



ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ต่อความรู้และบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0-3 ปี

The Effect of Education Program on Knowledge and Role in the Caregiver for Children with Congenital Heart Disease Aged 0 - 3 Years

ธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์¹, อนงค์ ภิบาล¹, ประเสริฐ ไพบุญรุ่งโรจน์¹, วนิสา หะยิเศ¹, สาวินี ชาญสินธ์¹,
นุรดีนี ดือระ¹, นีรสณีย์ อากาแจ¹

Tidarat Wangsawat¹, Anong Phiban¹, Prasert Piboonrungraj¹, Wanisa Hayeese¹, Sawinee Chansintop¹,
Nurdeenee Dereh¹, Nirusnee A-Kaji¹

(Received: May 7, 2019; Revised: August 5, 2019; Accepted: August 14, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี ที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 24 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 12 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ภายใต้แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการให้ความรู้และคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ มีค่าความยากง่ายเท่ากับ .76 และแบบสอบถามบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติที

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.92$, $p < .001$) และมีความรู้หลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.81$, $p < .01$) รวมทั้งกลุ่มทดลองมีคะแนนบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.43$, $p < .001$) แต่ไม่มีความแตกต่างของคะแนนบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นแนวทางที่ทีมสุขภาพควรนำมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

¹ Faculty of Nursing, Princess of Naradhiwas University

Abstract

This quasi - experimental study was designed to determine the effectiveness of a supportive - educative nursing system program on knowledge and caregiver role for caring children with congenital heart disease aged 0 - 3 years at outpatient building of Naradhiwas hospital. Twenty four subjects were purposively selected into the experimental and control group. The experimental group was caregivers who participated in the supportive educational nursing program while the control group was only received routine nursing care. The research instruments were the supportive educational nursing program and handbook for caring children with congenital heart disease. Data were collected by using a two-section questionnaire; caregiver knowledge and caregiver role for caring children with congenital heart disease. The reliabilities for the questionnaires were 0.76 and 0.80 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistic and t - test.

The research results presented that the experimental group had a different mean scores of caregiver knowledge when compared to before experiment ($t = 4.92, p < .001$) and were significantly higher than that in the control group ($t = 2.81, p < .01$). The experimental group had a different mean score of caregiver role in caring when compared to before experiment ($t = 4.43, p < .001$), but it did not differ when compared to the control group.

The supportive educational nursing program is an appropriate guideline to educate caregivers so that they have effective knowledge and improve home care of children with congenital heart disease effectively.

Keywords: The supportive education nursing system, Caregivers, Children with congenital heart disease

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease [CHD]) เป็นความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือด เป็นสาเหตุการตายอันดับสองของทารกและเด็กวัยเตาะแตะ (Nousi & Christou, 2010) ผู้ป่วยเด็กมักเสียชีวิตโดยที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดหรือระหว่างรอการผ่าตัด โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบได้ 8 - 10 คน ต่อจำนวนทารกเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งจากการศึกษามีสถิติการเกิดโรคในอัตราที่ใกล้เคียงกันทั่วโลก (Triedman & Newberger, 2016) สาเหตุเกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม ได้รับความเสียหาย และการเจ็บป่วยของมารดาในขณะตั้งครรภ์ ผู้ป่วยมักมีอาการตัวเขียว เหนื่อยง่าย หายใจเร็ว รับประทานอาหารหรือนมได้น้อย อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวน้อย และมีภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การติดเชื้อในทางเดินหายใจ หัวใจวาย ขาดออกซิเจน และความดันโลหิตสูงที่ปอดสูง (Chaweethamawat, Kongsaktrakul & Kaveevitichai, 2012; Mari, Cascudo & Alchieri, 2016) รวมทั้งมีปัญหาด้านพฤติกรรม พูดช้า และสมาธิสั้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับการตัดสินใจในภาวะวิกฤติเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ (Azhar, Zaher, Abu-Ouf, Al-Ata & Alsheblie, 2017) และจากการที่ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ได้รับการดูแลแบบผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ป่วยเด็กมักได้รับการแก้ไขปัญหาหรือการดูแลที่ไม่แน่นอนเนื่องจากพ่อแม่บางส่วนขาดความรู้ ส่งผลให้ทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กต้องเผชิญกับความเครียด ไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ ขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยเด็กจนละเลยสมาชิกคนอื่น ๆ ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว (Srichantarant & Chontawan, 2011) การสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอย่างถูกต้องจึงถือเป็นเรื่องสำคัญอย่างยิ่ง



ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี เป็นเด็กที่อยู่ในวัยต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญที่สุดในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเด็กทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลทั่วไป การดูแลตามระยะพัฒนาการ และการดูแลเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ (Payomhom, Seeda & Wichiencharoen, 2013) แต่ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้น เนื่องจากได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ เพราะผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจ การใช้ยา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนไม่ถูกต้อง (Chuambangphae & Tangkiratichai, 2013) โดยผู้ดูแลมักได้รับความรู้เหล่านี้จากแพทย์และพยาบาลในครั้งแรกของการเข้ารับการรักษาซึ่งบางครั้งผู้ป่วยอาจยังไม่เกิดปัญหาเหล่านั้นจึงไม่ได้ปฏิบัติตามคำแนะนำจนเกิดการหลงลืมและขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ที่ผ่านมามีการพัฒนา รูปแบบการให้ความรู้ที่หลากหลาย เช่น การศึกษาของ Chuambangphae & Tangkiratichai (2013) พบว่า บิดมารดาซึ่งได้รับโปรแกรมแบบสองขั้นตอนเพื่อเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยเด็กหลังผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้ภาพพลิกวีดิทัศน์และแผนพับประกอบการสอนมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติสูงกว่าบิดมารดาในกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม แต่จากการศึกษาของ Koon-aree, Pukdeepin & Sangmanee (2015) กลับพบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่เข้ารับการสอนหัวใจและได้รับการให้ข้อมูลด้วยหนังสือนิทานประกอบภาพการ์ตูนกับกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ มีความวิตกกังวลไม่แตกต่างกัน ดังนั้นสื่อประกอบการสอนจึงควรได้รับการพัฒนาเพื่อให้มีความเหมาะสมมากขึ้น ร่วมกับจังหวัดนครราชสีมาเป็นพื้นที่ที่มีความเป็นเอกลักษณ์ทั้งด้านภาษา วัฒนธรรม ศาสนา และวิถีชีวิต แนวทางการพัฒนาองค์ความรู้และช่องทางการสื่อสารด้านโภชนาการจึงควรมีความเหมาะสมเฉพาะกลุ่ม (Chunpetch, Sivadamrongpong & Yeepaloh, 2014) ผู้วิจัยเล็งเห็นความสำคัญในจุดนี้จึงพัฒนารูปแบบการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลตามแนวคิดการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการสอน การสนับสนุน การสร้างสิ่งแวดล้อม และการชี้แนะ โดยทุกขั้นตอนรวมทั้งคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 3 ปี ที่ใช้ประกอบการให้ความรู้จะมีการสอดแทรกเนื้อหาที่มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ดูแลเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อหลีกเลี่ยงความรู้สึกขัดแย้งในจิตใจของผู้ดูแลและห่างแนวทางการรักษาพยาบาลกับวิถีชีวิตตามความเชื่อของผู้ดูแลในพื้นที่ ผู้วิจัยคาดหวังว่าแนวทางการให้ความรู้ดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถแสดงบทบาทการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี ได้อย่างถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 3 ปี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้และบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 3 ปี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองหรือผู้ดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ โอเรียม (Orem, 2001) โดยพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยอาศัยวิธีการสอน การสนับสนุน การสร้างสิ่งแวดล้อม และการชี้แนะ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างถูกต้องครอบคลุมบทบาททั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลโดยทั่วไป การดูแลตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตาม ภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างโปรแกรมการให้ความรู้ ประกอบด้วย 1) การสอน โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค

หัวใจพิการแต่กำเนิด 2) การสนับสนุน โดยผู้วิจัยแจกคู่มือที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดนครราชสีมา 3) การสร้างสิ่งแวดล้อม ผู้วิจัยจัดการสอนเป็นรายบุคคล ช่วยให้รู้สึกเป็นกันเองสามารถตอบข้อซักถามและให้กำลังใจผู้ดูแลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็ก 4) การชี้แนะ ผู้วิจัยมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อติดตามและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยเชื่อว่าระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 2 กลุ่มทดสอบก่อนและหลัง (Two group pre - post test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนครราชสีมาราชนครินทร์ ระหว่างเดือนมีนาคม 2558 - มีนาคม 2559 จำนวน 41 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 24 คน และใช้วิธีการจับคู่ (Matched pair) เพื่อให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน หลังจากนั้นจับผลลากแบ่งเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน โดยมีคุณสมบัติดังนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี ซึ่งอยู่ระหว่างระการผ่าตัด สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ติดต่อกับโทรศัพท์ได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คน ไม่ได้มาพบแพทย์ตามนัด และอีก 2 คน ส่งต่อไปรับการรักษาตัวที่อื่น จึงจำเป็นต้องตัดกลุ่มตัวอย่างเหลือเพียงกลุ่มละ 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ โดยอาศัยวิธีการสอน การสนับสนุน การสร้างสิ่งแวดล้อม และการชี้แนะ ซึ่งการให้ความรู้จะมีความสอดคล้องกับคู่มือ เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

2.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ Keawvichit & Thajeen (2007) มีข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบ ใช่ ให้ 1 คะแนน ตอบ ไม่ใช่หรือไม่ทราบ ให้ 0 คะแนน มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0 - 30 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ .93 และคำนวณค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน - 20 มีค่าความยากง่าย เท่ากับ .76

2.3 แบบสอบถามบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามของ Keawvichit & Thajeen (2007) มีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ มีลักษณะเป็น rating scale ชนิด 4 อันดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ปฏิบัติทุกครั้งได้ 4 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งได้ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้งได้ 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 1 คะแนน มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 40 - 160 คะแนน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน มีค่า CVI เท่ากับ .87 และคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80



วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์ และจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

การวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ โดยใช้สถิติ pair t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้และบทบาท หลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและควบคุมเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กคิดเป็นร้อยละ 83.3 เท่ากัน เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 100 กลุ่มทดลองมีอายุมากกว่า 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.3 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.7 กลุ่มทดลองทั้งหมดนับถือศาสนาอิสลามคิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มควบคุมนับถือศาสนาอิสลามคิดเป็นร้อยละ 91.7 กลุ่มทดลองจบชั้นประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 66.7 ในขณะที่กลุ่มควบคุมจบชั้นมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 50.0 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านคิดเป็น ร้อยละ 75.0 และ 50.0 ตามลำดับ กลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน

ต่ำกว่า 5,000 บาท และอยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน ส่วนกลุ่มควบคุมมีรายได้อยู่ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท คิดเป็น ร้อยละ 41.7 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นครอบครัวเดี่ยวและครอบครัวขยายคิดเป็น ร้อยละ 50.0 เท่ากัน และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 58.3 ตามลำดับ

ผู้ป่วยเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 58.3 และ 83.3 ตามลำดับ กลุ่มทดลอง ทั้งหมดยังไม่เข้ารับการศึกษา ส่วนกลุ่มควบคุมยังไม่เข้ารับการศึกษาคิดเป็นร้อยละ 83.3 ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพี่น้อง จำนวน 2 - 3 คน คิดเป็นร้อยละ 58.3 และ 50.0 ตามลำดับ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 75.0 และ 58.3 ตามลำดับ และมีอายุอยู่ระหว่าง 6 - 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 41.7 ตามลำดับ กลุ่ม ทดลองมีระยะเวลาที่ป่วยอยู่ระหว่าง 0 - 6 เดือน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ส่วนกลุ่มควบคุมมีระยะเวลาที่ป่วยอยู่ระหว่าง 0 - 6 เดือน และ 6 - 12 เดือน คิดเป็นร้อยละ 33.3 เท่ากัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาพบแพทย์ตามนัดอยู่ระหว่าง 1 - 5 ครั้ง คิด เป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเด็กกลุ่มทดลองไม่เคยเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 58.3 ในขณะที่กลุ่ม ควบคุมมีจำนวนครั้งการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอยู่ระหว่าง 1 - 3 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 75.0

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนความรู้และบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี อยู่ในระดับ ปานกลางและระดับมากคิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากัน เมื่อพิจารณาด้านบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 3 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็ก อยู่ในระดับปานกลางและมากคิดเป็นร้อยละ 50.0 เท่ากัน ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็ก อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 83.3 และระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 16.7 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และบทบาท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี ด้วยสถิติ Pair Sample t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้และบทบาทหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้ รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้หลังได้รับ โปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่มีคะแนนบทบาทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมไม่ แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ และบทบาทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยแยกวิเคราะห์ก่อนและ หลังการทดลอง

ข้อมูล/กลุ่ม	ก่อนการทดลอง (n = 12)		หลังการทดลอง (n = 12)		p-value
	M	S.D.	M	S.D.	
ด้านความรู้					
กลุ่มทดลอง	20.83	3.51	26.33	2.74	0.001
กลุ่มควบคุม	20.92	3.5	22.5	3.85	0.01
ด้านบทบาท					
กลุ่มทดลอง	124.58	12.33	136.83	11.49	0.001
กลุ่มควบคุม	132.92	11.66	132.58	11.19	0.748

หมายเหตุ *** P < .001, ** p < .01



การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 3 ปี ด้วยสถิติ Independent Sample t-test พบว่า คะแนนความรู้และบทบาทก่อนได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และคะแนนบทบาทหลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันเช่นเดียวกัน ในขณะที่คะแนนความรู้หลังได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และบทบาทก่อนและหลังการทดลอง โดยแยกวิเคราะห์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล/กลุ่ม	ก่อนการทดลอง (n = 12)		หลังการทดลอง (n = 12)		p-value
	M	S.D.	M	S.D.	
ด้านความรู้ กลุ่มทดลอง	20.83	3.51	20.92	3.50	.954
กลุ่มควบคุม	26.33	2.74	22.50	3.85	.01
ด้านบทบาท กลุ่มทดลอง	124.58	12.33	132.92	11.66	.103
กลุ่มควบคุม	136.83	11.49	132.58	11.19	.369

หมายเหตุ ** p < .01

อภิปรายผล

1. ระดับความรู้และบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 3 ปี ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ตามแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาของ Keawvichit & Thajeen (2007) ซึ่งพบว่า บิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นความผิดปกติที่มีความซับซ้อน ทั้งในด้านสาเหตุของโรค อาการและอาการแสดง การรักษา และการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน จึงยากต่อการทำความเข้าใจ รวมทั้งสื่อและเอกสารต่างๆ ที่ใช้ในการให้ความรู้ เรื่องโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยเด็กในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมาไม่มากนัก ผู้ดูแลจึงไม่สามารถที่จะเรียนรู้หรือทำความเข้าใจเพิ่มเติมได้เมื่อเกิดข้อสงสัย ดังนั้นผู้ดูแลจึงมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลอีกครึ่งหนึ่งกลับมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับสูง ซึ่งถือเป็นเรื่องที่น่าพอใจ อาจเกิดจากผู้ดูแลที่ทำการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่ามีความเกี่ยวข้องของเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็ก ความรักและความห่วงใยในตัวผู้ป่วยเป็นแรงกระตุ้นสำคัญให้ผู้ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยเป็นอย่างดี อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านจึงมีเวลาดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และสามารถนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยตนเองได้ทุกครั้ง จึงสามารถเรียนรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กทั้งจากประสบการณ์จริงและคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้อย่างต่อเนื่อง โอกาสการเรียนรู้เหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลอีกร้อยละ 50 มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาในด้านบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 3 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี

ก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้อยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50 เท่ากัน ในขณะที่กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีคะแนนบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 83.3 อธิบายได้ว่าผู้ที่ดูแลส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องกับเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็ก ลักษณะทัศนคติความเป็นแม่ทำให้ผู้ดูแลสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วยตลอดเวลา สามารถทำความเข้าใจในพฤติกรรมและตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้ดูแลทั้งหมดเป็นเพศหญิงที่มีอายุมากกว่า 20 ปี อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะในการตัดสินใจและมีความรับผิดชอบสูง ร่วมกับสังคมไทยปลูกฝังให้เพศหญิงเป็นผู้ดูแลความเป็นอยู่ของสมาชิกในครอบครัวมีความเจ็บป่วย ผู้ดูแลจึงสามารถแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้เป็นอย่างดี การศึกษาครั้งนี้จึงพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคะแนนบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 3 ปี อยู่ในระดับสูง

2. ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้เรื่อง การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 3 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 3 ปี สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ Edraki, Kamali, Beheshtipour, Amoozgar, Zare, & Nontaseri (2014) พบว่า มารดาของทารกโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ตามแนวคิดระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้โดยใช้คู่มือประกอบ มีคุณภาพชีวิตและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ามารดาที่ได้รับการให้ความรู้ตามปกติ อาจเนื่องมาจากกิจกรรมทั้ง 4 วิธี ในโปรแกรมการให้ความรู้ซึ่งประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม เป็นกิจกรรมที่เหมาะสมในการเพิ่มขีดความสามารถในการเรียนรู้ จดจำ และการแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยกิจกรรมการสอนเป็นรายบุคคลภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและบรรยากาศที่เป็นกันเอง ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถซักถาม เปิดเผยข้อมูลและความรู้สึกได้อย่างอิสระ รวมถึงได้รับการสอน คำแนะนำ และการฝึกในประเด็นที่เป็นปัญหาของตัวเอง จนเกิดความเข้าใจและมั่นใจในการนำไปใช้จริง ในส่วนของกิจกรรมการสนับสนุนผู้ดูแลทุกคนได้รับคู่มือเรื่อง การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 3 ปี กลับไปทบทวนที่บ้าน ซึ่งคู่มือมีเนื้อหาและตัวอย่างประกอบที่สอดคล้องตามบริบทและวัฒนธรรมของผู้ดูแล ทำให้ง่ายต่อการทำความเข้าใจและนำไปใช้ได้จริงโดยไม่รู้สึกขัดแย้งกับความเชื่อและวัฒนธรรม ผู้ดูแลจึงมีความรู้และความมั่นใจในการแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การโทรศัพท์เยี่ยมในสัปดาห์ที่ 3 ซึ่งเป็นกิจกรรมการชี้แนะและการสนับสนุน เป็นช่องทางหนึ่งซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลสามารถสอบถามประเด็นที่สงสัยเพิ่มเติม ทำให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง อีกทั้งยังแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยและความเอาใจใส่ของพยาบาลที่มีต่อผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยว สร้างกำลังใจ และเพิ่มความมั่นใจให้กับผู้ดูแลในการแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพิ่มมากขึ้น ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ภายใต้แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ จึงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี ภายหลังการทดลองเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้และบทบาทของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่าผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 20 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีการพัฒนากระบวนการคิด ทักษะการหาความรู้ รวบรวมเหตุผล วิเคราะห์ปัญหา และเชื่อมโยงสถานการณ์ได้ดี (Phromreungrit, Jintrawet & Chotibang, 2015) ร่วมกับส่วนใหญ่เป็นแม่บ้านจึงสามารถนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยตนเองทุกครั้ง จึงได้รับความรู้และคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มเติม ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมจึงมีคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่ในส่วนของคะแนนเฉลี่ยบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่มี



ความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากการได้รับความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ขาดการทบทวนและฝึกปฏิบัติ ไม่สามารถที่จะทำให้เกิดความมั่นใจในการแสดงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้ อีกทั้งการไม่ได้รับการติดตามหลังได้รับข้อมูล มีผลให้ผู้ดูแลขาดความตระหนักในการปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นแม่ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมจึงมีคะแนนความรู้เพิ่มสูงขึ้น แต่กลับมีคะแนนบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กระหว่างก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ภายใต้แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมการสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการสร้างสิ่งแวดล้อม เป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่ช่วยให้ผู้ดูแลได้รับความรู้ ทำความเข้าใจ จดจำ และวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับได้อย่างมีประสิทธิภาพ อีกทั้งคู่มือการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับบริบทและความเชื่อของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถอ่านทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีข้อขัดแย้งด้านความรู้สึกระหว่างแนวทางการรักษากับความเชื่อและวัฒนธรรม จึงทำความเข้าใจจดจำ และปฏิบัติตามได้ง่ายผู้ดูแลในกลุ่มทดลองจึงมีการพัฒนาความรู้ที่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Songthip, Sanasuttipun & Strichantaranit (2015) ซึ่งพบว่ามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด อายุ 0 - 2 ปี ที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กเพิ่มสูงขึ้นกว่ามารดาที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ แต่เมื่อพิจารณาบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลับพบว่าผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กไม่แตกต่างกัน อาจเกิดจากการแบ่งกลุ่มได้ใช้เกณฑ์ด้านการศึกษา อายุ เพศ และศาสนาของผู้ดูแล รวมถึงการวินิจฉัยโรค อายุ และระยะเวลาในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งปัจจัยทั้งหมดอาจไม่มีผลเพียงพอที่จะตัดสินว่าผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของคะแนนจะเห็นว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยบทบาทในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดก่อนการทดลองเท่ากับ 132.92 (S.D. = 11.66) ในขณะที่หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 132.58 (S.D. = 11.19) เห็นได้ว่าคะแนนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันเลย ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้กลับมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สรุปได้ว่าโปรแกรมการให้ความรู้ภายใต้แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีความเหมาะสมในการพัฒนาความรู้และบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดได้ และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการบริการ ควรนำแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่ต่อเนื่อง มีความมั่นใจ และให้การดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้อง
2. ด้านการวิจัย ควรขยายกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทั้ง 3 จังหวัด และพัฒนาสื่อให้หลากหลาย เช่น ภาพพลิก แอปพลิเคชัน แอนิเมชัน และสื่อ 2 ภาษาทั้งภาษาไทยและมลายูถิ่น
3. ด้านการศึกษา ควรมีการเพิ่มเติมรายละเอียดเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้มีความสอดคล้องกับบริบท ความเชื่อ และวัฒนธรรมของผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็ก

ข้อจำกัดในการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดอายุ 0 - 3 ปี ในการวิจัยครั้งนี้สร้างขึ้นภายใต้บริบทที่มีความเป็นเอกลักษณ์ของพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ แต่หากจะนำไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ ควรมีการปรับปรุงให้มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่นั้นๆ ก่อนนำไปใช้จริง

รายการอ้างอิง (References)

- Azhar, A.S., Zaher Z.F., Abu-Ouf N.M., Al-Ata J., & Alsheblie S.A. (2017). Determinants of successful medical education of caregivers of children with congenital heart disease. *Journal of the Saudi Heart Association*, 30(1), 28-39. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsha.2017.03.006>.
- Chuambangphae, C., & Tangkiraticchai, S. (2013). Effectiveness of two - phase - discharge plan program for children undergoing open heart surgery upon parental care practice and continuing care management. *Mahasarakham Hospital Journal*, 10(3), 22 - 30.
- Chunpetch, A., Sivadamrongpong, W., & Yeepaloh, M. (2014). Beliefs about foods and food preparation experiences for childhood with malnutrition of native Muslim mothers living in Yala province. *Journal of nursing and Education*, 7(3), 24 - 34.
- Chaweethamawat, A., Kongsaktrakul, C., & Kaveevivitchai, C. (2012). Development of computer - assisted instruction on knowledge of congenital heart disease for school-aged children with congenital heart disease. *Kuakarun Journal of Nursing*, 19(2), 118 - 134.
- Edraki, M., Kamali, M., Beheshtipour, N., Amoozgar, H., Zare, N., & Nontaseri, S. (2014). The effect of educational program on the quality of life and self efficacy of the mothers of the infants with congenital heart disease. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 2(1), 51 - 59.
- Keawvichit, N., & Thajeen, K. (2007). Knowledge and the parental role in caring for children with heart disease. *Songklanagarind Medical Journal*, 25(4), 273 - 282.
- Koon-aree, S., Pukdeepin, P., & Sangmanee, W. (2015). Effect of information education via a comic book on anxiety of school - aged children undergoing a cardiac catheterization. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(2), 129 - 141.
- 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.
- Nousi, D., & Christou, A. (2010). Factors affecting the quality of life in children with congenital heart disease. *Health Science Journal*, 4(2), 94 - 100.
- Payomhom, C., Seeda R., & Wichiencharoen, K. (2013). The effect of education program on maternal care for children with congenital heart disease undergone post open - heart surgery. *Thai Journal of Cardio - Thoracic Nursing*, 24(1), 31 - 43.
- Phromreungrit, K., Jintrawet, U., & Chotibang, J. (2015). Caregiving and related factors among caregivers of children with congenital heart disease. *Nursing Journal*, 42, 35 - 45.



- Orem, D.E. (2001). *Nursing: concept of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby year book
- Srichantarant, A., & Chontawan, R. (2011). Caring for infants with congenital heart disease prior to Cardiac Surgery: the impacts on families. *Journal of Nursing Science*, 29(2), 7 - 18.
- Songthip, S., Sanasuttipun W., & Srichantarant, A. (2015). The effects of supportive - education nursing system program on knowledge and behaviors of mothers of children with acyanotic congenital heart disease aged 0 - 2 years. *Thai Journal of Cardio - Thoracic Nursing*, 26(2), 25 - 38.
- Triedman, J.K., & Newberger, J.W. (2016). Trends in congenital heart disease the next decade. *Circulation*, 133, 2716 - 2733. Retrieved from <http://ahajournals.org>.