

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

Factors Related to Caring for Children with Congenital Heart Disease After Heart Surgery Among Caregivers

พิเศษ	เจ็อนทอง *	Phiset	Khueanthong *
อุษณีย์	จินตะเวช **	Usanee	Jintrawet **
พิมพาภรณ์	กลิ่นกลิ่น ***	Pimpaporn	Klunklin ***

บทคัดย่อ

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดขณะอยู่บ้านโดยผู้ดูแลมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของเด็ก วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ เพื่อศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแล 85 ราย ที่ดูแลเด็ก อายุ 1-6 ปี หลังผ่าตัดหัวใจไม่เกิน 30 วัน รวบรวมข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิภาคเหนือ 3 แห่ง และศูนย์หัวใจภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง ตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และแบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ดูแล ร้อยละ 71.80 มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=92.02$, $S.D.=12.98$)

2. การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.538$, $p<.001$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.846$, $p<.001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ให้ข้อมูลพื้นฐานและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลต่อไป

* ผู้เขียนหลัก, พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลนครพิงค์

* Corresponding Author, Professional Nurse, Nakomping Hospital, special.phiset@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 20 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 7 พฤษภาคม 2562 วันตอบรับบทความ 23 กันยายน 2562

คำสำคัญ: ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง, การดูแล, ผู้ดูแล, เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ

Abstract

Caring for children with acyanotic congenital heart diseases (CHDs) after open-heart surgery by caregivers at home is important for the children's health. This The purpose of this correlational descriptive research was to study caring for children with CHDs after heart surgery, and the relationship between perception of health status of children with CHDs, after heart surgery, and the perceived self-efficacy in caring for children with CHDs after heart surgery and caring for children with CHDs after heart surgery among caregivers. The sample comprised 85 caregivers providing care for children aged 1-6 years with CHDs at home after heart surgery with less not more than 30 days after heart surgery. Data were collected at the out-patient department of three tertiary hospitals in the northern region and a the Heart Center in the northeast region of Thailand from March to July 2019. The research instruments, including included the perception of health status of children with CHDs after heart surgery questionnaire, the perceived self-efficacy in caring for children with CHDs after heart surgery questionnaire, and the caring for children with CHDs after heart surgery questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation coefficient. The results were as follows:

1. Caregivers of About 71.80% of the caregivers who provided care for children with CHDs after heart surgery had mean scores of caring at a high level (\bar{X} =92.02, S.D.=12.98)
2. The perception of health status was statistically significant positive correlation with caring for children with CHDs after heart surgery at a moderate level ($r=0.538$, $p<.001$), and perceived self-efficacy in caring for children was statistically significant positive correlation with caring for children with CHDs after heart surgery at a high level($r=0.846$, $p<.001$).

There were significantly positive correlation between the perception of health status and the caring for children with CHDs after heart surgery at a moderate level ($r=0.538$, $p<.001$), and significantly positive correlation between the perceived self-efficacy and the caring for children with CHDs after heart surgery at a high level ($r=0.846$, $p<.001$).

The findings of this study serve as preliminary data and provided related factors for a guide to promote the caring for children with CHDs after heart surgery among caregivers.

Keywords: *Factors Related Factors, Caring, Caregivers, Children with Congenital Heart Diseases After Heart Surgery*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคหัวใจที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก (Srichantarant, 2016) สถิติทั่วโลกพบประมาณ 6-10 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 ราย (American Heart Association, 2016) ประเทศไทยพบประมาณ 6-8 รายต่อเด็กเกิดมีชีวิต 1,000 ราย โดยพบโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวสูงสุดประมาณร้อยละ 65 (Queen Sirikit National Institute of Child Health Foundation, 2016) ซึ่งโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว เป็นความผิดปกติในโครงสร้างของหลอดเลือดและ/หรือหัวใจที่เป็นมาแต่กำเนิด โดยไม่มีการผสมกันของเลือดดำและเลือดแดงจึงไม่มีอาการเขียว ความผิดปกติที่พบได้แก่ ชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (ventricular septal defect, [VSD]) ร้อยละ 34 ชนิดผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว (atrial septal defect, [ASD]) ร้อยละ 13 ชนิดผนังกันหัวใจห้องบนและห้องล่างรั่ว (atrioventricular septal defect, [AVSD]) ร้อยละ 8 และอื่นๆ ซึ่งเด็กร้อยละ 99 ได้รับการวินิจฉัยในอายุ 5 ปีโดยเด็กส่วนใหญ่ได้รับการรักษาตามอาการทางคลินิก (Linde et al. 2011)

การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีหลายวิธี (British Heart Foundation, 2013) เด็กมากกว่าร้อยละ 80 ต้องได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดหัวใจ (Pediatric Cardiac Surgery Foundation [PCSF], 2014) โดยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว VSD, ASD, AVSD จะได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด คือ VSD closure, ASD closure, AVSD surgical repair (Lekawanvijit, 2013) เด็กมากกว่าร้อยละ 82 ได้รับการผ่าตัดในช่วงอายุไม่เกิน 6 ปี (The Society of Thoracic Surgeons, 2017) ดังนั้นในระยะพักฟื้นที่บ้านเด็กควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดจากผู้ดูแล โดยเฉพาะ 30 วันแรกหลังผ่าตัด เป็นระยะที่พบอุบัติการณ์การเสียชีวิต และการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจากภาวะแทรกซ้อน (Crowe et al., 2016) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากการมีของเหลวในเยื่อหุ้มปอดหรือเยื่อหุ้มหัวใจ ร้อยละ 26 ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ

24 การติดเชื้อ ร้อยละ 19 การทำงานของหัวใจผิดปกติ ร้อยละ 15 ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 5 และอื่นๆ ร้อยละ 11 (Kogon et al., 2012) เด็กร้อยละ 1.6 เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนในช่วง 30 วันหลังออกจากโรงพยาบาล (Miyata et al. 2014) ซึ่งการดูแลเด็กโรคหัวใจหลังผ่าตัดขณะอยู่บ้านเป็นบทบาทของผู้ดูแล (PCSF, 2014)

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ หมายถึง การกระทำ การเอาใจใส่ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวหลังผ่าตัดหัวใจขณะอยู่บ้าน เพื่อให้สุขภาพของเด็กเป็นปกติมากที่สุดตามสภาพของเด็ก และสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติรวมทั้งไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน โดยการดูแลเด็กในช่วง 30 วันแรกหลังผ่าตัดขณะอยู่บ้านของผู้ดูแลแบ่งได้ 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด (Children's Minnesota, 2019; Children's Hospital of The King's Daughters, 2018; Gaskin, Barron & Daniels, 2016; PCSF, 2014) การดูแลจากผู้ดูแลอย่างเหมาะสม สามารถลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของเด็กได้ (Smith, Doyle, Mettler, Bichell & Gay, 2015)

การทบทวนวรรณกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในระยะก่อนผ่าตัดในผู้ดูแลขณะอยู่บ้าน จากการศึกษาการดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวและชนิดไม่เขียว พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีคะแนนการดูแลเด็กอยู่ในระดับสูง (Phromreungrit, Jintrawet & Chotibang, 2015) จากการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลของบิดามารดา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวก่อนผ่าตัด พบว่าพฤติกรรมดูแลของบิดามารดาอยู่ในระดับมาก (Soipheth, Jintrawet & Mesukko, 2019) และการศึกษาพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่

และความสามารถในการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีความเสี่ยงต่อการเกิด พัฒนาการกล้ามเนื้อมัดใหญ่ล่าช้า เนื่องจากผู้ดูแลไม่ดูแลกระตุ้นให้เด็กมีกิจกรรมทางร่างกายอย่างเพียงพอ (van der Cammen-van Zijp et al. 2010) และการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระยะหลังผ่าตัดของผู้ดูแลขณะอยู่บ้านในผู้ปกครองทารกอายุ 1 ปี พบว่าผู้ปกครองบางส่วนไม่สามารถประเมินการเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร ภาวะหายใจลำบาก และการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัว เป็นเหตุให้เด็กไม่ได้รับการดูแลอย่างทันทั่วทั้ง (Tregay et al. 2016) จากการศึกษาที่ผ่านมาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่เป็นการดูแลก่อนผ่าตัด และผลการศึกษายังไม่สอดคล้องกัน อาจเนื่องจากปัจจัยทั้งด้านเด็กและผู้ดูแล

การทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กและผู้ดูแล ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลเปลี่ยนแปลงได้ยาก ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้จึงไม่นำมาหาความสัมพันธ์ในส่วนปัจจัยด้านผู้ดูแล พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล อาจมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดของผู้ดูแล

การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล หมายถึง ความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อของผู้ดูแลต่อสุขภาพเด็ก การดูแลเด็กตามแผนการรักษา การป้องกันภาวะแทรกซ้อนในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจขณะอยู่บ้าน ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ในการศึกษาครั้งนี้

เลือกใช้แนวความคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพของ Becker (1974) การศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในผู้ดูแลเด็กระยะก่อนผ่าตัด พบการรับรู้ภาวะสุขภาพของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยรวมทั้ง 4 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์กับการให้การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในระดับปานกลาง ($r=0.51, p<.01$) (Phomreungrit et al., 2015) แต่จากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เชี่ยวชาญของผู้ดูแล พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลใน 3 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เชี่ยวชาญของผู้ดูแล ($p>.05$) และด้านารรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เชี่ยวชาญของผู้ดูแล ($r= -0.324, p<.05$) (Yutthayong & Kirdpole, 2016)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล หมายถึง ความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ทั้ง 6 ด้าน คือ การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจกรรม การรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด เพื่อให้เด็กฟื้นฟูสภาพร่างกาย และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดหัวใจ ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) พบการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในผู้ดูแลเด็กระยะก่อนผ่าตัด จากการศึกษาพฤติกรรมดูแลของบิดามารดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการติดเชื้ทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการศึกษาคการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดา

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ($r=0.658$, $p<.01$) (Soipheth et al., 2019) การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ต้องพึ่งพามารดาในเด็กวัยหัดเดินที่ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดา ($r=0.62$, $p<.01$) (Chaisom, Yenbut, Chontawan, Soivong & Patumanond, 2010)

การศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้งในและต่างประเทศ ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาการดูแลเด็กของผู้ดูแลในระยะก่อนผ่าตัด และผลการศึกษาการดูแลยังแตกต่างกัน สำหรับการศึกษารักษาการดูแลเด็กในระยะหลังผ่าตัดเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจและศึกษาในผู้ปกครองทารกอายุ 1 ปี ซึ่งไม่สามารถอธิบายการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดระยะหลังผ่าตัด ในอายุ 1-6 ปี และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล เป็นการศึกษาในผู้ดูแลเด็กระยะก่อนผ่าตัด และผลการศึกษาความสัมพันธ์ยังไม่สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยดังกล่าวกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ในผู้ดูแล

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลกับการดูแลเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

1. การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลเป็นอย่างไร
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ประกอบด้วย 6 ด้าน (Laopanitcharoen, 2018; Pediatric Cardiac Surgery Foundation, 2014; Children's Minnesota, 2019; Children's Hospital of The King's Daughters, 2018; Gaskin, Barron & Daniels, 2016; University of Minnesota Children's Hospital, 2009) ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจกรรมการรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ตามแนวคิดของ Becker (1974) หากผู้ดูแลมีการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล 4 ด้านสูงหรือต่ำ อาจส่งผลให้ผู้ดูแลให้การดูแลเด็กสูงขึ้นหรือต่ำลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล 6 ด้าน ได้แก่ การดูแลแผลผ่าตัด การทำกิจกรรมการรับประทานอาหาร การสังเกตอาการผิดปกติที่ควร

มาพบแพทย์ การรับประทานยา และการมาตรวจตามนัดตามแนวคิดของ Bandura (1997) ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในการดูแลของตนเองสูงหรือต่ำ จะส่งผลทำให้การดูแลเด็กสูงขึ้นหรือต่ำลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ASD, VSD, AVSD อายุระหว่าง 1-6 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด ชนิด VSD closure, ASD closure, AVSD surgical repair ภายหลังการผ่าตัดไม่เกิน 30 วัน และมารับการตรวจตามนัดหรือรักษาที่คลินิกโรคหัวใจและคลินิกศัลยกรรมแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลตติยภูมิในภาคเหนือ 3 แห่ง และศูนย์หัวใจในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1 แห่ง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากขนาดอิทธิพลและการเปิดตารางกำลังการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นไว้ที่ระดับนัยสำคัญ (significant level) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ระดับ .80 และกำหนดอิทธิพลของขนาดตัวอย่าง (effect size) ที่ .30 เนื่องจากเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับกลางที่การศึกษาทางการแพทย์ที่ผ่านมายอมรับ คือขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล จำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และแบบสอบถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล จำนวน 28 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แบบสอบถามแปลผลคะแนนข้อมูลได้จากวิธีการหาอันตรายภาคขึ้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ สูง ปานกลาง ต่ำ และได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.95 0.92 และ 0.96 ตามลำดับ และตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 0.97 และ 0.95 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายหลังได้รับการพิจารณา รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 2561-101; รหัสโครงการ 2561-EXP071 และภายหลังได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลที่เลือกในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 5940; รหัสโครงการ NONE-2561-05940 โรงพยาบาลลำปางหนังสือรับรองโครงการวิจัย NO.127/61 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์ จังหวัดพิษณุโลก ใช้เอกสารรับรองโครงการของคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทาลัยเชียงใหม่ และศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่โครงการ HE611624

ลำดับที่ 4.3.01: 9/2562

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ เคยผ่านการอบรมจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ปฏิบัติงานในแผนกที่เก็บข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่ม ตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างตามเอกสารคำชี้แจงอาสาสมัครและขอความยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตัวเองและตอบตามความเข้าใจ ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที ทำการรวบรวมข้อมูลในขณะที่ได้กรอพบแพทย์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จ เก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนที่ต้องการคือ 85 ชุด โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาและการเข้ารับบริการทางการแพทย์ของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งของผู้ดูแลและเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลของผู้ดูแล ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และข้อมูลการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่และแสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลกับการดูแลเด็กโรคหัวใจ

พิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีความสัมพันธ์กับเด็ก เป็นมารดา ร้อยละ 68.24 เพศหญิง ร้อยละ 80.00 อายุระหว่าง 20-40 ปี ร้อยละ 76.47 จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 22.35 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 22.35 รายได้ครอบครัวระหว่าง 20,001-30,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 47.06 ระยะเวลาในการดูแล เด็กระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี ร้อยละ 49.42

2. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 85 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 55.30 อายุ 1-3 ปี ร้อยละ 81.18 การวินิจฉัยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (VSD) ร้อยละ 65.89 ได้รับการผ่าตัดปิดรูรั่วผนังกันหัวใจห้องล่าง (VSD closer) ร้อยละ 65.89 จำนวนครั้งที่เด็กนอน โรงพยาบาลก่อนผ่าตัดระหว่าง 1-5 ครั้ง ร้อยละ 72.94 จำนวนครั้งที่เด็กนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด 4-10 วัน ร้อยละ 54.12 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ในการรักษา ร้อยละ 84.71

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.80 ($\bar{X}=92.02$, S.D.=12.98) หากพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่ผู้ดูแลมีการดูแลอยู่ในระดับสูงมี 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลแผลผ่าตัด ร้อยละ 63.53 ด้านการรับประทานอาหาร ร้อยละ 63.50 ด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์

ร้อยละ 52.94 ด้านการรับประทานยา ร้อยละ 77.60 และด้าน การมาตรวจตามนัด ร้อยละ 68.24 แต่ด้านการทำกิจกรรมผู้ดูแลมีการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.30

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดในผู้ดูแล และข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัด

หัวใจ พบว่าส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจ พิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.80 ($\bar{X} = 87.00, S.D. = 13.02$) และอยู่ในระดับ สูง ร้อยละ 48.20 ($\bar{X} = 87.00, S.D. = 13.02$) และผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.70 ($\bar{X} = 107.33, S.D. = 18.65$)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล ในแต่ละระดับ (n=85)

ตัวแปรที่ศึกษา	ระดับ			ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)			
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม	0 (0.00)	44 (51.80)	41 (48.20)	87.00	13.02	ปานกลาง
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวม	0 (0.00)	30 (35.30)	55 (64.70)	107.33	18.65	สูง

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล กับการดูแลเด็กโรค

หัวใจพิการแต่กำเนิดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.54, p < .001$) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด หลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.85, p < .001$)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล (n=85)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ในผู้ดูแล	.54	.000
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ ในผู้ดูแล	.85	.000

การอภิปรายผล

การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 71.80 มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 92.02$, S.D. = 12.98) ด้านที่มีการดูแลสูงสุด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานยา รองลงมา คือ ด้านการมาตรวจตามนัด ด้านการดูแลแผลผ่าตัด ด้านการรับประทานอาหาร และด้านการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 77.60, 68.24, 63.53, 63.50 และ 52.94 ตามลำดับ เนื่องจากเป้าหมายสำคัญของการดูแลเด็กหลังผ่าตัดหัวใจ คือ สุขภาพเด็กเป็นปกติมากที่สุดตามสภาพของเด็ก รวมทั้งไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ (Vantum & Soomlek, 2012) ผู้ดูแลรู้ว่าเด็กยังต้องการการดูแลเอาใจใส่เป็นพิเศษหลังผ่าตัดหัวใจ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Srichantaranit & Thampanichawat, 2018) ซึ่งการดูแลในด้านต่างๆ เหล่านี้เป็นการดูแลเพื่อช่วยในการฟื้นตัวของเด็ก การหายของแผล และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การศึกษานี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 68.24 เป็นมารดา ซึ่งสังคมและวัฒนธรรมไทย มารดามักถูกกำหนดหน้าที่ในการดูแลสมาชิกครอบครัว (Chitayasothorn, 2008) และมารดามีความสัมพันธ์ทางสายเลือดจึงมี

ความเต็มใจในการดูแลอย่างเต็มความสามารถ (Preechapongmit, Lamchang & Jintrawet, 2012) สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ก่อนผ่าตัดหัวใจ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา และให้การดูแลเด็กในระดับสูง (Phromreungrit et al. 2015) และผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 76.47 มีอายุระหว่าง 20-40 ปี ซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้นหรือวัยหนุ่มสาว เป็นวัยที่มีพัฒนาการทางร่างกายและวุฒิภาวะเต็มที่ มีความพร้อมในการตัดสินใจ และเป็นวัยที่มีโอกาสในการเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวเอง (Sirirak, 2017) แต่จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าอายุของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย โดยผู้ปกครองที่อายุมากมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยลดลง (Rattanapibun, Kongsaktrakul & Patoomwan, 2011) ขัดแย้งกับการศึกษาพฤติกรรมบิดามารดา ในการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าอายุของบิดามารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Phanphakdi, 2015)

ผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 22.35 มีการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และร้อยละ 22.45 อยู่ในระดับปริญญาตรี ซึ่งการศึกษาช่วยพัฒนาให้บุคคลมีความเข้าใจ มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์ และ

มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 2001) บุคคลที่มีระดับศึกษาสูงสามารถปฏิบัติตัวและตัดสินใจในเรื่องสุขภาพได้ถูกต้องเหมาะสมมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Pender, 1987) จากการศึกษาระบบการเกิดการเกิดผื่นผื่นในเด็กเล็กที่ป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในประเทศกำลังพัฒนา พบว่าระดับการศึกษาของบิดามีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพพื้นของเด็กรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยบิดาที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา มีแนวโน้มดูแลสุขภาพพื้นของเด็กรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดดีกว่าบิดาที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา (Pimentel, 2013) และจากการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาของบิดามารดามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงมีพฤติกรรมการดูแลเด็กรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ดี (Phanphakdi, 2015)

เด็กร้อยละ 98.83 ใช้สิทธิสวัสดิการในการรักษาพยาบาล โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 84.71 ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ในการรักษา ทั้งนี้เด็กที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลจากรัฐบาลช่วยให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว ไม่ยุ่งยาก ซับซ้อนและใกล้บ้าน (Thanwong, Pensirinapa & Kiraphong, 2016) จากการรวบรวมข้อมูลพบว่าเด็กร้อยละ 65.89 นอนโรงพยาบาลก่อนผ่าตัด 1-5 ครั้ง ซึ่งทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลจากแพทย์และพยาบาล สามารถดูแลอย่างเหมาะสมและการศึกษาคั้งนี้ยังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.42 มีระยะเวลาในการดูแลเด็กระหว่าง 6 เดือน - 2 ปี และผู้ดูแลทั้งหมดดูแลเด็กตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดถึงระยะจำหน่ายหลังผ่าตัดกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์จนเกิดความชำนาญในการดูแล และสามารถปรับบทบาทในการดูแลอย่างเหมาะสม (Orem, 2001) จากการศึกษพบว่าซึ่งระยะเวลาที่ผู้ปกครองดูแลเด็กป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กรป่วย (Rattanapibun et al., 2013) จากศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล

ของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด พบว่าผู้ดูแลเด็กที่ดูแลตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยจนถึงการรักษา มักมีประสบการณ์การดูแล และเพิ่มพูนเกิดทักษะการดูแลเด็กทำให้การดูแลดี (Preechapongmit et al., 2012)

จากการรวบรวมข้อมูลยังพบว่าผู้ดูแลทั้งหมดได้รับคำแนะนำและการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (discharge planning) ในการดูแลเด็กรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจจากแพทย์และพยาบาล ซึ่งเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยของทุกโรงพยาบาล และเป็นส่วนหนึ่งของแผนการพยาบาลรายบุคคลสำหรับผู้ป่วยทุกราย ทำให้ผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมและได้รับข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการดูแล จากการศึกษาในประเทศจีนศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน สำหรับเด็กรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดผนังกันหัวใจห้องล่างรั่วร่วมกับมีความดันเลือดในปอดสูง พบว่ามารดาที่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน มีความพร้อมในการดูแลความรู้ในการดูแล และพฤติกรรมการดูแล สูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน (Wu, Li & Chen, 2015) จากการศึกษาระบบการของมารดาที่มีบุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่ามารดาได้รับคำแนะนำจากพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลเด็กรหลายประการ ได้แก่ คำแนะนำเกี่ยวกับยาและการให้ยาเด็กก่อนกลับบ้าน ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะบุตรยังต้องดูแลเป็นพิเศษในเรื่องรับประทานยาโดยให้ยาถูกขนาด และตรงเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ คำแนะนำในการดูแลแผลผ่าตัดของเด็กเมื่อกลับบ้าน ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าจะบุตรยังต้องดูแลเอาใจใส่ไม่ให้แผลมีการติดเชื้อ และคำแนะนำในเรื่องโภชนาการและอาหารสำหรับเด็ก ทำให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการดูแลเด็กร เกี่ยวกับโภชนาการและอาหารที่เหมาะสม (Srichantarani & Thampanichawa, 2018) จากการศึกษการจัดการความปวดโดยบิดามารดาในผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการได้รับข้อมูลสนับสนุนจากพยาบาลก่อนกลับบ้านทำให้บิดามารดามีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ และวิธีการดูแลเด็กรป่วยมากขึ้น

ส่งผลให้การจัดการความปวดในเด็กหลังผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Khamhoi, Jintrawet & Thiyapirom, 2016)

อย่างไรก็ตามพบว่ามีเพียงด้านการทำกิจกรรมเท่านั้นที่ดูแลส่วนใหญ่มีการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.30 จากร้อยละของข้อคำถามในแบบสอบถาม การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 37.60 ดูแลให้เด็กทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดเพียงบางครั้ง ร้อยละ 17.60 ไม่เคยดูแลให้เด็กทำกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูร่างกายหลังผ่าตัดเลย และผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 30.60 ดูแลให้เด็กทำกิจกรรมประจำวันเพียงบางครั้ง อาจเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลและการหายของแผลตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัด โดยความแข็งแรงของโครงสร้างกระดูกและแผลภายใน ใช้เวลาสมานและฟื้นตัวประมาณ 6 สัปดาห์หลังผ่าตัด (University of Minnesota Children's Hospital, 2009) ซึ่งแผลภายในเป็นแผลที่มองไม่เห็น จึงเป็นไปได้ว่าผู้ดูแลกลัวกระทบกระเทือนแผลผ่าตัดและกังวลต่อการหายของแผลภายใน

นอกจากนี้การศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลเด็กอายุ 1-3 ปี ร้อยละ 81.18 เป็นวัยที่เด็กไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ทั้งหมด เนื่องจากเป็นวัยที่อยู่ในช่วงของพัฒนาการด้านร่างกาย (Wong et al., 1999) คือยังมีพัฒนาการด้านร่างกายอยู่ในช่วงพัฒนาการของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ เด็กวัยนี้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อยังทำงานไม่ประสานงานกันเท่าที่ควร และจากรายงานการศึกษาพบว่า 1 ใน 3 ของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เคยเข้ารับการรักษาด้วยพัฒนาการล่าช้าใน 3 ด้าน คือ การช่วยเหลือตนเองและสังคม การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก และการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Mari, Cascudo & Alchieri, 2016) ทำให้การดูแลกระตุ้นให้เด็กทำกิจกรรมหลังผ่าตัดของผู้ดูแลมีความยุ่งยาก ต้องใช้เวลา

การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.538, p<0.001$) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับสูง มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับสูง ผู้ดูแลที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับต่ำ มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในระดับต่ำ สามารถอธิบายตามทฤษฎี health belief model แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Becker, 1974) เชื่อว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมสุขภาพในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การป้องกันโรค หรือการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคอย่างเหมาะสมหรือไม่เหมาะสม ขึ้นอยู่กับการที่รับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน 2) การรับรู้ถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา 4) การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา

สอดคล้องกับการศึกษาการให้การดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบว่าปัจจัยการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยรวมทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับสูงและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ($r=0.51, p<0.01$) (Phromreungrit et al., 2015) แต่การศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เชี่ยวชาญของผู้ดูแล พบว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพทั้ง 4 ด้าน โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลใน 3 ด้าน คือ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ชนิดไม่เชี่ยวชาญของผู้ดูแล ($p > .05$) และด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เชี่ยวชาญของผู้ดูแล ($r = -.324, p < .05$) (Yutthayong & Kirdpole, 2016)

การศึกษาครั้งนี้จากนอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลบางประการที่มีผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพ เปลี่ยนแปลง (Becker, 1974) กล่าวคือ ปัจจัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยหรือผู้ดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพ (patient-practitioner relationship) และความต่อเนื่องของแพทย์ (physician continuity) จากการสังเกตและสอบถามพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพ เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ดูแลและเด็กต้องมาโรงพยาบาลเป็นประจำตามนัด จากร้อยละของข้อคำถามการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจใน ผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 88.20 พาเด็กมาตรวจตามวันและเวลาที่แพทย์นัดทุกครั้ง การที่ผู้ดูแลพาเด็กมาตรวจเป็นประจำย่อมเกิดความต่อเนื่องและเกิดสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย หรือผู้ดูแลกับบุคลากรทางสุขภาพ จากการศึกษาของ Becker (1974) พบว่ามารดาที่รู้สึกมีความใกล้ชิด และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคลากรทางสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยแพทย์ประจำ มีแนวโน้มที่จะมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุตรได้เหมาะสม อย่างไรก็ตามการรับรู้อาจลดลงเมื่ออยู่ในสถานการณ์ตึงเครียด ในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์การเจ็บป่วยที่ไม่แน่นอน จากการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของมารดาที่มีบุตรได้รับการผ่าตัดหัวใจ พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต้องเผชิญกับความรู้สึกไม่แน่นอน (uncertainty) อยู่ตลอดเวลาและเผชิญกับความกลัวการสูญเสียบุตร (Srichantarani & Thampanichawa, 2018) สถานการณ์เหล่านี้มีผลต่อการรับรู้ภาวะสุขภาพของมารดาที่มีต่อบุตร จึงอาจส่งผลให้การรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง

กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล ก็กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ก็กับการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .846, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ กล่าวคือผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจสูง ผู้ดูแลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ มีการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจต่ำ ตามทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) กล่าวที่ว่าหากบุคคลมีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถประพฤติหรือประกอบกิจกรรม ที่กำหนดได้ จะนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวัง

สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การดูแลบุตรที่ต้องพึ่งพามารดา ในเด็กวัยหัดเดินที่ป่วยเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของมารดา ($r = .62, p < .01$) (Chaisom el al. 2010) จากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลของบิดามารดา และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจในเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของบิดามารดาโดยรวมอยู่ในระดับมาก และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ ($r = .658, p < .01$) (Soiphel et al., 2019)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลควรมีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว ASD, VSD, AVSD อายุ ระหว่าง 1-6 ปี ภายหลังได้รับการผ่าตัดหัวใจแบบเปิดก่อนกลับบ้าน เพื่อให้คำแนะนำและส่งเสริมผู้ดูแลหลักในการดูแลเด็กขณะกลับไปอยู่บ้านได้อย่างเหมาะสม
2. ด้านการวิจัย สามารถนำผลการวิจัยครั้งนี้ไป

อ้างอิงและเป็นข้อมูลสนับสนุน ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาเด็กวัยอื่น เช่น วัยแรกเกิด - 1 ปี วัยเรียนอายุ 6-12 ปี หรือศึกษาในวัยที่จำเพาะ เนื่องจากการดูแลในแต่ละช่วงวัยที่ความแตกต่างกันตามระยะพัฒนาการ เช่น วัยหัดเดิน 1-3 ปี และ วัยก่อนเรียน 4-6 ปี
2. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจในผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

- American Heart Association. (2016). *Congenital cardiovascular defects*. Retrieved from https://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@sop/@smd/documents/downloadable/ucm_483967.pdf
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 409-419
- British Heart Foundation (2013). *Congenital cardiovascular defects*. Retrieved from <https://www.bhf.org.uk/heart-health/conditions/congenital-heart-disease>
- Chaisom, P., Yenbut, J., Chontawan, R., Soivong, P., & Patumanond, J. (2010). Predicting factors of dependent care behaviors among mothers of toddlers with congenital heart disease. *Chiang Mai University Journal of Natural Sciences*, 9(2), 193-200.
- Children's Hospital of The King's Daughters (2018). *Home care instructions following cardiothoracic surgery*. Retrieved from <https://www.chkd.org/patients-and-families/health-library/way-to-grow/cardiothoracic-surgery,-home-care-instructions-following/>
- Children's Minnesota. (2019). *Cardiac surgery: Care at home (infant/child)*. Retrieved from <https://www.childrensmn.org/educationmaterials/childrensmn/article/15937/cardiac-surgery-care-at-home-infant-child/>
- Chitayasothorn, D. (2008). Sex roles: A psychological perspective. *University of the Thai Chamber of Commerce Journal*, 28(1). 92-100.
- Crowe, S., Ridout, D. A., Knowles, R., Tregay, J., Wray, J., Barron, D. J., ... & Bull, C. (2016). Death and emergency readmission of infants discharged after interventions for congenital heart disease: A national study of 7643 infants to inform service improvement. *Journal of the American Heart Association*, 5(5), e003369.

- Gaskin, K. L., Barron, D. J., & Daniels, A. (2016). Parents' preparedness for their infants' discharge following first-stage cardiac surgery: Development of a parental early warning tool. *Cardiology in the Young*, 26(7), 1414-1424.
- Khamhoi, R. Jintrawet, U., & Thiyapirom N. (2016). Parental pain management in post-operative pediatric patients and related factors. *Nursing Journal*, 43(2), 13-22.
- Kogon, B., Jain, A., Oster, M., Woodall, K., Kanter, K., & Kirshbom, P. (2012). Risk factors associated with readmission after pediatric cardiothoracic surgery. *The Annals of Thoracic Surgery*, 94(3), 865-873.
- Lekawanvijit, S. (2013). *Cardiomyopathies*. Chiang Mai: Faculty of Medicine Chiang Mai University Press
- Linde, D., Konings, E. E., Slager, M. A., Witsenburg, M., Helbing, W. A., Takkenberg, J. J., & Roos-Hesselink, J. W. (2011). Birth prevalence of congenital heart disease worldwide. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(21), 2241-2247.
- Mari, M. A., Cascudo, M. M., & Alchieri, J. C. (2016). Congenital heart disease and impacts on child development. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 31(1), 31-37.
- Miyata, H., Murakami, A., Tomotaki, A., Takaoka, T., Konuma, T., Matsumura, G., ... & Takamoto, S. (2014). Predictors of 90-day mortality after congenital heart surgery: The first report of risk models from a Japanese database. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 148(5), 2201-2206.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. (6th ed.). St. Louis: Mosby
- Pediatric Cardiac Surgery Foundation. (2014). *Congenital heart disease*. Retrieved from <http://www.pcsf.org/Knowledge/KnowledgeDetail/21>
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. (2nd ed.). East Norwalle: Appleton-Century-Crofts
- Phanphakdi, P. (2015). *Behaviors of caregivers in children with congenital heart disease*. Unpublished manuscript, faculty of medicine Narasuan University, Phitsanulok, Thailand
- Phromreungrit, K. Jintrawet, U., & Chotibang, J. (2015). Caregiving and related factors among caregivers of children with congenital heart disease. *Nursing Journal*, 42, 35-45.
- Pimental, E. L., Azevedo, V. M., Castro, Rde. A., Reis, L. C., & Lorenzo, A., (2013). Caries experience in young children with congenital heart disease in developing country. *Brazilian Oral Research*, 27(2), 103-108.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson.
- Laopanitcharoen, P. (2018). Nursing care of children undergoing congenital heart surgery. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(Supplement), 12-21.
- Preechamongmit, K. Lamchang, S., & Jintrawet, U. (2012). Factor related to caregiving burden among caregivers. *Nursing Journal*, 39(4), 13-22

- Queen Sirikit National institute of Child Health Foundation. (2016). Critical congenital heart disease in neonates. *Journal of the Department of Medical Services*, 41(4), 16-21.
- Rattanapibun, K. Kongsaktrakul, C., & Patoomwan, A. (2013). Parent participation in the care of hospitalized children. *Ramathibodi Nursing Journal*, 17(1), 232-247.
- Sirirak, T. (2017). *Health care in differently age population*. Retrieved from https://meded.psu.ac.th/binlaApp/class01/388-100/Health_care_in_Differently/index5.html
- Smith, A. H., Doyle, T. P., Mettler, B. A., Bichell, D. P., & Gay, J. C. (2015). Identifying predictors of hospital readmission following congenital heart surgery through analysis of a multi-institutional administrative database. *Congenital Heart Disease*, 10(2), 142-152.
- Soipheth, S. Jintrawet, U., & Mesukko, J. (2019). Care behaviors of parents and related factors to prevent respiratory infection in children with congenital heart disease. *Nursing Journal*, 46(1), 102-113
- Srichantarani, A., & Thampanichawa, W. (2018). Mothers' experience of having their children undergoing cardiac surgery: A qualitative study. *Thai Journal of Nursing Council*, 33(1), 74-88.
- Srichantarani, A. (2016). *Let's get to know congenital heart disease*. Retrieved from http://www.ns.mahidol.ac.th/english/th/ns_academic/56/04/Heart_disease.html
- Thanwong, T. Pensirinapa, N., & Kiraphong, P. (2016). Factors related to medical care usage of chronic disease patients at sub-district health promoting hospitals in Khao Yoi health network, Petchaburi Province. *Journal of Safety and Health*, 9(31), 26-36.
- The Society of Thoracic Surgeons (2017). *Cardiac surgery database*. Retrieved from https://www.sts.org/sites/default/files/documents/Congenital-STSExecSummary_Children_1.pdf
- Tregay, J., Wray, J., Crowe, S., Knowles, R., Daubeney, P., Franklin, R., ... & Brown, K. L. (2016). Going home after infant cardiac surgery: A UK qualitative study. *Archives of Disease in Childhood*, 101, 902-908
- van der Cammen-van Zijp, M.H., Gischler, S.J., Mazer, P., van Dijk, M., Tibboel D., & Ijsselstijn, H. (2010). Motor-function and exercise capacity in children with major anatomical congenital anomalies: An evaluation at 5 years of age. *Early Human Development*, 86(8), 523-528.
- Vantum, C., & Soomlek, S. (2012). Health promotion of caregivers in children with congenital heart disease undergone heart surgery. *Journal of Nursing Science and Health*, 35(1), 1-9.
- Wong, D.L., Hockenberry-Eaton, M., Winkelstein, M.L., Wilson, D., Ahmann, E., & DiVito-Thomas, P.A. (1999). *Whaley & Wong's nursing care of infants and children* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Wu, X., Li, Q., & Chen, J. (2015). Discharge planning for children with ventricular septal defect and pulmonary arterial hypertension in China. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 167-172.
- Yutthayong, S., & Kirdpole, W. (2016). Selected factors affecting care for children with acyanotic congenital heart disease by caregivers. *Journal of Nursing and Health Care*, 34(2), 184-192.