ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล*

สันติ ยุทธยง พย.ม.** วิไล เกิดผล PhD***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กวัยแรกเกิดถึง 6 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด ไม่เขียว จำนวน 58 รายที่พาเด็กมาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนเมษายน พ.ศ. 2559 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ชุด คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค การรักษา และการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว 3) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว และ 4) แบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96, .84 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เรื่องโรคของผู้ดูแลโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .357$, $p < .01$) และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล ($p > .05$)

ผลการศึกษาในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล ดังนั้นจึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นเกี่ยวกับโรค การรักษา และการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เพื่อให้ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความรู้ ผู้ดูแลเด็ก การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็ก การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (congenital heart disease) เป็นโรคหัวใจที่พบบ่อยที่สุดในเด็กพบถึงร้อยละ70-80 ของโรคหัวใจในเด็กทั้งหมด[1] เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติในโครงสร้างของหัวใจ (structural defect) ซึ่งเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นขณะทารกอยู่ในครรภ์มารดาในช่วงที่มีการสร้างหัวใจและหลอดเลือด ความผิดปกติของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวเป็นความผิดปกติที่เกิดจากรูรั่ว (shunt lesion) ทำให้เกิดทางเชื่อมต่อกันระหว่างหัวใจซีกซ้าย (left heart) และหัวใจซีกขวา (right heart) จึงทำให้เลือดแดงจากหัวใจซีกซ้ายซึ่งมีแรงดันสูงกว่าหัวใจซีกขวารั่วผ่านไปยังหัวใจซีกขวา (left to right shunt) จากความผิดปกติที่เกิดขึ้นนี้ทำให้หัวใจทำงานหนักเพิ่มขึ้นทั้งด้านปริมาตรเลือดที่เพิ่มขึ้น (volume overload) และด้านแรงดันที่เพิ่มขึ้น (pressure overload) เป็นผลทำให้เกิด

**วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

***นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*

ภาวะปอดบวมน้ำ (pulmonary edema) และภาวะหัวใจล้มเหลว (heart failure) ได้[1] มีอุบัติการณ์ทั่วโลกประมาณ 7-9 คนจากเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คนต่อปี[2] ทวีปเอเชียอุบัติการณ์ประมาณ 9.3 จากเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คนต่อปี[3] และอุบัติการณ์การเกิดโรคในประเทศไทยมีประมาณ 8-10 คนจากเด็กเกิดมีชีพ 1,000 คนต่อปี[4]

สถิติของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีรายงานจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเข้ารับการรักษาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2555-2557 จำแนกรายปีเท่ากับ 863, 658 และ 682 คนตามลำดับ เป็นผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวคิดเป็นร้อยละ 63.15, 58.97 และ 64.37 ตามลำดับ ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 1,000 คน พบว่าประมาณ 2-3 คน จะแสดงอาการในช่วง 5 ปีแรก และยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของเด็กในช่วง 5 ปีแรกด้วย[5] มีอัตราการเสียชีวิตสูงในช่วงอายุ 1 ถึง 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.8-4.8 ต่อปี[6] สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนคือการติดเชื้อทางเดินหายใจและภาวะหัวใจล้มเหลว[7] ซึ่งเป็นภาวะที่สามารถป้องกันได้โดยการดูแลของผู้ดูแลที่มีความรู้ความสามารถ

ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี เป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคมากที่สุด ธรรมชาติของเด็กในแต่ละช่วงอายุมีความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะช่วงแรกเกิด-6 ปี เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาคนอื่นเกือบทั้งหมดมีความต้องการการดูแลมากกว่าเด็กในวัยอื่นๆ เนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมีน้อย ร่างกายยังเจริญเติบโตไม่เต็มที่ ระบบภูมิคุ้มกันยังไม่สมบูรณ์ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลคอยให้ความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นการดูแลด้านการรักษาความสะอาด ด้านการเจริญเติบโต ด้านอาหาร ด้านการรักษาสุขภาพปากและฟัน เป็นต้น[8] ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดกลุ่มนี้มักมีความซ้ำซ้อนของการเจ็บป่วยจึงมีความต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะในระยะก่อนผ่าตัด การเตรียมความพร้อมก่อนผ่าตัดมีความสำคัญ ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดด้วย ทั้งนี้ พบว่า การเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ก่อนเข้ารับการผ่าตัดหัวใจนั้นนับว่ามีความสำคัญมาก ต้องดูแลไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยงที่ต้องพิจารณาทำการผ่าตัดแก้ไขเร็วขึ้นเพราะในการผ่าตัดเด็กเล็ก (อายุน้อยกว่า 1 ปี) มักจะมีความเสี่ยงสูงมากกว่าเด็กโต[8]

จากการศึกษาในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุต่ำกว่า 6 ปี ที่นำเด็กเข้ารับการตรวจรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ดูแลเด็กขาดการเอาใจใส่ดูแลสุขภาพเหงือกและฟันของเด็กไม่เคยพาเด็กไปพบทันตแพทย์ ร้อยละ 80 ให้เด็กรับประทานขนมขบเคี้ยวและขนมกรุบกรอบเพราะไม่อยากให้เด็กร้องงอแงเมื่อถูกขัดใจ ร้อยละ 70 ไม่คำนึงถึงการป้องกันการติดเชื้อของลิ้นหัวใจและผนังหัวใจเพราะไม่ทราบสาเหตุของการเกิดปัญหาดังกล่าว ร้อยละ 50 ไม่ได้จำกัดอาหารและน้ำตามการรักษาของแพทย์ที่ควบคุมภาวะหัวใจวาย ร้อยละ 20 ปล่อยให้เด็กออกกำลังกายหรือเล่นจนเหนื่อย ร้อยละ 60 และปล่อยให้เด็กเล่นคลุกคลีกับเด็กอื่นที่เป็นไข้ ไอและมีน้ำมูก ร้อยละ 80 ผลการศึกษาปรากฏการณ์นี้ยืนยันว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ไม่เหมาะสม

ดังนั้น หากผู้ดูแลให้การดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมก็จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จากการศึกษาของไพเมนทอล อเซเวโด คาสโตร เรอิส และลอเรนโซ[9] พบว่า การไม่ได้พาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 3-5 ปี ไปพบทันตแพทย์ทำให้เด็กมีฟันผุถึงร้อยละ 80.5 นอกจากนี้การไม่ให้เด็กออกกำลังกาย เล่นกีฬาที่เหมาะสมส่งผลให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีปัญหาการเคลื่อนไหวและโอกาสการพัฒนากล้ามเนื้อมัดใหญ่ล่าช้าถึงร้อยละ 10.8[10] ในประเทศไทยผลการศึกษาของอุบล อสัมภินทรัพย์[11] พบว่า มารดาของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 3 ถึง 6 ปี ให้การดูแลด้านการควบคุมภาวะหัวใจวายไม่เหมาะสม เช่น ด้านโภชนาการ มารดาให้เด็กเติมน้ำปลาในอาหารเพื่อเพิ่มรสชาติที่เด็กต้องการและมีการปรุงอาหารด้วยผงชูรส ร้อยละ 41.7 ให้เด็กรับประทานอาหารที่มีส่วนประกอบของผงฟู เช่น ขนมปัง ขนมขบเคี้ยว ร้อยละ 43.3

การที่ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และควบคุมความรุนแรง

ของโรคได้นั้นจึงขึ้นอยู่กับการดูแลของผู้ดูแลเด็กเป็นสำคัญ และการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจะมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำคือความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) จากทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ของเบคเกอร์และไมแมน มีกรอบแนวคิดว่า การแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับการมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับและความเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน บุคคลต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัตินั้นว่าจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงหรือความรุนแรงของโรค และในการปฏิบัตินั้นยังต้องคำนึงถึงปัจจัยอื่นๆ ด้วย เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค การได้รับสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ปัจจัยโครงสร้าง เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์ เป็นต้น[12]

การศึกษาที่ผ่านมา โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจอายุตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 ปี ที่มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้การดูแลเด็กโรคหัวใจแต่กำเนิดและโรคหัวใจที่เกิดขึ้นภายหลัง[13] สอดคล้องผลกับการศึกษาของชุค หวัง โช ชู และชุง[14] พบว่าบิดามารดาที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลให้มีการให้การดูแลเด็กที่ดี และการศึกษาของน้ำทิพย์ แก้ววิชิต และกัลยาณี ท่าจีน[15] พบว่าบิดามารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 6 เดือนถึง 15 ปี ที่มีความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะหัวใจวาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกนกวรรณ คงศรีเจริญ และคณะ[16] พบว่าผู้ปกครองของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 6 เดือนถึง 6 ปี มีความรู้ในระดับน้อยเรื่องการดูแลสุขภาพฟัน ส่งผลให้มีการดูแลด้านการป้องกันฟันผุไม่เหมาะสม

ผลการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาสรุปได้ว่า ปัจจัยร่วมด้านความรู้เรื่องโรค ปัจจัยด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์และมีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและควบคุมความรุนแรงของโรคได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน[12] โดยนำมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแลในกลุ่มอายุแรกเกิดถึง 6 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคค่อนข้างมาก มักเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายและมีอัตราการเสียชีวิตสูง การศึกษาในกลุ่มนี้ยังมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มอายุ 3 ถึง 15 ปี และผลการศึกษาที่ผ่านมายังมีความหลากหลาย ไม่ตรงกัน โดยผู้วิจัยจะศึกษาปัจจัยร่วมด้านโครงสร้าง คือความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล และปัจจัยการรับรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ทราบถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยร่วมด้านความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว และปัจจัยการรับรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวให้สามารถให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีสุขภาพที่ดี ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ควบคุมความรุนแรงของโรค และเข้ารับการผ่าตัดรักษาตามเวลาที่กำหนดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) ที่ถูกปรับปรุงและพัฒนาโดยเบคเกอร์และไมแมน[12] ที่มีความเชื่อว่าการ

แสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ขึ้นอยู่กับการมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่ตนจะได้รับและความเชื่อในผลที่เกิดจากการกระทำของตน ในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายๆด้าน ประกอบด้วย การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการรับรู้ถึงอุปสรรค นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคแล้วยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยร่วมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ เช่น ปัจจัยด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความรู้เรื่องโรค จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและควบคุมความรุนแรงของโรคได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์เป็นกรอบแนวคิดในการกำหนดปัจจัยต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล ปัจจัยดังกล่าว ได้แก่ ปัจจัยร่วมด้านความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล ตามกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคและการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลเด็กวัยแรกเกิด ถึง 6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ยังไม่เคยรับการผ่าตัดและมาติดตามการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในเดือนเมษายน พ.ศ.2559 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด คือ เป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ บิดา มารดา หรือผู้ดูแลที่เป็นญาติ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรและปรับขนาดตัวอย่างในการป้องกันการตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตาม[17] ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการศึกษาครั้งนี้ 58 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม จำนวน 4 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนดังนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล 2) ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

ชุดที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรค การรักษาและการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำนวน 25 ข้อ พัฒนาขึ้นเองโดยผู้วิจัยเป็นแบบสอบถามนี้มีทั้งข้อคำถามทางบวกและทางลบ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้ ข้อคำถามทางบวก มีเกณฑ์การให้คะแนน คือตอบใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ใช่หรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ข้อคำถามทางลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือตอบใช่ หรือไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน ตอบไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน การแปลผลพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมตามเกณฑ์ของบลูม[18] ดังนี้ คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 หมายถึงมีความรู้ในระดับมาก คะแนนระหว่างร้อยละ 60-80 หมายถึงมีความรู้ในระดับปานกลาง และคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึงมีความรู้ในระดับน้อย

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ พัฒนาขึ้นเองโดยผู้วิจัย ตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และไมแมน[12] แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา รวมทั้งหมด 29 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับและเกณฑ์การให้คะแนนมีดังนี้ ตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน เห็นด้วยให้ 4 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วยให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน แปลผลคะแนนโดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์[19] ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับดี คะแนนเฉลี่ย

2.34 – 3.67 หมายถึงมีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับน้อย

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแลพัฒนาขึ้นเองโดยผู้วิจัย จำนวน 33 ข้อ แบ่งออกเป็น 9 ด้าน ได้แก่ ด้านการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ ด้านการป้องกันการติดเชื้อของลิ้นหัวใจ ด้านการสร้างภูมิคุ้มกันโรค ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการดูแลสุขภาพเหงือกและฟัน ด้านการป้องกันการเจ็บป่วย การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ และด้านการรับประทานยาตามแผนการรักษา ซึ่งมีคำตอบและเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้งให้ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้งให้ 3 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติให้ 2 คะแนน ไม่มีเหตุการณ์ให้ปฏิบัติให้ 1 คะแนน แปลผลโดยรวมใช้โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของเบสท์[19]ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 หมายถึงมีการดูแลอยู่ในระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 หมายถึงมีการดูแลอยู่ในระดับปานกลางคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 หมายถึงมีการดูแลอยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 2 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) [20] พบว่าแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา .91 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา .98 แบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา .95 และแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา .98

ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามทั้งหมดไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเหมือนกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 ราย แล้วคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) [20] พบว่าแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 แบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 และนำแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคคำนวณหาค่าดูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20 หรือ KR 20) พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

การเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อโครงร่างการวิจัยเลขที่ HE591068 ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่นแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยขอความอนุเคราะห์จากพยาบาลที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้แนะนำผู้วิจัยให้รู้จักกับอาสาสมัคร ผู้วิจัยอธิบายให้อาสาสมัครทราบถึงรายละเอียดความสำคัญของการวิจัย วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการศึกษา ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20-30 นาที สอบถามผู้ดูแลที่มารับบริการในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ เวลา 8.00 – 12.00 น.

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov พบว่าข้อมูลไม่มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงเลือกใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความรู้เรื่องโรคและปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำนวน 58 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.0 มีอายุระหว่าง 35-44 ปี ร้อยละ 43.1 เป็นมารดา ร้อยละ 53.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 98.3 การศึกษาสูงสุดอยู่ในระดับมัธยมศึกษาหรือปวช.ร้อยละ 34.5 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 32.8 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 -10,000 บาท ร้อยละ 48.3 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการ

ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมาก่อน ร้อยละ 94.8 และมีระยะเวลาในการดูแลเด็กอยู่ระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 62.1

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำนวน 58 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.4 มีอายุระหว่าง 1-2 ปี ร้อยละ 55.2 น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 77.6 มีสมาชิกในครอบครัว 1-2 คนร้อยละ 62.1 เป็นบุตรคนแรกร้อยละ 63.8 การวินิจฉัยโรคเป็น VSD ร่วมกับ PDA ร้อยละ 27.6 ไม่มีประวัติการเข้ารับการรักษาค้างคืนในโรงพยาบาล ร้อยละ 88.2 ไม่มีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดร้อยละ 98.3 และได้รับยากลุ่มดิจิทาลิส (Digitalis) ชนิดเดียว ร้อยละ 39.7

3. กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 21.00, SD = 4.61) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เรื่องโรคและความรู้เรื่องการดูแลอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 6.81, SD = 2.15) และ ($\overline{X}$ = 10.24, SD = 1.84) ตามลำดับ ความรู้เรื่องการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.95, SD = 1.37)

4. การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 3.99, SD = 0.27) เมื่อจำแนกรายด้าน พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษาอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 4.47, SD = 0.46), ($\overline{X}$ = 4.63, SD = 0.49), ($\overline{X}$ = 4.81, SD = 0.36) ตามลำดับ การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตาแผนการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 2.72, SD = 0.67)

5. คะแนนเฉลี่ยการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$ = 4.22, SD = 0.40) จำแนกเป็นรายด้าน พบคะแนนเฉลี่ยการดูแลอยู่ในระดับดี ได้แก่ ด้านการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ ($\overline{X}$ = 4.22, SD = 0.40) ด้านการป้องกันการติดเชื้อของลิ้นหัวใจและผนังหัวใจ ($\overline{X}$ = 4.12, SD = 0.64) ด้านการสร้างภูมิคุ้มกันโรค ($\overline{X}$ = 4.32, SD = 0.46) ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ ($\overline{X}$ = 4.57, SD = 0.48) ด้านการออกกำลังกาย ($\overline{X}$ = 4.27, SD = 0.69) ด้านการดูแลสุขภาพเหงือกและฟัน ($\overline{X}$ = 4.37, SD = 0.59) ด้านการป้องกันการเจ็บป่วย ($\overline{X}$ = 3.82, SD = 1.10) การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ($\overline{X}$ = 4.33, SD = 0.60) และด้านการให้คำแนะนำด้านพันธุกรรม ($\overline{X}$ = 4.82, SD = 0.45) ตามลำดับ

6. ความรู้เรื่องโรคของผู้ดูแลโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.357, p<.01) รายด้านพบความรู้เรื่องการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.326, p<.05) และการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.324, p<.05) และการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล (p > .05)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้เรื่องโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล พบว่า ความรู้เรื่องโรคโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (*r* =.357, *p*<.01) แสดงว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอยู่ในระดับมาก จะมีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้เหมาะสมซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ เบคเกอร์และไมแมน[12] ที่ว่า ความเชื่อและความเข้าใจในสิ่งนั้นๆ จะมีอิทธิพลในการกำหนดการกระทำและกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตามความคาดหมายและเห็นคุณค่าของการกระทำนั้นโดยมีปัจจัยร่วมที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชุค วอง โชว ชอ และชุง[14] พบว่าบิดามารดาที่มีความรู้เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่งผลให้มีการให้การดูแลเด็กที่ดีไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และการศึกษาของน้ำทิพย์ แก้ววิชิต และกัลยาณี ท่าจีน[15] พบว่าบิดามารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีความรู้ด้านการเฝ้าระวังภาวะ

หัวใจวาย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของกนกวรรณ คงศรีเจริญ และคณะ[16] พบว่าผู้ปกครองของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความรู้ในระดับน้อยเรื่องการดูแลสุขภาพฟัน ส่งผลให้มีการดูแลด้านการป้องกันฟันผุไม่เหมาะสม อธิบายได้ว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวจากรับฟังคำแนะนำจากแพทย์หรือทันตแพทย์ และพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง จากการรับฟังข่าวสารประเภทต่างๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ บทความ หรือสิ่งพิมพ์ เป็นต้น การเสริมสร้างความรู้นั้น ช่วยเสริมสร้างการปฏิบัติด้วยเสมอไม่ว่าจะทางตรงหรือทางอ้อม ดังนั้นวิธีที่ดีมีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะต้องใช้วิธีทั้งการเปลี่ยนแปลงความรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติ[21]

การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล ($p > .05$) แสดงว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กของผู้ดูแลไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ทั้งนี้ไม่สอดคล้องกับแนวคิดของโรเซนสตอก[21] ที่มีความเชื่อว่า ถ้าบุคคลมีความพร้อมด้านจิตใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรคในระดับสูง ก็จะเป็นพลังให้บุคคลนั้นแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคออกมา แต่พลังนี้อาจจะไม่เพียงพอ จนกว่าบุคคลนั้นจะมีความเชื่อว่าการปฏิบัตินั้นมีประโยชน์กับเขามากที่สุด จากผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สนับสนุนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ว่า ความเชื่อและความเข้าใจในสิ่งนั้นๆ จะมีอิทธิพลในการกำหนดการกระทำและกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตามความคาดหมายและเห็นคุณค่าของการกระทำนั้นและเมื่อบุคคลมีการรับรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมหรือการปฏิบัติของบุคคลที่สอดรับกับการรับรู้นั้นๆ[12] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติ เช่น ปัจจัยร่วม (modifying factors) ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา ปัจจัยโครงสร้าง และยังมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (cues to action) ได้แก่ มีสิ่งชักนำภายใน และสิ่งชักนำภายนอก

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกลุ่มช่วยเหลือหรือทีมให้ความรู้เพื่อให้ความรู้ ให้สุขศึกษาแก่ผู้ดูแลในด้านที่มีความรู้น้อยเพิ่มเติมเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในรูปแบบต่างๆ ที่หลากหลาย เพื่อให้ผู้ดูแลมีโอกาสเข้าถึงแหล่งความรู้ได้ง่ายขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์หรือส่งผลต่อการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล เนื่องจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพยังมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเลือกปฏิบัติ เช่น ปัจจัยร่วมได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา ปัจจัยโครงสร้าง และยังมีสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

3. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบของการส่งเสริมความรู้เรื่องโรค ที่มีประสิทธิภาพต่อการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล[12]

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ขัดเกลา พัฒนาความรู้ของการทำวิทยานิพนธ์ และขอกราบขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. Siriboonpipattana P. Pediatric nursing 2. 7th. Bongkok : Praboromarajchanok Institute for Health Workforce Development; 2009.
2. Shuler CO, GB Black, JM Jerrell. Population based treated prevalence of congenital heart disease in a pediatric cohort. Pediatric. Cardiol 2013; 34: 606–611.
3. Linde D, Konings EM, Slager MA, Witsenburg M, Helbling WA, Takkenberg JM, Hesselink WR. Birth prevalence of congenital heart disease worldwide:

A systematic review and meta-analysis. Journal of the American College of cardiology; 2011: 58(21), 2241-2247.

4. Bureau of Policy and Strategy. [database on the internet]. 2011 [cited 2011july 16]. Available from: http:// www.boe.moph.go.th/
5. O' Brien P, Baker AL. The child with cardiovascular dysfunction. In Hockenberry, M.J., & Wilson. D. (Eds.), Wong's essentials of pediatric nursing. 8th ed. Cannada: Deborah L. Vogel; 2007.
6. Gilboa SM, Salemi JL, Nembhard WN, Fixler DE, Correa A. Mortility resulting from congenital heart disease among children and adults in the United States, 1999 to 2006. Journal of American Heart Association 2010; 122, 2254-2263.
7. Murray DL. Acute respiratory infection and congenital heart disease. Pediatric Infection Disease Journal 2012; 29(12), 1077-1083.
8. Pornthep Lertsapcharoen. Congenital heart disease. Bangkonk: Sukkhumvitprinting; 2011.
9. Pimental EL, Azevedo VM, Rde A, Reis LC, Lorenzo A. Caries experience in young children with congenital heart disease in developing country. Brazilian Oral Research 2013; 27(2). 103-108.
10. Camen-van Zijp MHM, Gischler SJ, Mazer P, Van Dijk M, Tibboel D, Ijsselstijn H. Motor function and exercise capacity in children with major anatomical congenital anomalies: An evaluation at 5 years of age. Early Human Development 2010; 86, 523-528.
11. Ubol Asumpinzub. The relationship between perception of disease, selected factors and maternal behaviors in caring for children with congenital heart disease**.** [Thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1997.
12. Becker, M.H. & Maiman, L.A. "The Health Belief Model and Personal Health Behavior". Health Education Monographs 1975; 2(4), 12.
13. Wray, J., & Maynard, L. Living with congenital or acquired cardiac disease in children: Maternal perception of the impact on the child and family. Cardiology young 2005; 15(2). 133-140.
14. Cheuk, D.K.L., Wong, S.M.Y., Choi, Y.P., & Cheung, Y.F. Parents' understanding of their child's congenital heart disease. Heart and Education in Heart 2004; 90(4), 435-439.
15. Keawvichit N. & Thajeen K. Knowledge and the parental role in caring for children with heart disease Department of Nursing, Songklanagarind Hospital, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, Thailand Songkla Med J 2007;25(4):273-282
16. Kanokwan Kongsrichareon, Jurairat Kunachaichote, Ubonwan Charuchareet, Pimdeun Natekeaw, Pratchya Luntha, & Panittha Kapkeaw. Knowledge and Oral Health Practice of Parents of Children with Congenital Heart Disease at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. Department of Pediatric Dentistry, Faculty of Dentistry, Chiang Mai University. Chiang-Mai Dental Journal 2002; 23(1-2): 67-74.
17. Aroon Chirawatkul. Statistics for health science research. Bangkok; 2009.
18. Bloom, B.S. Learning for Mastery. Evaluation Comment (UCLA-CSIEP) 1968; 1(2), 1-12.
19. Best, John. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
20. Burns, N.,& Grove, S. K.. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 6th ed. St. Louis, Missouri: Saunders Elsevier; 2009.
21. อนงค์ สุทธิพงษ์, อุบล แจ่มนาม. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดวิกฤตในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลราชบุรี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2557; 32 (4): 130-138.

Selected Factors Affecting Care for Children with Acyanotic Congenital Heart Disease by Caregivers*

Santi Yutthyong M.N.S.** Wilai Kirdpole PhD***

Abstarct

This descriptive correlation study aimed to examine the relationships between knowledge, caregiver's child health perception and care for children with acyanotic congenital heart disease by caregivers. Sample included 58 caregivers of children with acyanotic congenital heart disease aged from birth to six years old, who were on the follow-up appointment at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. Data were collected in April 2016. Research instrument were questionnaires composed of four parts; 1) personal information, 2) knowledge of the disease and treatment of children with acyanotic congenital heart disease, 3) caregiver's child health perception and 4) care for children with acyanotic congenital heart disease by the caregivers. Their reliability were .96, .84 and .84, respectively. Data were analyzed by using frequency, per cent, mean, standard deviation, and Spearman's rank correlation.
Results revealed that

There was a positively significant correlation between the knowledge and care for children with acyanotic congenital heart disease reported by caregivers (r = .357, p < 01). However, there was not significant correlation between caregiver's child health perception and care for children with acyanotic congenital heart disease (p> .05)

These finding indicate that knowledge of caregivers was positively related with the care for children with acyanotic congenital heart.

Therefore, caregivers' knowledge should be promoted to increasing in the disease, treatment and caring for children with acyanotic congenital heart. Consequently, caregivers could effectively provide care for children with acyanotic congenital heart disease.

Keywords: knowledge, caregiver, child health perception, caring for children with acyanotic congenital heart disease

---

**Thesis of Master of Nursing Science, Child Health Nursing, Graduate School, Khon Kaen University*

***Student of Master of Nursing Science, Child Health Nursing Faculty of Nursing, Khon Kaen University*

****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University*