The Relationship between Health Perception, Health Literacy, and Caring Behavior of Caregivers of Children with Acyanotic Congenital Heart Disease*

Namphon Waencwaen[1], Arunrat Srichantaranit, RN, PhD[1], Wanida Sanasuttipun, RN, PhD[1]

Abstract

Purpose: To examine the relationship between health perception, health literacy and caring behavior of caregivers of children with acyanotic congenital heart disease.

Design: Descriptive correlational study.

Methods: The study samples included 75 caregivers of children with acyanotic congenital heart disease aged birth to 5 years, being followed-up at three hospitals in Bangkok, and not yet having undergone cardiac surgery. The sample was selected by convenience sampling. Questionnaires used for collecting data included 1) demographic data form 2) health perception questionnaire, 3) health literacy questionnaire and 4) care of children with acyanotic congenital heart disease questionnaire (which was divided into two forms: for caregivers of children age ≤ 1 year old and for caregivers of children age > 1 year old). Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank order correlation.

Main findings: The results of the study showed that caring behavior of caregivers of children with acyanotic congenital heart disease was at a high level ($\overline{X}$ = 82.00, SD = 8.79). Health perception and health literacy of caregivers were significantly and positively correlated with caring behavior of caregivers of children with acyanotic congenital heart disease (r_s = .43, $p < .001$, (r_s = .45, $p < .001$ respectively).

Conclusion and recommendations: According to the study findings, caregivers had a high level of caring behavior; and their caring behavior was correlated with health perception and health literacy. Therefore, nurses should improve quality and process of giving information, promote health perception and health literacy by providing easily access medical information such as the application line, and hospital website in order to enhance of the quality of care by caregivers which would assist these children to be healthy and ready for cardiac surgery.

Keywords: acyanotic congenital heart disease, caring behavior, health literacy, perception

Nursing Science Journal of Thailand. 2021;39(1):24-37

Corresponding Author: Assistant Professor Arunrat Srichantaranit, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700 Thailand; e-mail: arunrat.sri@mahidol.ac.th

**Master Thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University*

[1] Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

Received: 8 July 2020 / Revised: 13 August 2020 / Accepted: 26 October 2020

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว*

น้ำฝน แว้นแคว้น[1], อรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์, ปร.ด.[1], วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์, PhD[1]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาเชิงความสัมพันธ์

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียววัย 0-5 ปี ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดหัวใจและเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 75 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ 3) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว (แบ่งเป็น 2 แบบ คือ สำหรับผู้ดูแลเด็กที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และที่มีอายุมากกว่า 1 ปี) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัย: ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 82.00, SD = 8.79) การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .43, $p < .001$), (r_s = .45, $p < .001$) ตามลำดับ

สรุปและข้อเสนอแนะ: จากผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลควรพัฒนาคุณภาพและกระบวนการให้ข้อมูล ส่งเสริมให้ผู้ดูแลรับรู้ภาวะสุขภาพ และมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการสนับสนุนให้ผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งข้อมูลทางการแพทย์ได้ง่าย เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เว็บไซต์ของโรงพยาบาล เป็นต้น เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลของผู้ดูแลให้เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวให้มีสุขภาพดี และพร้อมที่จะได้รับการผ่าตัดหัวใจ

คำสำคัญ: โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว พฤติกรรมการดูแล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้

Nursing Science Journal of Thailand. 2021;39(1):24-37

ผู้ประสานงานการเผยแพร่: ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรุณรัตน์ ศรีจันทรนิตย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: arunrat.sri@mahidol.ac.th

** วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*

[1] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ: 8 กรกฎาคม 2563 / วันที่แก้ไขบทความเสร็จ: 13 สิงหาคม 2563 / วันที่ตอบรับบทความ: 26 ตุลาคม 2563

ความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital Heart Disease, CHD) เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในเด็ก อุบัติการณ์ในประเทศไทยใกล้เคียงกับทั่วโลก พบประมาณ 6.3-9.4 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย[1-2] โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมี 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดเขียวและชนิดไม่เขียว ซึ่งในเด็กพบชนิดไม่เขียวได้ถึงร้อยละ 78[3] เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว มากกว่าร้อยละ 50 จำเป็นจะต้องได้รับการรักษาด้วยยา การสวนหัวใจและ/ หรือการผ่าตัด[4] ซึ่งการผ่าตัดเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญที่สุด เนื่องจากช่วยแก้ไขความผิดปกติของการไหลเวียน โดยทั่วไปจะต้องผ่าตัดให้เร็วที่สุด ทั้งนี้ขึ้นกับอายุและน้ำหนักของเด็ก โดยส่วนใหญ่ช่วงเวลาที่เหมาะสมในการผ่าตัด คือ ภายในอายุ 5 ปี[5]

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียววัยแรกเกิดถึง 5 ปี ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีเลือดไปปอดมาก มีความเสี่ยงที่จะเกิดความเจ็บป่วยได้ง่าย ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจ พบประมาณร้อยละ 0.5-9.6[6] ภาวะหัวใจวาย[5] และการติดเชื้อที่เยื่อบุหัวใจ[5] ดังนั้นเด็กกลุ่มนี้จึงต้องการการดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสมจากผู้ดูแล เพื่อให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากแนวคิดทฤษฎีของ Orem[7] ผู้ดูแลควรให้การดูแลเด็กใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลทั่วไป 2) การดูแลตามระยะพัฒนาการ และ 3) การดูแลเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน ซึ่งด้านการดูแลทั่วไป ประกอบด้วย การดูแลเรื่องน้ำ อาหาร อากาศ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่าย การป้องกันการติดเชื้อ และการป้องกันอุบัติเหตุ ด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย การติดตามและส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านภาษาและสติปัญญา และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง และด้านการดูแลเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน ประกอบด้วย การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรทางการแพทย์ การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและการช่วยเหลือเบื้องต้น การดูแลเด็กตามแผนการรักษา และการป้องกันความไม่สุขสบายและผลข้างเคียงจากโรคและการรักษา

ปัจจุบันโรงพยาบาลระดับตติยภูมิและโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยหลายแห่ง มีการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างถูกต้อง โดยแพทย์จะเป็นผู้อธิบายเกี่ยวกับชนิดของโรค ความรุนแรงของโรค และแนวทางการรักษา พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สุขศึกษาของโรงพยาบาล จะเป็นผู้ให้คำแนะนำที่สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์แก่ผู้ดูแล อย่างไรก็ตามยังพบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดวัยแรกเกิดถึง 5 ปี เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ โดยเฉพาะภาวะหัวใจวายและปอดอักเสบ อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลได้รับความรู้และคำแนะนำต่างๆ จากแพทย์และพยาบาลแล้ว แต่อาจมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กไม่ถูกต้อง ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล[8] หรือผู้ดูแลอาจมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคหัวใจ การรักษา และการดูแลเด็กโรคหัวใจ ซึ่งอาจเกิดจากการแปลความหมายผิดและนำไปสู่ความเข้าใจที่ผิด ซึ่งอาจเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ไม่ถูกต้อง ทั้งในด้านการดูแลทั่วไป การดูแลตามระยะพัฒนาการ และการดูแลเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน

จากประสบการณ์และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจของมารดาหรือผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางถึงดี[9-11] อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดยังดูแลเด็กได้ไม่ถูกต้อง ทั้งด้านการดูแลทั่วไป เช่น การไม่จำกัดอาหารเค็ม การไม่ดูแลสุขภาพปากและฟันให้เด็กอย่างสม่ำเสมอ[9,11] ด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการ เช่น ผู้ดูแลไม่ให้เด็กได้เล่นหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ[11] และด้านการดูแลเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน เช่น ผู้ดูแลสังเกตการหายใจของเด็กว่าเป็นปกติหรือไม่เป็นบางครั้ง[11] ผู้ดูแลไม่เคยสังเกตอาการข้างเคียงของยาโรคหัวใจ[9] เป็นต้น

การที่ผู้ดูแลจะสามารถดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้ถูกต้องนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ จากทฤษฎีของ Orem[7] กล่าวว่าการรับรู้เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่ทำให้บุคคลเกิด

ความคิด ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตน ซึ่งจะช่วยผลักดันให้บุคคลปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้มีสุขภาพที่ดี การรับรู้สุขภาพเป็นปัจจัยภายในบุคคลปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล การรับรู้สุขภาพ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา[12] นอกจากนี้ Orem[7] ยังกล่าวว่า บุคคลจะดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ จะต้องมีความสามารถทางสติปัญญาในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน ทักษะในการเรียนรู้ ความสามารถในการหาและใช้เหตุผล และรับรู้เหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง ความสามารถในการตัดสินใจเพื่อการปฏิบัติ และความสามารถในการปฏิบัติการดูแลอย่างต่อเนื่อง คล้ายคลึงกับแนวคิดเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นกระบวนการหรือทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล ประเมินและตัดสินข้อมูล เพื่อนำข้อมูลประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ[13] และจากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคกระดูกสันหลังโหว่และโรคหอบหืด[14-15]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคเรื้อรังอื่นๆ อย่างไรก็ตาม พบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในประเทศไทยเพียง 2 เรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในต่างประเทศซึ่งอาจมีบริบทที่แตกต่างกันกับประเทศไทย และยังไม่พบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ ในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการดูแล โดยคำนึงถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจ เพื่อดูแลสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้มีสุขภาพแข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงได้รับการผ่าตัดหัวใจ และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อศึกษาและพัฒนาในประเด็นการส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล

สมมติฐานการวิจัย

การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ (descriptive correlational study) ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เช่น VSD, ASD, PDA ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดหัวใจ เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลรามาธิบดี การเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก (convenience sampling) ตามคุณสมบัติในการคัดเข้าศึกษาที่กำหนด คือ เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอายุ 0 ถึง 5 ปี ที่ไม่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังอื่นหรือโรคทางพันธุกรรมร่วมด้วย

มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และสามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรม[9] พบค่าความสัมพันธ์ของการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (r = .51) ซึ่งเป็นค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ เมื่อเปิดตารางอำนาจทดสอบสถิติของ Cohen[16] จะได้กลุ่มตัวอย่าง 46 ราย ซึ่งเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพล ขนาดกลาง (r = .30) ความเชื่อมั่นที่ .05 และอำนาจการทดสอบที่ .80 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 75 คน

เครื่องมือการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและจากการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่มีอายุมากกว่า 1 ปี โดยแบบสอบถามแต่ละชุด ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

แบ่งเป็น 2 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว และตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

2. แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากกรอบแนวคิดการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Orem[7] ซึ่งผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของ อุบล อสัมภินทรัพย์[11] จำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วยการดูแล 3 ด้าน คือ 1) การดูแลทั่วไป 2) การดูแลตามระยะพัฒนาการ และ 3) การดูแลเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตัวเลือกตอบ ได้แก่ “ปฏิบัติเป็นประจำ” “ปฏิบัติบางครั้ง” “ไม่ปฏิบัติ” มีคะแนนเรียง 3 ถึง 1 คะแนน ส่วนตัวเลือก “ไม่มีเหตุการณ์ให้ปฏิบัติ” จะไม่นำมาคิดคะแนน คะแนนมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเหมาะสมมาก

3. แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของ สันติ ยุทธยง และวิไล เกิดผล[17] มีจำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีข้อคำถามทางบวก จำนวน 19 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) 5 ระดับ ตัวเลือกตอบได้แก่ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” มีคะแนนเรียง 5 ถึง 1 คะแนน คะแนนโดยรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กถูกต้องมาก

4. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม[13,18] มีจำนวน 32 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านการดูแลสุขภาพ 2) ด้านการป้องกันโรค/ภาวะแทรกซ้อน และ 3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ตัวเลือกตอบ ได้แก่ “ทุกครั้ง” “บางครั้ง” และ “ไม่เคย” มีคะแนนเรียง 2 ถึง 0 คะแนน คะแนนโดยรวมมาก หมายถึง ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก

แบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ดังนี้ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี มีค่า CVI = .92 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่มีอายุมากกว่า 1 ปี มีค่า CVI = .92 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีค่า CVI = .95 และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่า CVI = .84 และผ่านการหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยทำการทดสอบเครื่องมือทั้งหมดกับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำนวน 20 ราย โดยหา

ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี ได้เท่ากับ .72 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่มีอายุมากกว่า 1 ปี ได้เท่ากับ .91 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพได้เท่ากับ .80 และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพได้เท่ากับ .91 โดยคุณภาพของเครื่องมือวิจัยใหม่ที่ผ่านตามเกณฑ์ คือ มีค่า CVI มากกว่า .80 และค่าความเชื่อมั่นมากกว่า .70[19]

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ตามหนังสือรับรองเลขที่ COA no. Si 183/2019 ลงวันที่อนุมัติ 12 มีนาคม 2562 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตามหนังสือรับรองเลขที่ COA No. 374/2019 IRB No. 073/62 ลงวันที่อนุมัติ 20 มีนาคม 2562 และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ตามหนังสือรับรองเลขที่ COA. No. MURA2019/148 ลงวันที่อนุมัติ 20 มีนาคม 2562 การวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ในทุกขั้นตอน ซึ่งการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการได้รับบริการและการรักษาพยาบาลที่เด็กจะได้รับตามปกติ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่มีการระบุตัวบุคคล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการรับรองและอนุญาตให้ทำการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีแล้ว ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 1 คน ทำหน้าที่ช่วยเก็บข้อมูล โดยอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล กระบวนการขอความยินยอม การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้ารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจเด็กหรือหอผู้ป่วยเด็ก ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์ให้พยาบาลประจำหน่วยเก็บข้อมูลประชาสัมพันธ์การวิจัยให้ผู้ดูแลรับทราบ หลังจากนั้นผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวเอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย เมื่อยินดีสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองที่บริเวณห้องประชุมพยาบาล หรือบริเวณมุมหนึ่งของคลินิกเด็กโรคหัวใจที่มีความเป็นส่วนตัวและเงียบสงบ ใช้เวลาประมาณ 30-50 นาที โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบ 75 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman's rank-order correlation) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากข้อมูลพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ จึงไม่สามารถใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson' s product-moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 75 ราย จากโรงพยาบาล 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 37 ราย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย จำนวน 24 ราย และโรงพยาบาลรามาธิบดี จำนวน 14 ราย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำนวน 75 ราย ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องเป็นบิดามารดา ร้อยละ 93.3 มีอายุอยู่ระหว่าง 28-37 ปี ร้อยละ 46.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.3 จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาหรือปวช. ร้อยละ 49.3 และระดับอนุปริญญาขึ้นไป ร้อยละ 44 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 34.7 รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง

10,001 ถึง 20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 29.3 ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรายอื่น ร้อยละ 98.7 มีระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 1-2 ปี ร้อยละ 30.7 และผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จากแพทย์ร้อยละ 86.7 อินเทอร์เน็ตร้อยละ 66.7 พยาบาลร้อยละ 40 และบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรายอื่น ร้อยละ 38.7

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จำนวน 75 ราย เป็นเพศชายร้อยละ 50.7 มีอายุระหว่าง 0-1 ปี ร้อยละ 52 เป็นลูกคนแรกร้อยละ 50.7 เป็นลูกคนเดียวร้อยละ 46.7 ส่วนใหญ่เป็นโรค VSD ร้อยละ 74.7 มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด 0-1 ปี ร้อยละ 64 เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 48 โดยมีสาเหตุจากปอดอักเสบติดเชื้อ ร้อยละ 24 รองลงมา คือ หายใจเหนื่อย ร้อยละ 21.3 ได้รับยาชนิดรับประทาน ได้แก่ furosemide ร้อยละ 90.7 spironolactone ร้อยละ 74.7 และ Lanoxin ร้อยละ 66.7

2. ลักษณะของตัวแปรที่ศึกษา

การแปลผลคะแนนของตัวแปรที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้ค่าคะแนนที่สูงที่สุดลบด้วยค่าคะแนนที่ต่ำที่สุดหารด้วยจำนวนระดับ[19] ได้ผลดังนี้

2.1 พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว

คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ระหว่าง 52-96 คะแนน คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 82.00, SD = 8.79) โดยแบ่งเป็นรายด้าน 3 ด้าน คะแนนเฉลี่ยทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการดูแลทั่วไป ($\overline{X}$ = 44.13, SD = 4.80) ด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการ ($\overline{X}$ = 10.57, SD = 1.94) และด้านการดูแลเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน ($\overline{X}$ = 27.42, SD = 4.28) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล จำแนกตามรายด้าน (N = 75)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้จริง	$\overline{X}$	SD	การแปลผล
คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว	32-96	52-96	82	8.79	มาก
1. ด้านการดูแลทั่วไป	17-51	28-51	44.13	4.80	มาก
2. ด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการ	4-12	5-12	10.57	1.94	มาก
3. ด้านการดูแลเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน	11-33	18-33	27.42	4.28	มาก

2.2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ

คะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ระหว่าง 89-140 คะแนน คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 116.16, SD = 12.61) โดยแบ่งเป็นรายด้าน 4 ด้าน โดยมี 3 ด้าน อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ($\overline{X}$ = 29.40, SD = 4.00) ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($\overline{X}$ = 20.10, SD = 3.08) และด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ($\overline{X}$ = 31.06, SD = 3.25) ส่วนด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 35.58, SD = 8.78) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของการรับรู้ภาวะสุขภาพของจำแนกตามรายด้าน (N = 75)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้จริง	$\overline{X}$	SD	การแปลผล
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	29-145	89-140	116.16	12.61	มาก
1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค	7-35	14-35	29.40	4.00	มาก
2. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน	5-25	14-25	20.10	3.08	มาก
3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา	7-35	21-35	31.06	3.25	มาก
4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา	10-50	10-50	35.58	8.78	ปานกลาง

2.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ระหว่าง 27 ถึง 64 คะแนน คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 52.20, SD = 9.30) โดยแบ่งเป็นรายด้าน 3 ด้าน ทั้ง 3 ด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ ($\overline{X}$ = 21.89, SD = 3.35) ด้านการป้องกันโรค/ภาวะแทรกซ้อน ($\overline{X}$ = 19.65, SD = 5.35) และด้านการส่งเสริมสุขภาพ ($\overline{X}$ = 10.65, SD = 1.92) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 พิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลจำแนกตามรายด้าน (N = 75)

ตัวแปร	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยที่ได้จริง	$\overline{X}$	SD	การแปลผล
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0-64	27-64	52.20	9.30	มาก
1. การดูแลสุขภาพ	0-26	13-26	21.89	3.35	มาก
2. การป้องโรค/ภาวะแทรกซ้อน	0-26	3-26	19.65	5.35	มาก
3. การส่งเสริมสุขภาพ	0-12	2-12	10.65	1.92	มาก

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .43, p < .001) และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .45, p < .001) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมนระหว่างตัวแปรที่ศึกษา (N = 75)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลเด็ก	การรับรู้ภาวะสุขภาพ	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
พฤติกรรมการดูแลเด็ก	1		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.43**	1	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.45**	.49**	1

**p < .001

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแล

จากการวิเคราะห์ทางสถิติ พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล จำนวน 75 ราย มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยคะแนนเฉลี่ยรายด้านทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับมากเช่นกัน ได้แก่ ด้านการดูแลทั่วไป ($\overline{X}$ = 44.13, SD = 4.80) ด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการ ($\overline{X}$ = 10.57, SD = 1.94) และด้านการดูแลเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน ($\overline{X}$ = 27.42, SD = 4.28) แสดงว่าผู้ดูแลให้การดูแลเด็กได้เหมาะสมมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอยู่ในวัยแรกเกิดถึง 4 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ยังไม่เข้าโรงเรียน และอยู่ในการดูแลของผู้ดูแลที่บ้านเกือบตลอดเวลา เด็กมีอาการไม่รุนแรงมาก โดยได้รับการรักษาโรคหัวใจด้วยยาชนิดรับประทาน และเด็กส่วนใหญ่ไม่เคยเจ็บป่วยจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 52 ผู้ดูแลมีบุตรเพียงคนเดียว ร้อยละ 46.7 และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 32 จึงมีเวลาในการดูแลเด็กได้อย่างเต็มที่ ประกอบกับผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.3 คู่สมรสจึงสามารถช่วยเหลือเกื้อกูลและแบ่งเบาภาระในการดูแลเด็กได้ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 93.3 เป็นบิดามารดาซึ่งมีความรักและความผูกพันกับเด็ก และเป็นผู้ให้การดูแลเด็กด้วยตนเอง เพื่อให้เด็กมีร่างกายแข็งแรง และพร้อมสำหรับการผ่าตัด โดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 91.7) พาเด็กมาตรวจตามนัดแม้ว่าจะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ช่วยให้ได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์อย่างสม่ำเสมอ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจากแพทย์ร้อยละ 86.7 จากพยาบาลร้อยละ 40 และสอบถามจากผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจรายอื่นร้อยละ 38.7 นอกจากนี้ผู้ดูแลยังสามารถค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมจากอินเทอร์เน็ตร้อยละ 66.7 จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลได้รับข้อมูลจากหลายแหล่ง ทำให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้และเข้าใจ และมีข้อมูลเพียงพอที่จะใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว นอกจากนี้พบว่า ผู้ดูแลมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือปวช.ร้อยละ 49.3 และระดับอนุปริญญาขึ้นไปร้อยละ 44 ทำให้ผู้ดูแลสามารถอ่านออกเขียนได้ และสามารถทำความเข้าใจข้อมูลต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น และผู้ดูแลมีอายุระหว่าง 28 ถึง 37 ปี ร้อยละ 46.7 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่บรรลุนิติภาวะ สามารถใช้ความคิด เหตุผลและข้อเท็จจริงในการพิจารณาและตัดสินใจเป็นหลักสำคัญ[20] จึงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เหมาะสม

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่อ้างอิงกรอบแนวคิดของ Orem[7] เช่นกัน ได้แก่ การศึกษาของอุบล อสัมภินทรัพย์[11] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมการดูแลของมารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียว และไม่เขียววัย 3 ถึง 6 ปีพบว่า มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดาหรือมารดาของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี และส่วนใหญ่เป็นเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวที่ไม่มีอาการเฉียบพลัน หรือรุนแรงมาก สามารถดำรงชีวิตที่บ้านได้ปกติ ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาในครั้งนี้ จึงอาจทำให้มีพฤติกรรมการดูแลในระดับสูงเช่นเดียวกัน

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ทั้งผู้ดูแลเด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และอายุมากกว่า 1 ปี มีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมมากที่สุด คือ ด้านการดูแลทั่วไป โดยเฉพาะเรื่องการป้องกันการติดเชื้อ โดยผู้ดูแลพาเด็กไปรับวัคซีนตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ($\overline{X}$ = 2.97, SD = 1.67) รองลงมาคือ เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุและอันตรายต่างๆ ($\overline{X}$ = 2.97, SD = 1.64) และเรื่องการสังเกตการขับถ่ายอุจจาระและจำนวนปัสสาวะของเด็กอย่างสม่ำเสมอ ($\overline{X}$ = 2.92, SD = 2.70) สำหรับด้านการดูแลเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนพบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กได้เหมาะสมมากเช่นกัน โดยเฉพาะเรื่องการดูแลเด็กตามแผนการรักษา โดยผู้ดูแลให้เด็กรับประทานยารักษาโรคหัวใจอย่างถูกต้องตามแพทย์สั่ง ($\overline{X}$ = 2.97, SD = 1.64) ผู้ดูแลเช็ดตัวลดไข้เมื่อเด็กมีไข้ ($\overline{X}$ = 2.94, SD = 2.26)

และพาเด็กมารับการตรวจรักษาตามนัดทุกครั้ง ($\overline{X}$ = 2.92, SD = .280) และด้านการดูแลตามระยะพัฒนาการพบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กได้เหมาะสมมากเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะการส่งเสริมพัฒนาการด้านภาษาและสติปัญญา ($\overline{X}$ = 2.95, SD = 1.26) และการส่งเสริมพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ($\overline{X}$ = 2.92, SD = 7.23)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านและรายข้อ พบว่า ผู้ดูแลเด็กอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี และมากกว่า 1 ปี มีพฤติกรรมการดูแลบางเรื่องที่ผู้ดูแลยังปฏิบัติได้เหมาะสมน้อย ได้แก่ ด้านการดูแลทั่วไป โดยเฉพาะเรื่องการจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวพบว่า ผู้ดูแลให้เด็กรับประทานอาหารที่ใส่ผงฟูบางครั้ง ($\overline{X}$ = 1.97, SD = .568) และให้เด็กรับประทานอาหารที่มีรสเค็มเป็นบางครั้ง ($\overline{X}$ = 2.00, SD = .586) เนื่องจากผู้ดูแลต้องการให้เด็กรับประทานอาหารได้มากและมีน้ำหนักตัวมากขึ้น และไม่ได้ข้อมูลที่ชัดเจนจากแพทย์และพยาบาลว่าอาหารชนิดใดที่เด็กรับประทานได้หรือรับประทานไม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนา พรหมเรืองฤทธิ์ อุษณีย์ จินตะเวช และจุฑามาศ โชติบาง[9] ที่ศึกษาในมารดาเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวและไม่เขียววัย 1 ถึง 6 ปีพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.7) ให้เด็กรับประทานอาหารที่มีเกลือผสม อาจเนื่องจากผู้ดูแลไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับเด็กโรคหัวใจ จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาและการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลยังดูแลเรื่องการจัดอาหารที่เหมาะสมกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวได้เหมาะสมน้อย อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลต้องการให้เด็กมีน้ำหนักตัวมากขึ้น ตามที่แพทย์เน้นย้ำว่าหากน้ำหนักเหมาะสมจึงจะได้รับการผ่าตัด และอาจไม่ได้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับชนิดอาหารที่เหมาะสมกับเด็กโรคหัวใจ รองลงมาคือ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อบุหัวใจพบว่า ผู้ดูแลไม่ดูแลปากและฟันให้เด็กอย่างสม่ำเสมอ ($\overline{X}$ = 2.23, SD = .485) และไม่พาเด็กไปพบทันตแพทย์อย่างน้อยทุก 6 เดือน หรือเมื่อพบว่าเด็กมีฟันผุ ($\overline{X}$ = 2.09, SD = .777) เนื่องจากไม่เคยรู้เกี่ยวกับเรื่องการติดเชื้อที่เยื่อบุหัวใจว่าคืออะไร และไม่รู้ว่าจะดูแลหรือป้องกันอย่างไร สอดคล้องกับการศึกษาของ Ghajari และคณะ[21] ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดวัย 2 ถึง 16 ปีพบว่า เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมากกว่าร้อยละ 50 ไม่ได้ไปตรวจสุขภาพฟัน เนื่องจากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของเด็กในระดับที่ไม่ดี และไม่ทราบประโยชน์ของการดูแลและการพาไปพบทันตแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Koerdt และคณะ[22] ที่ศึกษาพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวและไม่เขียววัย 3 ถึง 17 ปี พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ไม่ตระหนักหรือรับรู้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับโรคหัวใจร้อยละ 33.3 ไม่ได้ดูแลสุขภาพปากและฟันให้เด็กเป็นประจำทุกวันร้อยละ 36.7 และไม่เคยพาเด็กไปตรวจสุขภาพฟันร้อยละ 26 เนื่องจากผู้ดูแลไม่รับรู้ถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วยโรคหัวใจ และไม่เคยทราบเกี่ยวกับการติดเชื้อที่เยื่อบุหัวใจ จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมาและจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่ยังไม่มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการติดเชื้อที่เยื่อบุหัวใจ จึงทำให้การดูแลสุขภาพปากและฟันของเด็กได้เหมาะสมน้อย และด้านการดูแลเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบนพบว่า ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กได้เหมาะสมน้อย ในเรื่องการป้องกันผลข้างเคียงของยารักษาโรคหัวใจ ($\overline{X}$ = 2.14, SD = .601) อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลไม่ทราบว่าเป็นผลข้างเคียงของยารักษาโรคหัวใจ

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

2.1 จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .43, $p < .001$) แสดงว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กถูกต้องมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่เหมาะสมมากด้วย ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นความรู้สึกนึกคิด และความตระหนักอันเกิดมาจากความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของบุคคล ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ[8,12] สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด[9,11]

ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวมีการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่ามี 3 ด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ($\overline{X}$ = 29.40, SD = 4.00) ด้านการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ($\overline{X}$ = 20.10, SD = 3.08) และด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ($\overline{X}$ = 31.06, SD = 3.25) ส่วนด้านการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 35.58, SD = 8.78) การที่ผู้ดูแลมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับมาก อาจเนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของโรคหัวใจได้ถูกต้อง โดยได้ข้อมูลจากแพทย์ว่าโรคหัวใจเป็นโรคที่มีความรุนแรง หากได้รับการดูแลไม่ถูกต้อง อาจเสียชีวิตได้ และผู้ดูแลเคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก ขณะเกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องเข้าโรงพยาบาล ร้อยละ 48 ประสบการณ์ดังกล่าวช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงที่เด็กโรคหัวใจจะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย และจากประสบการณ์ในการดูแลเด็กทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเป็นวิธีที่มีประโยชน์ สามารถช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็กได้ จึงให้การดูแลเด็กตามแผนการรักษาและคำแนะนำจากบุคลากรทางแพทย์ เช่น พาเด็กมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ การสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ การให้ยาอย่างถูกต้อง เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลที่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลแล้วอาจพบว่าเป็นเรื่องที่ไม่ยากเกินไป จึงรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษาในระดับปานกลาง และเมื่อเปรียบเทียบกับประโยชน์ของการปฏิบัติแล้ว ผู้ดูแลก็พร้อมจะปฏิบัติ ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีการให้การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ถูกต้องเหมาะสม

2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r_s = .45, $p < .001$) แสดงว่าผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวเหมาะสมมากด้วย สอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Sørensen และคณะ[13] ที่ได้อธิบายว่า การที่บุคคลจะสามารถนำข้อมูลไปใช้ประกอบการดูแลสุขภาพได้นั้น ประกอบด้วยทักษะหรือความสามารถ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล การประเมินและตัดสินข้อมูล และการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค/ภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับมาก ทั้งด้านการดูแลสุขภาพ ($\overline{X}$ = 21.89, SD = 3.35) ด้านการป้องกันโรค/ภาวะแทรกซ้อน ($\overline{X}$ = 19.65, SD = 5.35) และด้านการส่งเสริมสุขภาพ ($\overline{X}$ = 10.65, SD = 1.92) อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลมีการเข้าถึงข้อมูลที่ต้องการได้ง่าย โดยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวจากแหล่งต่างๆ เช่น แพทย์ พยาบาล อินเทอร์เน็ต และผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจรายอื่นๆ เมื่อได้รับข้อมูลแล้ว ผู้ดูแลสามารถทำความเข้าใจและนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็ก เนื่องจากผู้ดูแลมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือปวช.ร้อยละ 49.3 และระดับอนุปริญญาขึ้นไปร้อยละ 44 นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 28 ถึง 37 ปี ร้อยละ 46.7 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงตอนกลาง จึงทำให้มีความคิดที่รอบคอบในการพิจารณาตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ประกอบกับผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหัวใจเป็นระยะเวลาตั้งแต่ 1 ปี ถึง 4 ปี ร้อยละ 72 ประสบการณ์ดังกล่าวทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และเข้าใจวิธีการดูแลเด็กอย่างถูกต้อง และสามารถเลือกข้อมูลที่เหมาะสมมาประกอบการตัดสินใจในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว จึงทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กอย่างเหมาะสม ทั้งด้านการดูแลทั่วไป การดูแลตามระยะพัฒนาการ และการดูแลเมื่อภาวะสุขภาพเบี่ยงเบน

ผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Lee และคณะ[23] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ปกครองเด็กวัยแรกเกิดถึง 12 เดือน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Brega และคณะ[24] พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของบิดามารดาของเด็กปกติวัย 3 ถึง 5 ปี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากบุตรตามคำแนะนำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

และการศึกษาของ พรพญา เตปิน วราภรณ์ บุญเชียง และศิริตรี สุทธจิตต์[25] พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองเด็กอายุ 2 ถึง 4 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบสะดวก ซึ่งอาจไม่ใช่ตัวแทนที่ดีของประชากร

สรุปและข้อเสนอแนะ

พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแล ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล อย่างไรก็ตาม ยังมีบางพฤติกรรมที่ยังมีความเหมาะสมน้อย โดยเฉพาะเรื่องการจัดอาหารที่เหมาะสม และการป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อบุหัวใจ นอกจากนี้ จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดจากพยาบาลค่อนข้างน้อย จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ด้านการพยาบาล

พยาบาลควรพัฒนาคุณภาพและกระบวนการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ส่งเสริมการรับรู้ภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค/ภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับโรคและปัญหาของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดรายบุคคล เน้นย้ำเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับโรค การป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อบุหัวใจ โดยให้ข้อมูลตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พัฒนาสื่อการสอนต่างๆ ที่มีรูปแบบที่น่าสนใจ ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เพิ่มช่องทางการเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ และสามารถนำไปศึกษาเพิ่มเติมหรือทบทวนที่บ้านได้ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เว็บไซต์ของโรงพยาบาล แผ่นภาพ หรือคลิปวิดีโอที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับชนิดของอาหาร หรือขนมที่รับประทานได้และไม่ได้ วิธีการแปรงฟัน และการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นต้น นอกจากนี้ควรเพิ่มช่องทางให้ผู้ดูแลสอบถามข้อมูล และปรึกษาปัญหาในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างสะดวก

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้เรื่องอาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสมกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวในแต่ละวัย และเรื่องการป้องกันการติดเชื้อที่เยื่อบุหัวใจของผู้ดูแล โดยใช้สื่อการสอนที่สามารถนำไปทบทวนซ้ำได้ที่บ้าน เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ที่ครอบคลุมทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค/ภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมสุขภาพ

References

1. Pongpanich B. Pediatric heart disease in Thailand. In: Sirijongkoltong B, Panamonta M, Durongpisitkul K, Gengsakul A, Vijarnsorn C, Roymanee S, et al., editors. Pediatric Cardiology. Bangkok: iGroup-Press; 2012. p.1-4. (in Thai).
2. Liu Y, Chen S, Zühlke L, Black GC, Choy M-K, Li N, et al. Global birth prevalence of congenital heart defects 1970-2017: updated systematic review and meta-analysis of 260 studies. Int J Epidemiol. 2019;48(2):455-63. doi: 10.1093/ije/dyz009.
3. Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR, Deo R, et al. Heart disease and stroke statistics—2017 update a report from the American Heart Association. Circulation. stroke statistics—2017 update a report from the American Heart Association. Circulation. 2017;135(10):e146-e603. doi: 10.1161/CIR.0000000000000485.
4. Promphan W. Advance therapy in pediatric cardiology. In: Singavanija S, Sangtawesin C, Sriudomkajorn S, Kanjanapongkul S, editors.

Common diseases in pediatrics 2. 2nd ed. Nonthaburi: Sahamit Printing and Publishing; 2009. p.73. (in Thai).
5. Wongwaitaweewong K. Acyanotic congenital heart disease. In: Vachvanichsanong P, Anuntaseree W, editors. Pediatrics 2. 3rd ed. Songkla: Department of Pediatrics, Prince of Songkla University; 2016. p.595-607. (in Thai).
6. Murni IK, MacLaren G, Morrow D, Iyer P, Duke T. Perioperative infections in congenital heart disease. Cardiol Young. 2017;27(S6):S14-S21. doi: 10.1017/S1047951117002578.
7. Orem DE. Nursing concept of practice. 6th ed. St. Louis: Mosby; 2001. 542 p.
8. Lee KY, Moon HJ, Han YS, Lim SR. The Factors affecting health behaviors of a mother with infants and toddlers. Indian J Sci Technol. 2015;8(35):1-9. doi: 10.17485/ijst/2015/v8i35/77031.
9. Phromreungrit K, Jintrawet U, Chotibang J. Caregiving and related factors among caregivers of children with congenital heart disease. Nursing Journal. 2015;42 Suppl 2:35-45. (in Thai).
10. Punpukdee P. Behaviors of caregivers in children with congenital heart disease [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2016. 91 p. (in Thai).
11. Asumpinzup U. The relationship between perception of disease, selected factors and maternal behaviors in caring for children with congenital heart disease [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1997. 130 p. (in Thai).
12. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Thorofare, NJ: Charles B. Slack; 1974. 154 p.
13. Sørensen K, Broucke SVd, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
14. Cooper J, Chisolm D, McLeod DJ. Sociodemographic characteristics, health literacy, and care compliance in families with spina bifida. Glob Pediatr Health. 2017;4:2333794x17745765. doi: 10.1177/2333794X17745765.
15. Krishnan S, Rohman A, Welter J, Dozor AJ. Relationship between health literacy in parents and asthma control in their children: a prospective study in a diverse suburban population. Pediatr Allergy Immunol Pulmonol. 2018;31(4):221-5. doi: 10.1089/ped.2018.0929.
16. Cohen J. Statistic power analysis for the behavioral science. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988. 567 p.
17. Yutthyong S, Kirdpole W. Selected factors affecting care for children with acyanotic congenital heart disease by caregivers. Journal of Nursing and Health Care. 2016;34(2):184-92. (in Thai).
18. Kaeodamkoeng K. Health literacy: access, understand and application. 2nd ed. Bangkok: Amarin; 2018. 228 p. (in Thai).
19. Kattiya S, Suvachittanont W. Research schemes and statistics. 2nd ed. Bangkok: Prayoon Wong Printing. 2012. 380 p. (in Thai).
20. Lotrakul M, Tantrarungroj T, Limsuwan N. Medical behavioral science textbook. Bangkok: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. 2016. 181 p. (in Thai).

21. Ghajari MF, Mojtahedzadeh S, Kharazifard M, Mahdavi N, Mohtavipour S. Evaluation of knowledge, attitude and practice of parents of children with cardiac disease about oral health. J Islam Dent Assoc Iran. 2014;26(1):28-32.
22. Koerdt S, Hartz J, Hollatz S, Frohwitter G, Kesting MR, Ewert P, et al. Dental prevention and disease awareness in children with congenital heart disease. Clin Oral Investig. 2018;22(3):1487-93. doi: 10.1007/s00784-017-2256-2.
23. Lee J-Y, Murry N, Ko J, Kim MT. Exploring the relationship between maternal health literacy, parenting self-efficacy, and early parenting practices among low-income mothers with infants. J Health Care Poor Underserved. 2018;29(4):1455-71. doi: 10.1353/hpu.2018.0106.
24. Brega AG, Thomas JF, Henderson WG, Batliner TS, Quissell DO, Braun PA, et al. Association of parental health literacy with oral health of Navajo Nation preschoolers. Health Educ Res. 2016;31(1):70-81. doi: 10.1093/her/cyv055.
25. Tapin P, Boonchieng W, Suttajit S. Parental health literacy and behavior to prevent hand-foot-and-mouth disease in Child Development Center of Charoen Mueang Sub-district, Chiang Rai. Lampang Medical Journal. 2018;39(2):72-80. (in Thai).