วโมง โดยการจัดกิจกรรม สนทนากลุ่ม การดูวีดิทัศน์ การอภิปรายหมู่โดยมารดาที่เป็นตัวแบบ มี
การสาธิตการปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตร การประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนถึงปัญหาอุปสรรคและปฏิบัติใน
สถานการณ์จำลอง มีการกระตุ้นเตือนโดยการเยี่ยมบ้าน พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการ
เปลี่ยนแปลง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุจจาระร่วง
ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการ
ป้องกันโรคอุจจาระร่วง และมีพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ

ศิรินาถ พรจินดารักษ์ (2542) การศึกษาครั้งนี้เลือกใช้การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ
ป้องกันโรคในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมารดาเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ

ของบุตรที่มีภาวะน้ำปัสสาวะไหลย้อนจากกระเพาะปัสสาวะสู่ท่อไตในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยการ
จัดกิจกรรม 3 ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยเป็นการสนทนาและอธิบายพร้อม
ภาพประกอบ การให้มารดาแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่ผู้วิจัยตั้งขึ้นและใช้การสาธิต สนทนากลุ่ม
เน้นสรุปประเด็นต่าง ๆ และมีการกระตุ้นเตือนทางจดหมาย พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยใน
เรื่องการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อทางเดิน
ปัสสาวะ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ความ
คาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะสูงขึ้นและ
พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่า
กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

กรุณา ทศพล (2543) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของมารดาในการ
ดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีเพื่อป้องกันและควบคุมโรคปอดบวม อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี
โดยการจัดกิจกรรมทั้งหมด 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที – 2 ชั่วโมง โดยการ
กระจายเสียงด้วยบทละครหรือกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน การใช้ตัวแบบบรรยายประกอบวีดิทัศน์และ
ฝึกทักษะการปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดบวม มีการประชุมกลุ่มย่อย นำเสนอปัญหาอุปสรรคที่พบในการ
ดูแลบุตรและทบทวนการฝึกทักษะการดูแลเพื่อป้องกันโรคปอดบวม พบว่าหลังการทดลองกลุ่ม
ทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคปอดบวม ความเชื่อมั่นในความสามารถ
ของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองเพื่อป้องกันโรคปอดบวมสูงขึ้น และมี
พฤติกรรมดูแลบุตรเพื่อป้องกันโรคปอดบวมดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปฏิพล คำขวา (2549) ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการ
สนับสนุนทางสังคมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมารดาเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก 0-5 ปี
อำเภอพระยืน ทำกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 โมง โดยการบรรยายให้ความรู้
สาเหตุ การปฏิบัติที่ถูกต้อง การใช้ภาพพลิก การใช้ตัวแบบจากบุคคลที่มีเด็กป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง
คู่มือเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วง การสาธิตและฝึกการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันอุจจาระร่วง ประชุม
กลุ่มแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังการทดลองพบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค
อุจจาระร่วง การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองความเชื่อมั่นใน ความสามารถ
ของตนเองในการป้องกันโรคสูงขึ้น และมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติเพื่อป้องกันอุจจาระร่วง สูงกว่ากลุ่ม
ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ไมตรี ไปยะพรหม (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาครอบครัว โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคและกระบวนการกลุ่ม ต่อพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยการนำเสนอข้อมูลสถานการณ์ของโรคนำเสนอกรณีตัวอย่าง การอภิปรายกลุ่ม และการใช้ตัวแบบเล่าประสบการณ์การดูแลเด็ก วิเคราะห์กรณีตัวอย่างจัดกิจกรรม 2 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง กิจกรรมครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที -2 ชั่วโมง ผู้ดูแล มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคและการรับรู้ความรุนแรงต่อโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ฐิติพร คัมภีรานนท์ (2549) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลชลประทานโดยมีการจัดกิจกรรม 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 วัน ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดย การบรรยายพร้อมภาพประกอบ สาธิตและการฝึกปฏิบัติ มีการคัดเลือกตัวแบบแนะนำการดูแลตนเองที่ดีให้กลุ่มสมาชิกฟัง และการอภิปรายกลุ่ม หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านการควบคุมน้ำหนัก การหลีกเลี่ยงแรงกดบริเวณข้อเข่าและการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บุญชู เหลลิมทอง (2553) ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศโดยการจัดกิจกรรม 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 วัน ครั้งละ 3 ชั่วโมง การให้ชมวีดิทัศน์และสไลด์พร้อมการบรรยาย การให้ตัวแทนเล่าถึงประสบการณ์ภาวะเส้นเลือดในสมองแตก อภิปรายกลุ่ม แนะนำเทคนิคในการเลือกรับประทานอาหาร ฝึกทักษะการออกกำลังกาย และโทรศัพท์กระตุ้นเตือน พบว่าหลังการทดลองผู้ป่วยมีการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

จึงเห็นได้ว่าโปรแกรมที่ออกแบบตามทฤษฎีของ Rogers (1983) ส่วนใหญ่สามารถเห็นผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้เมื่อจัดกิจกรรม 2- 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 1-2 ชั่วโมง และอาทิตย์ละ 1-2 ครั้ง โดยผู้วิจัยมีการออกแบบกิจกรรม ทั้งหมด 4 สัปดาห์ 6 ครั้ง 7 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมที่ห่อผู้ป่วยเด็กจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง และกระตุ้นติดตามผู้ดูแลเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที

ผู้วิจัยจึงออกแบบโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดยใช้สื่อกลางของ กระบวนการเรียนรู้ที่จัดกระทำต่อปัจจัยที่มีผลต่อโอกาสของการตอบสนองประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านสื่อสไลด์คอมพิวเตอร์ การวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา การใช้คลิปวิดีโอตัวแบบที่ดี การอภิปรายกลุ่มถึงปัญหาและอุปสรรค การเปิดวิดีโอประกอบการสอน การฝึกทักษะแบบย้อนกลับ และการโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัว เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งสรุปการเชื่อมโยงสภาพปัญหาพฤติกรรม องค์ประกอบของทฤษฎี และการออกแบบโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคออกมาเป็นตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 การออกแบบโปรแกรมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

สภาพปัญหาพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	ทฤษฎีแรงจูงใจของ Rogers (1983)	การออกแบบโปรแกรม
1.ขาดความรู้ด้านการดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค IE และปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค IE ต่ำ (Knochelmann and Geyer, 2014)	1.การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ - การรับรู้ความรุนแรง - การรับรู้โอกาสเสี่ยง	- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค IE ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค IE - วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและผลกระทบในการเกิดโรค IE
2.ขาดการรับรู้ถึงอาการ ความรุนแรงของโรค IE และโอกาสเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ไม่รับรู้ถึงประโยชน์จากการมีสุขภาพช่องปากที่ดี ที่สามารถป้องกันโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ (Cheuk et al., 2004; Da Silva, Souza and Cunha, 2002)	2.การประเมินการเผชิญปัญหา - ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง - การรับรู้ความสามารถในตนเอง	- ให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ถูกต้อง - เปิดคลิปวิดีโอตัวแบบที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปาก กล่าวถึงวิธีการและความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพร้อมทั้งให้กำลังใจ - อธิบายกลุ่มถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รวมทั้งวิธีการแก้ไข้ปัญหา

สภาพปัญหาพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	ทฤษฎีแรงจูงใจของ Rogers (1983)	การออกแบบโปรแกรม
<p>3.มีทัศนคติที่ไม่ดีในด้านการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ยังขาดความตระหนักในการป้องกันโรค IE ที่เกิดจากการมีสุขภาพช่องปากไม่ดี (Suvama, Rai, and Hegde, 2011) (Nath, Kiran and Maheshwari, 2008)</p> <p>4.มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ไม่ถูกต้อง (Saunnders and Roberts, 1997; กนกวรรณ คงศรีเจริญและคณะ 2546; วิลาวัลย์ วีระอาชากุล และ วิบูลย์ วีระอาชากุล, 2554)</p>		<p>- เปิดคลิปวิดีโอประกอบการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนหลังจากนั้นสาธิตและฝึกทักษะแบบย้อนกลับ</p> <p>- กระตุ้นและติดตามการปฏิบัติตามการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน</p>

6. บทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวป้องกันโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในส่งเสริมผู้ดูแลในครอบครัว ป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยมีแนวทางดังนี้ (สภาการพยาบาล, 2553)

6.1 บทบาทการให้ความรู้ (health educator) เป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค IE ในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญในเด็กกลุ่มนี้ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค IE ความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงสูง ปัจจัยสาเหตุในการเกิดโรค IE ทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินความเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก และการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเพื่อป้องกันโรค IE และฝึกทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถประเมินการเผชิญกับปัญหาได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ มีความตั้งใจ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

6.2 บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (change agent) เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค IE เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความตั้งใจ และปฏิบัติตามคำแนะนำผ่านกระบวนการเรียนรู้ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพผู้ป่วยเด็ก และประเมินการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม

6.3 บทบาทการเป็นที่ปรึกษา (counselor) ให้คำปรึกษาให้กับผู้ดูแลเกี่ยวกับปัญหาการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเด็กเพื่อป้องกันโรค IE ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้การแก้ไขปัญหา และทำให้รู้สึกถึงความไม่ยุ่งยากในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีแนวทางแก้ไขปัญหานั้นที่ถูกต้องเหมาะสม

6.4 บทบาทในการส่งเสริมพลังอำนาจ (empowering) ฝึกทักษะการดูแลสุขภาพรายบุคคล และวิเคราะห์แก้ไขสถานการณ์ ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติเองได้จริง และการรับรู้ความสามารถในตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้

6.5 บทบาทการประสานงาน (collaboration) บทบาทการประสานงานระหว่างครอบครัว กุมารแพทย์เด็กโรคหัวใจ และทันตแพทย์ในการวางแผนการปัญหาการดูแลสุขภาพเด็กโรคหัวใจ พิจารณาแต่กำเนิดทำให้เกิดการป้องกันโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิจารณาแต่กำเนิด

6.6 บทบาทการเป็นผู้วิจัย (researcher) เป็นผู้ทำการวิจัย โดยการจัดทำโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียน โรคหัวใจพิจารณาแต่กำเนิด ในเด็กโรคหัวใจพิจารณาแต่กำเนิด เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิจารณาแต่กำเนิดต่อไป

จากบทบาทการให้ความรู้ บทบาทการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงและบทบาทในการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะเห็นว่าพยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญมากในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัว ป้องกันโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิจารณาแต่กำเนิด

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ราตรี พัฒนะศรี (2533) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเหงิงตั้งครรภ์เพื่อนำทารก 0-6 เดือนมารับภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์แรก อายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป โดยการจัดกิจกรรม 1 ครั้งก่อนคลอด โดยการบรรยายเน้นให้แจกเอกสารเรื่องโรคไวรัสตับอักเสบบีและการป้องกัน และมีการกระเตอน โดยวิธีการส่งไปรษณียบัตร หลังการทดลองพบว่าหญิงตั้งครรภ์ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไวรัสตับอักเสบบี การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคไวรัสตับอักเสบบี ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีให้แก่บุตร การรับรู้ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบีมีการรับรู้ที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหญิงตั้งครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพาทารก 0-6 เดือนมารับภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบีสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

จันทิรา กวติภา (2549) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบาลหัวเฉียว กรุงเทพมหานคร งานวิจัยกึ่งทดลองโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา พบว่ากลุ่มทดลองมีการ

รับรู้ความรุนแรง มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีโคเลสเตอรอลสูง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองต่อการป้องกันโรคที่เกิดจากภาวะโคเลสเตอรอลสูง ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธีระวุธ ธรรมกุล (2554) การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันฟันน้ำนมของเด็กวัยเรียนก่อนโดยผู้ปกครองอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมางานวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยมีการกระตุ้นให้เห็นถึงความรุนแรงหรือผลกระทบของฟันผุ โอกาสที่ฟันน้ำนมผุ จัดกิจกรรมการชมวีดิทัศน์ ติดตามสำรวจการดูแลสุขภาพช่องปากและแลกเปลี่ยนเรียนรู้พร้อมทั้งจัดการปัญหาและอุปสรรค ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยในเรื่องการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง พฤติกรรมการป้องกันฟันผุ ในผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

เอมอมร ทิพย์สอดแสง และเสมอจิต พิธพรชัยกุล (2558) ศึกษาความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กบกพร่องทางสายตา พบว่าผู้ปกครอง มีความรู้เรื่องโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบค่อนข้างสูงและมีทัศนคติที่ดีด้านการแปรงฟันให้เด็ก แต่ในขณะที่ยังขาดการปฏิบัติพบมีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กค่อนข้างน้อยเช่นการช่วยเด็กในการแปรงฟัน การพาเด็กไปหาทันตแพทย์ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพช่องปากของเด็ก

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ตามทฤษฎี Protection Motivation Theory ของ Rogers (1983) ประกอบด้วย กระบวนการเรียนรู้ 2 องค์ประกอบ คือ

1.การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) กิจกรรมการพยายามเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัว เกิดการรับรู้ ความรุนแรงจากการเกิดโรค IE และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค IE

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค IE ความรุนแรง และโอกาสเสี่ยง

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุและผลกระทบในการเกิดโรค IE

2. การประเมินการเผชิญปัญหา (coping appraisal) กิจกรรมส่งเสริมความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

กิจกรรมที่ 4 เปิดคลิปวิดีโอตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากกล่าวถึงวิธีในการดูแลสุขภาพช่องปากให้เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ความสำคัญต่อการดูแลให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสุขภาพช่องปากที่ดี และการให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 อธิบายกลุ่มถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 6 เปิดคลิปวิดีโอประกอบการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน หลังจากนั้นสาธิตและฝึกทักษะแบบย้อนกลับเรื่องการแปรงฟันที่ถูกวิธี การตรวจสุขภาพช่องปาก ลักษณะของฟันที่ผิดปกติที่ควรไปพบทันตแพทย์และการเลือกอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ

กิจกรรมที่ 7 กระตุ้นและติดตามการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน โดยการใช้การโทรศัพท์ติดตามที่บ้าน

พฤติกรรมของ
ผู้ดูแลใน
ครอบครัว ใน
การดูแลสุขภาพ
ช่องปากเด็กวัย
ก่อนเรียน
โรคหัวใจพิการ
แต่กำเนิด (กอง
ทันตสาธารณสุข
,2551 และ
สถาบันสุขภาพ
เด็กแห่งชาติ ,
2549)

แผนภูมิที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The pretest - posttest control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₂
กลุ่มควบคุม	O ₃		O ₄

X หมายถึง โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

O₁ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

O₂ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

O₃ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ

O₄ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 3-6 ปีและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 3-6 ปีและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยและสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

ผู้ดูแลในครอบครัว

1. มารดา บิดา หรือญาติ เพียงคนใดคนหนึ่งที่เป็นผู้ดูแลเด็กอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ ในครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนและอาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 3-6 ปี

2. สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

3. ไม่มีความผิดปกติของการรับรู้และสามารถสื่อสารได้

4. ไม่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

ในเด็ก

5. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป

6. สนใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1. เด็กอายุ 3-6 ปีที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจและไม่มีภาวะแทรกซ้อน ตามการวินิจฉัยของแพทย์เจ้าของไข้

2. ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความพิการ หรือมีความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาท

3. เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน

4. ไม่เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

ผู้ดูแลในครอบครัวที่เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีภาวะวิกฤติ และ/หรือ มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นระหว่างที่ผู้ดูแลในครอบครัวเข้าร่วมในการวิจัย

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีเปิดตาราง อำนาจทดสอบ (Statistical Power Table) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ 80% กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ขนาดกลางที่ 0.5 และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Burn & Grove, 2009) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในแต่ละกลุ่มแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 22 ราย และกลุ่มควบคุม 22 ราย รวมทั้งหมด 44 ราย

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยสำรวจจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจากทะเบียนประวัติผู้ป่วยตามรายชื่อที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก
2. คัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์
3. จัดให้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 คนแรกเข้าเป็นกลุ่มควบคุม และจำนวน 22 คนหลังเป็นกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (contaminations) จากการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการทดลองกับกลุ่มควบคุมและโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริการพยาบาลหลังได้พบเห็นกิจกรรมการทดลอง
4. เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้มาจากแผนกผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยและสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เพื่อให้การพยาบาลตามปกติที่กลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลที่ทำการวิจัยได้รับเท่าเทียมกัน จึงทำการวิจัยกับกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จำนวนแต่ละ 22 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 11 คน และกลุ่มทดลอง 11 คน เท่า ๆ กัน
5. ผู้วิจัยคำนึงถึงตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จึงทำการจับคู่ (matched pair) อายุและระดับการศึกษาของผู้ดูแลในครอบครัว ให้คล้ายคลึงกัน โดยให้มี ระดับการศึกษาแบ่งเป็น ระดับประถมศึกษา, มัธยมศึกษา, ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) และอนุปริญญา, ปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี (สมคิด อิศระวัฒน์, 2543) และอายุ แบ่งเป็น 18 – 35 ปี, 36–59 ปี (สุวัฒน์ วัฒนวงศ์, 2555)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือการดำเนินการทดลอง
2. เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เครื่องมือการกำกับการทำงานทดลอง

1. เครื่องมือการดำเนินการทดลอง

1.1 แผนกิจกรรมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1.1.1. ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983) ทบทวนเกี่ยวกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1.1.2. กำหนดการดำเนินการกิจกรรมตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983) ที่ครอบคลุมกระบวนการเรียนรู้ 2 องค์ประกอบ คือ

1.1.2.1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค IE และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1.1.2.2. การประเมินการเผชิญปัญหา ประกอบด้วย ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

1.1.3. กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุม การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983) โดยครอบคลุมกระบวนการเรียนรู้ 2 องค์ประกอบ ตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแบ่งเป็น 7 กิจกรรม ดังนี้

ตารางที่ 2 ตารางแสดงกิจกรรมในโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

องค์ประกอบตามทฤษฎี	กิจกรรม
การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ	<p>กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค IE ความรุนแรง โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผ่านการบรรยายโดยใช้สไลด์คอมพิวเตอร์</p> <p>กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อโดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวแสดงความคิดเห็นในประเด็นอะไรที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเด็กรายนี้เกิดโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กรายนี้และครอบครัวหลังจากที่ป่วยเป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อติดเชื้อ</p>

ตารางที่ 2 (ต่อ)

องค์ประกอบตามทฤษฎี	กิจกรรม
<p>การประเมิน การเผชิญ ปัญหา</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประกอบด้วย สุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ปัจจัยและกระบวนการที่ก่อให้เกิดฟันผุ ลักษณะฟันผุในระยะต่าง ๆ วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประกอบด้วย 3 ด้าน ประกอบด้วยด้านการทำความสะอาดช่องปากที่หลีกเลี่ยงการทำให้เด็กเกิดอาการเขี้ยวกะทันหันหรือเหนียวหอบจากการแปรงฟัน ด้านการรับประทานอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ และด้านทันตกรรมป้องกันด้วยการตรวจประเมินช่องปาก การพาไปพบทันตแพทย์เพื่อเฝ้าระวัง และการเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนไปพบทันตแพทย์ ผ่านการบรรยายโดยใช้สื่อสไลด์คอมพิวเตอร์</p> <p>กิจกรรมที่ 4 เปิดคลิปวิดีโอตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากกล่าวถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไรให้ผู้ป่วยเด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี และความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด</p> <p>กิจกรรมที่ 5 อภิปรายกลุ่มถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา</p> <p>กิจกรรมที่ 6 เปิดคลิปวิดีโอประกอบการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน (คลิปวิดีโอ “ลูกรักฟันดีเริ่มที่ซี่แรก” โดย คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) หลังจากนั้นสาธิตและฝึกทักษะแบบย้อนกลับ วิธีการแปรงฟันและวิธีการตรวจฟันให้ผู้ป่วยเด็กโดยใช้ฟันจำลอง ลักษณะของฟันที่ผิดปกติที่ควรไปพบทันตแพทย์ การเลือกอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ</p> <p>กิจกรรมที่ 7 กระตุ้นและติดตามการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านโดยการโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลในครอบครัวเมื่อกลับบ้านในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ทั้งหมด 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที</p>

1.2 แผนการสอน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อกันโรค มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถประเมินอันตรายต่อสุขภาพในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถประเมินการเผชิญปัญหาการดูแล

สุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยมีความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง แบ่งเป็นแผนการสอน 4 แผนคือ

แผนการสอนครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประกอบด้วย โครงสร้างของหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ความหมายและสาเหตุของโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อาการความรุนแรงของโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อ ผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เป็นโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อโดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวแสดงความคิดเห็นในประเด็นอะไรที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเด็กรายนี้เกิดโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กรายนี้และครอบครัวหลังจากที่ป่วยเป็นโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อติดเชื่อ

แผนการสอนครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประกอบด้วย สุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ปัจจัยและกระบวนการที่ก่อให้เกิดฟันผุ ลักษณะฟันผุในระยะต่าง ๆ วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประกอบด้วย 3 ด้าน ประกอบด้วยด้านการทำความสะอาดช่องปากที่หลีกเลี่ยงการทำให้เด็กเกิดอาการเขี้ยวกะทันหันหรือเหนื่อยหอบจากการแปรงฟัน ด้านการรับประทานอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ และด้านทันตกรรมป้องกันด้วยการตรวจประเมินช่องปาก การพาไปพบทันตแพทย์เพื่อเฝ้าระวัง และการเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนไปพบทันตแพทย์

กิจกรรมที่ 4 เปิดคลิปวิดีโอตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากกล่าวถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไรให้ผู้ป่วยเด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี และความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และการให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่ชมคลิปวิดีโอ

กิจกรรมที่ 5 อภิปรายกลุ่มถึงปัญหาอุปสรรคในการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา

แผนการสอนครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2)

กิจกรรมที่ 6 เปิดคลิป์วิดีโอประกอบการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน (คลิป์วิดีโอ “ลูกรักฟันดีเริ่มที่ซึ่แรก” โดย คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) หลังจากนั้นสาธิตและฝึกทักษะแบบย้อนกลับ วิธีการแปรงฟันและวิธีการตรวจฟันให้ผู้ป่วยเด็กโดยใช้ฟันจำลอง ลักษณะของฟันที่ผิดปกติที่ควรไปพบทันตแพทย์ การเลือกอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ

แผนการสอนกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัว (สัปดาห์ที่ 3 และ 4)

กิจกรรมที่ 7 กระตุ้นและติดตามการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยกลับบ้านโดยโทรศัพท์สอบถามผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเมื่อกลับบ้าน จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที

1.3 สไลด์คอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการสอน จำนวน 2 เรื่อง คือ

1.3.1 เรื่อง “โรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด” เนื้อหาประกอบด้วย โครงสร้างของหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ความหมายและสาเหตุของโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อาการความรุนแรงของโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1.3.2 เรื่อง “การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด” เนื้อหาประกอบด้วยสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ปัจจัยและกระบวนการที่ก่อให้เกิดฟันผุ ลักษณะฟันผุในระยะต่าง ๆ วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 3 ด้านคือ 1. ด้านการทำความสะอาดช่องปากที่หลีกเลี่ยงการทำให้เด็กเกิดอาการเวียนศีรษะหรือเหนื่อยหอบจากการแปรงฟัน ประกอบด้วย การเลือกอุปกรณ์ ขั้นตอนเทคนิคในการแปรงฟัน การจูงใจให้เด็กให้ความร่วมมือในการแปรงฟันและอาการที่ควรสังเกตขณะแปรงฟัน การสอนให้เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแปรงฟัน 2. ด้านการรับประทานอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ และ 3. ด้านทันตกรรมป้องกันด้วยการตรวจประเมินช่องปาก การพาไปพบทันตแพทย์เพื่อเฝ้าระวัง และการเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนไปพบทันตแพทย์

1.4 คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สำหรับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจ

พิการแต่กำเนิด โดยทำเป็นรูปเล่ม มีบทบรรยายพร้อมภาพประกอบ เนื้อหาประกอบด้วย โรคเยื่อหู หัวใจอักเสบติดเชื้อ สุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กระบวนการทำให้เกิด ฟันผุ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ครอบคลุมด้านการทำความสะอาดช่องปาก (การหลีกเลี่ยงการทำให้เด็กเกิดอาการเขียวกะทันหันหรือมีอาการเหนื่อยหอบจากการแปร่งฟัน การเลือกอุปกรณ์ ขั้นตอนเทคนิคในการแปร่งฟัน สาเหตุที่เด็กไม่ให้ความร่วมมือในการแปร่งฟัน การจูงใจให้เด็กให้ความร่วมมือในการแปร่งฟันและอาการที่ควรสังเกตขณะแปร่งฟัน วิธีการสอนให้เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแปร่งฟัน) ด้านการรับประทานอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และด้านทันตกรรมป้องกัน (การตรวจประเมินช่องปาก การพาไปพบทันตแพทย์เพื่อเฝ้าระวัง และการเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนพบทันตแพทย์)

1.5 ศิลปวิถีโอตัวแบบที่ดี ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ผู้แสดงตามสคลิปเนื้อเรื่อง ที่กล่าวถึงตัวแบบที่ดีของผู้ดูแลในครอบครัว พูกกล่าวถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไรให้ผู้ป่วยเด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี และเหตุผลของการให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และการให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่ชมศิลปวิถีโอ

1.6 ศิลปวิถีโอประกอบการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน เรื่อง “ลูกรักฟันดีเริ่มที่ชี้แรก” ของคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งได้รับอนุญาตการใช้สื่อประกอบในการวิจัยนี้ (ภาคผนวก ข)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

2.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2.1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กก่อนวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้แก่ อายุ เพศ จำนวนพี่น้อง

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของกองทันตสาธารณสุข (2551) และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ (2549) ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ดี

เพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการทำความสะอาดช่องปากที่หลีกเลี่ยงการทำให้เด็กเกิดอาการเขี้ยวกะทันหันหรือมีอาการเหนื่อยหอบจากการแปรงฟัน ข้อที่ 1-8 ด้านการรับประทานอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ ข้อที่ 9-15 และด้านทันตกรรมป้องกันด้วยการตรวจประเมินช่องปาก การพาไปพบทันตแพทย์เพื่อเฝ้าระวัง และการเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนพบทันตแพทย์ ข้อที่ 16-20 แบบสอบถามมีข้อความทางด้านบวกและด้านลบ จำนวน 20 ข้อ โดยมีคำถาม ข้อที่ 1, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 13, 16, 17 และ 18 เป็นคำถามด้านบวก ส่วนข้อคำถามข้อที่ 2, 11, 12, 14 และ 15 เป็นข้อความด้านลบ คะแนนเต็มทั้งหมด 97 คะแนน มีลักษณะตัวเลือกตอบและการให้คะแนน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ข้อ 1-18 เป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

	คำถามด้านบวก	คำถามด้านลบ
ทุกวัน	5	1
5-6 วัน	4	2
3-4 วัน	3	3
1-2 วัน	2	4
ไม่ทำเลย	1	5

ข้อ 19 เป็นแบบตัวเลือกตอบ 3 ระดับ มีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

ไม่ได้ตรวจ = 1 คะแนน,

ตรวจแต่ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยเด็กมีฟันผุกี่ซี่ = 2 คะแนน,

ตรวจและพบว่าไม่มีฟันผุหรือระบุจำนวนฟันผุ = 3 คะแนน

ข้อ 20 เป็นแบบตัวเลือกตอบ 4 ระดับ มีความหมายและการให้คะแนนดังนี้

ไม่ได้พาไปพบทันตแพทย์นานมากกว่า 3 เดือนแล้ว = 1 คะแนน

พาไปพบทันตแพทย์ แต่ไม่ได้บอกว่าผู้ป่วยเด็กเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด = 2 คะแนน,

ไม่ได้พาไปพบทันตแพทย์เพราะฟันไม่ผุและพบครั้งสุดท้ายเมื่อ 3 เดือนที่แล้ว = 3 คะแนน

พาไปพบทันตแพทย์และได้บอกว่าผู้ป่วยเด็กเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด = 4 คะแนน

การแปลผลคะแนน อ้างอิงเกณฑ์การประเมินผลการเรียนรู้ของ Bloom (1975)

การปฏิบัติระดับมาก หมายถึง มีคะแนนร้อยละ 80 ระดับคะแนน 77.6- 97 คะแนน

การปฏิบัติระดับปานกลาง หมายถึง มีคะแนนร้อยละ 60-70 ระดับคะแนน 58.2- 76.6 คะแนน
 การปฏิบัติระดับน้อย หมายถึง มีคะแนนร้อยละ 59 ระดับคะแนน 20 – 57.2 คะแนน

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง

ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากทฤษฎีแรงจูงใจ Rogers (1983) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

3.1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็ก
 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

3.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็ก
 โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

3.3 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ดูแลในครอบครัว
 ในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

เครื่องมือกำกับการทดลองส่วนที่ 1 ถึง ส่วนที่ 3 ประกอบด้วยข้อคำถามส่วนละ 4 ข้อ มี
 ลักษณะตัวเลือกตอบ 3 ระดับและการให้คะแนน คือ

เห็นด้วย = 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน

3.4 แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวในการ
 ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ มีลักษณะตัวเลือกตอบ 3 ระดับและการให้คะแนน คือ

ทำได้ = 3 คะแนน

ไม่แน่ใจ = 2 คะแนน

ทำไม่ได้ = 1

โดยใช้เกณฑ์กำกับการทดลองที่ร้อยละ 80 หรือ 10 คะแนน (> 9.6 คะแนน) ขึ้นไปใน
 แบบสอบถามแต่ละส่วน ภายหลังจากทดลองพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มทดลองทั้งหมดสามารถ
 ผ่านเกณฑ์กำกับการทดลอง (ภาคผนวก จ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือวิจัยไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้แก่ เครื่องมือการ
 ดำเนินการทดลอง เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือการกำกับการทดลอง เพื่อ

ตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความชัดเจน ความเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ระยะเวลา ความสอดคล้องและความเหมาะสมของสื่อที่ใช้ หลังจากที่ปรับปรุงเครื่องมือกับอาจารย์ที่ปรึกษาเรียบร้อยแล้วได้นำเครื่องมือทั้งหมดในงานวิจัย ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์แพทย์ด้านโรคหัวใจเด็ก อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลเด็ก พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลเด็กโรคหัวใจ และทันตแพทย์เฉพาะทางหน่วยทันตกรรมเด็ก (ภาคผนวก ก)

เครื่องมือการดำเนินการทดลอง

นำไปตรวจสอบรูปแบบ ระยะเวลา และความเหมาะสมของกิจกรรมรวมทั้งความถูกต้องของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ถือความเห็นตรงกันของผู้ทรงคุณวุฒิ 4 ใน 5 ท่าน โดยมีประเด็นปรับแก้ดังนี้

1) แผนการสอนมีการปรับระยะเวลาในการสอนครั้งที่ 2 และ 3 เดิมเป็นสัปดาห์ที่ 2 และ สัปดาห์ที่ 3 เปลี่ยนเป็นสัปดาห์ที่ 1 และ 2 เพื่อให้สอดคล้องกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

2) มีการปรับปรุงในส่วนของตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อที่เข้าใจง่ายไม่เน้นเรื่องพยาธิสภาพของโรค แต่เน้นพฤติกรรม การดูแลและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวและผู้ป่วยเด็ก และประเด็นการอภิปรายกลุ่มการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในปัญหาที่ผู้วิจัย กำหนดให้เปลี่ยนเป็นพิจารณาตามปัญหาของกลุ่มมากที่สุดจำนวน 1-2 ปัญหา

3) สไลด์คอมพิวเตอร์ มีการปรับปรุงให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย สั้นกระชับ เพิ่มรูปภาพการ แปรงพันที่ถูกต้องให้เห็นชัดเจน

4) คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ปรับเรื่องภาษา ที่เข้าใจง่าย เพิ่มภาพประกอบที่เห็นชัดเจนและปรับปรุงเนื้อหาให้ถูกต้องชัดเจนมากขึ้น

จากนั้นได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองที่ผ่านการปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว นำไปทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับผู้ดูแลเด็กที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย เพื่อประเมินความถูกต้องของภาษา ความเหมาะสมของระยะเวลาในการทำกิจกรรม ความ เข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือการกำกับการทดลอง

ผู้วิจัยนำเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือการกำกับการทดลอง ผ่านการ ตรวจสอบ และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า Content Validity Index มากกว่า .80 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2550) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม และนิยามเชิงปฏิบัติการ และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับ คือ 1 หมายถึง ข้อ

คำถามไม่สอดคล้องกับคำนิยาม 2 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงอย่างมาก 3 หมายถึง ข้อคำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนปรับปรุงเล็กน้อย และ 4 ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สรุปได้ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 20 ข้อ CVI = 0.85

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 4 ข้อ CVI = 1

2.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 4 ข้อ CVI = 1

2.3 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 4 ข้อ CVI = 1

2.4 แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 4 ข้อ CVI = 1

จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับมาปรับแก้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิแนะนำภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยไม่มีการตัดข้อคำถามหรือสร้างข้อคำถามใหม่ มีเพียงการปรับแก้ภาษา เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการและให้กระชับเข้าใจง่ายขึ้น

CHULALONGKORN UNIVERSITY

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยนำได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และแบบสอบถามกำกับการทดลอง ประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบบสอบถามความเชื่อมั่นความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังปรับแก้แล้วไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รายที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดย

ใช้สูตร Cronbach' Alpha Coefficient โดยค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้ควรมีค่าตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Burn & Grove, 2001) ซึ่งจากการคำนวณพบว่า

ผลการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ สรุปได้ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้ค่า $\alpha = 0.867$

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ค่า $\alpha = 0.829$

2.2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ค่า $\alpha = 0.910$

2.3 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ค่า $\alpha = 0.808$

2.4 แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ค่า $\alpha = 0.861$

จากนั้นได้นำผลวิเคราะห์นี้ไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาซึ่งพิจารณาข้อมคำถามไว้ทุกข้อ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.ขั้นเตรียมการ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวผู้วิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อและตัวอย่างเครื่องมือ ขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์

1.2 เมื่อผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2559 (IRB.NO. 002/59) และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี เมื่อวันที่ 29 มกราคม 2559 (IRB 00007346) (ภาคผนวก ก) และได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อขอเข้าพบ หัวหน้าพยาบาลฝ่ายวิชาการ หัวหน้าหอผู้ป่วยในศัลยกรรมเด็ก และหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกแผนกศัลยกรรมเด็ก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการ

ดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยในศัลยกรรมเด็ก เพื่อขออนุญาตใช้ห้องประชุมในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและขออนุญาตติดต่อพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามถึงกลุ่มตัวอย่าง

2. ขั้นตอนการวิจัยและการประเมินผล มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

เมื่อผู้วิจัยได้รับการแจ้งจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทางโทรศัพท์ว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับการผ่าตัดอยู่ในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จากแฟ้มประวัติการรักษาของผู้ป่วยเด็กและจากการพูดคุยกับผู้ดูแลในครอบครัวที่หอผู้ป่วยขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวเฝ้าผู้ป่วยเด็กอยู่ข้างเตียง เพื่อสอบถามคุณสมบัติของผู้ดูแลในครอบครัวในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง

2.1 กลุ่มควบคุม

2.1.1 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.1.2 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามขณะที่อยู่ข้างเตียงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเด็ก โดยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและประเมินพฤติกรรมก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post -test) ในวันที่ผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมเด็ก โดยได้ขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อเพื่อสอบถามวันที่มาตรวจตามนัด

2.1.3 กลุ่มตัวอย่างได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติซึ่งได้รับจากพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วยเด็ก ในวันแรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล วันที่จำหน่ายกลับบ้าน และในกรณีผู้ดูแลในครอบครัวเกิดปัญหาหรือมีข้อสงสัยซักถามเพิ่มเติม ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อโดยการให้ความรู้ผ่านบอร์ดให้ความรู้ การสอนสุขศึกษารายบุคคล เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ประกอบด้วยวิธีการแปรงฟัน อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ การไปพบทันตแพทย์เป็นประจำ ข้อปฏิบัติเมื่อต้องไปพบทันตแพทย์ อันตรายจากการมีฟันผุในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยมีสื่อคือภาพพลิก และ แผ่นพับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก หรือคู่มือการดูแลทันตสุขภาพในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2.1.4 ผู้วิจัยติดตามสอบถามการจำหน่ายกลับบ้านของกลุ่มตัวอย่างจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยและโทรศัพท์สอบถามกลุ่มตัวอย่างเพื่อติดตามวันที่พาผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามแพทย์นัด

2.1.5 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post - test) ในสัปดาห์ที่ 5 โดยพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง บริเวณหน้าห้องเรียกตรวจ ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมเด็ก หลังการพบแพทย์แล้ว โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยทำแบบสอบถามประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณ และแจ้งให้ทราบว่สิ้นสุดการทดลอง

2.2 กลุ่มทดลอง

2.2.1 ผู้วิจัยเริ่มเก็บกลุ่มทดลองเมื่อกลุ่มควบคุมจำหน่ายกลับบ้านเรียบร้อยแล้วโดยมีการจับคู่ (matched pair) ให้มีอายุและระดับการศึกษา ของผู้ดูแลในครอบครัวให้ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม

2.2.2 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัวสร้างสัมพันธภาพ แจ้งวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งชี้แจงขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างละเอียด ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2.2.3 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามขณะที่อยู่ข้างเตียงผู้ป่วยในหอผู้ป่วยเด็ก โดยทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและและประเมินพฤติกรรมก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ใช้เวลาประมาณ 20 นาที

2.2.4 เริ่มกิจกรรมการทดลองหลังจากรวบรวมกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลได้ 2-3 คนเพื่อดำเนินกิจกรรมกลุ่มย่อย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเป็นเวลา 4 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 7 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มดำเนินกิจกรรมที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยจำนวน 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 กิจกรรมกระตุ้นและติดตามการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้านโดยการโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 รวมทั้งสิ้น ซึ่งกิจกรรมกลุ่มดังกล่าวจะดำเนินถัดกันไปกลุ่มละ 2-3 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดครบตามจำนวนที่ต้องการ คือจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์รวม 4 กลุ่มย่อย

(กลุ่มละ 3 คนรวม 3 กลุ่ม กลุ่มละ 2 คนรวม 1 กลุ่ม) และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี รวม 4 กลุ่มย่อย (กลุ่มละ 3 คนรวม 3 กลุ่ม กลุ่มละ 2 คนรวม 1 กลุ่ม) โดยมีกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค IE (60นาที)

1. ผู้วิจัยแนะนำตัวทักทายกลุ่มตัวอย่างด้วยสวัสดียิ้มแย้ม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนแนะนำตัว เพื่อสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม

2. ผู้วิจัยประเมินความรู้เดิมของกลุ่มตัวอย่างในเรื่องโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจ

3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดผ่านสไลด์คอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย โครงสร้างของหัวใจ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ความหมายและสาเหตุของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อาการความรุนแรงของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ ผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัว ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

4. ผู้วิจัยประเมินความรู้เรื่องโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการสอนโดยให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันตอบคำถาม

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ (60นาที)

1. ผู้วิจัยเล่าสถานการณ์จำลองผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรายหนึ่งที่เป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อให้กลุ่มตัวอย่างฟัง

2. ให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันแสดงความคิดเห็นในประเด็นอะไรที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเด็กรายนี้เกิดโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กรายนี้และครอบครัวหลังจากที่ป่วยเป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อติดเชื้อ

3. ผู้วิจัยสรุปประเด็นและเพิ่มเติมในประเด็นที่ยังขาด

4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในวันถัดไปเพื่อดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 2

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1)

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (60นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างด้วยสวัสดีและทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งที่ 1 ในเรื่องโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
2. ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้ป่วยเด็กเมื่ออยู่บ้าน
3. ผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดผ่านสไลด์คอมพิวเตอร์ ประกอบด้วย สุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ปัจจัยและกระบวนการที่ก่อให้เกิดฟันผุ ลักษณะฟันผุในระยะต่าง ๆ วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประกอบด้วย 3 ด้าน ประกอบด้วยด้านการทำความสะอาดช่องปากที่หลีกเลี่ยงการทำให้เด็กเกิดอาการเขียวกะทันหันหรือเหนียวหอบจากการแปรงฟัน ด้านการรับประทานอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ และด้านทันตกรรมป้องกันด้วยการตรวจประเมินช่องปาก การพาไปพบทันตแพทย์เพื่อเฝ้าระวัง และการเตรียมตัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนไปพบทันตแพทย์
4. ผู้วิจัยประเมินความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการสอนโดยให้กลุ่มตัวอย่างช่วยกันตอบคำถาม

กิจกรรมที่ 4 เปิดคลิปวิดีโอตัวอย่างที่ดี (15 นาที)

1. ผู้วิจัยเปิดคลิปวิดีโอตัวอย่างที่ดีให้กลุ่มตัวอย่างได้ดู ซึ่งตัวแบบกล่าวถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไรให้ผู้ป่วยเด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี เหตุผลของการให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และการให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างที่ชมคลิปวิดีโอ
2. ผู้วิจัยเน้นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อีกครั้งพร้อมทั้งกระตุ้นส่งเสริมกลุ่มตัวอย่างให้มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองว่าสามารถดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้ป่วยเด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดีเหมือนผู้ดูแลตัวแบบได้

กิจกรรมที่ 5 อภิปรายกลุ่มถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา (45 นาที)

1. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละท่านเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จากการสอบถามพบปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปาก ดังนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กยังเลิกขูดนมไม่ได้ ผู้ป่วยเด็กไม่ยอมให้แปรงฟันให้ ผู้ป่วยเด็กติดนมรสชาติหวานไม่ชอบรับประทานนมจืด ผู้ป่วยเด็กไม่ยอมไปหาหมอฟันต้องทำอย่างไร ผู้ป่วยเด็กชอบรับประทานนมหวาน นมที่เหนียวติดฟันต้องทำอย่างไร
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกประเด็นที่คิดว่าเป็นปัญหาที่สำคัญของกลุ่มมากที่สุด 1-2 ประเด็นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างอภิปรายถึงวิธีการแก้ปัญหา
3. ผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นปัญหาและวิธีการแก้ไขให้กลุ่มตัวอย่างได้ฟังอีกครั้ง
4. ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างในสัปดาห์ถัดไปเพื่อดำเนินกิจกรรมในครั้งที่ 3

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2)

กิจกรรมที่ 6 เปิดคลิปลิขิตวีดีโอประกอบการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน หลังจากนั้นสาธิตและฝึกทักษะแบบย้อนกลับ วิธีการแปรงฟันและวิธีการตรวจฟันให้ผู้ป่วยเด็กโดยใช้ฟันจำลอง ลักษณะของฟันที่ผิดปกติที่ควรไปพบทันตแพทย์ การเลือกอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ (1 ชั่วโมง 30 นาที)

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายกลุ่มตัวอย่างด้วยสวัสดีและทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งที่ผ่าน มาและ เปิดคลิปลิขิตวีดีโอประกอบการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน (คลิปลิขิตวีดีโอ “ลูกรัก ฟันดีเริ่มที่ชี้แรก” โดย คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับชม
2. ผู้วิจัยสาธิตการแปรงฟันกับหุ่นจำลองและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการแปรงฟันทีละคน
3. ผู้วิจัยสาธิตการตรวจฟันกับหุ่นจำลองและให้กลุ่มตัวอย่างฝึกการตรวจฟันทีละคน
4. ผู้วิจัยเลือกภาพฟันที่ผิดปกติมีฟันผุหรือฟันที่ไม่สะอาดจำนวน 1 -2 รูป และให้กลุ่ม ตัวอย่างบอกว่าลักษณะฟันดังกล่าวมีความผิดปกติอะไรและควรทำอะไรเมื่อพบ
5. ผู้วิจัยแสดงรูปทั้งหมดอีกครั้งพร้อมทั้งอธิบายสรุปลักษณะฟันที่ผิดปกติดังกล่าวต้องทำ อย่างไรให้กลุ่มตัวอย่างฟังอีกครั้ง
6. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละท่านเลือกภาพอาหารที่ผู้ป่วยเด็กชอบรับประทานเป็นประจำ และให้กลุ่มตัวอย่างบอกถึงอาหารที่ผู้ป่วยเด็กชอบรับประทานที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดฟันผุหรือไม่ถ้าจะ รับประทานต้องทำอย่างไรให้ลดการเกิดฟันผุ
7. ผู้วิจัยแสดงรูปอาหารทั้งหมดอีกครั้งพร้อมทั้งอธิบายสรุปภาพอาหารดังกล่าวที่สภาพว่า อาหารดังกล่าวรับประทานแล้วมีความเสี่ยงที่จะเกิดฟันผุมากหรือน้อย ถ้าจะรับประทานแล้วต้องทำ อย่างไรให้ลดการเกิดฟันผุให้กลุ่มตัวอย่างฟังอีกครั้ง
8. ผู้วิจัยแจกคู่มือและอธิบายถึงวิธีการใช้คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเปิดไปที่ท้ายเล่มของคู่มือและอธิบายถึงแบบบันทึก การดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อผู้ป่วยเด็กได้กลับบ้าน โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงวันที่ที่ปฏิบัติและให้ทำ เครื่องหมายถูกในข้อที่ตนเองได้ปฏิบัติ
9. ผู้วิจัยนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้านในเวลาของกลุ่มตัวอย่างสะดวก

ครั้งที่ 4 , 5 (สัปดาห์ที่ 3)

กิจกรรมที่ 7 (15 นาที) กระตุ้นและติดตามการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลใน ครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายพร้อมทั้งแนะนำตัวเองและสอบถามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยเด็กพบว่าผู้ป่วยเด็กมีสุขภาพแข็งแรงดีทุกรายและ ไม่มีอาการผิดปกติ

ครั้งที่ 4

- ผู้วิจัยดำเนินการติดตามการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเปิดสมุดคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในหน้าสุดท้ายและสอบถามว่าได้ลงบันทึกตั้งแต่วันที่เท่าไร ในแต่ละวันได้ปฏิบัติอะไรบ้าง โดยสอบถามทีละข้อ

ครั้งที่ 5

- ผู้วิจัยดำเนินการติดตามการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเปิดสมุดคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในหน้าสุดท้ายและสอบถามถึงบันทึกการดูแลสุขภาพช่องปากที่ต่อจากบันทึกในกิจกรรมครั้งที่ 4 ในแต่ละวันได้ปฏิบัติอะไรบ้าง โดยสอบถามทีละข้อ ผลการสอบถามในครั้งที่ 4 และ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกทุกวันตั้งแต่กลับบ้าน แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติไม่ได้ในบางข้อ เช่น การให้ผู้ป่วยเด็กดื่มนมรสหวาน และการดื่มน้ำอัดลม โดยผู้วิจัยสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้รวมทั้งการให้คำแนะนำและกระตุ้นให้เห็นอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการมีฟันผุคือทำให้ผู้ป่วยเด็กเสี่ยงต่อการเกิดโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ

2. ผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางคนสอบถามถึงปัญหาการพาผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์ที่คลินิกใกล้บ้าน ว่าทันตแพทย์ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยเด็กได้ต้องไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่ถึงจะรักษาได้ ผู้วิจัยจึงได้แนะนำให้มารักษาที่คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

3. ผู้วิจัยนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 4)

กิจกรรมที่ 7 (30 นาที) กระตุ้นและติดตามการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้านและประเมินการกำกับการทดลอง

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายพร้อมทั้งแนะนำตัวเองและสอบถามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยเด็กพบว่าผู้ป่วยเด็กมีสุขภาพแข็งแรงดีทุกรายและ ไม่มีอาการผิดปกติ

- ผู้วิจัยดำเนินการติดตามการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเปิดสมุดคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในหน้าสุดท้ายและสอบถามถึงบันทึกการดูแลสุขภาพช่องปากต่อบันทึกในกิจกรรมครั้งที่ 5 ว่าได้ลงบันทึกต่อจากวันที่สอบถามไว้หรือไม่ และลงบันทึกการปฏิบัติอะไรบ้าง โดยสอบถามทีละข้อ ผลการสอบถามในครั้งที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทำแบบบันทึกทุกวันและมีการปฏิบัติได้ทุกข้อ

2. ผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยการอ่านแบบสอบถามทีละข้อให้กลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการกำกับการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองตั้งแต่ครั้งแรก

3. ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงวันที่ผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอก ศัลยกรรมเด็ก และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post - test)

สัปดาห์ที่ 5 การประเมินผลการทดลอง

2.2.5 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post - test) โดยพบกลุ่มตัวอย่างภายหลังการพบแพทย์แล้วบริเวณเก้าอี้หน้าห้องรอเรียกตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมเด็ก โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยทำแบบสอบถามประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นแสดงความขอบคุณ และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างวิทยานิพนธ์ได้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2559 (IRB.NO. 002/59) และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนิ เมื่อวันที่ 29 มกราคม 2559 (IRB 00007346) โดยเริ่มจากผู้วิจัยชี้แจงและมอบเอกสารชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลให้เข้าใจเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาและขั้นตอนของการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ รวมถึงคำนึงถึงความสมัครใจและยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และขณะที่อยู่ระหว่างขั้นตอนของการวิจัยนั้นกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วม

เมื่อไรก็ได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาที่ผู้ป่วยเด็กจะได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามข้อสงสัยต่าง ๆ จากผู้วิจัยได้โดยตรง และข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะปกปิดเป็นความลับ โดยจะนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (informed consent form)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติพื้นฐาน คือ หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ paired t-test
3. เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test

สรุปวิธีดำเนินการวิจัย



แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงาน

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi - experimental research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 3-6 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 44 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 22 ราย ซึ่งได้จากการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่าง เก็บกลุ่มควบคุมจนครบก่อนแล้วจึงเริ่มเก็บกลุ่มทดลองโดยมีการจับคู่ (matched-pairs) ให้มีคุณลักษณะที่ใกล้เคียงกันในเรื่อง อายุ และระดับการศึกษาของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวและเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคกับกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวและเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัว จำแนกตามความสัมพันธ์กับเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ ระดับการศึกษา เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (n=44)		กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเด็กก่อนวัยเรียน						
โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด						
พ่อ/แม่	43	97.7	22	100.0	21	95.5
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	1	2.3	0	0	1	4.5
อายุ (ปี)						
≤ 35	32	72.7	16	72.7	16	72.7
> 35	12	27.3	6	27.3	6	27.3
Mean ± S.D.	31.66±7.41		31.18±6.37		32.14±8.45	
Min-Max	21-49		22-44		21-49	
ระดับการศึกษาสูงสุด						
ประถมศึกษา	8	18.2	4	18.2	4	18.2
มัธยมศึกษา	26	59.1	13	59.1	13	59.1
สายอาชีพ (ปวช. / ปวส. /	4	9.1	2	9.1	2	9.1
อนุปริญญา						
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	13.6	3	13.6	3	13.6
เพศ						
ชาย	3	6.8	1	4.5	2	9.1
หญิง	41	93.2	21	95.5	20	90.9
สถานภาพสมรส						
โสด	3	6.8	0	0	3	13.6
คู่	35	79.5	19	86.4	16	72.7
หม้าย	2	4.5	1	4.5	1	4.5
แยกกันอยู่/หย่าร้าง	4	9.1	2	9.1	2	9.1

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด (n=44)		กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้ของครอบครัว						
เพียงพอและเหลือเก็บ	7	15.9	1	4.5	6	27.3
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	30	68.2	15	68.2	15	68.2
ไม่เพียงพอ	7	15.9	6	27.3	1	4.5
อาชีพ						
เกษตรกร	7	15.9	4	18.2	3	13.6
รับจ้าง	20	45.5	9	40.9	11	50.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	8	18.2	5	22.7	3	13.6
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	9	20.5	4	18.2	5	22.7

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับเด็กวัยก่อนเรียน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยเป็นพ่อ/แม่ คิดเป็นร้อยละ 97.7 โดยกลุ่มทดลองทั้งหมด เป็น พ่อ/แม่ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีเพียง 1 ราย เป็นยายคิดเป็นร้อยละ 4.5 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 32 ปี อยู่ในช่วง 21-49 ปี และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59.1 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีอายุ ≤ 35 ปีคิดเป็นร้อยละ 59.1 และมีระดับการศึกษา คือ มัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 59.1 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 93.2 โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 95.5 และ 90.9 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 79.5 โดยพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 86.4 และ 72.7 ตามลำดับ สำหรับรายได้ของครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 68.2 ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 68.2 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีการประกอบอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างคิดเป็นร้อยละ 45.5 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมการประกอบอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างคิดเป็นร้อยละ 40.9 คิดเป็นร้อยละ 50.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของเด็กก่อนวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำแนกตามอายุ เพศ จำนวนพี่น้อง

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=44)		กลุ่มทดลอง (n=22)		กลุ่มควบคุม (n=22)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
Mean ± S.D.	4.25±1.16		4.18±1.14		4.32±1.21	
Min-Max	3 - 6		3 - 6		3 - 6	
เพศ						
ชาย	16	36.4	7	31.8	9	40.9
หญิง	28	63.6	15	68.2	13	59.1
จำนวนพี่น้อง						
1	19	43.2	10	45.5	9	40.9
2	20	45.5	11	50.0	9	40.9
3	4	9.1	1	4.5	3	13.6
4	1	2.3	0	0	1	4.5

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่าเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งหมดมีอายุระหว่าง 3-6 ปี และมีอายุเฉลี่ย 4 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 63.6 โดยพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 68.2 และ 59.1 ตามลำดับ และมีจำนวนพี่น้องส่วนใหญ่คือ 2 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนพี่น้องส่วนใหญ่คือ 2 คนคิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีจำนวนพี่น้อง 1 คนและ 2 คน เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 40.9

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=22)

พฤติกรรมของผู้ดูแลใน					
ครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก *	\bar{x}	S.D.	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง	62.41	5.23	21	0.000	1.000
หลังการทดลอง	62.41	6.19			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง	61.82	10.25	21	13.704	<0.001
หลังการทดลอง	86.05	3.47			

* ช่วงคะแนนรวมของแบบสอบถาม = 20 – 97 คะแนน

จากตารางที่ 5 แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนการทดลองเท่ากับ 62.41 และหลังการทดลองเท่ากับ 62.41 เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมมาเปรียบเทียบกับสถิติ paired t-test พบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง (p-value 1.000)

ส่วนค่าเฉลี่ยของคะแนนของผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมียุทธศาสตร์ของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนการทดลองเท่ากับ 61.82 และหลังการทดลองเท่ากับ 86.05 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมาเปรียบเทียบกับสถิติ paired t-test พบว่า หลังการทดลองผู้ดูแลในครอบครัวมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 6 พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ เพื่อป้องกันโรคและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำแนกตามรายคู่

คู่ที่	พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียน			
	โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
1	68.0	90.0	74.0	68.0
2	62.0	88.0	65.0	58.0
3	48.0	85.0	69.0	60.0
4	76.0	90.0	60.0	67.0
5	43.0	83.0	61.0	71.0
6	66.0	85.0	60.0	59.0
7	71.0	86.0	59.0	53.0
8	54.0	84.0	59.0	66.0
9	57.0	86.0	62.0	54.0
10	68.0	86.0	73.0	72.0
11	54.0	83.0	62.0	54.0
12	73.0	89.0	61.0	66.0
13	72.0	86.0	61.0	63.0
14	74.0	93.0	65.0	67.0
15	51.0	87.0	58.0	67.0
16	48.0	80.0	58.0	56.0
17	70.0	84.0	60.0	65.0
18	59.0	88.0	67.0	71.0
19	70.0	86.0	66.0	64.0
20	66.0	91.0	64.0	62.0
21	45.0	78.0	51.0	52.0
22	65.0	85.0	58.0	58.0

หมายเหตุ : สถานที่เก็บข้อมูล คู่ที่ 1-11 เก็บข้อมูล สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
สถานที่เก็บข้อมูล คู่ที่ 12-22 เก็บข้อมูล รพ. จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

จากตารางที่ 6 คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ก่อนการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากน้อยกว่าหลังการทดลองทุกคน กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติพบว่ามีคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจำนวน 10 คน มีคะแนนลดลงจำนวน 11 คน และมีคะแนนเท่าเดิมจำนวน 1 คน ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n = 22)

พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลสุขภาพช่องปาก*	\bar{X}	S.D.	df	t	p-value
ก่อนได้รับโปรแกรมการสร้าง แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค					
กลุ่มควบคุม	62.41	5.23	42	0.241	0.811
กลุ่มทดลอง	61.82	10.25			
หลังได้รับโปรแกรมการสร้าง แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค					
กลุ่มควบคุม	62.41	6.19	42	15.617	< 0.001
กลุ่มทดลอง	86.05	3.47			

* ช่วงคะแนนรวมของแบบสอบถาม = 20 - 97 คะแนน

จากตารางที่ 7 แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเท่ากับ 61.82 และผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 62.41 เมื่อนำค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ independent t-test พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หลังการทดลอง ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเท่ากับ 86.05 และผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเท่ากับ 62.41 เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมาเปรียบเทียบด้วยสถิติ

independent t-test พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 3-6 ปีและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 3-6 ปีและเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 – กันยายน พ.ศ. 2559 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 44 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเลือกจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวนเท่ากันทั้ง 2 โรงพยาบาล ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 22 คน และกลุ่มทดลอง 22 คน ผู้วิจัยได้คำนึงถึงตัวแปรแทรกซ้อนมีการจับคู่ (matched pair) ให้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลองมีปัจจัยลักษณะคล้ายคลึงกัน คือด้านอายุและระดับการศึกษาของผู้ดูแลในครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 แผนกิจกรรมโปรแกรมการสร้างความแข็งแรงใจเพื่อป้องกันโรค ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำทฤษฎีแรงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983) ประกอบด้วยกระบวนการเรียนรู้ 2 องค์ประกอบคือ 1. การประเมินอันตรายต่อสุขภาพประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค IE การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค IE ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 2. เป็นการประเมินการเผชิญปัญหาประกอบด้วย ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

1.2 แผนการสอน 4 แผนการสอน แผนการสอนครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ประกอบด้วยกิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและ กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเด็กรายนี้เกิดโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กรายนี้และครอบครัว แผนการสอนครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กิจกรรมที่ 4 เปิดคลิปวิดีโอตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กิจกรรมที่ 5 อภิปรายกลุ่มถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา แผนการสอนครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 6 เปิดคลิปวิดีโอประกอบการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน สานิตและฝึกทักษะแบบย้อนกลับ วิธีการแปร่งฟันและวิธีการตรวจฟันให้ผู้ป่วยเด็กโดยใช้ฟันจำลอง ลักษณะของฟันที่ผิดปกติที่ควรไปพบทันตแพทย์ การเลือกอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ แผนการสอนกระตุ้นและติดตามเยี่ยมบ้าน (สัปดาห์ที่ 3 และ 4) ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 7 กระตุ้นและติดตามผลการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้านโดยการโทรศัพท์ จำนวน 3 ครั้งใช้เวลาครั้งละ 15 นาที

1.3 สไลด์คอมพิวเตอร์ประกอบด้วย 1. โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 2. การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1.4 คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

1.5 คลิปวิดีโอตัวอย่างที่ดี

1.6 คลิปวิดีโอประกอบการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน (คลิปวิดีโอ “ลูกรักฟันดีเริ่มที่ซึ่แรก” โดย คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลใน

ครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) ซึ่งมีค่า CVI = 0.85 และผ่านการตรวจสอบ

ความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) กับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค 0.867

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาซึ่งมีค่า CVI = 1.00 ทั้ง 4 ส่วน มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากการนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 คน พบว่า แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = 0.829 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = 0.910 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = 0.808 และแบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค = 0.861

การดำเนินการทดลอง

1. ดำเนินการหลังจากผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2559 (IRB.NO. 002/59) และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติดินนาฮี เมื่อวันที่ 29 มกราคม 2559 (IRB 00007346)
2. เมื่อผู้วิจัยได้รับการแจ้งจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยทางโทรศัพท์ว่ามีผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังได้รับการผ่าตัดอยู่ในหอผู้ป่วย ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเด็กขณะทีกลุ่มตัวอย่างเฝ้าอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยเด็ก โดยผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจกวัสดุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการ

ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (pre-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post -test) ในวันที่ผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมเด็ก โดยได้ขอเบอร์โทรศัพท์ติดต่อเพื่อสอบถามวันที่มาตรวจตามนัด กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ในสัปดาห์ที่ 5 จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง บริเวณหน้าห้องเรียกตรวจ ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมเด็ก หลังการพบแพทย์แล้ว โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยทำแบบสอบถามประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยแจกคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้กลุ่มตัวอย่างเพื่อเป็นการแสดงความขอบคุณ และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการทดลอง

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการในกลุ่มทดลองเมื่อก่อนกลุ่มควบคุมจำหน่ายกลับบ้านเรียบร้อยแล้ว โดยมีการจับคู่ให้มีอายุและระดับการศึกษา ของผู้ดูแลในครอบครัวให้ใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่หอผู้ป่วยเด็กขณะที่กลุ่มตัวอย่างเฝ้าอยู่ข้างเตียงผู้ป่วยเด็ก โดยผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ แจกวัสดุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย และลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (pre-test) เริ่มกิจกรรมการทดลองหลังจากรวบรวมกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลได้ 2-3 คนเพื่อดำเนินกิจกรรมกลุ่มย่อย โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเป็นเวลา 4 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 7 กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มดำเนินกิจกรรมที่ห้องประชุมหอผู้ป่วย จำนวน 3 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 กิจกรรมการโทรศัพท์ติดตามกลุ่มตัวอย่างเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้านจำนวน 3 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4

กิจกรรมที่โรงพยาบาล

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค IE ผ่านสไลด์คอมพิวเตอร์

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในประเด็นอะไรที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเด็กกรายนี้อาจเกิดโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อและ

ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กรายนี้และครอบครัวหลังจากที่ป่วยเป็นโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อ

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1) กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผ่านสไลด์คอมพิวเตอร์ กิจกรรมที่ 4 เปิดคลิปวิดีโอตัวอย่างที่ดีกล่าวถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไรให้ผู้ป่วยเด็กมีสุขภาพช่องปากที่ดี เหตุผลของการให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และการให้กำลังใจแก่กลุ่มตัวอย่างที่ชมคลิปวิดีโอ กิจกรรมที่ 5 อภิปรายกลุ่มถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด รวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) กิจกรรมที่ 6 เปิดคลิปวิดีโอประกอบการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน (คลิปวิดีโอ “ลูกรักฟันดีเริ่มที่ซี่แรก” โดย คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) ให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับชมและผู้วิจัยสาธิตการแปรงฟัน การตรวจฟันกับหุ่นจำลอง และให้ผู้ดูแลฝึกการแปรงฟันและฝึกการตรวจฟันทีละคน หลังจากนั้นผู้วิจัยเลือกภาพฟันที่ผิดปกติมีฟันผุหรือฟันที่ไม่สะอาดจำนวน 1-2 รูป และให้ผู้ดูแลบอกว่าคุณลักษณะฟันดังกล่าวมีความผิดปกติอะไร และควรทำอย่างไรเมื่อพบลักษณะฟันดังกล่าว ผู้วิจัยแสดงรูปทั้งหมดอีกครั้งพร้อมทั้งอธิบายสรุปลักษณะฟันที่ผิดปกติดังกล่าวอีกครั้ง ต่อจากนั้นผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแต่ละท่านเลือกภาพอาหารที่ผู้ป่วยเด็กรับประทานเป็นประจำพร้อมทั้งให้ผู้ดูแลบอกถึงอาหารที่ผู้ป่วยเด็กชอบรับประทานที่มีความเสี่ยงทำให้เกิดฟันผุหรือไม่ถ้าจะรับประทานต้องทำอย่างไรให้ลดการเกิดฟันผุ ผู้วิจัยแสดงรูปอาหารทั้งหมดอีกครั้งพร้อมทั้งอธิบายสรุปภาพอาหารดังกล่าวทีละภาพ ผู้วิจัยแจกคู่มือและอธิบายถึงวิธีการใช้คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเปิดไปที่ท้ายเล่มของคู่มือและได้อธิบายถึงแบบบันทึกการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อผู้ป่วยเด็กได้กลับบ้าน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำเครื่องหมายถูกในข้อที่ตนเองได้ปฏิบัติและนัดหมายการโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง ในเวลาที่กลุ่มตัวอย่างสะดวกโดยติดตามการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้านและนัดหมายในการประเมินผลหลังการทดลอง ในวันที่ผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามแพทย์นัด ที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมเด็ก

กิจกรรมเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน

ครั้งที่ 4 , 5 (สัปดาห์ที่ 3) กิจกรรมที่ 7 กระตุ้นและติดตามการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน ผู้วิจัยกล่าวทักทายพร้อมทั้งแนะนำตัวเองและสอบถามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งสอบถามเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยเด็กพบว่าผู้ป่วยเด็กมีความสุขแข็งแรงดีทุกรายและ ไม่มีอาการผิดปกติ ผู้วิจัยดำเนินการติดตามการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเปิดสมุดคู่มือการดูแล

สุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในหน้าสุดท้ายและสอบถามว่าได้ลงบันทึกตั้งแต่วันที่เท่าไร ในแต่ละวันได้ปฏิบัติอะไรบ้าง โดยสอบถามทีละข้อ โดยในครั้งที่ 5 สอบถาม ต่อจากการลงบันทึกในครั้งที่ 4 ว่าได้ลงบันทึกต่อหรือไม่ ในแต่ละวันได้ปฏิบัติอะไรบ้าง ผลการสอบถามในครั้งที่ 4 และ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกทุกวันตั้งแต่กลับบ้าน แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติไม่ได้ในบางข้อ เช่น การให้ผู้ป่วยเด็กดื่มนมรสหวาน และการดื่มน้ำอัดลม โดยผู้วิจัยสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติได้รวมทั้งการให้คำแนะนำและกระตุ้นให้เห็นอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการมีฟันคือทำให้ผู้ป่วยเด็กเสี่ยงต่อการเกิดโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อและผู้วิจัยสอบถามถึงปัญหาและข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางคนสอบถามถึงปัญหาการพาผู้ป่วยไปพบทันตแพทย์ที่คลินิกใกล้บ้าน ว่าทันตแพทย์ไม่สามารถรักษาผู้ป่วยเด็กได้ต้องไปโรงพยาบาลขนาดใหญ่ถึงจะรักษาได้ ผู้วิจัยจึงได้แนะนำให้มารักษาที่คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และผู้วิจัยนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามในครั้งต่อไป

ครั้งที่ 6 (สัปดาห์ที่ 4) กิจกรรมที่ 7 กระตุ้นและติดตามการดูแลสุขภาพช่องปากของกลุ่มตัวอย่างเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน และประเมินผลการกำกับการทดลอง ทำกิจกรรมเหมือนครั้งที่ 5 หลังจากนั้นผู้วิจัยกำกับการทดลองโดยการอ่านแบบสอบถามทีละข้อให้กลุ่มตัวอย่างตอบทีละข้อโดยใช้แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อ แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการกำกับการทดลองพบว่ากลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองตั้งแต่ครั้งแรก ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงวันที่ผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามแพทย์นัดที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมเด็ก และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post - test)

สัปดาห์ที่ 5 การประเมินผลการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง (post - test) โดยพบกลุ่มตัวอย่างภายหลังการพบแพทย์แล้วบริเวณเก้าอี้หน้าห้องรอเรียกตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกศัลยกรรมเด็ก โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยทำแบบสอบถามประมาณ 20 นาที หลังจากนั้นแสดงความขอบคุณ และแจ้งให้ทราบว่าสิ้นสุดการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทั้งก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลงานวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความสัมพันธ์กับเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยเป็นพ่อ/แม่ คิดเป็นร้อยละ 97.7 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอายุเฉลี่ย 32 ปี อยู่ในช่วง 21-49 ปี และส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 59.1 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 93.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่คิดเป็นร้อยละ 79.5 สำหรับรายได้ของครอบครัว พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัวเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 68.2 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีการประกอบอาชีพส่วนใหญ่รับจ้างคิดเป็นร้อยละ 45.5 โดยข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างความแรงใจเพื่อป้องกันโรค และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งหมดมีอายุระหว่าง 3-6 ปี และมีอายุเฉลี่ย 4 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 63.6 โดยพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิงร้อยละ 68.2 และ 59.1 ตามลำดับ และมีจำนวนพี่น้องส่วนใหญ่คือ 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 45.5 โดยกลุ่มทดลองมีจำนวนพี่น้องส่วนใหญ่คือ 2 คนคิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนในกลุ่มควบคุมมีจำนวนพี่น้อง 1 คนและ 2 คน เท่ากันคิดเป็นร้อยละ 40.9

2. พฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดออกฤทธิ์ตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด สามารถทำให้เพิ่มขึ้นได้ หากมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ เกิดแรงจูงใจ มีความตั้งใจ โดยการใช้สื่อหรือข้อมูลข่าวสารเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกห่วงใยต่อภาวะสุขภาพ รับรู้ถึงภาวะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้น และทำให้บุคคลเกิดกระบวนการเรียนรู้ 2 องค์ประกอบ คือ การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ เกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผ่านการให้ความรู้โดยการใช้สื่อสไลด์คอมพิวเตอร์พร้อมแสดงภาพข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการความรุนแรงของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเมื่อเป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ และการรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยเน้นย้ำปัจจัยเสี่ยงที่เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะเป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อได้แก่ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดคือการมีฟันผุเป็นช่องทางเข้าของเชื้อโรค และสภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ไม่ดีคือมีฟันผุ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดฟันผุได้ง่ายในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ข้อมูลนี้ทำให้เห็นว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคนี้นี้ได้มากกว่าเด็กทั่วไป และการวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษาเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการคิดวิเคราะห์ถึงปัญหาซึ่งตัวอย่างกรณีศึกษามีความใกล้เคียงกับผู้ดูแลในครอบครัว จนทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกห่วงใย เกิดความตระหนักว่า

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ตนเองดูแลมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อได้ และการทำให้บุคคลเกิดกระบวนการเรียนรู้ การประเมินการเผชิญปัญหา เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาไปในทางที่ถูกต้อง ซึ่งประกอบด้วย ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง โดยการให้ความรู้ผ่านสื่อสไลด์คอมพิวเตอร์ในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นวิธีที่สามารถป้องกันโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อ เปิดคลิปลิขิตวิดีโอตัวอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากซึ่งกล่าวถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไรให้ผู้ป่วยเด็กมีความสุขช่องปากที่ดี รวมทั้งความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและให้กำลังใจผู้ดูแลในครอบครัวท่านอื่น ๆ ที่ชมคลิปลิขิตวิดีโอ Bandura (1994) กล่าวว่า การสังเกตตัวที่มีลักษณะคล้ายกันกับผู้ดูแลในครอบครัวแล้วทำให้เห็นว่าถ้ามีความพยายามและไม่ย่อท้อต่ออุปสรรคจนสามารถประสบความสำเร็จได้ จะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดการเลียนแบบและเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง นอกจากนี้การสอนฝึกทักษะแบบย้อนกลับ การแปร่งฟันที่ถูกวิธี การตรวจสุขภาพช่องปาก ลักษณะผิดปกติของฟันที่ควรไปพบทันตแพทย์ และการเลือกอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟันผุ สมคิด อิศระวัฒน์ (2543) และ ทิศนา แหมมณี (2553) กล่าวว่า การฝึกทักษะแบบย้อนกลับทำให้เห็นถึงขั้นตอนจริง มีความเข้าใจและจดจำได้นาน ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเกิดความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และการใช้กระบวนการอภิปรายกลุ่มและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยทำเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้ดูแลวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรวมทั้งช่วยกันหาวิธีการแก้ไขปัญหา ทำให้ได้ข้อมูลและความคิดเห็นที่หลากหลาย ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่กว้างขึ้นและสามารถช่วยเหลือให้บุคคลพัฒนาความเชื่อมั่นใน และมีการแจกคู่มือไปศึกษาต่อที่บ้านเพื่อทบทวนความรู้ที่ได้ มีการติดตามและกระตุ้นผู้ดูแลในครอบครัวให้ปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้ดูแลวัยก่อนเรียนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านอย่างต่อเนื่องโดยการโทรศัพท์ติดตามทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดมองเห็นปัญหาในการปฏิบัติจริงรวมทั้งช่วยกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาร่วมกันทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพช่องปากมากยิ่งขึ้น จากผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคส่งผลให้กลุ่มทดลองหลังการทดลองมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากผู้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิรินาถ พรจินดารักษ์ (2542) ได้ใช้โปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองและมีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของบุตรที่มีภาวะปัสสาวะไหลย้อนจากกระเพาะปัสสาวะสู่ท่อไตถูกต้องมากกว่าก่อนทดลอง เช่นเดียวกับ ศึกษาของไมตรี ไปยะพรหม (2555) ในเรื่องผลของโปรแกรมพัฒนาครอบครัว โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและ

กระบวนการกลุ่ม ต่อพฤติกรรมผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคและการรับรู้ความรุนแรงต่อโรค ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง การรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ การศึกษาของ กรุณา ทศพล (2543) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีเพื่อป้องกันและควบคุมโรคปอดบวม อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานีหลังการทดลองกลุ่มทดลองมี ความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคปอดบวม ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองเพื่อป้องกันโรคปอดบวมสูงขึ้น และมีพฤติกรรมการดูแลบุตรเพื่อป้องกันโรคปอดบวมดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมียาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมียาค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยสามารถอภิปรายได้ว่า การที่ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติต่ำกว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนั้น เนื่องจากกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเน้นการให้ความรู้ผ่านรูปแบบการพยาบาลประจำในหอผู้ป่วยเด็ก ในวันแรกรับ ขณะอยู่โรงพยาบาล วันที่จำหน่ายกลับบ้าน และในกรณีผู้ดูแลในครอบครัวเกิดปัญหาหรือมีข้อสงสัยซักถาม ในลักษณะการบรรยาย หรือ การให้คำแนะนำ ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อ การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น วิธีการแปรงฟัน อาหารที่ทำให้เกิดฟันผุ การไปพบทันตแพทย์เป็นประจำ ข้อปฏิบัติเมื่อต้องไปพบทันตแพทย์ อันตรายจากการมีฟันผุในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยผ่านการให้ความรู้ทางสื่อต่างๆ เช่น บอร์ดให้ความรู้ ภาพพลิก แผ่นพับการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็ก และคู่มือการดูแลทันตสุขภาพในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดย เป็นวิธีการให้ความรู้ ถึงแม้การให้ความรู้ดังกล่าวจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ที่ดีขึ้นแต่การเปลี่ยนแปลงด้านความตระหนักและการปฏิบัติมีการเปลี่ยนแปลงเพียงน้อยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอมอมร ทิพย์ สอดส่องและเสมอจิต พิธพรชัยกุล. (2558) พบว่า ถึงแม้ผู้ดูแลในครอบครัวจะมีความรู้ในการดูแล

สุขภาพช่องปากที่ดีและมีทัศนคติที่ดีแต่การปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปากให้ผู้ป่วยเด็กยังมีน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติยังขาดการกระตุ้นให้ผู้ดูแลในครอบครัวให้เกิดความรู้สึกรู้ทันเกรงต่อภาวะคุกคามทางสุขภาพ ยังขาดความตระหนักในการเกิดโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบ ติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง เนื่องจากได้รับความรู้เพียงอย่างเดียว จึงส่งผลให้กลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีระวุธธรรมกุล (2554) การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันฟันน้ำนมผุของเด็กวัยเรียนก่อนโดยผู้ปกครองอำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยในเรื่องการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนอง พฤติกรรมการป้องกันฟันผุในผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของทักษิณา ไกรราช (2539) พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอุจจาระร่วง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพสามารถนำโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ไปใช้ในกิจกรรมการพยาบาล ให้ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยใช้การวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษาถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค การใช้สื่อคอมพิวเตอร์และวีดิทัศน์เพื่อให้ความรู้และการเรียนจากตัวแบบที่ถูกต้อง กิจกรรมการโทรศัพท์กระตุ้นและติดตามการปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก ร่วมกับการใช้คู่มือและแบบบันทึกการดูแลสุขภาพช่องปากเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน

1.2 ด้านการศึกษา สามารถนำความรู้ที่ได้จัดอบรมพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล โดยใช้แนวทางกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเพื่อส่งเสริมพัฒนาความรู้ในการพยาบาลให้มีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การใช้กรณีศึกษา การใช้ตัวแบบที่ดี การอธิบายกลุ่ม เป็นต้น

1.3 ด้านการบริหาร ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่

กำเนิด ไปเป็นแผนพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยการออกแบบหรือพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้นเช่น การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น

2. ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

2.1 ประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคถึงความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะยาว

2.2 ศึกษาวิจัยถึงประสิทธิผลของระบบการพยาบาล โดยการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับการการใช้สมุดบันทึกการดูแลสุขภาพช่องปากที่บ้านต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด



รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กนกวรรณ คงศรีเจริญ, จุไรรัตน์ คุณะไชยโชติ, อุบลวรรณ จารุจารีต, พิมพ์เดือน เนตร์แก้ว, ปรัชญา ลุนทา, และปณิษฐา กาบแก้ว. (2545). ความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแล สุขภาพช่องปากของเด็กที่เป็นโรคหัวใจแต่กำเนิดที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราช นครเชียงใหม่. *เชียงใหม่ทันตแพทยสาร*, 23, 67-74.

กนกวรรณ คงศรีเจริญ, จุไรรัตน์ คุณะไชยโชติ, อุบลวรรณ จารุจารีต, พิมพ์เดือน เนตร์แก้ว, ปรัชญา ลุนทา, และปณิษฐา กาบแก้ว. (2546). สภาวะโรคฟันผุในฟันน้ำนมในเด็กที่เป็นโรคหัวใจแต่ กำเนิดที่มารับการรักษาโรคหัวใจที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ นครเชียงใหม่. *เชียงใหม่ทันตแพทยสาร*, 24(2), 74-96.

กรรณา ทศพล. (2543). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของมารดาในการดูแลบุตรอายุ ต่ำกว่า 5 ปีเพื่อป้องกันและควบคุมโรคปอดบวม อำเภอดอนสัก จังหวัดสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2540). *การดูแลทันตสุขภาพ สำหรับตนเองและครอบครัว*. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2541). *ทันตสาธารณสุข สำหรับนักศึกษาวิทยาลัย การพยาบาล*. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2545). *สุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย*. โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2547). *ลูกฟันสวยด้วยคุณแม่คนเก่ง*. โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2547). *102 คำตอบ แม่ลูกฟันดี-102 ปี สมเด็จพระเจ้า*. พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2549). *111 เรื่องที่ครูอยากรู้*. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2550). *แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2550). *คู่มือครูที่เลี้ยงในการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2551). *คู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากแม่และเด็ก*. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กิตติมา ปราบมภ์. (2552). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมทันตสุขภาพต่อพฤติกรรมผู้ปกครองในการดูแลทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทิรา กวดีภา. (2549). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์สในการป้องกันภาวะโคเลสเตอรอลสูงของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวเฉียว กรุงเทพฯ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- จุล ทิสยากร. (2555). *เยื่อหูหัวใจอักเสบจากการติดเชื้อ*. ใน บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, และคณะ (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ไอกรูป เพรส.
- ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล. (2533). *ทำอย่างไรให้ลูกฟันสวย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล. (2554). *โรคฟันผุ*. ใน ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล (บรรณาธิการ). *ทันตกรรมป้องกันในเด็กและวัยรุ่น*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: เบสบู๊ค ออนไลน์.
- ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล. (2556). *คุณพ่อคุณแม่ควรแปรงฟันลูกเมื่อไหร่และอย่างไร*. ใน เครือข่ายลูกรักฟันดีเริ่มที่ซี่แรก สสส, *First love, first tooth*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: คลังนานาวิทยา.
- ชุติมา ทองนุ่ม. (2547). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในบุตรอายุ 1 ปีในจังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เขวงเกียรติ แสงศิรินาวิน. (2554). *ฟันผุ[ออนไลน์]*. แหล่งที่มา: <http://www.haamor.com/th> [4 กุมภาพันธ์ 2558].
- ฐิติพร คัมภีรานนท์. (2549). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลชลประทาน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- ทักษิณา ไกรราช. (2539). *การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดาที่เลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีเพื่อ การป้องกันโรคอุจจาระร่วงในอำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร*. วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาสุศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพวรรณ ธนาภินันท์ และ ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล. (2554). *อาหารโภชนาการ และ สุขภาพช่องปาก*. ใน ชุติมา ไตรรัตน์วรกุล (บรรณาธิการ), *ทันตกรรมป้องกันในเด็กและวัยรุ่น*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: เบสบุ๊ก ออนไลน์.
- ทิตินา แคมมณี. (2553). *ศาสตร์การสอน*. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- ธีระวุธ ธรรมกุล. (2554). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันฟันผุของเด็กก่อนวัยเรียนโดยผู้ปกครอง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- น้ำทิพย์ แก้ววิชิต และ กัลยาณีทำจิน. (2550). *ความรู้และบทบาทของบิดามารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจ*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 25, 273-282.
- นิตยา ชันเพ็ชร .(2546). *พฤติกรรมของมารดาในการดูแลทารกน้ำหนักที่มาตรฐานรักษาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นันทนา ศรีอุดมพร .(2557). *ทำอะไรเมื่อลูกกลัวหมอฟัน[ออนไลน์]*. แหล่งที่มา: <https://www.thairath.co.th> [4 กุมภาพันธ์ 2558]
- บัญญัติ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี, และศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร. (2550). *ตำราการพยาบาลเด็ก*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : พรี-วัน.
- บุญชอบ พงษ์พาณิชย์. (2540). *ปัญหาโรคหัวใจในเด็กของประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: ศรีสยามการพิมพ์.
- บุญชู พงษ์พาณิชย์. (2555). *โรคหัวใจเด็กในประเทศไทย*. ใน บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, และคณะ (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์โรคหัวใจ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ไอกรูป เพรส.
- บุญชู เหมทอง. (2553). *ศึกษาผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปฏิพล คำขวา. (2549). *ผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดาหรือผู้ดูแลเพื่อป้องกันอุจจาระร่วงในเด็กอายุ*

- 0-5 ปี *อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปวีณา คุณนาเมือง. (2555). *ความรู้เพื่อดูแลฟันน้ำนมให้ลูก*[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: https://www.facebook.com/thaimilkteeth/info/?tab=page_info [4 กุมภาพันธ์ 2558]
- ประไพ ชุณหคล้าย และ ชีมาภรณ์ ณ สงขลา. (2548). สภาวะทันตสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด. *วารสารกรมการแพทย์*, 15(11) , 571-579.
- ปรียา เกตุทัต. (2540). การอบรมเลี้ยงดูเด็กก่อนวัยเรียน. ใน *เอกสารชุดวิชาพัฒนาเด็กและการเลี้ยงดู หน่วยที่ 4*, หน้า 242-249. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจและไหลเวียน. ใน *พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา (บรรณาธิการ), การพยาบาลเด็กเล่ม 2*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ. (2554). การดูแลเด็กโรคหัวใจ. ใน *พรเทพ เลิศทรัพย์เจริญ และ วิชัย เบญจชลมาศ (บรรณาธิการ), โรคหัวใจแต่กำเนิด*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
- พรรณทิพย์ ศิริวรรณบุศย์. (2551). *ทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัชัญสิตา พงศธรภูริวัฒน์. (2555). *ผลของโปรแกรมทันตศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคฟันผุของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ นครราชสีมา.
- พีระพัฒน์ มกรพงศ์, วิวัฒน์ วารินทร์ศิริกุล, จุล นำชัยศิริ, และชูศักดิ์ หนูแดง. (2540). *การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด*[ออนไลน์]. มูลนิธิเพื่อการสนับสนุนการผ่าตัดหัวใจเด็ก. แหล่งที่มา: <http://www.pcsf.org/Knowledge/KnowledgeDetail/22> [4 กุมภาพันธ์ 2558]
- พูนสุข บุญสวน. (2545). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกของมารดาเด็กในจังหวัดเพชรบูรณ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญทิพย์ จิตต์จำนง และคณะ. (2547). *คู่มือการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลสุขภาพช่องปาก*. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ไมตรี ไปยะพรหม. (2555). *ผลของโปรแกรมพัฒนาครอบครัว โดยใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค*

- และกระบวนการกลุ่ม ต่อพฤติกรรมผู้ดูแลเด็ก ในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลัน.
วารสาร โรงพยาบาลสกจนคร, 15, 21-30.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย.
รามธิบดีพยาบาลสาร, 2, 84-93.
- รติกร เพ็ชรประกอบ. (2554). โรคติดเชื้อที่เยื่อปมหนังหัวใจในเด็กโรงพยาบาลมหาราชนก
เชียงใหม่: สาเหตุ อาการแสดงการตรวจหัวใจด้วยคลื่นสะท้อนความถี่สูงและลักษณะ
การพยากรณ์โรค. แพทย์เฉพาะทางต่อยอด ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ราตรี พัฒนะศรี. (2533). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคแก้
หญิงตั้งครรภ์เพื่อนำทารก 0-6 เดือนมารับภูมิคุ้มกันโรคไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์
ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วชิรี คิมหสวัสดิ์. (2554). ประสิทธิภาพของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโดยผู้ดูแลเด็ก
ในการป้องกันฟันผุให้แก่เด็กวัย 9-18 เดือน. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต,
สาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา เสนะสุทธิพันธ์. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด.
ในบุญเพียร จันทวัฒนา, พงศ์ ดิลกสกุลชัย, บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมทวี, และศรี
สมบูรณ์ มุสิกสุนทร (บรรณาธิการ), ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2, (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1).
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: พีริ-วัน.
- วรวรรณ อัสวกุล. (2554). การฝึกอบรมจิตลักษณะและทักษะแก่มารดาที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการ ดูแล
ทันตสุขภาพบุตรก่อนวัยเรียน. ใน ดวงเดือน พันธุมนาวิน (บรรณาธิการ), รางวัล
ผลงานด้านการวิจัยและพัฒนาาระบบพฤติกรรมไทย ประจำปี 2554, 11-27.
กรุงเทพมหานคร; สำนักงานวิจัยแห่งชาติ.
- วรางคณา จิรรัตนโสภณ. (2556). ทำอย่างไรให้เด็กน้อยยอมแปรงฟัน. ใน เครือข่ายลูกรักฟันดีเริ่มที่ซี่
แรก สสส, *First love, first tooth*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: คลังน่านาวิทยา.
- วัชระ จามจรีรักษ์. (2539). โรคหัวใจเด็ก: ปัญหาและการรักษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
ชัยเจริญการพิมพ์.
- วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญย์, และสุรางค์ เจียมจรรยา. (2544). ตำรากุมารเวชศาสตร์.
กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.
- วันเพ็ญ มโนมัยอุดม, สินีพรรณ เกียรติพงษ์สาร, และนันทนา ศรีอุดมวันดี. (2544). ฟันและ
ช่องปาก. ใน วันดี วราวิทย์, ประพุทธ ศิริบุญย์, และสุรางค์ เจียมจรรยา (บรรณาธิการ),
ตำรากุมารเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก พับลิชชิ่ง.

- วิชุดา บุรณะเลิศไพศาล และ สุดา บังลังก์ปัทมา. (2556). ทำไมต้องไขยาสีฟันผสมฟลูออไรด์. ใน *เครือข่ายลูกรักฟันดีเริ่มที่ซี่แรก สสส, First love, first tooth*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: คลังน่านาวิทยา.
- วิลาวลัย วีระอาชากุล และ วิบูลย์ วีระอาชากุล. (2554). สภาวะสุขภาพช่องปากและการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นประเทศไทย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 24, 309-316.
- ศรีสมบุญ มุสิกสุนธ์. (2543). *หลักและการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจ*. กรุงเทพมหานคร: ไพศาลศิลป์การพิมพ์.
- ศันสนีย์ ตีระถันนันท. (2557). *สุขภาพปากและฟันกับโรคหัวใจในเด็ก*[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.rama4.mahidol.ac.th> [4 กุมภาพันธ์ 2558]
- ศิรินาถ พรจินดารักษ์. (2542). *ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดาเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะของบุตรที่มีภาวะน้ำปัสสาวะไหลย้อนจากกระเพาะปัสสาวะสู่ท่อไต*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2549). *คู่มือการดูแลทันตสุขภาพในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. (2550). *เคล็ดลับสู่ความสำเร็จ พิชิตเจ้าตัวน้อยเล็กขดม*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โทโกล พรินต์ติ้ง.
- สภาการพยาบาล. (2553). *สมรรถนะและการออกวุฒิบัตรรับรองความรู้และความชำนาญเฉพาะทางของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สิริยอดการพิมพ์.
- สุดาดวง ฤกษ์ภาพงษ์. (2559). “แปรงแห้ง” กันเถอะ. *วารสารทันตกรรม*, 1 (มกราคม), 34-40.
- สุวัฒน์ วัฒนวงศ์. (2555). *จิตวิทยาเพื่อการฝึกอบรมผู้ใหญ่*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมเกียรติ โสภณธรรมรักษ์. (2545). *The cardiac children foundation of Thailand* [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.doctordek.com> [4 กุมภาพันธ์ 2558]
- สมคิด อิศระวัฒน์. (2543). *การสอนผู้ใหญ่*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์ การพิมพ์.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2555). *ลูกรักฟันดี เริ่มที่ซี่แรก*. สำนักงานกิจการโรงพยาบาลองค์กรส่งเสริมสุขภาพผ่านศึก.
- สัมพันธ์ พรวิลาวัลย์. (2542). *การผ่าตัดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด*. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม), 13-28.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. (2541). *ทฤษฎี และเทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม*. กรุงเทพมหานคร:

โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- สิทธิชัย ขุนทองแก้ว, ประทีปพันธุ์มวณิช, ยุพิน ส่งไพศาล, และชลธชา ทำนริทธิ์ชัย. (2540). *สุขภาพช่องปากของประชากรไทย*, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- สิรินันท์ ตั้งอยู่สุข. (2555). *การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุกัญญา สร้างนอก. (2543). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัยก่อนเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนิสา ทรงอยู่. (2554). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคอ้วนในเด็กวัยก่อนเรียนในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครปฐม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจิตเวชชุมชน คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- อภิชัย คงพัฒนโยธิน. (2552). *ภาวะความดันในปอดสูง. ในอภิชัย คงพัฒนโยธิน และพีระพัฒน์ มกรพงศ์ (บรรณาธิการ), ภาวะวิกฤตทางหัวใจในเด็ก*, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- อรทัย พาชีรัตน์. (2551). *การป้องกันเยื่อหูหัวใจติดเชื้อ. ในอรทัย พาชีรัตน์ (บรรณาธิการ), โรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อ*. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น: แอนนาออฟเซต.
- อุบล อสัมภินทรัพย์. (2540). *ความสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอมอมร ทิพย์สอดส่องและเสมอจิต พิธพรชัยกุล. (2558). *ความรู้ ทักษะคติ และการปฏิบัติของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กบกพร่องทางสายตา*. *วารสารทันต. สงขลานครินทร์*, 3 (มกราคม-มิถุนายน), 1-16.

ภาษาอังกฤษ

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).

- Bigear, L. (2000). The role of medication and sugars in pediatric dental patients. *Dental Clinics of North America*, 44(3), 443-456.
- Bloom, B .S. (1975). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study Learning*. New York: McGraw-Hill.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence*. St. Louis, Mo: Saunders/Elsevier.
- Cheuk, D. K. L., Wong, S. M. Y., Choi, Y. P., Chau, A. K. T., and Cheung, Y. F. (2004). Parents' understanding of their child's congenital heart disease. *Heart*, 90(4), 435-439.
- Da Silva, D. B., Souza, I. P. R., and Cunha, M. C. S. A. (2002). Knowledge, attitudes and status of oral health in children at risk for infective endocarditis. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 12(2), 124-131.
- Davis, L. L. (1990). Illness uncertainty, social support, and stress in recovering individuals and family care givers. *Applied Nursing Research*, 3(2), 69-71.
- Day, M. D., Gauvreau, K., Shulman, S., and Newburger, J. W. (2009). Characteristics of children hospitalized with infective endocarditis. *Circulation*, 119(6), 865-870.
- El-Hawary, Y., El-Sayed, B., Abd-Alhakem, G., and Ibrahim, F. (2014). Deciduous teeth structure changes in congenital heart disease: Ultrastructure and microanalysis. *Interventional Medicine and Applied Science*, 6(3), 111-117.
- Evans, D. J., Howe, D., Maguire, A., and Rugg-Gunn, A. J. (1999). Development and evaluation of a sugar-free medicines campaign in north east England: analysis of findings from questionnaires. *Community dental health*, 16(3), 131-137.
- Hallett, K. B., Radford, D. J., and Seow, W. K. (1992). Oral health of children with congenital cardiac diseases: a controlled study. *Pediatric dentistry*, 14(4), 224-230.
- Hoyer, A. and Silberbach, H. (2005). Infective endocarditis. *Pediatrics in Review*, 26, 394-399.
- Knochelmann, A., Geyer, S., and Grosser, U. (2014). Maternal understanding of infective endocarditis after hospitalization: assessing the knowledge of mothers of children with congenital heart disease and the practical implications. *Pediatric cardiology*, 35(2), 223-231.

- Milne, S., Sheeran, P., and Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health-related behavior: A meta-analytic review of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology, 30*(1), 106-143.
- Nath, P., Kiran, V., and Maheshwari, S. (2008). Awareness of infective endocarditis prophylaxis in parents of children with congenital heart disease: A prospective survey. *Annals of pediatric cardiology, 1*(1), 54-55.
- O'Brien, P., and Baker, A. L. (2007). The child with cardiovascular dysfunction. In M.J. Hockenberry and D. Wilson (eds), *Nursing care of infants and children, pp. 8th ed.* St. Louis: Mosby.
- Pierpont, M. E., et al. (2007). Genetic basis for congenital heart defects: Current knowledge a scientific statement from the american heart association congenital cardiac defects committee, council on cardiovascular disease in the young: Endorsed by the american academy of pediatrics. *Circulation, 115*(23), 3015-3038.
- Rogers, W. R. (1983). Cognitive and physiological process in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In Cacioppo, B. L. and Petty, L. L. (Eds). *Social psychophysiology: A sourcebook*, (pp. 153-176). London UK: Guilford.
- Rushani, D., Kaufman, J. S., Ionescu-Iltu, R., Mackie, A. S., Pilote, L., Therrien, J., and Marelli, A. J. (2013). Infective Endocarditis in Children With Congenital Heart Disease Cumulative Incidence and Predictors. *Circulation, 128*(13), 1412-1419.
- Saunders, C. P., and Roberts, G. J. (1997). Dental attitudes, knowledge, and health practices of parents of children with congenital heart disease. *Archives of disease in childhood, 76*(6), 539-540.
- Sreebny, L. M., and Schwartz, S. S. (1997). A reference guide to drugs and dry mouth—2nd edition. *Gerodontology, 14*(1), 33-47.
- Suvarna, R., Rai, K., and Hegde, A. M. (2011). Knowledge and oral health attitudes among parents of children with congenital heart disease. *International Journal of Clinical Pediatric Dentistry, 4*(1), 25-28.
- Takeda, S., Nakanishi, T., and Nakazawa, M. (2005). A 28-year trend of infective

endocarditis associated with congenital heart diseases: A single institute experience. *Pediatrics international*, 47(4), 392-396.

Yoshinaga, M., Niwa, K., Niwa, A., Ishiwada, N., Takahashi, H., Echigo, S., and Nakazawa, M. (2008). Risk factors for in-hospital mortality during infective endocarditis in patients with congenital heart disease. *The American journal of cardiology*, 101(1), 114-118.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง/หน่วยงานที่สังกัด
1. นายแพทย์วิฑูรย์ ลออคุณ	อาจารย์ประจำภาควิชาภาควิชากุมารเวชศาสตร์ (หน่วยโรคหัวใจในเด็ก) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิไลลักษณ์ โจรนประเสริฐ	อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลเด็กและการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
3. นางสาวอรจิรา เทียนน้ำเงิน	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็ก ผู้ชำนาญการพิเศษพยาบาล 7 ประจำหอผู้ป่วยโรคหัวใจเด็ก ตึกสก.6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. ทันตแพทย์ประไพ ชุณหคล้าย	ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษหน่วยทันตกรรมเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
5. นางสาวปิยะนารถ พรหมมาสกุล	พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วย ม.8ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ภาคผนวก ข
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ
และจดหมายขอความร่วมมือในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บข้อมูลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/ 0382



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศินทร์ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

จ. มีนาคม 2559

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุสดี โจอารีย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ วิทวัส ลออคุณ อาจารย์ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ (หน่วยโรคหัวใจในเด็ก) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นายแพทย์ วิทวัส ลออคุณ
ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์ โทร. 0-2218-1160
นางสาว สุสดี โจอารีย์ โทร. 08-6408-8286

ที่ ศธ 0512.11/ 1838

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒ พฤศจิกายน 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

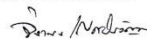
เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุสติ ใจอารีย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิมา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลเด็กและการผดุงครรภ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พิไลลักษณ์ โรจนประเสริฐ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ศาสตราจารย์ ดร. วิมา จีระแพทย์ โทร. 08-6612-6046

นางสาวสุสติ ใจอารีย์ โทร. 08-6408-8286

ที่ ศธ 0512.11/ 168๙

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

16 ตุลาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

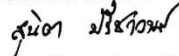
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมุสตี โจอารีย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพของปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวอรจิรา เทียนน้ำเงิน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็กผู้อำนวยการพิเศษพยาบาล 7 ประจำหอผู้ป่วยโรคหัวใจเด็ก ตึกสก.6 เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นางสาวอรจิรา เทียนน้ำเงิน

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ โทร. 08-6612-6046

ชื่อนิสิต

นางสาวมุสตี โจอารีย์ โทร. 08-6408-8286

ที่ ศธ 0512.11/1670

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 ตุลาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ

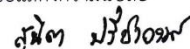
- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมุสตี โจอารีย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. ทันตแพทย์หญิง ประไพ ชุณหคล้าย | ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ หน่วยทันตกรรมเด็ก |
| 2. นางสาวปิยะนารถ พรหมมาสกุล | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำหอผู้ป่วย ม.8ก |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

ทันตแพทย์หญิง ประไพ ชุณหคล้าย และนางสาวปิยะนารถ พรหมมาสกุล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ โทร. 08-6612-6046

นางสาวมุสตี โจอารีย์ โทร. 08-6408-8286

ที่ ศธ 0512.11/20๑3



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๙ ธันวาคม 2558

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวมุสตี โจอารีย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิมา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 70 คน โดยใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อน โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแบบสอบถามการรับรู้ความรู้แรงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด IE แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว มุสตี โจอารีย์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร. วิมา จีระแพทย์ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางสาว มุสตี โจอารีย์ โทร. 08-6408-8286

ที่ ศธ 0512.11/20๑๓



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ ธันวาคม 2558

เรื่อง ขออนุมัติครุภัณฑ์ให้สนับสนุนดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวสุสติ ใจอารีย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้สนับสนุนดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 70 คน โดยใช้ แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อน โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิด IE แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองต่อและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่ ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาว สุสติ ใจอารีย์ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาล

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จิระแพทย์ โทร. 0-2218-1160

นางสาว สุสติ ใจอารีย์ โทร. 08-6408-8286



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/2020

วันที่ 14 ธันวาคม 2558

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เนื่องด้วย นางสาวมุสตี ใจอารีย์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด” โดยมี ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ สื่อการสอนคลิป์วิดีโอ “ลูกรักฟันดีเริ่มที่ซี่แรก” จากสื่อการสอนของ ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2554)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร. จีราพร เกศพิชญวัฒนา)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร. วิณา จีระแพทย์ โทร. 0-2218-1160

ชื่อนิสิต

นางสาวมุสตี ใจอารีย์ โทร. 08-6408-8286

ภาคผนวก ค
เอกสารพิจารณาจริยธรรมและเอกสารการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง





COA No. 159/2016

IRB No. 002/59

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัว
 ในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวมุสดี ใจอารีย์

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีบทวน : คณะกรรมการเต็มชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หาก
 ดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย Version 2.0 Date 9 February 2016
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2.0 Dated 9 February 2016
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 9 February 2016
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Date 9 February 2016
5. แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วย Version 2.0 Dated 9 February 2016
6. แผนของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค Version 2.0 Date 9 February 2016
7. ประวัติผู้วิจัย Version 1.0 Date 7 December 2015



8. GCP Training
 9. แบบสอบถาม Version 1.0 Date 7 December 2015
 10. งบประมาณ Version 1.0 Date 7 December 2015

ลงนาม *ดร. สิบดินวงศ์*

(ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สิบดินวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม *สมพร รัตน*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พญ.ประภาพรณ รัชตะปิติ)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 25 กุมภาพันธ์ 2559

วันหมดอายุ : 24 กุมภาพันธ์ 2560

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

EC-QSNIICH

EC-QSNIICH

EC-QSNIICH

EC-QSNIICH

EC-QSNIICH

EC-QSNIICH

REC-QSNIICH.36T



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

29 มกราคม 2559

- โครงการวิจัยเรื่อง** : โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (THE EFFECT OF DISEASE PREVENTION MOTIVATION PROGRAM ON FAMILY CAREGIVERS' BEHAVIOR IN ORAL HEALTH CARE FOR PRESCHOOLERS WITH CONGENITAL HEART DISEASE)
- ผู้ดำเนินการวิจัย** : นางสาวสุสติ ใจอารีย์
- ผู้ร่วมวิจัยในสถาบันฯ** : นายแพทย์ธนระวีรัตน์ ulyangkur
- สถานที่ดำเนินการวิจัย** : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
- ระยะเวลาดำเนินการ** : 1 สิงหาคม 2557 - 1 กรกฎาคม 2559
- เอกสารที่พิจารณา** :
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี (Proposal version 2 date 20 มกราคม 2559: ฉบับภาษาไทย)
 2. คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant) (version 2 date 20 มกราคม 2559)
 3. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม/ผู้ปกครอง (Information Consent Form) (version 2 date 20 มกราคม 2559)
 4. แบบสอบถามในโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณารับรองโครงการวิจัย โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ทั้งนี้ให้ดำเนินการวิจัยตามเอกสารฉบับภาษาไทยเท่านั้น โดยขอให้รายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน

(แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับรูการ์)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รหัสโครงการ : Document No.59-008
เลขที่ : REC.090/2559

รับรองตั้งแต่ วันที่ 29 มกราคม 2559 ถึงวันที่ 28 มกราคม 2560
ประชุมครั้งที่ 1/2559 วันที่ 11 มกราคม 2559

สำนักงานจริยธรรมการวิจัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ชั้น 12
420/8 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร./แฟกซ์ 0-2-644-8943

Institutional Review Board Number; IRB00007346
Federal Wide Assurance; FWA00002250

EC-QSNIICH

EC-QSNIICH

EC-QSNIICH

EC-QSNIICH

EC-QSNIICH

EC-QSNIICH

๕๐-๑๖๓๒๗

๕๐-๑๖๓๒๗

๕๐-๑๖๓๒๗

๕๐-๑๖๓๒๗

๕๐-๑๖๓๒๗

๕๐-๑๖๓๒๗



REC-QSNICH.36T

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

8 มิถุนายน 2559

โครงการวิจัยเรื่อง : โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
(THE EFFECT OF DISEASE PREVENTION MOTIVATION PROGRAM ON FAMILY CAREGIVES' BEHAVIOR IN ORAL (HEALTH CARE FOR PRESCHOOLERS WITH CONGENITAL HEART DISEASE)

ผู้ดำเนินการวิจัย : นางสาวสุสติ ใจอารีย์

ผู้ร่วมวิจัยในสถาบันฯ : นายแพทย์ธนรัตน์ สยงกูร


สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ระยะเวลาดำเนินการ : 1 สิงหาคม 2557 - 1 กรกฎาคม 2560

เอกสารที่พิจารณา : - แบบรายงานส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว (REC-QSNICH.14) ลงวันที่ 24 พฤษภาคม 2559

ขอขยายระยะเวลาดำเนินการวิจัย
จาก 1 สิงหาคม 2557 - 1 กรกฎาคม 2559 เป็น 1 สิงหาคม 2557 - 1 กรกฎาคม 2560

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณารับรอง การรายงานส่วนแก้ไขเพิ่มเติมโครงการวิจัยที่ได้รับการรับรองแล้ว โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ทั้งนี้ให้ดำเนินการวิจัยตามเอกสารฉบับภาษาไทยเท่านั้น โดยขอให้รายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน


(แพทย์หญิงรัตโนทัย พลับรูการ)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

รหัสโครงการ : Document No.59-008.2
เลขที่ : REC.178/2559

รับรองตั้งแต่ 6 มิถุนายน 2559 ถึง 28 มกราคม 2560
ประชุมครั้งที่ 5/2559 วันที่ 2 พฤษภาคม 2559

สำนักงานจริยธรรมการวิจัย สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
อาคารสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ชั้น 12
420/8 ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทร./แฟกซ์ 0-2-644-8943

Institutional Review Board Number; IRB00007346
Federal Wide Assurance; FWA00002250

๕๐-๑๖๓๒๗

๕๐-๑๖๓๒๗

๕๐-๑๖๓๒๗

๕๐-๑๖๓๒๗

๕๐-๑๖๓๒๗

๕๐-๑๖๓๒๗

ที่ สธ ๐๓๑๘/๔๑๑๕



สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
๔๒๐/๘ ถนนราชวิถี เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐

๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัย

เรียน นางสาวมุสตี ใจอารีย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสืออนุมัติฉบับภาษาไทย จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ท่านเป็นหัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (THE EFFECT OF DISEASE PREVENTION MOTIVATION PROGRAM ON FAMILY CAREGIVERS' BEHAVIOR IN ORAL HEALTH CARE FOR PRESCHOOLERS WITH CONGENITAL HEART DISEASE) (Document No.๕๙-๐๐๘) ได้เสนอโครงการวิจัยดังกล่าวเพื่อให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พิจารณาอนุมัตินั้น

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้พิจารณาแล้ว มีมติอนุมัติให้ดำเนินการตามโครงการดังกล่าวได้ โดยขอให้แจ้งหรือรายงานสถานะ (Format Status) ให้คณะกรรมการฯ ทราบทุก ๓ เดือน, ๖ เดือน, ๑๒ เดือน โดยให้เป็นไปตามระเบียบสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ว่าด้วยการดำเนินการวิจัยในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พ.ศ. ๒๕๕๒ พร้อมนี้ ได้แนบเอกสารรายละเอียดข้อปฏิบัติอื่นๆ ที่ควรรู้มาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางศิริภรณ์ สวีตวิตร)

ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี


หากมีข้อสงสัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

กรุณาติดต่อ สำนักงานจริยธรรมการวิจัย

โทร. ๑๔๑๕ ต่อ ๕๒๑๑

โทรสาร ๐ ๒๖๔๔ ๘๙๔๓

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	--

ชื่อโครงการวิจัย...โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
ผู้สนับสนุนการวิจัยทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย..

ผู้ทำวิจัย

ชื่อ นางสาวศุศติ ใจอริย์
ที่อยู่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1873 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ ที่ทำงาน 02-256-4906 มือถือ 086-408-8286

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ ศาสตราจารย์ ดร.วิภา จิระแพทย์
ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรพรหม
ชั้น 11 ถนนพระราม1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ ที่ทำงาน 02-2181160 มือถือ 086-612-6046


เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดตามเกณฑ์คุณสมบัติในงานวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อ่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัย ซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นความผิดปกติแต่กำเนิดที่พบบ่อยมีอุบัติการณ์สูง ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คือ โรคเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อ (Infective endocarditis, IE) ซึ่งเป็นโรคที่เกิดจากเชื้อโรคหลุดเข้าสู่กระแสเลือดทำให้เกิดการอักเสบติดเชื้อภายในเยื่อหัวใจและพบว่าช่องทางเข้าของเชื้อโรคที่สำคัญคือ การมีสุขภาพช่องปากไม่ดี และจากการรวบรวมข้อมูลพบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดซึ่งเด็กวัยก่อนเรียนยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยในฐานะผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์บาลเด็ก จึงเห็นถึงความสำคัญในการป้องกันการเกิดโรคเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อ ซึ่งจะส่งผลให้หัวใจมีพยาธิสภาพรุนแรงมากขึ้นและอาการกำเริบขึ้น ด้วยการศึกษาโปรแกรมทางการแพทย์บาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลก่อนเริ่มการวิจัยสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	--


วัตถุประสงค์ของงานศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กับกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

การนัดหมาย	กิจกรรม
กลุ่มที่ 1 ใช้เวลาประมาณ 30 นาที	ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม
สัปดาห์ที่ 1-2	ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน
สัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลา ประมาณ 30 นาที	เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม ในวันที่ผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
กลุ่มที่ 2 ใช้เวลาประมาณ 30 นาที	ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม
ระยะเวลาในการจัดโปรแกรมการวิจัยใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผู้ดูแลมาพบผู้วิจัยทั้งสิ้น 4 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง เวลาตามความสะดวกของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย การจัดกิจกรรม 3 ครั้งแรกดำเนินกิจกรรมที่หอผู้ป่วยในสัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง	ครั้งที่ 1 ผู้ดูแลได้รับความรู้โดยการบรรยายจากผู้วิจัยโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ และทำกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม ครั้งที่ 2 ผู้ดูแลได้รับความรู้โดยการบรรยายจากผู้วิจัยโดยใช้สื่อคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยเปิดวิดีโอตัวแบบ และผู้ดูแลทำกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม
สัปดาห์ที่ 2 จำนวน 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง	และวิดีโอ ให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติ และแจกคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้แก่ผู้ดูแล
สัปดาห์ที่ 3 และ 4 จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาที	โทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลที่บ้านตามเวลาที่ผู้วิจัยสะดวก
สัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลา ประมาณ 30 นาที	เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถาม ในวันที่ผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>AF 10-04/4.0</p> <p>เอกสารข้อมูลก่อนเริ่มสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	--

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

งานวิจัยนี้ มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อยที่ไม่มากกว่าความเสี่ยงในชีวิตประจำวัน เช่น เสียเวลา ไม่สะดวก เป็นต้น

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยนี้ แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของปากเด็กวัยก่อนเรียน โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีสุขภาพที่ดี ลดความเสี่ยงต่อโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อ

ข้อปฏิบัติของท่านขณะเข้าร่วมโครงการวิจัย

ขอให้ท่านร่วมกิจกรรมตามการนัดหมาย หากเกิดความไม่สะดวกในการเข้าร่วมกิจกรรม กรุณาแจ้งให้ผู้วิจัยทราบ และปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมได้โดยไม่มีอัตร

ผู้ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย

ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี)

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่ท่านดูแลแต่อย่างใด

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร


ข้อมูลใด ๆ ที่ได้รับจากผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ป่วยเด็กที่ท่านดูแลจะถือเป็นความลับ และจะไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย ข้อมูลโดยภาพรวมและสรุปเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัย

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยเด็กที่ท่านดูแลได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งถึง นางสาวผุสดี ไจอรีย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1873 ตึก ศก. 6 อ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านและผู้ป่วยเด็กที่ท่านดูแลจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านและผู้ป่วยเด็กที่ท่านดูแลอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านและผู้ป่วยเด็กที่ท่านดูแลที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่าน ท่านสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยเด็กได้

ข้อมูลของท่านและผู้ป่วยเด็กที่ท่านดูแลจะถูกลบและทำลายทิ้งทันทีเมื่อเสร็จสิ้นการนำเสนอผลการวิจัย

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-04/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	--

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของโครงการวิจัยทางการแพทย์ รวมทั้งยาและอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะได้รับการเปิดเผยถึงทางเลือกในการรักษาด้วยวิธีอื่น ยา หรืออุปกรณ์ซึ่งมีผลดีต่อท่านรวมทั้งประโยชน์และความเสี่ยงที่ท่านอาจได้รับ
6. ท่านจะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
7. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
8. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
9. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
10. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชัดเจนอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการทศตวรรษ 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

REC-QSNICH.05

 <p>The Research Ethic Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p>
--	--

ชื่อโครงการวิจัย ...โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....

ผู้สนับสนุนงานวิจัย ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ทำวิจัยหลัก

ชื่อ นางสาวผุสดี ใจอารีย์

ที่อยู่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1873 ถนนพระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ ที่ทำงาน 02-256-4906 มือถือ 086-408-8286

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อ ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จิระแพทย์

ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ
ชั้น 11 ถนนพระราม1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
เบอร์โทรศัพท์ ที่ทำงาน 02-2181160 มือถือ 086-612-6046

ผู้ร่วมวิจัย

ชื่อ นายแพทย์ธนรัตน์ ลยวงกูร

ที่อยู่ 470/8.สนามในสุขภาพเด็กมหาราชินีจ.พญาไท.เขตราชเทวี.กทม.10400.....

เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงานและมือถือ) ที่ทำงานติดต่อ โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 1415 ต่อ 2504

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนวัยเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 3-6 ปีที่เข้ารับการรักษาที่หัวใจ

ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานของแพทย์ผู้ทำวิจัย หรือแพทย์ผู้ร่วมทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

เหตุผลความเป็นมา

ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงในการเป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้หัวใจมีความผิดปกติเพิ่มมากขึ้น และมีโอกาสเสียชีวิตค่อนข้างสูง ทั้งนี้โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยการดูแลสุขภาพช่องปากที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งในเด็กวัยก่อนเรียนยังไม่สามารถดูแลสุขภาพช่องปากได้ด้วยตัวเอง ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ในการป้องกันโรคแทรกซ้อนที่จะอาจเกิดขึ้นในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือ 1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค กับกลุ่มที่ไม่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลตามปกติ

จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยคือ 44 คน

REC-QSNICH.05

	<p>The Research Ethic Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p>
---	--	--

วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ลักษณะโครงการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง โดยใช้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ได้รับโปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 ได้รับการพยาบาลประจำหอผู้ป่วย อาสาสมัครอาจอยู่ในกลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมก็ได้

ขั้นตอนที่กลุ่มอาสาสมัครต้องปฏิบัติ

กลุ่มควบคุม พบผู้วิจัยจำนวน 2 ครั้ง **ครั้งที่ 1** ที่หอผู้ป่วยในตามเวลาที่ผู้ดูแลสะดวก ใช้เวลา 30 นาที เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยเมื่อก่อนผู้วิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้ทำแบบสอบถาม หลังจากนั้นผู้ดูแลจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน

ครั้งที่ 2 นัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 วัน ใช้ระยะเวลา ประมาณ 30 นาที เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้ทำแบบสอบถาม ในวันที่ผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจเด็ก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี และได้รับแจกคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

กลุ่มทดลอง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อก่อนผู้วิจัยยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาทีและนัดหมายการทำกิจกรรม กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดยระยะเวลาในการจัดโปรแกรมการวิจัยใช้ระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผู้ดูแลมาพบผู้วิจัยทั้งสิ้น 4 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง เวลาตามความสะดวกของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย การจัดกิจกรรม 3 ครั้งแรกดำเนินการที่หอผู้ป่วยใน

สัปดาห์ที่ 1 จำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง

ครั้งที่ 1 ผู้ดูแลได้รับความรู้โดยการบรรยายจากผู้วิจัยโดยใช้ สื่อคอมพิวเตอร์ และทำกิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม

ครั้งที่ 2 ผู้ดูแลได้รับความรู้โดยการบรรยายจากผู้วิจัยโดยใช้ สื่อคอมพิวเตอร์ ผู้วิจัยเปิดวีดีโอตัวแบบ และผู้ดูแลทำกิจกรรมการอธิบายกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 2 จำนวน 1 ครั้ง 1-2 ชั่วโมง ให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก และแจกคู่มือการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้แก่ผู้ดูแล

สัปดาห์ที่ 3 และ 4 โทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลในครอบครัวที่จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 15 นาทีตามเวลาที่ผู้วิจัยสะดวก

สัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลา ประมาณ 30 นาที เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้ทำแบบสอบถาม ในวันที่ผู้ป่วยเด็กมาตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรคหัวใจเด็กสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

หากท่านเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ท่านอาจต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามหรือใช้เวลาในการเข้าร่วมในงานวิจัย

ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยทำให้ท่านสามารถดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลให้บุตรหลานของท่านมีสุขภาพที่ดี ลดความเสี่ยงต่อโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อ

คำตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัย และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ จากการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว

ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาการขอถอนตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาโรคของท่านแต่อย่างใด

หากท่านมีข้อสงสัย สามารถสอบถามเพิ่มเติมและติดต่อผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหาได้ตลอดเวลาที่หมายเลข

โทรศัพท์ 086-4088286

REC-QSNICH.05

	<p>The Research Ethic Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>คำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (Information Sheet for Research Participant)</p>
---	--	--

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร

ข้อมูลที่สามารถนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของท่านและผู้ปกครองของเด็กที่ท่านดูแลจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่านทั้งนี้ ข้อมูลของท่านจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นลง

จากการลงนามยินยอมของท่านผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัยสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยเด็กที่ท่านดูแลได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม หากท่านต้องการยกเลิกการให้สิทธิ์ดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาวดุสิต ใจอารีย์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย 1873 ตึก สก. 6 ถ.พระราม 4 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านและผู้ป่วยเด็กที่ท่านดูแลจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัยและท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านและผู้ป่วยเด็กที่ท่านดูแลที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

จากการลงนามยินยอมของท่าน ท่านสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาผู้ป่วยเด็กที่ท่านดูแลได้

สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
5. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
6. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
7. ท่านมีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่หรือการหลอกลวง


ท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ได้ที่สำนักงานจริยธรรมการวิจัย อาคารสถาบันฯ ชั้น 12 โทรศัพท์ 1415 ต่อ 5210, 5211 / โทรสาร 02-6448943

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย

(Information consent form)

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-05/4.0</p> <p>เอกสารแสดง ความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	---

การวิจัยเรื่อง โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก
ของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วันที่ทำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ที่อยู่.....
.....ได้อ่านรายละเอียดจาก

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วม
โครงการวิจัย โดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วย
เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจาก
ผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้ง
ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างถี่ถ้วนแล้ว โดย
ผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการ
เข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและบุตรเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการ
ยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวล
ข้อมูลของข้าพเจ้าและผู้ป่วยเด็กที่ข้าพเจ้าดูแล ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
เท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์
ของผู้ป่วยเด็กที่ข้าพเจ้าดูแล ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วม
โครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าหรือ
ผู้ป่วยเด็กที่ข้าพเจ้าดูแลได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและผู้ป่วยเด็กที่ข้าพเจ้าดูแล
และสามารถยกเลิกการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและผู้ป่วยเด็กที่ข้าพเจ้าดูแลได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัย
รับทราบ


ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยเด็กที่ข้าพเจ้าดูแล ที่ไม่มีการเปิดเผย
ชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การ
วิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้
ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

 <p style="text-align: center;">คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p style="text-align: right;">AF 10-05/4.0</p> <p style="text-align: center;">เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย</p>
--	--

ข้าพเจ้า ได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้น ได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย
(.....นางสาวสุสติ ใจอริย์.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ศัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน
(.....) ชื่อพยาน ศัวบรรจง
วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมวิจัย

(Information consent form)

สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

REC-QSNICH.07

 <p>The Research Ethic Review Committee of Queen Sirikit National Institute of Child Health</p>	<p>หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย (Informed Consent Form)</p>
--	---

การวิจัยเรื่อง โปรแกรมการสรวลแหม่งใจเพื่อป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในภาวะดูแลสุขภาพของปากของเด็ก
วัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.....

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/ นาง/ นางสาว

ที่อยู่ ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูล
สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสาร

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึง
วัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้รวมทั้ง
ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยและแนวทางการรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัย
จนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วม
การวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและข้อมูลของผู้ป่วยเด็กที่ข้าพเจ้าดูแลเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้
เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัสนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการ
วิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจสอบและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไป
เพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มี
การตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วยเด็กที่ข้าพเจ้าดูแลได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้
ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าและผู้ป่วยเด็กที่ข้าพเจ้าดูแล

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยเด็กที่
ข้าพเจ้าดูแล และสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและผู้ป่วยเด็กที่ข้าพเจ้าดูแล โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัย
รับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของผู้ป่วยเด็กที่ข้าพเจ้าดูแลที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ
จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และ
การรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนาม
ในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน..... พ.ศ.

..... ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน..... พ.ศ.

..... ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน..... พ.ศ.



ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เลขที่แบบสอบถาม.....

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้จะประกอบด้วย 3 ส่วน ทั้งหมด 8 หน้า ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ท่านได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามชุดนี้

CHULALONGKORN UNIVERSITY

คำตอบที่ได้จากแบบสอบถามนี้จะไม่มีการทบทวนหรือทำให้ท่านเสียหาย
แต่อย่างใดและข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ชกการนำเสนอข้อมูล
ในภาพรวมเท่านั้น

ส่วนที่ 1

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () หน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน และเติมข้อความที่เป็นจริงลงในช่องว่างที่เว้นไว้

ข้อมูลของผู้ปกครอง

1. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 - () 1. ประถมศึกษา
 - () 2. มัธยมศึกษา
 - () 3. สายอาชีพ (ปวช. / ปวส. /อนุปริญญา)
 - () 4. ปริญญาตรีขึ้นไป
 - () 5. อื่น ๆ
4. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด () 2. คู่
 - () 3. หม้าย () 4. แยกกันอยู่ / หย่าร้าง
5. อาชีพ
 - () 1. เกษตรกร () 2. รับจ้าง
 - () 3. ค้าขาย / ธุรกิจส่วนตัว () 4. รับราชการ
 - () 5. ไม่ได้ประกอบอาชีพ
6. รายได้ของครอบครัวของท่านเพียงพอหรือไม่
 - () 1. เพียงพอและเหลือเก็บ () 2. เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
 - () 3. ไม่เพียงพอ
7. ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วยเด็ก
 - () 1. พ่อ/แม่ () 2. พี่
 - () 3. ลุง/ป้า/น้า/อา () 4. ปู่/ย่า/ตา/ยาย

ข้อมูลผู้ป่วยเด็ก

8. จำนวนพี่น้อง.....

9. เพศของผู้ป่วยเด็ก () 1. ชาย () 2. หญิง

10. อายุของผู้ป่วย.....ปี



ส่วนที่ 2

**แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจ
พิการแต่กำเนิด**

กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1.โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อทำให้ผู้ป่วยเด็กเสียชีวิตได้			
2.โรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อที่เกิดในผู้ป่วยเด็กจะทำให้หัวใจมีความผิดปกติเพิ่มมากขึ้น			
3.....			
4.....			

แบบการสอบถามรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1.ผู้ป่วยเด็กที่มีฟันผุและเริ่มมีอาการปวดฟันเสี่ยงต่อการเกิดเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ			
2.ผู้ป่วยเด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อมากกว่าเด็กที่มีสุขภาพดี			
3.....			
4.....			

**แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแล
สุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด**

กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย
1.ท่านเห็นว่าวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อให้ผู้ป่วยเด็ก			
2.ท่านเห็นว่าการแปรงฟันให้สะอาดไม่มีคราบจุลินทรีย์จะช่วยลดการเกิดโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อให้ผู้ป่วยเด็กได้			
3.....			
4.....			

**แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพ
ช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด**

กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ทำได้	ไม่ แน่ใจ	ทำไม่ได้
1.ท่านสามารถแปรงฟันให้ผู้ป่วยเด็กอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งทุกวัน			
2.ท่านสามารถพาผู้ป่วยเด็กไปพบทันตแพทย์ได้ทุก 3 เดือน			
3.....			
4.....			

ส่วนที่ 3

แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

คำชี้แจง กรุณาอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความถี่ในการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดใน 7 วัน

ข้อความ	ความถี่ของการปฏิบัติใน 7 วัน				
	ทุกวัน	5-6 วัน	3-4 วัน	1-2 วัน	ไม่ทำเลย
1. ท่านแปรงฟันให้ผู้ป่วยเด็กอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง (เช้าและก่อนนอน)					
2. ผู้ป่วยเด็กแปรงฟันด้วยตัวเองโดยท่านไม่ต้องแปรงฟันให้ซ้ำอีก					
.					
.					
.					
18. ท่านให้ผู้ป่วยเด็กจิบน้ำเปล่าหรือบ้วนน้ำบ่อย ๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการปากแห้ง น้ำลายเหนียวข้น					

19. ใน 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตรวจหาว่าผู้ป่วยเด็กมีฟันผุหรือไม่อย่างไร

- 1. ไม่ได้ตรวจ
- 2. ตรวจแต่ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยเด็กมีฟันผุที่ซี่
- 3. ตรวจและพบว่า ไม่มีฟันผุ หรือ มีฟันผุจำนวน.....ซี่

20. ภายใน 4 อาทิตย์ที่ผ่านมาท่านได้พาผู้ป่วยเด็กไปพบทันตแพทย์หรือไม่

- 1. ท่านพาเด็กไปพบทันตแพทย์แล้วแต่ไม่ได้บอกทันตแพทย์ว่าผู้ป่วยเด็กเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
- 2. ท่านพาเด็กไปพบทันตแพทย์และได้บอกว่าผู้ป่วยเด็กเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด
- 3. ไม่ได้พาไปพบทันตแพทย์เพราะฟันไม่ผุและพบครั้งสุดท้ายเมื่อ 3 เดือนที่แล้ว
- 4. ไม่ได้พาไปพบทันตแพทย์นานมากกว่า 3 เดือนแล้ว

คู่มือ
การดูแลสุขภาพช่องปาก
เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด



โดย
นางสาวมุสดี ใจอารีย์
นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาจารย์ที่ปรึกษา ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์

สารบัญ

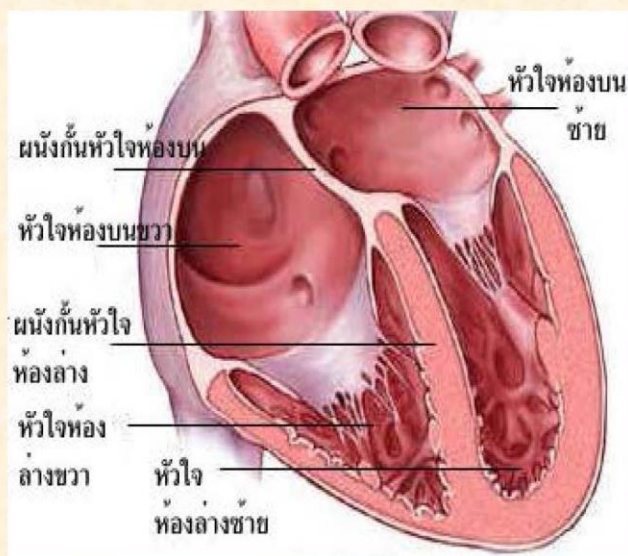
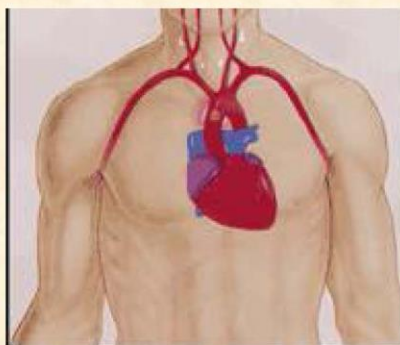
	หน้า
บทนำ	1
โรคเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อ (Infective endocarditis,IE)	2
สุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	3
กระบวนการเกิดฟันผุ	4
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคฟันผุ	5
ปัจจัยเสี่ยงการเกิดฟันผุในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	6-7
ปัจจัยเสี่ยงการเกิดฟันผุจากการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแล	8
การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	
1.ด้านการดูแลความสะอาดช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจ	
พิการแต่กำเนิด	
- การเลือกอุปกรณ์ในการแปรงฟัน	9-10
- ขั้นตอนและเทคนิคในการแปรงฟัน	11-16
- ทำไมเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการแปรงฟัน	17-18
- การจูงใจให้เด็กให้ความร่วมมือในการแปรงฟัน	
และอาการที่ควรสังเกตขณะแปรงฟัน	19-23
- การสอนให้เด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจ	
พิการแต่กำเนิดแปรงฟัน	24

โรคเยื่อหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

โดย

นางสาวสุดี ใจอารีย์

หัวใจปกติ



ที่มา: <https://toey999.wordpress.com>

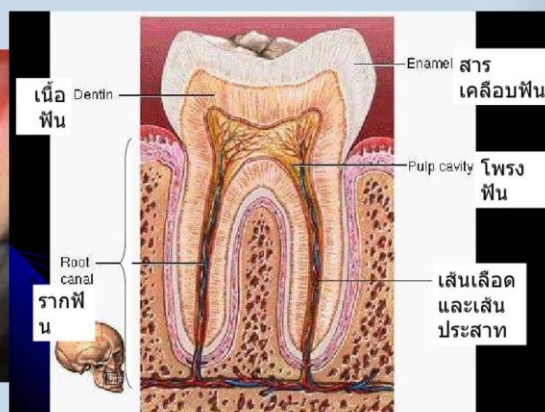
การดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

โดย

นางสาวมุสดี ใจอารีย์

สุขภาพช่องปาก

เด็กวัยก่อนเรียน (อายุ 3-6 ปี) มี ฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่ ฟันบน 10 ซี่ ฟันล่าง 10 ซี่ อายุ 6 ปี ฟันแท้ซึ่งเป็นฟันชุดที่ 2 เริ่มทยอยขึ้นมาแทนที่ฟันน้ำนม



(แหล่งที่มา : <https://www.doctor.or.th>)

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์สถานการณ์จำลอง

น้องเอ อายุ 5 ปี มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่มีอาการเขียว เคยได้รับการผ่าตัดชั่วคราวโดยการต่อหลอดเลือดเทียมตั้งแต่อายุ 1 เดือน น้องเออาศัยอยู่กับพ่อและแม่ แม่ของน้องเอ ค้าขายอยู่ที่บ้าน แม่เป็นผู้ดูแลน้องเอเองและยังไม่ได้ให้เข้าโรงเรียน แม่จะพาน้องเอไปพบหมอที่ดูแลด้านโรคหัวใจทุกครั้งที่เหมาะสม แม่ของน้องเอไม่เคยให้น้องเอขาดยาเลยทั้ง ยาโรคหัวใจ และยาขับปัสสาวะ ส่วนด้านอาหารแม่จะให้น้องเอเป็นคนเลือกอาหารที่อยากกินเองแต่จะพยายามจะเลือกอาหารที่ไม่มีรสเค็มมากนักเนื่องจากเด็กโรคหัวใจไม่ควรกินอาหารเค็ม แต่ไม่ได้จำกัดเรื่องกินของหวาน หรือขนมถุง และน้องเอยังดูนมจากขวดเคยจะให้เลิกหลายครั้งแต่ก็ยังทำไม่ได้ นมที่น้องเอชอบดื่มคือนมรสหวานและนมเปรี้ยวไม่ชอบดื่มนมรสจืด มีดื่มน้ำอัดลมเป็นบางครั้ง ชอบอมลูกอม และชอบกินช็อกโกแลต รับประทานผักและผลไม้ไม่ได้ ส่วนการทำความสะดวกสบายเด็กเป็นผู้แปร่งฟันเองแม่ไม่ได้แปร่งฟันซ้ำให้อีกครั้งเนื่องจากน้องเอสามารถแปร่งฟันได้เองแล้ว โดยแม่เป็นคนเตือนให้น้องเอแปร่งฟัน มีบางครั้งน้องเอกลับไปก่อนเลยไม่ได้แปร่งฟัน แม่บอกว่าน้องเอมีฟันผุเป็นสีดำหลายซี่ แต่ไม่เคยตรวจช่องปากฟันน้องเอมีแต่พาไปพบทันตแพทย์เนื่องจากน้องเอบ่นปวดฟัน เคยพาไปพบทันตแพทย์เมื่อ 8 เดือนก่อน ทันตแพทย์บอกว่าจะต้องถอนฟันออกเนื่องจากฟันผุมาก แต่ต้องให้หมอโรคหัวใจดูร่วมด้วย แม่คิดว่าฟันน้ำนมผุไม่ใช่ฟันแท้ฟันไม่น่าจะเป็นอะไรและช่วงนี้ขายของได้ดีเลยยังไม่ได้พาน้องเอไปพบทันตแพทย์อีก แม่เล่าให้ฟังว่าน้องเอเริ่มมีไข้ต่ำ ๆ ประมาณ 2 อาทิตย์ทานยาลดไข้ ไข้ลดลง ไม่มีน้ำมูก มีปวดศีรษะเล็กน้อย น้องดูกินอาหารได้ลดลงและดูหายใจเหนื่อย ๆ แม่จึงพามาโรงพยาบาล ต่อมาขณะอยู่ห้องฉุกเฉินเด็กชายเอมีอาการชักเกร็ง หมอบอกว่าน้องเอเป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ มีภาวะหัวใจวาย และมีก้อนเลือดหลุดลอยออกไปอุดบริเวณสมองทำให้น้องเอมีอาการชัก แพทย์ได้รับน้องเอไว้ในห้องผู้ป่วยหนักและอาจต้องรับการผ่าตัดฉุกเฉิน แพทย์แจ้งว่าการผ่าตัดน้องมีโอกาสเสียชีวิตได้ น้องเอจำเป็นต้องได้รับยาฆ่าเชื้อเป็นเวลานานและต้องรักษาอาการหัวใจวายด้วยยา ทำให้มารดาต้องหยุดขายของเนื่องจากต้องมาเยี่ยมเด็กชายเอทุกวันทำให้ครอบครัวขาดรายได้

1. อะไรบ้างที่เป็นสาเหตุที่ทำให้น้องเอเป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ
2. ท่านคิดว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นกับน้องเอและครอบครัวมีอะไรบ้าง

แผนการสอนครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1)

ผู้ดำเนินการ นางสาวสุستی โจอารีย์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 2-5 คน

สถานที่ ห้องประชุมหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬา สภากาชาดไทย และห้องประชุมหอผู้ป่วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ระยะเวลา 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์โดยทั่วไป ให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (threat appraisal) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ และรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วัตถุประสงค์เฉพาะ เมื่อสิ้นสุดการให้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถ

1. บอกโครงสร้างของหัวใจและโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้
2. อธิบายความหมายและสาเหตุของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อได้
3. บอกอาการ ความรุนแรงของโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อและผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้
4. บอกปัจจัยที่ทำให้เกิดพินูในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้
5. สามารถวิเคราะห์สาเหตุการเกิดโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อ และผลกระทบจากการเกิดโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อได้

ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การให้ความรู้เรื่องโรคเยื่อหุ้มหัวใจอักเสบติดเชื้อในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษา

แผนการสอน ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 1)

ผู้ดำเนินการ นางสาวสุสติ ใจอารีย์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

สถานที่ ห้องประชุมหอผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และห้องประชุมหอผู้ป่วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ระยะเวลา เวลา 2 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ ให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการประเมินการเผชิญปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปาก (coping appraisal) โดยมีความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

วัตถุประสงค์เฉพาะ เมื่อสิ้นสุดการให้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ผู้ดูแลในครอบครัว

- 1.สามารถบอกถึงโรคเยื่อหูอักเสบติดเชื้อที่ได้รับความรู้ในครั้งก่อนได้
- 2.สามารถบอกสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้
- 3.สามารถบอกปัจจัยและกระบวนการที่ก่อให้เกิดฟันผุได้
- 4.สามารถบอกวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้
- 5.บอกประโยชน์จากการมีสุขภาพช่องปากที่ดีในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้
- 6.สามารถบอกวิธีการแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้

ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 3 ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

กิจกรรมที่ 4 เปิดอภิปรายถึงวิธีปฏิบัติในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

กิจกรรมที่ 5 อภิปรายกลุ่มถึงปัญหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรวมทั้งวิธีการแก้ไขปัญหา

แผนการสอนครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2)

ผู้ดำเนินการ นางสาวสุสติ์ โจอารีย์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

สถานที่ ห้องประชุมผู้ป่วยโรงพยาบาลจุฬาฯ สภากาชาดไทย และห้องประชุมผู้ป่วยสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที

วัตถุประสงค์โดยทั่วไป ให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการประเมินการเผชิญปัญหาการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยมีความคาดหวังในประสิทธิภาพของการตอบสนอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

วัตถุประสงค์เฉพาะ เมื่อสิ้นสุดการให้โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันผู้ดูแลในครอบครัว

- 1.สามารถบอกวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับเมื่อสัปดาห์ก่อนได้
- 2.สามารถแสดงวิธีการแปรงฟันได้
- 3.สามารถแสดงวิธีการตรวจช่องปากได้
- 4.สามารถบอกลักษณะของฟันที่ผิดปกติที่ควรไปพบทันตแพทย์ได้
- 5.สามารถเลือกอาหารเพื่อลดการเกิดฟันผุในเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ถูกต้อง

ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 6 เปิดคลังวิดีโอประกอบการสอนการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียน สำนัคดีและฝึกทักษะแบบย้อนกลับ วิธีการแปรงฟันและวิธีการตรวจฟันให้ผู้ดูแลเด็กโดยใช้ฟันจำลอง ลักษณะของฟันที่ผิดปกติที่ควรไปพบทันตแพทย์ การเลือกอาหารเพื่อลดการเกิดโรคฟัน

แผนการสอนติดตามเยี่ยมบ้าน (สัปดาห์ที่ 3,4)

ผู้ดำเนินการ นางสาวสุستی ไฉนกรีย์

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

สถานที่ โทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลในครอบครัวที่บ้านเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ระยะเวลา ใช้เวลาครั้งละ 15 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามการปฏิบัติและกระตุ้นให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยก่อนเรียนโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง

ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 7 กระตุ้นและติดตามการปฏิบัติดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลในครอบครัวเมื่อผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน



Reliability ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรค

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.829	4



Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
S1 การรับรู้ความรุนแรงข้อ 1	8.30	1.459	.803	.726
S2 การรับรู้ความรุนแรงข้อ 2	8.30	1.528	.559	.828
S3 การรับรู้ความรุนแรงข้อ 3	8.37	1.275	.759	.733
S4 การรับรู้ความรุนแรงข้อ 4	8.23	1.633	.536	.834

Reliability ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของ

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.910	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
V5 การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงข้อ 1	8.23	2.254	.788	.886
V6 การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงข้อ 2	8.27	2.064	.781	.890
V7 การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงข้อ 3	8.27	1.926	.892	.847
V8 การรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงข้อ 4	8.13	2.464	.746	.903

Reliability ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคาดหวังในประสิทธิผล

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.808	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
E1 ความคาดหวัง ข้อ 1	7.93	1.857	.710	.715
E2 ความคาดหวัง ข้อ 2	7.93	2.202	.554	.791
E3 ความคาดหวัง ข้อ 3	8.00	1.931	.634	.755
E4 ความคาดหวัง ข้อ 4	7.83	2.213	.608	.768

Reliability ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.861	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
self5 ความเชื่อมั่น ข้อ 1	7.83	2.006	.796	.787
self6 ความเชื่อมั่น ข้อ 2	7.97	1.757	.813	.777
self7 ความเชื่อมั่น ข้อ 3	8.07	1.995	.624	.866
self8 ความเชื่อมั่น ข้อ 4	7.73	2.478	.668	.850

Reliability แบบสอบถามพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
0.867	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
oral1 ด้านการทำความสะอาดช่องปาก 1	75.43	109.633	.464	.862
oral2	75.90	100.369	.642	.854
oral3	75.60	101.421	.618	.855
oral4	76.00	103.793	.502	.860
oral5	75.90	106.576	.407	.863
oral6	76.13	106.120	.406	.864
oral7	75.53	104.120	.626	.856
oral8	75.63	101.757	.826	.850
food9 ด้านการรับประทานอาหาร ข้อ 9	75.87	111.292	.244	.868
food10	76.00	101.586	.622	.855
food11	77.23	110.875	.148	.877
food12	76.97	106.999	.396	.864
food13	76.37	112.309	.199	.870
food14	75.60	111.903	.383	.865
food15	75.73	110.547	.327	.865
dent16 ด้านทันตกรรมป้องกัน ข้อ 16	76.50	96.397	.756	.848
dent17	76.17	96.764	.766	.848
dent18	75.23	114.116	.489	.866
dent19	77.37	108.723	.780	.858
dent20	78.00	108.276	.235	.873

ตารางที่ 8 ค่าคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อโรคเยื่อหูหัวใจอักเสบติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรายบุคคลของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ (n=22)

คนที่	คะแนนกำกับการทดลอง			
	การรับรู้ความรุนแรงของโรค	การรับรู้โอกาสเสี่ยง	ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง	ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง
1	12	12	12	12
2	12	12	12	12
3	12	12	12	12
4	12	12	12	11
5	12	12	12	11
6	11	12	11	11
7	12	12	12	11
8	12	12	12	10
9	12	12	12	12
10	12	12	12	12
11	12	12	12	12
12	12	12	12	12
13	12	12	12	12
14	12	12	12	12
15	12	12	12	11
16	12	12	12	12
17	12	12	12	12
18	12	12	12	12
19	12	12	12	12
20	12	12	12	12
21	12	12	11	11
22	12	12	12	12

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวผุสดี ใจอารีย์ เกิดเมื่อ วันที่ 15 เดือนธันวาคม พ.ศ.2528 ภูมิลำเนา จังหวัด กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษา ระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อ พ.ศ. 2551 และได้เข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2556 ประสบการณ์ด้านวิชาชีพ ปฏิบัติงานเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประจำหอผู้ป่วยโรคหัวใจเด็ก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย ตั้งแต่ พ.ศ.2551 ถึงปัจจุบัน

