

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดวัย 1- 5 ปี ต่ระดับ  
ความรุนแรงของโรค



นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF CHILDCARE BEHAVIOR PROMOTING PROGRAM FOR CAREGIVERS  
ON SEVERITY OF ILLNESS IN 1-5 YEAR OLD ASTHMATIC CHILDREN

Miss Wannapha Chinapattarapong



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแล  
เด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ต่ระดับความรุนแรงของโรค

โดย

นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

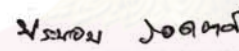
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

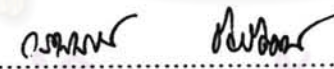
รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

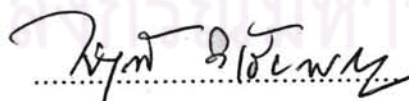
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์.  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

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

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ไช่มุกข์ วิเชียรเจริญ)

วรรณภา ชินะภัทรพงศ์ : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล  
เด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ต่อระดับความรุนแรงของโรค. (THE EFFECT OF CHILDCARE  
BEHAVIOR PROMOTING PROGRAM FOR CAREGIVERS ON SEVERITY OF  
ILLNESS IN 1- 5 YEAR OLD ASTHMATIC CHILDREN) อ. ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์  
หลัก : รศ.ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 134 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริม  
พฤติกรรมดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีต่อระดับความรุนแรงของโรค กลุ่มตัวอย่างคือ  
เด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีที่มาตรวจและรับการรักษาที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกกุมารเวช-  
กรรม โรงพยาบาลชลบุรีและผู้ดูแล จำนวน 46 คู่ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม 24 คู่  
และกลุ่มทดลอง 22 คู่ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลทางการแพทย์ตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับ  
โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี เป็นเวลา 4 สัปดาห์ โปรแกรมถูกสร้าง  
โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพของ Orem (2001) โดย  
ได้รับการตรวจสอบและประเมินความเหมาะสมในการนำมาใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิ 7 ท่าน โปรแกรมที่  
ให้ผู้ดูแลประกอบไปด้วย 1) การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้โปรแกรมและผู้ดูแลของเด็ก 2) การ  
อธิบายถึงความสำคัญของพฤติกรรมดูแลต่อระดับความรุนแรงของโรคหืด 3) การให้ความรู้ด้าน  
ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคหืด 4) การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับการดูแลเด็กด้วยตนเองของผู้ดูแล เก็บข้อมูล  
ส่วนบุคคลและข้อมูลความรุนแรงของโรคหืด 2 ครั้ง คือ ก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์ โดย  
ใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี ซึ่งพัฒนาโดยผู้วิจัย มีค่าดัชนีความตรงตาม  
เนื้อหาที่ .88 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ .84 ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนาเพื่อ  
หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

ระดับความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีในกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริม  
พฤติกรรมดูแลต่ำกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  
.05

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต..... วรรณภา ชินะภัทรพงศ์  
ปีการศึกษา.....2553.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ..... (นางฉวี) ..... (นางฉวี)

## 5077603636 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS : 1- 5 YEAR OLD CHILDREN / ASTHMA / CAREGIVER / CHILDCARE / BEHAVIORS / SEVERITY OF ILLNESS

WANNAPHA CHINAPATARAPONG : THE EFFECT OF CHILDCARE BEHAVIOR PROMOTING PROGRAM FOR CAREGIVERS ON SEVERITY OF ILLNESS IN 1-5 YEAR OLD ASTHMATIC CHILDREN. ADVISOR : ASSOC.PROF.WARAPORN CHAIYAWAT, D.S.N., 134 pp.

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effect of childcare behavior promoting program for caregivers on severity of illness in 1-5 year old asthmatic children. Subjects of this study were 46 one to five years old asthmatic children and their caregivers at the pulmonary clinic of pediatrics department, Chonburi Hospital. Twenty-four pairs were randomly assigned to the control group and 22 pairs were in the experimental group. The control group received conventional nursing care while the experimental group received the four - week childcare behavior promoting program. This program was guided by the health-deviation self-care requisites of Orem (2001). It was verified by 7 experts. The program included relationship formation, explanation of the necessity of childcare behavior on severity of asthmatic illness, knowledge on asthma, and environmental management. Data were collected twice, before and 2 weeks after receiving the program, by the illness severity interview developed by the researcher. It's content validity index was .88 and interrater reliability was .84. Data were analyzed by mean, standard deviation, and ANCOVA with pretest as the covariate, at the level of statistical significance of .05.

It was found that the severity of illness in 1-5 year old asthmatic children after their caregivers received the program was lower than that of the group receiving conventional nursing care at the level of statistical significance of .05.

Field of Study : ..... Nursing Science .....

Student's Signature

Academic Year : ..... 2010 .....

Advisor's Signature

*Wannapha Chinapatarapong*  
*Waraporn Chaiyawat*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้และความเอาใจใส่เป็นอย่างดีจากรองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ซึ่งให้ทั้งความรู้ ข้อคิด ข้อเสนอแนะ ให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์ พร้อมทั้งสนับสนุนและให้กำลังใจ เอาใจใส่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและสำนึกในพระคุณของอาจารย์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร. ไชยมุข วิเชียรเจริญ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ความรู้และเสนอแนะข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการนำไปปรับปรุงแก้ไขทำให้วิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่มีความกรุณาและสละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งในการตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัย ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้กับนิสิตผู้วิจัย

ขอกราบขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าพยาบาล ของโรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลพานทองและโรงพยาบาลบ้านบึง ตลอดจนเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่อำนวยความสะดวกในการทำวิจัย ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานที่ให้ผู้วิจัยแลกรเวรเพื่อทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จลุล่วง ขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย และขอขอบคุณความร่วมมือจากผู้ดูแลของเด็กและเด็กป่วยโรคหืดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทุกคน

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ให้ทุนสนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบคุณ นายแพทย์ณยศ ชี้อตรง แพทย์เฉพาะทางอายุรกรรมทั่วไป ที่ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคหืด สถิติวิจัย คอยให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดมา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดามารดา ญาติพี่น้องทุกคนที่คอยให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจผู้วิจัยเสมอมา นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณดวงวิญญาณของก๋งแก้ว แซ่ไห้ว ผู้ที่หยิบยื่นโอกาสให้ผู้วิจัยได้ก้าวสู่เส้นทางวิชาชีพพยาบาลทำให้ผู้วิจัยภาคภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือและดูแลท่านจนวาระสุดท้าย และยิ่งประโยชน์ให้กับมวลมนุษยชาติสืบไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญรูปภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	11
ผู้ป่วยเด็กโรคหัดวัย 1- 5 ปี.....	12
ความรุนแรงของโรคหัด.....	19
ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม.....	23
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทาง สุขภาพ.....	24
พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัย 1- 5 ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัด.....	25
การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัด.....	31
บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหัดวัย 1- 5 ปี.....	31
การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์.....	33
โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดวัย 1- 5 ปี.....	36
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37

3	วิธีดำเนินการวิจัย.....	44
	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
	การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	45
	การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	52
	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
4	ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	73
	สรุปผลการวิจัย.....	76
	อภิปรายผล.....	76
	ข้อเสนอแนะ.....	86
	รายการอ้างอิง.....	89
	ภาคผนวก.....	95
	ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	96
	ภาคผนวก ข จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ.....	98
	ภาคผนวก ค เอกสารรับรองโครงการวิจัย.....	103
	ภาคผนวก ง เอกสารการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	106
	ภาคผนวก จ หนังสือขออนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและหนังสืออนุมัติให้ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย.....	113
	ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	120
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	134



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลของเด็กจำแนกตาม ความสัมพันธ์ เพศ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ประสพการณ์การดูแลเด็กของผู้ดูแล.....	47
2	จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กจำแนกตาม ระดับการศึกษา เพศ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เด็กเกิดอาการหอบ.....	49
3	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล จำแนกตามอายุ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลเด็กคนนี้ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นเด็ก จำแนกตามอายุของเด็ก และอายุที่เกิดอาการหอบหืดครั้งแรก.....	51
4	ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนความรุนแรงของโรค ก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง.....	67
5	ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหืดด้วย 1- 5 ปีของกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วมโดยมีคะแนน ความรุนแรงของโรคก่อนการทดลองของเด็กโรคหืดเป็นตัวแปรปรวนร่วม.....	69
6	ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรค หืดด้วย 1-5 ปีของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่ม..	70
7	ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1- 5 ปีของผู้ดูแลใน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วมโดยมี คะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหืดก่อนการทดลองของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1- 5 ปีเป็นตัวแปรปรวนร่วม.....	72
8	แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี.....	133

## สารบัญญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	แสดงพยาธิสภาพของโรคหัดในเด็ก.....	16
2	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	43
3	ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย.....	60
4	โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี.....	120
5	แผนการสอนเรื่องโรคหัดและการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี.....	122
6	ภาพพลิกเรื่องโรคหัดและการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี.....	124
7	คู่มือการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปีสำหรับผู้ดูแล.....	126
8	แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปีสำหรับผู้ดูแล.....	128

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่คุกคามต่อชีวิต (The National Institutes of Health: National health, lung and blood Institute (NHLBI), 2007) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก (Haby et al., 2001; Pearce et al., 2007) โรคหืดเกิดขึ้นเนื่องจากหลอดลมของผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าภาวะปกติ ทำให้หลอดลมหดเกร็ง มีขนาดตีบแคบลง บวมเนื่องจากการอักเสบ มีการสร้างเสมหะมากกว่าปกติ เกิดอาการที่เรียกว่า อาการหอบ หรือ การจับหืด คือ ไอ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจเร็ว ซึ่งอาการเหล่านี้ จะเกิดขึ้นเป็นๆ หายๆ และเรื้อรัง อาการหอบมักเกิดขึ้นตอนกลางคืน หรือเมื่อสัมผัสกับสิ่งที่แพ้หรือระคายเคือง

การเจ็บป่วยด้วยโรคหืด เป็นภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพที่พบได้บ่อยในเด็กวัย 1 - 5 ปี (ธิดารัตน์ เอกศิริณมิตร, 2539) และโรคมักมีความรุนแรงมากในเด็กวัยนี้ (วารุณี รัตนวารี, 2544) เนื่องจากปอดของเด็กเล็กยังพัฒนาได้ไม่สมบูรณ์ (ไพศาล เลิศฤดีพรและสุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์, 2550; Loughlin and Eigen, 1994) ประกอบกับกายวิภาคของหลอดลมมีขนาดเล็กกว่าเด็กโตหรือผู้ใหญ่ ด้วยความแตกต่างทางด้านกายภาพและสรีระของปอดในเด็กเล็ก เมื่อเทียบกับผู้ใหญ่ ทำให้เด็กเล็กมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะหายใจล้มเหลวหรือขาดออกซิเจนได้เร็วและบ่อยกว่าผู้ใหญ่หรือเด็กโต (สมรัก รั้งคกุลนุวัฒน์, 2548) การประเมินอาการหอบในเด็กเล็กต้องอาศัยการเฝ้าสังเกตอาการเป็นสำคัญ (Covar and Spahn, 2003) ผลของอาการหอบกำเริบในเด็กวัย 1 - 5 ปี จะมีอาการเหนื่อยจนอาจพูดไม่ได้ หรือพูดได้แต่ไม่เป็นประโยค ต้องหยุดพักเป็นช่วงๆ กระสับกระส่าย สับสน ซึมลง เหงื่อออกมาก ซีพจรเต้นเร็ว นอนราบไม่ได้ หายใจลำบาก ซีโคร่งนุ่นขณะหายใจ เหนื่อยมือ เหนื่อยเท้าคล้ำเขียว (สิรินันท์ บุญยะสิทธิ์พรณ และเฉลิมชัย บุญยะสิทธิ์พรณ, 2551) อาการดังกล่าวทำให้ไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติที่บ้าน ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน หรือรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เด็กวัย 1- 5 ปี ที่มีอาการของโรคหืดรุนแรง หรือมีอาการหอบกำเริบบ่อยๆ จะส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม พัฒนาการและคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก (Ladebauche, 1997) อาการที่เกิดขึ้นจะรบกวนการนอนหลับของเด็ก เพราะอาการไอและหอบมักเกิดตอนเข้ามิดและกลางดึก อาการหอบทำให้เด็กมีความสามารถในการทำกิจกรรมหรือเล่นลดลง (Juniper, 2003) และทำให้เด็กออกกำลังกาย

ลดลง (Gustafsson et al., 2006) ในรายที่อาการหอบกำเริบรุนแรงอาจเกิดอาการแทรกซ้อน เกิดภาวะหายใจล้มเหลวจนถึงกับเสียชีวิตในที่สุดได้ (Weinberger, 1990 อ้างในกิตติมา สัมราญไชยธรรม, 2541) ความรุนแรงของโรคหืดที่เกิดขึ้นดังกล่าว บ่งบอกภาวะสุขภาพของเด็ก (Health state) หากความรุนแรงของโรคยิ่งมาก ยิ่งบั่นทอนภาวะสุขภาพของเด็กด้วยเช่นกัน

เด็กที่ป่วยเป็นโรคหืดและมีความรุนแรงของโรคมักจะเจริญเติบโตช้า ร่างกายอ่อนแอ เมื่อเปรียบเทียบความสูงจะเตี้ยกว่าเด็กในวัยเดียวกัน การเข้าสู่สู่วัยรุ่นช้ากว่าปกติทั้งในเด็กหญิงและเด็กชาย (Kuzemko, 1978 อ้างถึงใน กรรณา เครือเนตร, 2551) ผลต่อด้านจิตใจ เด็กต้องประสบกับภาวะวิตกกังวลจากการพลัดพราก (separation anxiety) หรือสูญเสียการควบคุมตนเอง (loss of control) เมื่อเด็กต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2550) เด็กต้องขาดเรียน (Yawn, Fryer and Lanier, 2004; Gustafsson, Watson, Davis and Rabe, 2006) เด็กมักจะมีอารมณ์โกรธ ก้าวร้าว ซึมเศร้า รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อยและควมมีคุณค่าในตนเองลดลง (Khampalikit, 1983 อ้างถึงใน กรรณา เครือเนตร, 2551; Juniper, 2003) คุณภาพชีวิตต่ำลง (Chiang, 2005) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสืบเนื่องไปยังผู้ดูแลเด็ก และครอบครัวตามมาอีกด้วย เนื่องจากบิดามารดาเกิดความทุกข์และมีความตึงเครียดที่ต้องเผชิญกับอาการหอบของเด็ก โดยไม่ทราบว่าเกิดขึ้นในช่วงใดของแต่ละวัน (Rand and Butz, 2003) บิดามารดาวิตกกังวลเรื่องการจัดการขณะที่เด็กมีอาการหอบ (Lai et al., 2005) ต้องหยุดงานเพื่อดูแลเด็กขณะเจ็บป่วย ทำให้ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว บางครอบครัวต้องหยุดการมีบุตร ทั้งๆ ที่ยังต้องการ (Donnelly, 1994 อ้างถึงใน กรรณา เครือเนตร, 2551) ความเจ็บป่วยของเด็กอาจทำให้บิดามารดาตามใจหรือประคบประหม่อมเด็กมากเกินไป ซึ่งจะส่งผลในด้านการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กต่อไปได้ หรือในทางตรงกันข้าม อาจเกิดความเบื่อหน่าย และไม่สนใจเด็ก รู้สึกผิดหวังในตัวเด็ก (ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2541) ในครอบครัวของเด็กที่มีพี่น้องคนอื่นๆ อาจมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับเด็กป่วย เนื่องจากความรู้สึกอิจฉาหรือไม่พอใจที่บิดามารดาให้ความสนใจต่อเด็กป่วยมากกว่า (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2550) เด็กป่วยด้วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคมัก ย่อมก่อให้เกิดผลกระทบต่อเด็กป่วยและครอบครัวมากเช่นกัน (วรรณา เรืองลาภอนันต์, 2543)

นอกจากปัจจัยทางสรีระแล้ว เด็กที่มีอาการหอบหืดต้องได้รับการรักษาจากแพทย์เพื่อให้เด็กได้รับยาที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงจะทำให้ความรุนแรงของโรคลดลงได้ การที่จะให้เด็กได้รับยาที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีความต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์นั้น ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กให้เป็นไปตามแผนการรักษา ทั้งด้านการใช้ยา และการ

หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น นั่นคือหัวใจสำคัญของการดูแลเด็กโรคหืด พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล เป็นปัจจัยทำนายความรุนแรงของโรคหืดในเด็กอายุ 1 – 5 ปี ที่สำคัญมากอีกประการหนึ่ง (วารุณี รัตนवार, 2544) ทั้งนี้เนื่องจากเด็กโรคหืดวัย 1 – 5 ปี เป็นวัยที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง จำกัด ต้องพึ่งพาการดูแลตนเองจากผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามที่เจ็บป่วยหรือเมื่อมีภาวะ เบี่ยงเบนทางสุขภาพ ดังนั้นการที่สุขภาพของเด็กเหล่านี้จะดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแล เด็กของผู้ดูแลว่าสามารถดูแลเด็กได้ถูกต้องหรือไม่ (มณี คุประสิทธิ์, 2539)

การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องหรือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ ถูกต้อง เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการของโรครุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Sheffer, 1991) เด็กโรค หืดที่มีความรุนแรงของโรคมาก สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลที่ยังไม่ดี เพียงพอ ทำให้เด็กยังคงมีอาการหอบกำเริบถี่ อาการหอบหรือการจับหืด ซึ่งได้แก่ อาการไอ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ดในช่วงกลางวันและ/หรือกลางคืน เด็กมีสมรรถนะของปอดลดลง ไม่สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้เหมือนที่เคย ต้องใช้ยาในปริมาณที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อบรรเทาอาการ หอบ ความรุนแรงของโรคที่มีมากขึ้น ทำให้แพทย์มีความจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณยาในการรักษา จนกว่าจะสามารถควบคุมโรคได้ (GINA guideline 2006 อ้างถึงใน ไพศาล เลิศฤดีพรและ สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์, 2550; สิรินันท์ บุญยะลีพรรณ และเฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ, 2551) เด็กที่มีอาการของโรครุนแรงอาจต้องได้รับยาสเตียรอยด์ในรูปแบบยาฉีดหรือยารับประทานเพิ่มขึ้น นอกเหนือจากยาพ่นสูด ทำให้เด็กอาจได้รับผลข้างเคียงจากการใช้ยาสเตียรอยด์ในขนาดสูง ตามมา ดังนั้นการที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดที่ถูกต้อง เหมาะสม เพียงพอและต่อเนื่อง นอกจากจะสามารถควบคุมความรุนแรงของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้วยังช่วยลดผลข้างเคียง จากปริมาณการใช้ยาสเตียรอยด์ในขนาดสูงตามมาได้อีกด้วย

การที่จะช่วยให้อาการโรคหืดของเด็กมีระดับความรุนแรงลดลง พยาบาลต้องให้ การช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กให้มีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้อง เหมาะสม สามารถตอบสนองความ ต้องการการดูแลในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของเด็กโรคหืดได้ เพื่อให้ความถี่ในการเกิดอาการ หอบลดลงทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาอาการหอบลงได้ และ สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้มากขึ้นโดยไม่มีขีดจำกัด เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของเด็กให้ สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเป็นปกติที่สุด การที่คนเราจะมีสุขภาพดีได้ ต้องได้รับการ ตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเอง (self-care requisite) (Orem, 2001) หรือการมี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีนั่นเอง แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าพฤติกรรมการดูแลเด็ก เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของผู้ดูแลยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการในการดูแล

ตนเองของเด็กได้เพียงพอ ทำให้เด็กโรคหืดมีความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น (วารุณี รัตนวารี, 2544) พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1 - 5 ปีที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแลในด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของความเจ็บป่วยด้วยโรคหืดในเด็กของผู้ดูแลยังไม่ดีพอ เช่น ไม่ได้ดูแลให้เด็กหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ (เพลินตา พรหมบัวศรี, 2536; กิตติมา สำราญไชยธรรม, 2541; สุกัญญา สร้างนอก, 2543) เช่น ให้เด็กเล่นของเล่นที่ทำด้วยผ้าขนสัตว์ วัสดุเจือสีปนฝุ่น ไม่หลีกเลี่ยงเด็กจากผู้ที่สูบบุหรี่ มีไข้ ไอ จาม และการหลีกเลี่ยงเด็กจากผู้ที่สูบบุหรี่ เป็นต้น ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เช่น ผู้ดูแลไม่พาเด็กไปพบแพทย์ตามนัด (การรักษาเฉพาะเวลาที่มีอาการหอบเท่านั้น) (วัชรา บุญสวัสดิ์, 2546) และลืมให้ยาเด็กหรือหยุดยาเอง (ทรรศนีย์ นาคราช, 2550) การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองความจำเป็นในการดูแลผู้ที่พึ่งพาเมื่อมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลใน ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ ด้านการระวังผลที่เกิดจากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ ด้านการระวังผลที่เกิดจากการรักษา ด้านการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการยอมรับความเจ็บป่วย และด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของความเจ็บป่วย (Orem, 2001)

แม้ว่าการพยาบาลในปัจจุบันจะมุ่งเน้นการสอนวิธีการดูแลเด็กโรคหืดแก่บิดามารดาหรือผู้ดูแล ทั้งแบบรายเดี่ยว (อรพรรณ แสนใจวุฒิ, 2546; กรุณา เครือเนตร, 2551; ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551;) และรายกลุ่ม (ธิดารัตน์ เอกศิรินิมิต, 2539; ชลดา อินทรสังขนาวิน, 2542; นัทธมนต์ สายสอน, 2544; สุพัตรา สาระพัตนิก, 2544; ประไพพิศ สิงหเสม, 2545; พวงทิพย์ วัฒนะ, 2550; ธิดา แก้วโล้ว, 2551) แต่จำนวนเด็กที่มีอาการโรคหืดรุนแรงยังมีเป็นจำนวนมาก จะเห็นได้จากการรายงานสถานการณ์โรคภูมิแพ้ ที่สำรวจตั้งแต่เดือนเมษายน 2549 – มิถุนายน 2550 พบว่าเด็กโรคหืดมีอาการกำเริบสูงถึงร้อยละ 68.9 ต้องไปรักษาที่ห้องฉุกเฉินร้อยละ 40.3 และต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 8.4 (จรงค์จิตรี งามไพบุลย์ อ้างถึงใน Daily News Online, 2551) ในการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่วัดผลที่พฤติกรรมของผู้ดูแล ซึ่งไม่ได้บ่งบอกถึงผลลัพธ์ของการดูแล นั่นคือภาวะสุขภาพของเด็กโรคหืด ในงานวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการดูแลผู้ที่พึ่งพาในภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพมาใช้ในการพัฒนาเป็นโปรแกรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี เพื่อช่วยลดระดับความรุนแรงของโรคหืดลง โดยการประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืดในเด็กซึ่งเป็นผลจากการดูแลของผู้ดูแล พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้โดยการสอน และฝึกทักษะโดยการ

ชี้แนะ จัดสิ่งแวดล้อมและให้การสนับสนุน โดยพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ดูแลเด็กโดยตรง หากแต่เป็นแหล่งทรัพยากรให้กับผู้ดูแลใช้ในการพิจารณา ตัดสินใจในการดูแลเด็กโรคหืดด้วยตนเอง เพิ่มศักยภาพให้กับผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีได้อย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง เกิดประสิทธิภาพต่อการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีให้ได้มากที่สุด สามารถควบคุมอาการหอบกำเริบให้เกิดน้อยที่สุด ผู้ป่วยเด็กโรคหืดสามารถมีกิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกายได้ปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้ ใช้ยาบรรเทาอาการหอบให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ระดับความรุนแรงของโรคหืดที่ลดลง จะช่วยทำให้เด็กกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติเหมือนเช่นเด็กทั่วไป เป็นการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของเด็กเมื่อมีภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปโดยผู้ให้การดูแลหรือพึ่งพา

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี กลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี กับกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

แนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลเด็กวัย 1- 5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืดได้ถูกต้อง เหมาะสม มีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องนั้น ผู้ดูแลต้องสามารถตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเองของเด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพให้ได้นั่นเอง Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพนี้ บุคคลจะมีความต้องการเพิ่มเติมจากความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และความจำเป็นในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการสำหรับการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพนี้ ประกอบด้วย 1) การแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ 2) การระวังผลที่เกิดจากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ 4) การระวังผลที่เกิดจากการรักษา 5) การปรับเปลี่ยนทัศนคติในการยอมรับความเจ็บป่วย และ 6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของความเจ็บป่วย (Orem, 2001 อ้างในพรทิพย์ มาลาธรรม, 2550; วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550)

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1 – 5 ปี เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กโรคหืดที่ถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง โดยกิจกรรมประกอบด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุย ชักถาม แสดงความห่วงใย เห็นใจ เต็มใจในการช่วยเหลือ มีท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มกับผู้ดูแล เป็นกิจกรรมเพื่อสร้างความไว้วางใจในตัวพยาบาล

2) กิจกรรมลูกชั้นเป็นฮีโร่ เป็นการทำความเข้าใจ และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน ระหว่างพยาบาลและผู้ดูแลของเด็ก ชี้แจงให้ผู้ดูแลเห็นถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กโรคหืดที่ดีของตนเอง จะช่วยลดระดับความรุนแรงของโรคหืด ประโยชน์ที่เกิดขึ้นทั้งกับตัวเด็กและผู้ดูแล เพื่อเป็นการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการยอมรับความเจ็บป่วยของเด็ก

3) กิจกรรมเรียนรู้และใส่ใจ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลเด็ก เมื่อเป็นโรคหืด ฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่น เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพได้ รวมทั้งการเฝ้าระวังผลที่เกิดจากการรักษา

4) กิจกรรมพยาบาลจะจำ เป็นการสนับสนุนและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ดูแลปฏิบัติ การดูแลเด็กโรคหืดได้เอง ด้วยการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติการดูแลเด็กที่บ้าน จัดสิ่งแวดล้อมโดยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปราย แสดงความคิดเห็น ร่วมกันแก้ปัญหาตามสถานการณ์จำลองในการช่วยเหลือเด็กที่กำลังมีอาการจับหืด มีคู่มือการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ให้นำกลับไปทบทวนและอ่านเพิ่มเติม เมื่อมีข้อสงสัย หากมีปัญหาเกี่ยวกับการดูแลเด็กสามารถ โทรศัพท์ปรึกษา ขอคำแนะนำ ขอกำลังใจจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับ พฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กได้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เกิดการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของความเจ็บป่วยได้

เด็กวัย 1-5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืด ยังไม่สามารถดูแลตนเองในภาวะที่สุขภาพ เบี่ยงเบนได้ ดังนั้นจึงต้องพึ่งพาบิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็กในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนอง ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหืดเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ ชีวิต และความผาสุก ของตนเอง หากผู้ดูแลมีความสามารถระทำการดูแลผู้ที่พึ่งพาได้เป็นอย่างดี หรือไม่น้อยกว่า ความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็ก แสดงถึงผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่ดี เหมาะสม เพียงพอ และต่อเนื่อง นำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็ก คือ สามารถลดระดับความรุนแรงของ โรคหืดลงได้ ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือรับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการ



หอบกำเริบบ่อยๆ (NG et al., 2006; DeWalt et al., 2007) เด็กสามารถดำรงชีวิตได้เหมือนเช่นเด็กปกติทั่วไป มีชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุขให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ภายใต้การดูแลของผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดที่ถูกต้อง เหมาะสม เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีของเด็ก ในโปรแกรมนี้พยาบาลเป็นผู้ให้การช่วยเหลือด้วยวิธีการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนและการจัดสิ่งแวดล้อม เป็นรายกลุ่ม โดยที่พยาบาลไม่ได้ให้การดูแลเด็กโดยตรง แต่พยาบาลมีหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและคงกิจกรรมเหล่านั้นไว้ ผู้ดูแลมีบทบาทในการเรียนรู้ที่จะพิจารณาตัดสินใจความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลที่พึ่งพาทั้งหมด กระทำการดูแลผู้พึ่งพาและปรับเปลี่ยนการดูแลผู้พึ่งพาให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิต (Orem, 2001) ในแต่ละราย เมื่อผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี จะสามารถกระทำการดูแลเด็กในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ เด็กจะได้รับการตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้อย่างครบถ้วน เมื่อเด็กไม่พร้อมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เด็กจะมีสุขภาพที่ดี ทำให้เด็กหรือผู้พึ่งพานั้นมีสุขภาพที่ดีขึ้นเพราะสามารถควบคุมอาการได้จนทำให้ ความถี่ในการเกิดอาการหอบน้อยลง ลดการใช้ยาช่วยบรรเทาอาการหอบลงได้ เด็กสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ โดยไม่มีขีดจำกัด มีผลทำให้ระดับความรุนแรงของโรคลดลง สามารถดำรงชีวิตได้เหมือนเช่นเด็กปกติทั่วไป เด็กไม่ต้องมารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ จากอาการหอบกำเริบ ทำให้ระดับความรุนแรงของโรคลดลง จากแนวเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐาน ดังนี้

ความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี หลังการทดลองของกลุ่มผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี ต่ำกว่ากลุ่มผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี ต่อระดับความรุนแรงของโรค

ประชากร คือ เด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีและผู้ดูแล

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี

ตัวแปรตาม คือ ความรุนแรงของโรคหืด

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลกระทำกับผู้ดูแลของเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ที่แผนกผู้ป่วยนอก เป็นรายกลุ่มๆละ 2-3 คน เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาในภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ (Orem, 2001) กิจกรรมของโปรแกรมประกอบด้วย

- 1) การสร้างสัมพันธภาพ โดยพยาบาลพูดคุย ชักถาม แสดงความห่วงใย เห็นใจ เต็มใจในการช่วยเหลือ มีท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มกับผู้ดูแล
- 2) กิจกรรมลูกชั้นเป็นหีดเป็นการทำความเข้าใจและกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล โดยพยาบาลประเมินปัญหาว่าผู้ดูแลแต่ละคนมีปัญหาในการดูแลเด็กโรคหืดอย่างไรบ้าง มีพฤติกรรมดูแลใดที่เป็นปัญหาบ้าง พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการดูแลเด็กเพื่อลดระดับความรุนแรงของโรค โดยกล่าวถึงความสำคัญของพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีผลต่ออาการหรือความรุนแรงของโรคของเด็ก ชี้แนะและชี้ชวนให้ผู้ดูแลเห็นถึงผลดีหรือประโยชน์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดที่ถูกต้องและต่อเนื่องทั้งในด้านตัวเด็กและผู้ดูแลเอง
- 3) กิจกรรมเรียนรู้และใส่ใจ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ ปัจจัยการเกิดโรคและเหตุส่งเสริม สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด ผลของโรคหืดในเด็ก การรักษาและการดูแลเด็กโรคหืดเพื่อควบคุมอาการและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด การใช้ยาให้ได้ผลดี การฝึกทักษะการให้ยาสูดพ่น โดยพยาบาลเป็นผู้ชี้แจงชี้แนะขั้นตอนและสาธิตการให้ยาพ่นสูด ภายหลังการให้ความรู้ ให้ผู้ดูแลเขียนขั้นตอนการให้การช่วยเหลือเด็กโรคหืดที่มีอาการหอบหืด
- 4) กิจกรรมพยาบาลจะจำ เป็นการสนับสนุนและการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลเด็กโรคหืดได้เอง ด้วยการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติการการดูแลเด็กที่บ้าน พยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนพฤติกรรมดูแลเด็กด้วยการมอบคู่มือการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีสำหรับผู้ดูแล นำกลับไปทบทวนที่บ้าน และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ดูแลมีช่องทางในการแสวงหาความรู้ ความช่วยเหลือทางการแพทย์ เพิ่มเติมนอกเหนือจากคู่มือการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีสำหรับผู้ดูแล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อกับพยาบาลทางโทรศัพท์ที่ได้ตลอด

การทำวิจัย และพยาบาลจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมโดยจะประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล เมื่อพบปัญหาจะซักถามถึงสาเหตุที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เพื่อหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน พยาบาลให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสนใจ และตั้งใจในการดูแลเด็ก มีความร่วมมือในการรักษาที่ต่อเนื่อง พยาบาลเสริมแรงโดยการกล่าวคำชมเชยเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติตามการดูแลเด็กได้ถูกต้อง เหมาะสม รวมทั้งเน้นย้ำถึงสุขภาพของเด็กที่ต้องการตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้

## 2. ความรุนแรงของโรค (severity of illness) หมายถึง ความมากน้อยของ

การมีอาการหอบหืดที่เกิดจากกระบวนการดำเนินโรคหืด สามารถประเมินได้จากอาการดังต่อไปนี้ การหายใจมีเสียงวี๊ด อาการหายใจลำบาก อาการไอ อาการหอบจนต้องตื่นในเวลา กลางคืน การเกิดการหอบรุนแรง ขีดความสามารถในการทำกิจกรรม การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการหอบ โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1- 5 ปี ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

## 3. พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแล

ต่อผู้ป่วยเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี ในการตอบสนองของความต้องการของผู้ป่วยเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี ในด้าน 1) การแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ หมายถึง การค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และการดูแลเด็กโรคหืดจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลเด็กโรคหืด 2) การระวังผลที่เกิดจากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย หมายถึง การเฝ้าระวังไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหรือการเฝ้าระวังสิ่งที่จะส่งผลหรือทำให้อาการของโรคแย่ลง 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ หมายถึง การมีพฤติกรรมดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหืดตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล หรือทีมสุขภาพ ในการที่จะช่วยให้อาการของโรคดีขึ้น หรือทุเลาลง 4) การระวังผลที่เกิดจากการรักษา หมายถึง การระมัดระวังภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงที่เป็นผลมาจากการรักษา เช่น การใช้ยา 5) การปรับเปลี่ยนทัศนคติในการยอมรับความเจ็บป่วย หมายถึง การปรับเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมที่แสดงว่าเด็กในความดูแลของตนเองนั้นเป็นโรคหรือเจ็บป่วย ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษา หรือการปฏิบัติเพื่อให้หายหรือทุเลาจากความเจ็บป่วยนั้น 6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของความเจ็บป่วย หมายถึง การดำรงชีวิตให้สอดคล้องกับความเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นแล้วอย่างถูกต้อง เหมาะสม และเป็นปกติสุขที่สุดเท่าที่จะทำได้ ซึ่งพฤติกรรมทั้ง 6 ด้านนี้ประเมินด้วยแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี สำหรับผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

4. **การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง การให้ความรู้โดยพยาบาลประจำคลินิก โรคระบบทางเดินหายใจแก่ผู้ดูแลของเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เป็นรายกลุ่มหรือรายบุคคลโดยไม่มีรูปแบบที่แน่นอน เช่น การสอนหรือให้คำแนะนำการใช้ยา อาการผิดปกติที่ต้องพาเด็กมาโรงพยาบาล การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เป็นต้น

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี มีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ สามารถควบคุมอาการหอบกำเริบและลดระดับความรุนแรงของโรคลง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัย 1- 5 ปี โรคเรื้อรังอื่นๆ



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดวัย 1 - 5 ปี ต่ระดับความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยเด็กโรคหัดวัย 1- 5 ปี
2. ความรุนแรงของโรคหัด
3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม
  - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเมื่อมีภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ
  - 3.2 พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัย 1- 5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัด
4. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหัด
  - 4.1 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1- 5 ปี
  - 4.2 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์
5. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดวัย 1- 5 ปี
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1. ผู้ป่วยเด็กโรคหืดวัย 1 – 5 ปี

โรคหืด เป็นโรคเรื้อรังที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม (chronic inflammation disease) ทำให้เยื่อบุผนังหลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นหรือสารภูมิแพ้ ที่มากระทบไวกว่าคนปกติ (bronchial hyperreactivity) ทำให้เกิดการหดเกร็งตัวของหลอดลม (bronchoconstriction) เยื่อภายในหลอดลมบวมขึ้น (mucosal edema) การหลั่งมูกในหลอดลมมาก (hypersecretion) เป็นผลทำให้หลอดลมตีบแคบลง (airflow obstruction) การไหลเวียนของอากาศในระบบทางเดินหายใจลดลง (airflow limitation) (มนตรี ผู้จินดา, 2541; สิรินันท์ บุญยะสิทธิ์พรณ และเฉลิมชัย บุญยะสิทธิ์พรณ, 2551; The National Institutes of Health: National heart, lung and blood Institute (NHLBI), 2007) ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำของอาการต่างๆ เช่น การหายใจมีเสียงวี๊ดภาวะหายใจลำบาก แน่นหน้าอก และมีอาการไอเป็นต้น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2540) มีลักษณะเฉพาะคือ เด็กจะมีอาการทันทีเมื่อได้รับสารก่อโรคและอาจหายได้เองหรือหายเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม หืดเป็นโรคในกลุ่มโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดเ็นเด็ก โดยที่โรคหืดจำนวนมากกว่าร้อยละ 80 จะมีอาการเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกภายในอายุ 5 ปี ทำให้โรคนี้เป็นโรคหนึ่งที่บ้านทอนสุขภาพอนามัยเด็กในช่วง 5 ปีแรกของชีวิต โรคหืดที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก ถ้ายังมีอาการชัดเจนหลังจากที่เด็กอายุ 6 ขวบไปแล้ว ส่วนใหญ่จะเป็นโรคหืดเรื้อรัง แม้ว่าโรคหืดจะไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่ก็สามารถควบคุมโรคไม่ให้อาการรุนแรงได้ ในรายที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี เด็กจะมีอาการหอบหืดบ่อยๆ มีอาการเลวลง เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดและมีภาวะหายใจล้มเหลวจนเสียชีวิตในที่สุด โรคหืดมีแนวโน้มบ่งชี้ว่าปริมาณผู้ป่วยเด็กจะเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงหลายๆ อย่าง เช่น การเพิ่มของมลภาวะ อากาศเสีย และสภาพการเป็นอยู่ที่แออัดมากขึ้น (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2550) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคนี้อย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจถึงสาเหตุ ให้สังเกตสิ่งกระตุ้นหรืออาการต่างๆ ที่เกิดขึ้น และการใช้ยาในขณะที่มีและไม่มีอาการตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง

### 1.1 สาเหตุ

หืดเป็นโรคที่ซับซ้อนเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ autonomic immunologic ต่อมไร้ท่อ การติดเชื้อ และปัจจัยด้านจิตใจ ซึ่งมีความรุนแรงแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล หืดมีสาเหตุมาจาก

- 1) พันธุกรรม
- 2) การที่เด็กมีความไวต่อการตอบสนอง สารบางชนิดที่เป็นสารก่อภูมิแพ้

(extrinsic หรือ allergic) เช่น ฝุ่น เกสรดอกไม้ แมลง สปอร์เชื้อรา ขนสัตว์ ควันไฟ ควันบุหรี่ ควันรถ ยาและอาหาร การได้สูดดมกลิ่นที่รุนแรง

3) มีปัจจัยกระตุ้นจากภายใน (intrinsic หรือ non-allergic) เช่น การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนบน หรือออกกำลังกายมากเกินไป ความผันแปรของอารมณ์และจิตใจ การเปลี่ยนแปลงสภาพสิ่งแวดล้อม

## 1.2 พยาธิสภาพ

1) เมื่อร่างกายได้รับสารก่อภูมิแพ้ เซลล์ที่ทำหน้าที่เสนอสารก่อภูมิแพ้ (antigen presenting cell; APCs) ซึ่งประกอบด้วย macrophage ในเนื้อเยื่อต่างๆ จะทำหน้าที่สะกดกลืนและย่อยลายสารก่อภูมิแพ้นั้นเป็นชิ้นส่วนย่อยๆ เพื่อนำเสนอต่อเซลล์เม็ดเลือดขาว (CD4+ T lymphocyte) ที่มี T cell receptor (TCR) ที่จำเพาะต่อสารภูมิแพ้นั้นต่อไป

B Lymphocyte สามารถรับรู้สารก่อภูมิแพ้โดยตรง โดยไม่ต้องอาศัยเซลล์อื่นนำเสนอ และในบางกรณีที่ B cell ที่เคยรับรู้สารก่อภูมิแพ้นั้นๆ มาก่อนและมีความจำ จะสามารถนำเสนอและป้อนสารก่อภูมิแพ้ ให้แก่ T lymphocyte คือทำหน้าที่เป็น APCs ได้ด้วย เมื่อรับรู้สารก่อภูมิแพ้ และถูกกระตุ้น B cell จะพัฒนากลายเป็น plasma cell และผลิตแอนติบอดีชนิดต่างๆ ออกมา ในกรณีโรคภูมิแพ้ สารก่อภูมิแพ้จะกระตุ้น T lymphocyte ให้สร้าง cytokine (IL4, IL5, IL6) ในขณะที่ตัวสารก่อภูมิแพ้และ cytokine นี้ จะกระตุ้นให้ B cell สร้าง IgE และกลายเป็น plasma cell เพื่อผลิต IgE ต่อสารก่อภูมิแพ้ และก่อพยาธิสภาพได้เมื่อได้รับสารก่อภูมิแพ้นั้นๆ อีก

เมื่อมีสารก่อภูมิแพ้เข้ามาสู่ร่างกายและมาจับกับ IgE จะเกิดกระบวนการกระตุ้นให้มีการหลั่งสารเคมี (mediators) ออกมาจากเซลล์และก่อกิจกรรมภูมิแพ้ได้ mast cell สามารถสร้าง cytokine ได้หลายชนิด ซึ่งบางชนิดสามารถกระตุ้นให้เกิด eosinophilia และมี eosinophil มาสะสมในเนื้อเยื่อที่เกิดการอักเสบได้ มีสารเคมีหลายตัวที่มีฤทธิ์ดึงดูดเอา eosinophils เข้ามายังบริเวณที่เกิดการอักเสบ สารเคมีเหล่านี้มีฤทธิ์กระตุ้นให้ eosinophils หลั่งสารเคมีต่างๆ ออกมาได้ ซึ่งเป็นสารที่มีพิษและสามารถทำลายเยื่อบุทางเดินหายใจได้

2) การหดเกร็งของหลอดลม เป็นพยาธิวิทยาที่สำคัญของการอุดกั้นในหลอดลมของโรคหืด คือ สิ่งกระตุ้นจะทำให้ผนังหลอดลมเกิดการอักเสบ ซึ่งมีผลทำให้หลอดลมมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าปกติ ทำให้หลอดลมหดเกร็ง ในรายที่เป็นโรคหืดรุนแรง จะพบหลอดลมหดเกร็งกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมหนาตัวขึ้น ต่อมเมือกโตขึ้น เยื่อบุวม มีเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับการอักเสบแทรกตัวอยู่ในเยื่อบุหลอดลม เช่น eosinophil, neutrophil, basophil และ macrophage มีการ

ลอกหลุดของเยื่อบุการหลังมูกในหลอดลมมาก เยื่อบุหลอดลมบวม และถูกแทรกซึมโดยเซลล์ชนิดต่างๆ ทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลม อากาศผ่านเข้าออกได้ยาก

3) เมื่อ mast cell ถูกกระตุ้น จะมีการหลั่ง mediator ที่มีอยู่แล้วและสร้างขึ้นใหม่ เป็นการตอบสนองแบบชนิดเริ่มแรกที่สำคัญ ได้แก่ histamine, leukotrienes C<sub>4</sub>, D<sub>4</sub> และ E<sub>4</sub>, prostaglandins (PDG<sub>2</sub>, TxA<sub>2</sub> และ PGF<sub>2</sub>) รวมทั้ง platelets activating factor (PAF) มีผลทำให้หลอดลมหดเกร็ง เยื่อบุหลอดลมบวม อาการในช่วงแรกนี้สามารถรักษาได้ด้วยยาขยายหลอดลม เช่น ยา  $\beta_2$ -agonist และสามารถป้องกันได้ด้วยยาที่ไม่ให้ mast cell หลั่ง mediator เช่น cromolyn sodium

4) การตอบสนองแบบล่า อาจเกิดอาการหอบขึ้นอีก หลังจากนั้น 6-8 ชั่วโมง ซึ่งเป็นผลจากการหลั่ง mediator จากเซลล์ของการอักเสบ เช่น eosinophil และ neutrophil อาการในช่วงหลังนี้สามารถรักษาได้โดยยาลดการอักเสบ เช่น corticosteroid และสามารถป้องกันได้ด้วย cromolyn sodium และ corticosteroid

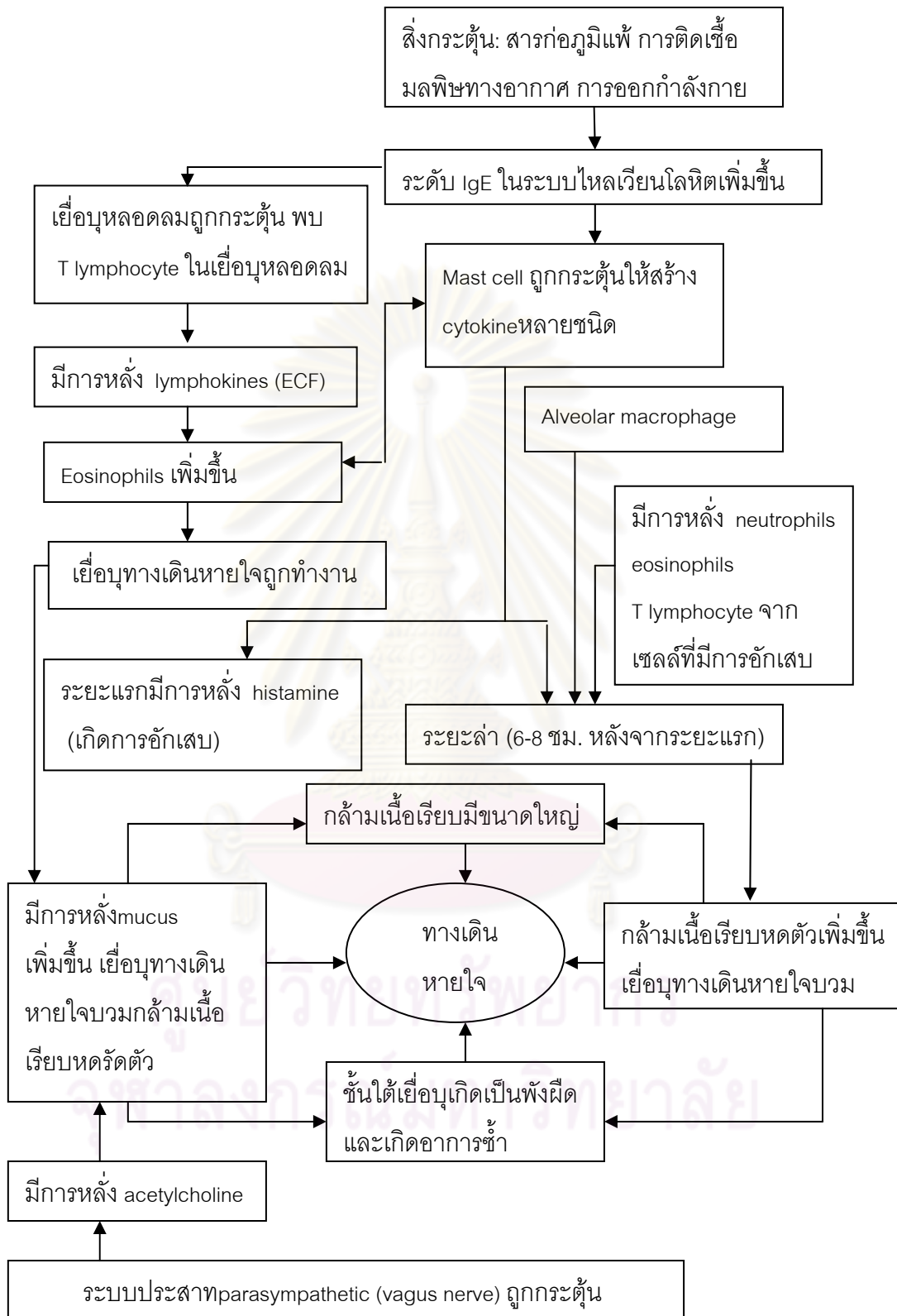
5) ระหว่างหอบ การอุดกั้นของหลอดลมจะรุนแรงมากในช่วงการหายใจออก เพราะปกติหลอดลมในช่วงหายใจออกจะเล็กกว่าช่วงหายใจเข้า แม้ว่าพยาธิสภาพของโรคนี้จะเป็นทั่วทั้งปอดก็ตาม แต่บางที่อาจมีเสมหะอุดทำให้ปอดแฟบเป็นหย่อมๆได้ บางส่วนมีอากาศผ่านเข้าออกน้อย บางส่วนมีอากาศผ่านเข้าออกมาก ในสภาพปกติร่างกายมีการปรับแก้คือบริเวณที่มีอากาศผ่านเข้าออกน้อย ซึ่งมี PaO<sub>2</sub> ต่ำ จะมีปฏิกิริยาในหลอดเลือดตีบลง เพื่อลดปริมาณเลือดที่ผ่าน ทำให้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง (perfusion) ทั้งนี้เพื่อรักษา ventilation perfusion ratio เอาไว้ ขณะมีอาการหอบ สมรรถภาพการปรับแก้เป็นไปไม่ได้ ทำให้เกิด mismatching ของ ventilation และ perfusion ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจน และถ้าการหอบรุนแรงจะทำให้มีการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ และเกิดภาวะกรด ซึ่งมีผลทำให้หลอดเลือดในปอดหดเกร็ง ซึ่งจะไปทำลาย alveolar type II ทำให้การสร้าง surfactant ลดน้อยลง ส่งเสริมให้เกิดปอดแฟบได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังมีผลต่อระบบหัวใจและระบบไหลเวียนโลหิตด้วย ขณะเดียวกันการที่มีหลอดลมตีบทำให้มีลมค้างในปอดเพิ่มมากขึ้น (hyperinflation) มีผลทำให้ความสามารถในการขยายตัวของปอดลดลง (decrease compliance) ทำให้การหายใจต้องใช้แรงมากขึ้น ในการดันลมออกจากถุงลม และการที่แรงต้านในหลอดลมเพิ่ม หลอดลมบางแห่งจะมีการปิดก่อนที่จะมีการถ่ายเทก๊าซออกจนหมด ทำให้เกิดลมค้างในปอดเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งภาวะพร่องออกซิเจนและมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งเพิ่มขึ้น



6) การทำงานของระบบทางเดินหายใจ ถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติ การกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส หรือการเพิ่ม vagal tone ทำให้เกิดการหลั่ง acetylcholine จากปลายเส้นประสาท cholinergic ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมหดตัว มีการหลั่งมูก สามารถป้องกันได้โดยใช้ atropine และยาในกลุ่ม cholinesterase inhibitor



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพที่ 1 แสดงพยาธิสภาพของโรคหืดในเด็ก

(ดัดแปลงจาก McCance & Huether, 1998: 1215 อ้างใน พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2550: 98)

### 1.3 อาการและอาการแสดง

หัดเป็นโรคเรื้อรัง จะมีอาการของหัดเป็นช่วงๆ อาการจะเป็นปกติถ้าไม่มีอาการของหัด อาการเริ่มต้นของหัดมักเป็นแบบเฉียบพลัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่เกิดจากการสัมผัสกับสิ่งระคายเคืองต่างๆ เช่น อากาศเย็น ควันต่างๆ หรือสารกระตุ้นให้เกิดภูมิแพ้ต่างๆ อาการจะดำเนินอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่วินาที แต่ในรายที่เกิดจากการติดเชื้อของทางเดินหายใจ อาการจะดำเนินช้าไม่ชัดเจน จะมีไข้ต่ำๆ มีน้ำมูก น้ำมาก่อน 1-2 วัน แต่ยังมีไอบ่อย นาน ภายหลังเป็นหวัด

อาการโรคหัดมักมีอาการปรากฏในตอนกลางคืนเวลานอน เชื่อว่าเกิดจากการสัมผัสกับสารที่ก่อให้เกิดภูมิแพ้ในห้องนอน เช่น ไรฝุ่น ซึ่งสะสมอยู่ในห้องนอน หมอน ผ้าห่ม และมีการลดระดับของอิพิเนฟริน คอร์ติซอล และอุณหภูมิในหลอดลมลดลง ในขณะที่หลอดภูมิของร่างกายจะลดลงประมาณ 1 องศาเซลเซียส และการลดอุณหภูมิจะกระตุ้นให้มีการหดตัวของหลอดลม และอาจมีอาการเมื่อมีการเพิ่มฮีสตามีน มีการติดเชื้อไวรัสของทางเดินหายใจ ได้รับความเย็น ระหว่างมีอาการของโรคหัด จะมีลักษณะอาการที่สำคัญ คือ หายใจไม่ออก หายใจลำบาก ได้ยินเสียงวี๊ดขณะหายใจออก และมักมีอาการไอบ่อย เด็กจะไอบ่อย มีเสมหะมาก ซึ่งเป็นเสมหะที่เหนียวข้นขับออกยาก เมื่อมีอาการมากขึ้นจะรู้สึกแน่นหน้าอก หายใจหอบมากขึ้น ได้ยินเสียงวี๊ดทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออก และถ้ามีอาการรุนแรงมากอาจฟังเสียงวี๊ดไม่ได้ เสียงหายใจค่อยลง เนื่องจากหลอดลมตีบมาก เด็กนอนราบไม่ได้ ต้องลุกขึ้นนั่ง กระสับกระส่ายเหงื่อออกมาก เขียว ความรู้สึกจะค่อยๆ ลดลงจนกระทั่งหมดสติ และเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการแก้ไข

การที่จะบอกว่าเด็กเป็นหัด สังเกตได้จากอาการทางคลินิก คือ ถ้าเสียงวี๊ดเกิดขึ้นมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป และตอบสนองต่อการให้ยาขยายหลอดลม ร่วมกับมีประวัติการแพ้ในครอบครัว ซึ่งอาการหัดในเด็กประมาณร้อยละ 50 มีโอกาสหายได้เองเมื่ออายุประมาณ 10 ปี สามารถประเมินความรุนแรงของการจับหัด ตามอาการดังนี้

อาการเล็กน้อย ไอบ่อย มีเสียงวี๊ดเบาๆ การหายใจไม่ลำบากมาก สามารถพูดเป็นประโยคได้ไม่ลำบาก

อาการปานกลาง จะไอบ่อยตลอดเวลาหรือไอ่ หายใจมีเสียงวี๊ดดัง หายใจลำบากอย่างชัดเจน สามารถพูดได้เพียงประโยคสั้นๆ เท่านั้น

อาการรุนแรง จะมีอาการระดับกระสาย กระวนกระวายมาก หายใจบางครั้งไม่ได้ยินเสียงวี๊ด หายใจลำบากอย่างมาก บางครั้งต้องหายใจเป็นเฮือกๆ เหนื่อยมากจนพูดได้เพียงคำหรือสองคำเท่านั้น อาจมีอาการหน้าซีด และเหงื่อออกมาก ปากเขียว

#### 1.4 ผลกระทบของโรคหืดต่อเด็กวัย 1 – 5 ปี

1) ด้านร่างกาย ในรายที่เป็นมานานจะพบว่า หลอดลมหนาตัวขึ้นหรือถ้าเป็นรุนแรงตั้งแต่อายุน้อย มีลมคั่งในปอดมากจะดันให้ออกขยายใหญ่ขึ้นเป็นอกถัง (Barrel chest) ถ้าผู้ป่วยมีอาการจับหืดอย่างรุนแรงหรือหอบติดต่อกันเป็นเวลานานมากกว่า 24 ชั่วโมง ทั้งๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมเต็มที่แล้ว จะเกิดเป็นโรคหืดที่มีอาการรุนแรง (Status asthmaticus) ซึ่งอาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้จากภาวะหายใจล้มเหลว หรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่ ปอดบวม (Pneumonia) ปอดแฟบ (Atelectasis) มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด (Pneumothorax) มีลมในช่องเมดิเอสทีนัม (Pneumomediastinum) ผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอาการปานกลางและรุนแรง เรื้อรัง จะมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติทั้งส่วนสูงและน้ำหนักเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กปกติ และเข้าสู่วัยรุ่นช้ากว่าปกติทั้งในเด็กผู้หญิงและผู้ชาย (Kuzemko, 1978 อ้างถึงใน กรุณา เครือเนตร, 2551) เนื่องจากภาวะขาดออกซิเจนอย่างเรื้อรัง นอกจากนั้นจะพบว่า เด็กมีร่างกายอ่อนเพลียจากการอดนอน และจากการหอบมากๆ เนื่องจากผู้ป่วยจะมีอาการหอบมากในช่วงกลางคืนและตอนใกล้รุ่ง เนื่องจากแนวโน้มการระบายอากาศ (Ventilatory function) จะลดลงในตอนเย็น กลางคืน และช่วงเช้า (Jone, 1975 อ้างถึงใน อรพรรณ แสนใจวุฒิ, 2546) ในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการรุนแรงมากอาจมีการเจริญเติบโตช้า ซึ่งเป็นผลจากการขาดออกซิเจน (Hypoxemia) ภาวะไม่ยอมทานอาหารในระหว่างที่มีหอบหืดและนอนไม่ได้ รวมทั้งเป็นผลจากการรักษา ซึ่งพบว่ายาคorticosteroid เป็นเวลานานอาจมีผลแทรกซ้อนเกิดขึ้น เช่น มีใบหน้ากลม (Cushingoid) มีความผิดปกติของตา เช่น ต้อหิน ต้อกระจก มีความผิดปกติของกระดูกสันหลัง ความดันโลหิตสูง และมีแผลในกระเพาะอาหาร

2) ด้านพัฒนาการ การที่เด็กป่วยโรคหืดมีพัฒนาการล่าช้า เนื่องจากการที่เด็กมีอาการรุนแรงมากทำให้ต้องถูกจำกัดในเรื่องของประสบการณ์ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการช่วยเหลือตัวเอง เด็กที่ป่วยต้องขาดโรงเรียนบ่อยๆ เนื่องจากอาการหอบหืดและเมื่อมาเรียนก็อาจขาดสมาธิในการเรียน เนื่องจากอ่อนเพลียจากอาการหอบและอดนอนทำให้ผลการเรียนตกต่ำและพัฒนาการ สติปัญญาล่าช้าไป (Lehrer et al., 1993 อ้างใน อรพรรณ แสนใจวุฒิ, 2546)

3) ด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม โรคหืดแม้ไม่ใช่โรคทางจิตเวชแต่ก็อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจได้มากกว่าเด็กปกติ เพราะในขณะที่เกิดอาการหอบ เด็กจะรู้สึกทุกข์ทรมาน หายใจไม่ออก หายใจไม่ได้ มีความรู้สึกเหมือนมีของหนักๆทับบนทรวงอก ส่งผลให้เด็กเกิดความกลัวและกังวล บางครั้งเกิดความรู้สึกกลัวตายร่วมด้วย วิตกกังวลว่าจะเป็นอย่างนี้บ่อยครั้งเมื่อมีอาการจับหืด เพราะจะหายใจลำบาก เมื่อมีอาการบ่อยก็ยิ่งทุกข์ใจอาจแสดงออกมาในรูปของอารมณ์โกรธ ซึมเศร้า ก้าวร้าว ถดถอย รู้สึกมีปมด้อยและมีคุณค่าในตนเองลดลง (ศรีสมบุญ มุกสิกสุนทร, 2541; Carey, 1999)

4) ด้านสังคมและบุคลิกภาพ เด็กโรคหืดมักจะถูกจำกัดกิจกรรมจากผู้ปกครอง และครูเนื่องจากภาวะความเจ็บป่วย หรือกลัวว่าเด็กจะมีอาการมากขึ้นถ้าเด็กเล่นมากหรือทำกิจกรรมต่างๆมาก เด็กโรคหืดมักจะขาดเรียนบ่อยมากกว่าเด็กปกติ เด็กจึงมักแยกตัว ไม่ค่อยเข้าสังคมกับเพื่อน ทำกิจกรรมต่างๆในโรงเรียนไม่ค่อยดี (หทัยรัตน์ ชื่นจิตรและจินตนา วัชรสินธุ์, 2546) ทำให้มีโอกาสในการปรับตัวเข้ากับสังคมได้น้อยกว่าเด็กปกติ ทำให้มีความรู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น

### 1.5 ผลกระทบของโรคหืดต่อครอบครัว

ครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหืด จะมีความวิตกกังวลในระดับต่างๆกัน บางคนอาจแสดงออกโดยการปกป้องเด็กมากเกินไป ซึ่งทำให้เด็กขาดความมั่นใจ มีความอดทนน้อย ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมลำบาก ในครอบครัวที่บิดามารดามีความเครียดจากการเจ็บป่วยของบุตรก็อาจถึงขั้นแตกร้างได้ ซึ่งความเครียดนี้อาจจะเกิดความรุนแรงของโรคหืด รวมทั้งสภาพเศรษฐกิจที่ต้องมีภาระในเรื่องการรักษาโรคหืดที่ต้องใช้เวลานาน ตลอดจนการขาดงานเพื่อมาดูแลสุขภาพของเด็กอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีรายได้น้อย ปัญหาด้านสัมพันธภาพ สัมพันธภาพในครอบครัวระหว่างพี่น้องคนอื่นอาจมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับเด็กป่วยได้ (หทัยรัตน์ ชื่นจิตรและจินตนา วัชรสินธุ์, 2546) เนื่องจากความรู้สึกอิจฉาหรือไม่พอใจที่บิดามารดาให้ความสนใจต่อเด็กป่วยมากกว่า ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยเข้าใจผิดคิดว่าบิดามารดารักตนน้อยลง (Derouin & Jessee, 1996 อ้างถึงใน หทัยรัตน์ ชื่นจิตรและจินตนา วัชรสินธุ์, 2546)

## 2. ความรุนแรงของโรคหืด

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคนี้อย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเข้าใจถึงสาเหตุ ให้สังเกตสิ่งกระตุ้น หรืออาการต่างๆที่เกิดขึ้น และการใช้ยาในขณะที่มีและไม่มีอาการตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง และเมื่อใดควรพาเด็กไปพบแพทย์ การรักษาจะประกอบไปด้วยการรักษาในระยะเฉียบพลัน และการรักษาในระยะยาว

การรักษาที่สำคัญที่สุด คือการส่งเสริมพ่อแม่หรือผู้ดูแลของเด็กให้มีความสามารถในการควบคุม และป้องกันอาการ โดยการให้ความรู้และสอนทักษะต่างๆในการดูแลเด็กโรคหืด เนื่องจากการให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพนับว่าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งที่จะช่วยในการดูแล ลดความถี่ของการเกิดอาการและช่วยให้คุณภาพในการดูแลเด็กดีขึ้นด้วย (Wanna Ruanglapanun, 2000; Butz M. A. et al., 2004; Canino G. et al., 2007)

การประเมินระดับความรุนแรงของโรคตาม GINA guideline มี 4 ระดับ คือ intermittent, mild persistent, moderate persistent และ severe persistent โดยประเมินจากการใช้ยา อาการ การเกิดอาการหอบรุนแรง (exacerbations) และการทำหน้าที่ของปอด (Stallberg B. et al., 2007)

## 2.1 เครื่องมือวัดความรุนแรงของโรคหืด

วิวัฒนาการของการวัดความรุนแรงของโรคหืด เริ่มปรากฏเผยแพร่เป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1991 โดย Nation Asthma Education and Prevention Program (NAEPP) ซึ่งเป็นแนวทางสำหรับการวินิจฉัยและการจัดการโรคหืด มีการแบ่งความรุนแรงของโรคหืดออกเป็น mild, moderate และ severe โดยดูจากอาการ ความถี่ในการเกิด exacerbation การขาดเรียน (กรณีที่เป็นเด็ก) ระดับความทนในการออกกำลังกาย (ระดับดี, ทำได้น้อยลง, แย่มาก) และการทดสอบสมรรถภาพของปอด โดยจะต้องประเมินความรุนแรงก่อนให้การรักษาผู้ป่วยโรคหืด และภายหลังการรักษา การรายงานลักษณะความรุนแรงในแต่ละระดับจะรายงานเป็นลักษณะทั่วไป โดยดูการตอบสนองและระยะเวลาที่ใช้ในการรักษา ระดับความรุนแรงอาจประเมินได้ข้ามกันหรือซ้อนกันได้มากกว่า 1 ระดับ

ในปี 1997 แนวทางโรคหืดของ NAEPP ดังกล่าวนั้น ได้มีการจัดแบ่งความรุนแรงของโรคหืดแบบ intermittent และ persistent เป็น 4 ประเภท ดังนี้ mild-intermittent, mild-persistent, moderate-persistent และ severe-persistent การแบ่งประเภทความรุนแรงนี้ใช้ความถี่ของการเกิดอาการในเวลากลางวันและกลางคืน, ชีตจำกัดในการทำกิจกรรม, peak expiratory flow และการเปลี่ยนแปลงของค่า peak-flow ในช่วงกลางวันถึงกลางคืน โดยประเมินสิ่งเหล่านี้ทั้งหมดก่อนการรักษา ในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี จะประเมินโดยใช้ข้อมูลจากอาการเพียงอย่างเดียวในการประเมินความรุนแรงของโรค แต่ก็พบว่า การประเมินความรุนแรงของโรคหืดยังไม่มีความชัดเจน ในปี 2002 NAEPP ได้ปรับแนวทางโรคหืดให้มีความทันสมัย แต่ก็ไม่ได้มีการแก้ไขปรับปรุงการแบ่งประเภทของความรุนแรงของโรคหืดแต่อย่างใด

ต่อมามีผู้พยายามนำแนวทางของ NAEPP ไปแก้ไข ปรับปรุงเพื่อนำไปเป็นเครื่องมือวัดความรุนแรง โดยการประเมินความรุนแรงจากชนิดของการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน

และอาการที่มีอยู่ขณะรักษา เช่น แนวทางของประเทศแคนาดา ประเมินความรุนแรงโดยดูจากระดับของความถี่ของการยาที่ใช้เพื่อควบคุมอาการหอบ และการทำหน้าที่ของปอด และองค์การ The Global Initiative for Asthma (GINA) ได้จัดทำแนวทางขึ้นโดยประเมินความรุนแรงของโรคหืดจากเกณฑ์การใช้ยาประจำวัน และการตอบสนองต่อการรักษา (Yawn B.P.et.al.,2006)

มีผู้กล่าวถึงความรุนแรงของโรคและเกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรงไว้ต่างๆ กัน ดังนี้

ความรุนแรงของโรค (severity of illness) คือ ความมากน้อยของอาการที่เกิดขึ้น โดยตรงจากกระบวนการดำเนินโรค สามารถวัดและประเมินได้จากผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาในระยะยาว (Szeffler, 2009)

ความรุนแรงของโรค (severity of a disease) มักจะถูกใช้เป็นสื่อที่แสดงถึงบทบาทหน้าที่ของระดับความเข้มข้นที่ถ่ายทอดมาจากกระบวนการดำเนินของโรค ส่วนการควบคุม ใช้อธิบายระดับของอาการ อาการแสดง และความผิดปกติของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของโรค เพื่อให้ระดับความรุนแรงลดลงด้วยการให้การรักษา (Stoloff S.W.,2006)

ความรุนแรงของโรคหืด (asthma severity) หมายถึง ความต้องการในการใช้ยาให้น้อยที่สุดในการประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค (Schatz M.et al, 2005)

ความรุนแรงของโรคหืด (asthma severity) หมายความว่า ความรุนแรงของโรคหืด ความรุนแรงของการเกิด asthma attack หรือความรุนแรงของการเกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ ในช่วงเวลาหนึ่ง โดยมีการติดตามลักษณะเฉพาะ 4 ประการ คือ อาการ ความต้องการในการใช้ยา ความผิดปกติของร่างกาย (การลดลงของอัตราการไหลของอากาศ) และความผิดปกติซึ่งเป็นตัวที่อธิบายถึงการขาดการควบคุมโรค (Cockcroft D.W. & Swystun V.A., 1996)

ความรุนแรงของโรคหืด (asthma severity) หมายความว่า ความเข้มข้นของกระบวนการของโรคที่เกิดขึ้น ซึ่งมีมาตั้งแต่กำเนิดของชีวิต และสามารถสรุปได้จากความเข้มข้นของความจำเป็นในการจัดการเพื่อให้การควบคุมประสบความสำเร็จ (Schatz M.et al, 2006)

ความรุนแรงของโรค หมายถึง ระดับความมากน้อยของการมีอาการหอบหืดสามารถประเมินได้จากลักษณะและความถี่ในการเกิดอาการหอบหืด อาการหายใจลำบาก อาการไอ ความคงทนในการออกกำลังกาย การใช้ยา การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ซึ่งนำเกณฑ์การแบ่งความรุนแรงของโรคจาก International Consensus Report on the Diagnosis and Management of Asthma ของ International Asthma Management Project (Sheffer et al., 1992) และ Classification of Asthma by

Severity of Disease ของ National Asthma Education Program of America (Lenfant, 1991:435) ที่เพลินตา พรหมบัวศรี (2536) นำมาแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งแบ่งได้เป็น 3 ระดับ คือ

ระดับความรุนแรงน้อย หมายถึง มีอาการหอบหืดน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกในเวลากลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน ไม่มีอาการไอ ไม่มีหายใจมีเสียงวี๊ด หรือมีเพียงเล็กน้อย ทำกิจกรรมได้เท่าปกติ ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลมทุกวัน ยกเว้นเมื่อมีอาการหอบ ไม่เคยได้รับการรักษาแบบฉุกเฉิน และไม่เคยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยอาการหอบหืด

ระดับความรุนแรงปานกลาง หมายถึง มีอาการหอบหืดเท่ากับหรือมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกในเวลากลางคืนเท่ากับหรือมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน มีอาการไอ หายใจมีเสียงวี๊ดในระหว่างที่ไม่มีหอบหืดบ่อยๆ ทำกิจกรรมได้ลดลง ต้องใช้ยาขยายหลอดลมทุกวัน และต้องใช้อุปกรณ์เป็นบางครั้ง เคยมารับการรักษาแบบฉุกเฉิน 1-2 ครั้งต่อปี และเคยมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 1-2 ครั้งต่อปี

ระดับความรุนแรงมาก หมายถึง มีอาการหอบหืดเกือบทุกวัน มีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออกในเวลากลางคืนเกือบทุกคืน มีอาการไอ หายใจมีเสียงวี๊ดในระหว่างที่ไม่มีหอบหืดเกือบตลอดเวลา ทำกิจกรรมได้อย่างจำกัดหรือไม่ได้เลย ต้องใช้ยาขยายหลอดลมทุกวัน และต้องใช้อุปกรณ์ corticosteroid เคยมารับการรักษาแบบฉุกเฉินเท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อปี และเคยมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเท่ากับหรือมากกว่า 3 ครั้งต่อปี

ระดับความรุนแรงของโรคหืด หมายถึง ความถี่ หรือความบ่อยครั้งของอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด ซึ่งเป็นอาการของการจับหืด หรืออาการหอบ ซึ่งแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหืดออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้ (สมาคมอหุเวชแห่งประเทศไทย, 2540; พิพัฒน์ ชูวรเวชและนพมาศ ชูวรเวช, 2547 อ้างถึงในเบญจมาภรณ์ รัชชมณี, 2549)

ระดับความรุนแรงที่ 1 (Intermittent) คือ มีอาการจับหืดเป็นครั้งคราว โดยจับหืดกลางวันไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือจับหืดกลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน

ระดับความรุนแรงที่ 2 (Mild persistent) คือ มีอาการจับหืดบ่อย โดยจับหืดกลางวันมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือจับหืดกลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน

ระดับความรุนแรงที่ 3 (Moderate persistent) คือ มีอาการจับหืดบ่อย โดยจับหืดกลางวันทุกวัน หรือจับหืดกลางคืนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์

ระดับความรุนแรงที่ 4 (Severe persistent) คือ มีอาการจับหืดบ่อย โดยมีอาการจับหืดกลางวันตลอดเวลาเมื่อออกแรงมาก และจับหืดกลางคืนบ่อยมาก



จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประเมินความรุนแรงของโรคหืดโดยส่วนใหญ่มักจะประเมินจากอาการ ได้แก่ อาการไอ หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก หายใจลำบาก, ซีดจำกัดในการทำกิจกรรม, อาการหอบจนต้องตื่นในเวลากลางคืน การเกิดอาการหอบรุนแรง peak expiratory flow (การลดลงของอัตราการไหลของอากาศ) ความต้องการในการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการหอบ การขาดเรียนหรือขาดงานเนื่องจากอาการหอบ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน แต่เนื่องจากในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปียังไม่สามารถใช้ peak flow meter หรือ spirometry ได้อย่างถูกต้อง ด้วยข้อจำกัดดังกล่าว จึงไม่สามารถประเมิน peak expiratory flow rate ได้ การประเมินอาการจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก (Covar and Spahn, 2003)

สรุปความหมายของความรุนแรงของโรคหืดสำหรับงานวิจัยนี้ คือ ความมากน้อยของการมีอาการหอบหืดที่เกิดจากกระบวนการดำเนินโรคหืดซึ่งเป็นผลมาจากการขาดการควบคุมโรคหืดที่ดีที่สุด สามารถประเมินได้จากอาการดังกล่าว ได้แก่ การหายใจมีเสียงวี๊ด อาการหายใจลำบาก อาการไอ อาการหอบจนต้องตื่นในเวลากลางคืน การเกิดอาการหอบรุนแรง ซีด ความสามารถในการทำกิจกรรม การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการหอบ โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

### 3. ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (2001)

โอเร็มเป็นผู้นำแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองมาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล โดยพัฒนาแนวคิดขึ้นเป็นทฤษฎีการพยาบาล เรียกว่า ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's General Theory of Nursing) โดยประกอบด้วย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ

1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา กล่าวคือ บุคคลที่มีภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำ และผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อกองไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น

2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of Self-care Deficit) อธิบายถึงเหตุผลและเวลาที่บุคคลต้องการการพยาบาล กล่าวคือ ความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ของความไม่เท่าเทียมกันของความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียง

บางส่วน หรือใช้ไม่ได้เลย หรือเมื่อมีปริมาณ หรือคุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด แสดงถึงการที่บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง

3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System) อธิบายเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการสนองตอบตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้ถูกปกป้องและนำมาใช้หรือได้รับการพัฒนาโดยที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาลให้การช่วยเหลือ (Orem, 2001)

### 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

ความจำเป็นในการดูแลตนเองหรือผู้ที่พึ่งพาเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพเกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วย พิการ ทูพพลภาพ หรืออยู่ระหว่างการวินิจฉัยและการรักษา ในภาวะดังกล่าว บุคคลจะมีความต้องการที่เพิ่มเติมจากความจำเป็นในการดูแลตนเอง (self-care requisite) และความจำเป็นในการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (developmental self-care requisite) เด็กวัย 1 – 5 ปี ที่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ คือป่วยเป็นโรคหอบหืด ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านพัฒนาการ และภาวะการเจ็บป่วย ดังนั้นเด็กจึงจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาบิดามารดา หรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง โดยบิดา มารดา หรือญาติใกล้ชิด ที่เป็นผู้ดูแลหลัก คือ ผู้ที่จะทำหน้าที่ในฐานะผู้ให้การดูแล (Dependent Care Agent) แก่เด็กที่เจ็บป่วยในครอบครัว เนื่องจาก เป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด ผู้ดูแลควรปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กโรคหืด เพื่อให้บรรลุความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) ดังนี้

- 1) การแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์
- 2) การระวังผลที่เกิดจากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย
- 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษาเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ
- 4) การระวังผลที่เกิดจากการรักษา
- 5) การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ในการยอมรับความเจ็บป่วย
- 6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของความเจ็บป่วย

### 3.2 พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัย 1-5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืด

เพื่อตอบสนองของความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) ตามแนวคิดของ Orem (2001) ดังนี้

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง (Self Care Behavior) เป็นคำเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ที่ใช้ทางสังคมศาสตร์ โอเร็มใช้คำว่า Self Care Behavior เพื่ออธิบายว่าพฤติกรรมในการดูแลตนเองนั้น ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในและภายนอก (Internal Oriented Behavior และ External Oriented Behavior) ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งสองแบบนี้จะช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในสถานการณ์นั้นๆ (Orem, 1995)

เด็กวัย 1-5 ปีที่ป่วยเป็นโรคหืดเป็นเด็กที่มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน และอยู่ในความดูแลของมารดาหรือผู้ดูแล ดังนั้นการดูแลเด็กโรคหืดขณะอยู่ที่บ้าน หากผู้ดูแลสามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง จะช่วยป้องกันอาการหอบที่จะเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นแล้วให้มีความรุนแรงน้อยลง และยังช่วยให้เด็กโรคหืดสามารถมีชีวิตได้เป็นปกติเหมือนเด็กคนอื่นๆ โดยทั่วไปได้ ผู้ดูแลควรมีความรู้และมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กในเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

1) การแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ มีความสนใจและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลเด็ก โดยการซักถามจากแพทย์ พยาบาล หรือจากการอ่านหนังสือ คู่มือต่าง ๆ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ หรือสืบค้นข้อมูลความรู้ทางอินเทอร์เน็ต เป็นต้น การซักถาม พูดคุย แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความรู้และการดูแลเด็กกับบุคคลอื่น ๆ ที่มีเด็กป่วยเป็นโรคเดียวกันหรือคล้าย ๆ กัน พาเด็กไปรับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินหายใจ หรือเลือกสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสม และปลอดภัย เช่น โรงพยาบาล คลินิกที่มีแพทย์เฉพาะโรค สถานีอนามัย เป็นต้น (สมชาติ ไตรรักษา, 2527)

2) การระวังผลที่เกิดจากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย เป็นการรับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของเด็ก เด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดที่มีอาการรุนแรงหรือมีอาการหอบบ่อยครั้ง อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ปอดบวม ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด การหายใจล้มเหลว และหัวใจวาย เป็นต้น (สมชาติ ไตรรักษา, 2527; กิตติ อังศุสิงห์ และคณะ, 2542) สังเกตลักษณะอาการที่ผิดปกติ และลักษณะการขาดออกซิเจน เช่น เหนื่อยหอบ หายใจเร็ว เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างทันที่ที่ สังเกตและประเมินอาการเตือนของเด็กที่จะนำไปสู่อาการหอบได้ เช่น ไอมาก จาม น้ำตาไหล หายใจเร็วและแรง หน้าอกบุ๋ม

(กิตติ อังศุสิงห์และคณะ, 2542; ปกิต วิชยานนท์, 2542) และพาเด็กมาพบแพทย์เมื่อเด็กมีอาการ ผิดปกติ ดังนี้

2.1) อาการหอบของเด็กไม่ดีขึ้นภายใน 1 ชั่วโมง หลังจากให้เด็กรับประทาน ยาขยายหลอดลมที่เคยใช้ได้ผลแล้ว

2.2) เด็กโรคหืดมีอาการผิดปกติ ภายหลังจากรับประทานยาขยายหลอดลม เช่น มือสั่น กล้ามเนื้อกระตุก คลื่นไส้ อาเจียน ภาวะวณกระวาย ฯลฯ

2.3) เด็กมีอาการไอ มีเสมหะสีเขียวหรือเหลือง เป็นมานานกว่า 12 ชั่วโมง

2.4) เด็กมีอาการหายใจลำบากหรือหายใจเร็ว นอนราบไม่ได้ ริมฝีปากเขียว ปลายเล็บมือเล็บเท้าเขียว

**3) การปฏิบัติตามแผนการรักษาเมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ** ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างเคร่งครัดไม่ซื้อยารักษาโรคหอบ หืดมาใช้เองและไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ดูแลให้เด็กได้รับยาตามแผนการ รักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และใช้ยาพ่นสูดได้อย่างถูกต้องตามขนาดและวิธีการ

3.1) การใช้ยา ผู้ดูแลควรทราบถึงวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ในการรักษาเด็กโรค หืด เนื่องจากอาการหอบจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และแม้ว่าอาการหอบของเด็กโรคหืดจะหายแล้ว แต่ผู้ดูแลควรเข้าใจถึงความจำเป็นในการใช้ยาขยายหลอดลมต่อไป เพราะการใช้ยาเมื่อเริ่มมี อาการแสดงของอาการหอบ จะช่วยทำให้ความรุนแรงของอาการหอบน้อยลงกว่าการใช้ยาเมื่อ อาการหอบรุนแรงมากแล้ว ดังนั้น ผู้ดูแลควรปฏิบัติในการใช้ยาเด็กโรคหืด ดังนี้

3.1.1) ให้เด็กรับประทานยาขยายหลอดลมทันทีเมื่อเริ่มมีอาการหอบ ตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อเด็กเริ่มมีอาการหอบ หากผู้ดูแลไม่รีบให้เด็กรับประทานยา หาก ปลดปล่อยให้เด็กหอบนานเกิน 6 ชั่วโมงขึ้นไป จะทำให้การรักษาลำบาก บางครั้งเด็กต้องเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล

3.1.2) ไม่เพิ่มหรือลดขนาดของยารักษาโรคหืดเอง โดยไม่ได้ปรึกษา แพทย์

3.1.3) ไม่ซื้อยารักษาอาการหอบจากร้านขายยาให้เด็กรับประทาน เอง เนื่องจากเด็กโรคหืดมีโอกาสแพ้ยามากกว่าเด็กปกติอื่น ๆ และยารักษาอาการหอบบางชนิดทำ ให้เกิดอาการข้างเคียง และเป็นอันตรายต่อเด็กได้ หากใช้ไม่ถูกวิธี

3.1.4) การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่น เนื่องจากในการรักษาอาการ หอบที่เกิดขึ้นกับเด็กโรคหืดนั้น นอกจากยาขยายหลอดลมชนิดรับประทานแล้ว ยังมียาขยาย

หลอดลมชนิดพ่นเข้าทางปากหรือทางจมูก เป็นยาที่ออกฤทธิ์เร็ว และมีผลในการบรรเทาอาการ หอบได้ดีกว่าชนิดรับประทาน การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นในเด็กนั้น มักพบเสมอว่าวิธีการใช้ยา ยังไม่ถูกต้อง ทำให้การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดพ่นในเด็กไม่ค่อยได้ผล เนื่องจากในการพ่นยา จังหวะการกดหลอดยาให้พ่นเข้าสู่ปาก และจังหวะการหายใจเข้าไม่ตรงกัน ทำให้ตัวยาที่พ่นเป็น ฝอยเข้าไปในหลอดลมได้น้อย ตัวยาส่วนใหญ่จะติดอยู่ตามบริเวณปาก กระพุ้งแก้ม และหลอดลม ส่วนบน การพ่นยาขยายหลอดลมให้แก่เด็กโรคหืดวัย 1 – 5 ปี ควรใช้กระบอกต่อ (spacer) กับ หลอดยาพ่นสูด ช่วยทำให้ใช้ยาพ่นสูดแบบสเปรย์ได้ง่ายและมากขึ้น ใช้ MDI ร่วมกับ spacer หรือ breath-actuated MDI หรือ nebulizer (นวลอนงค์ วิชาญสุนทร, 2545) โดยก่อนพ่นยาผู้ดูแลจับ กระบอกยาในแนวตั้ง ถอดฝาครอบออก เขย่าในแนวตั้งแรงๆ 4-5 ครั้งให้ยาเข้ากันดี สวมกระบอก ยาเข้ากับกระบอกต่อ(spacer) โดยให้กระบอกยา pMDI ตั้งอยู่ในแนวตั้ง ให้เด็กใช้ริมฝีปากอม รอบส่วน mouthpiece ของ spacer กรณีที่ใช้เป็น face mask ให้ครอบ mask ทั้งปากและจมูก ของผู้ป่วย กดยา pMDI 1 กด ให้ยาพุ่งเข้าไปใน spacer หายใจเข้าออกใน spacer โดยผู้ดูแลนับ 1-10 หรือประมาณ 10 วินาที ในกรณีที่ต้องการกดยาซ้ำ ไม่ควรกดติดต่อกัน ควรเว้นระยะเวลา ให้ห่างจากครั้งแรกประมาณ 1 นาที (ไม่ควรน้อยกว่า 15 วินาที) จึงเริ่มพ่นยาอีกครั้ง ซึ่งจำนวน ครั้งของการพ่นยาให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และไม่ควรพ่นยาเกินขนาด

3.2) ใช้กระบอกยา (Spacer) ซึ่งเป็นอุปกรณ์ที่ใช้เชื่อมต่อระหว่างกระบอก ยา กับปากผู้ป่วยเด็ก เพื่อช่วยลดปัญหาที่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการหายใจที่ไม่สัมพันธ์กับการ กด pMDI ทำให้การสูด aerosol ทำได้ง่ายขึ้น และสามารถสูดยาเข้าไปถึงปอดได้มากขึ้น และยัง ลดการตกค้างของ aerosol ขนาดใหญ่ในช่องปาก โดยทำให้ไปตกค้างใน Spacer แทน อีกทั้งช่วย ลดผลข้างเคียงของยากลุ่ม inhaled corticosteroid ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อราในช่องปากและเสียง แห้งได้ วัสดุของ Spacer ทำด้วยพลาสติกจะมีประจุไฟฟ้าสถิตย์ที่ผิวภายในของ Spacer ซึ่งจะ ดูด aerosol ที่แขวนลอยอยู่ใน Spacer มีปริมาณลดลง การแก้การแก้ปัญหาดังกล่าวสามารถลด ปริมาณประจุไฟฟ้าสถิตย์ได้โดยการ prime กล่าวคือ การพ่นละอองยา aerosol เข้าไปใน Spacer หลายๆ ครั้งเพื่อเคลือบผิวภายในก่อนนำมาใช้ หรือใช้วิธีล้าง Spacer ด้วยน้ำสบู่หรือน้ำ ยาล้างจาน โดยไม่ต้องล้างน้ำออก ปล่อยให้แห้งให้แห้งก่อนการใช้งาน

4) การระวังผลที่เกิดจากการรักษา เป็นการรับรู้และสนใจดูแลและป้องกัน ความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

4.1) ผู้ดูแลควรสังเกตอาการผิดปกติภายหลังจากให้เด็กโรคหัดรับประทาน ยาขยายหลอดลมทุกครั้ง หากพบว่าเด็กมีอาการผิดปกติ เช่น มือสั่น กระวนกระวาย คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุก เป็นต้น ควรดื่มน้ำให้เด็กรับประทานยาและนำเด็กไปพบแพทย์ทันที

4.2) ให้เด็กบ้วนปากหรือดื่มน้ำตามทุกครั้งหลังพ่นยาที่มีส่วนผสมของสเตียรอยด์ เพื่อป้องกันการเกิดเชื้อราในช่องปาก

5) การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ในการยอมรับความเจ็บป่วย เป็นการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมบรรยากาศในครอบครัวให้เป็นบรรยากาศที่อบอุ่น ผู้ดูแลต้องประสานให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนปรองดองกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อาจมีการขัดแย้งบ้างแต่ต้องมีเหตุผลซึ่งกันและกัน ครอบครัวมีหลักปฏิบัติในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเป็นแนวทางเดียวกัน มีการเผชิญปัญหาพร้อมกัน ไม่หนีปัญหาให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และช่วยเหลือพึ่งพากันได้ทุกอย่าง มีวิธีการจัดการกับความเครียดที่เหมาะสม ไม่แสดงอาการโกรธ โวยวาย รับฟังเหตุผล ระบายความรู้สึกซึ่งกันและกัน ร่วมกันวางแผนอนาคต ไม่ท้อแท้ มีการปรับบทบาทในการเป็นบิดา มารดา และบทบาทของตนเองในสังคมได้เหมาะสม มีการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวไม่กล่าวโทษซึ่งกันและกัน และพบปะพูดคุยกับคนอื่นๆ ภายนอกครอบครัวโดยไม่รู้สึกอับอายที่มีเด็กเจ็บป่วยในครอบครัว แสวงหาแหล่งประโยชน์ภายในและภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และครอบครัวมีการปรับการดูแลเด็กให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยไม่ถือว่าเป็นภาระ (นัทธมนต์ สายสอน, 2544)

ผู้ดูแลนำเด็กมาตรวจตามนัดทุกครั้งหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ มีความสนใจและตั้งใจในการดูแลเด็ก ร่วมมือในการรักษา ยอมรับสภาพความเป็นจริงว่าโรคหัดเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลานานในการรักษา แต่เป็นโรคที่มีโอกาสหายขาดได้มาก ถ้าได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง และนานเพียงพอ ดูแลเมื่อเด็กเป็นหวัดจนทำให้เด็กอาการดีขึ้นโดยไม่ปล่อยให้หายเอง และพาเด็กมาพบแพทย์เมื่อไม่สบาย เช่น ไอ จาม มีไข้ เป็นต้น (สมชาติ ไตรรักษา, 2527; ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, 2541)

6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของความเจ็บป่วย บุคคลต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรคหรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

6.1) การนำเด็กโรคหืดมาตรวจตามนัดและเมื่อมีอาการผิดปกติ การที่ผู้ดูแล นำเด็กโรคหืดมารับการตรวจตามนัด จะทำให้เกิดผลดีต่อการรักษาเด็กโรคหืด คือ ทำให้ทราบถึง ความก้าวหน้าในการรักษา และเป็นประโยชน์ต่อแพทย์ในการพิจารณาเพิ่ม หรือลดขนาดยาให้ เหมาะสมกับอาการของเด็กโรคหืด ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรนำเด็กโรคหืดมาตรวจตามนัดทุกครั้ง

6.2) ผู้ดูแลรักษาร่างกายเด็กให้อบอุ่นอยู่เสมอ ระวังระวังร่างกายไม่ให้กระทบกับ ความเย็นเมื่อมีการเปลี่ยนของอากาศ โดยการสวมเสื้อผ้าหนา ๆ ปกปิดลำคอ หน้าอก ศีรษะ แขน ขา มือ และเท้า เมื่อเด็กมีอาการนำไปสู่อาการหอบ หรือเริ่มมีอาการหอบ ผู้ดูแลให้การดูแล เบื้องต้น ได้อย่างถูกต้องโดยเริ่มต้นต้องรักษาสภาพจิตใจและควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ให้ตกใจ กลัว ให้การดูแลเด็กโดยให้นั่งพักหรือนอนพัก หยุดกิจกรรมที่ทำให้เกิดอาการ ปลอดภัยให้เด็ก สงบไม่ตื่นตกใจ รับประทานยาโรคหอบหืดหรือยาขยายหลอดลมทันที เมื่อสังเกตว่าเริ่มมีอาการ หอบ หายใจเสียงดังวี๊ด ๆ ทุก 20 นาที ติดต่อกัน 3 ครั้ง หลังจากนั้นควรจัดให้เด็กนอนในท่าที่ สบาย ศีรษะสูง หรืออุ้มพาดบ่า หรือนอนพุง ให้เด็กดื่มน้ำอุ่น เครื่องดื่มอุ่น ๆ ที่ละน้อย บ่อยๆ ครั้ง เพื่อให้เสมหะอ่อน หลว ขับออกได้ง่าย เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น เปลี่ยนผ้าให้แห้งสะอาด นุ่ม สบายตัว แล้วประเมินอาการของเด็ก ถ้าอาการปกติให้พ่นยาต่อทุก 4-6 ชั่วโมง ต่อเนื่องกัน 1-2 วัน ถ้า อาการยังไม่ปกติ หรือมีอาการกลับมาอีกภายใน 3 ชั่วโมง ให้พ่นยาซ้ำได้ทุก 2 ชั่วโมง แล้วพาเด็ก มาพบแพทย์ภายในวันนั้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นเลย ให้พ่นยาซ้ำทันที แล้วรีบพาเด็กไปพบแพทย์ โดยเร็ว ห้ามไม่ให้เด็กรับประทานยาลดน้ำมูกในขณะที่เด็กมีอาการหอบ เพราะจะทำให้เสมหะ เหนียวข้น ขับออกได้ยาก (สมชาติ ไตรรักษา, 2527; ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, 2541; ปกิต วิทยานนท์, 2542)

6.3) การป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อของระบบทางเดิน หายใจเป็นเหตุชักนำที่กระตุ้นให้เด็กมีอาการหอบที่พบได้บ่อยมาก โดยพบว่าเด็กจะมีอาการหอบ ภายหลังจากมีอาการไอ เป็นหวัด หรืออาการติดเชื้อทางเดินหายใจอื่น ๆ เสมอ ดังนั้น การป้องกันการ ติดเชื้อทางเดินหายใจให้แก่เด็กโรคหืด จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยป้องกันการเกิดอาการหอบให้แก่ เด็กวิธีหนึ่ง ซึ่งผู้ดูแลควรปฏิบัติดังนี้

6.3.1) ผู้ดูแลให้เด็กโรคหืดสวมเสื้อผ้าที่ทำให้ร่างกายอบอุ่นในวันที่อากาศ เย็น และเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็กทันทีที่เปียกชื้น เพราะความเย็นจะกระตุ้นให้เด็กไอ เป็นหวัด และ หายใจหอบได้

6.3.2) ผู้ดูแลไม่ให้เด็กโรคหืดอยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการติดเชื้อระบบทางเดิน หายใจ

6.3.3) ดูแลให้เด็กมีร่างกายที่แข็งแรงอยู่เสมอ โดยจัดและดูแลให้เด็กได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ตามหลักโภชนาการ ให้เด็กได้ออกกำลังกายกลางแจ้งตามสภาพร่างกายอย่างเหมาะสม และดูแลให้เด็กได้นอนหลับพักผ่อนให้เหมาะสมกับวัย

6.3.4) ไม่เลี้ยงสัตว์เลี้ยงที่มีขนไว้ในบ้าน เช่น สุนัข แมว นก เป็นต้น หลีกเลี่ยงการใช้หรือสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ที่มาจากสัตว์ เช่น หนังสัตว์ แปรงขนนก ผ้าห่มขนนก ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีสารก่อภูมิแพ้ที่เป็นสาเหตุชักนำให้เกิดอาการได้ (ปกิต วิชยานนท์ และคณะ, 2543; อรทัย จิรพงศานานุรักษ์ และมนตรี ตูจันดา, 2542; Morgan et al., 2004)

6.3.5) จัดบ้านให้โล่ง สะอาดอยู่เสมอ โดยเฉพาะจัดห้องนอนเด็กให้มีของน้อยชิ้น เพื่อความสะดวกต่อการทำความสะอาด ซึ่งควรปฏิบัติดังนี้

6.3.6) จัดห้องนอนเด็กให้โล่ง โปร่งสบาย แสงแดดส่องถึงและเช็ดถูห้องนอนด้วยผ้าชุบน้ำทุกวัน ไม่กวาดหรือบิดฝุ่นเพราะจะทำให้ฝุ่นฟุ้งกระจาย และดูแลให้เด็กอยู่ห่างจากบริเวณที่กำลังทำความสะอาด (Morgan et al., 2004)

6.3.7) ไม่ใช้หมอน ที่นอน ผ้าห่ม หรือเครื่องนอนอื่น ๆ ที่ทำด้วยนุ่นหรือขนสัตว์ อาจแก้ไขด้วยการหุ้มด้วยพลาสติกหรือใช้ชนิดที่ทำด้วยใยสังเคราะห์หรือฟองน้ำ โดยเฉพาะการคลุมที่นอนด้วยผ้าคลุมที่นอนเส้นใยแน่นจะป้องกันไรฝุ่นได้ดี (อรทัย จิรพงศานานุรักษ์ และมนตรี ตูจันดา, 2542) นำที่นอนผืนแดดบ่อย ๆ ซักผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนด้วยน้ำร้อนที่มีอุณหภูมิประมาณ 60 องศาเซลเซียส สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อฆ่าตัวไรฝุ่น ส่วนผ้าห่ม ผ้าคลุมเตียงควรซัก 2 สัปดาห์ต่อครั้ง (Morgan et al., 2004) ทำความสะอาดผ้าปูที่นอนด้วยน้ำร้อนเป็นระยะ ๆ (ปกิต วิชยานนท์ และคณะ, 2543) ควรเลือกใช้ผ้าปูที่นอนที่ทำด้วยมูลี่แทนผ้า

6.3.8) หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องเรือนหรือของเล่นที่สะสมฝุ่น เช่น ตุ๊กตามีขน หนังสือ พรม เป็นต้น (ปกิต วิชยานนท์ และคณะ, 2543; Morgan et al., 2004)

6.3.9) หลีกเลี่ยงการจัดอาหารที่รับประทานแล้วเกิดอาการแพ้หรืออาการหอบหืดให้แก่เด็ก

6.3.10) สังเกตว่าเด็กแพ้ยาชนิดใดบ้างและแจ้งให้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ทราบในการตรวจรักษาทุกครั้ง

6.3.11) กำจัดซากแมลงสาบภายในบ้าน เพราะเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการหอบหืดได้ (Kuster, 1996; Morgan et al., 2004)



6.3.12) ดูแลให้เด็กอยู่ในสถานที่ปลอดโปร่ง สะอาด อากาศถ่ายเทดี ไม่ให้เด็กอยู่ในบริเวณที่มีสารระคายเคืองหรือก่อให้เกิดอาการแพ้ เช่น ควันไฟ ควันบุหรี่ ควันท่อไอเสีย กลิ่นน้ำหอม กลิ่นน้ำยาทำความสะอาดห้องน้ำ กลิ่นน้ำยาทำความสะอาดพื้น กลิ่นยากันยุง ฝุ่น ละออง เกสรดอกไม้ (พรทิพย์ ศิริบุญรัตน์พัฒนา, 2544; Morgan et al., 2004)

6.3.13) ดูแลไม่ให้เด็กได้สัมผัสสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงเร็วเกินไป ดูแลให้เด็กสวมเสื้อผ้าห่ออบอุ่นเมื่อมีอากาศเย็น เนื่องจากความเย็นอาจกระตุ้นให้เด็กมีอาการหอบหืดได้ (พรทิพย์ ศิริบุญรัตน์พัฒนา, 2544)

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี โดยใช้แนวคิดความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) ของโอเร็ม (Orem, 2001) เป็นแนวทางในการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ดูแลของเด็กตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของเด็กวัย 1- 5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืดได้ทุกด้าน

**4. การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหืด** ผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีความสามารถในการดูแลตนเองที่จำกัด ต้องอาศัยการดูแลจากบุคคลที่พึ่งพาหรือให้การดูแลในยามที่เจ็บป่วย เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่เน้นด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตามแผนการรักษาของแพทย์และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบกำเริบบ่อยๆ พยาบาลมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือผู้ดูแลของเด็ก โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอในการดูแลเด็กโรคหืด ดังต่อไปนี้

#### 4.1 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีบทบาทในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี ดังนี้

1) บทบาทให้การดูแล (Caregiver) เป็นบทบาทอิสระของพยาบาลที่สามารถปฏิบัติได้เองตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาลในการดูแล รักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ การประยุกต์ทฤษฎี ข้อมูลทางการวิจัยต่างๆ ร่วมกับศาสตร์ทางการพยาบาลมาวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ในทุกสภาวะสุขภาพ

2) บทบาทการให้ความรู้ (Health educator) การปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ

พยาบาลวิชาชีพต้องเป็นผู้ให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคหืด และการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปีแก่ผู้ดูแล โดยมีการทบทวนความรู้ อย่างเป็นระบบโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาเป็นแนวทางในการสอน และให้ข้อมูลอย่างเป็นระบบ ทำให้การสอนมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ที่ได้รับการสอนสามารถนำ ความรู้ที่ได้ไปส่งเสริม หรือปรับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เด็ก โรคหืดมีระดับความรุนแรงของโรคหืดลดลง มีสุขภาพดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ สามารถใช้ชีวิตได้ เหมือนเช่นเด็กปกติทั่วไป

3) บทบาทการเป็นที่ปรึกษา (Counselor) การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการที่ ช่วยให้ผู้รับคำปรึกษา รู้ เข้าใจ ยอมรับตนเอง และยอมรับปัญหาของตนเอง ตลอดจนสามารถ แก้ไขปัญหา ปรับตัว และพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้อง (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2549) เพื่อ ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสามารถดูแลเด็กโรคหืดได้ดี ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องมากขึ้น เช่น การเปิด โอกาสให้ผู้ดูแลของเด็กโรคหืดสามารถโทรศัพท์เพื่อสอบถาม หรือปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพของเด็กโรคหืด เพื่อให้ผู้ดูแลของเด็กเกิดความมั่นใจในการดูแลเด็กมากยิ่งขึ้น

4) บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator) เนื่องจากคุณภาพการดูแลรักษาเด็ก แบบองค์รวม จำเป็นต้องอาศัยการทำงานประสานกันของบุคลากรในทีมสหสาขา สามารถทำงาน เป็นทีม โดยประสานงานในฐานะผู้พิทักษ์สิทธิ (Advocate) ด้านสุขภาพของเด็กและการสื่อสาร ข้อมูลเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง ความรู้สึกนึกคิดของเด็ก แผนการดูแลรักษา การประสานงาน กับวิชาชีพอื่นในการช่วยเหลือหาแหล่งประโยชน์ให้กับครอบครัวและเด็ก (ทัศนีย์ อรรถารส, 2547) และแลกเปลี่ยนข้อมูลอื่นๆ ระหว่างบุคลากรในทีมได้อย่างชัดเจน ต่อเนื่อง เช่น ในกรณีที่พยาบาล พบว่าเด็กโรคหืดมีความรุนแรงของโรคมก มีอาการหอบหืดกำเริบบ่อย ต้องเข้าออก โรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาเป็นประจำ พยาบาลอาจประสานงานเพื่อให้พยาบาลชุมชนเข้า เยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาที่ทำให้เด็กยังคงมีอาการหอบหืดกำเริบอยู่ เช่น สภาพแวดล้อมของที่อยู่ อาศัย มลพิษต่างๆ เพื่อดำเนินการแก้ไข โดยประสานงานไปยังองค์การบริหารส่วนตำบลท้องถิ่น เป็นต้น

5) บทบาทผู้วิจัย (Researcher) โดยติดตามงานวิจัยใหม่ที่เกี่ยวข้องอย่าง ต่อเนื่อง พยาบาลต้องสามารถค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบ เพื่อนำมาพัฒนางาน มีการ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสู่การแก้ปัญหาโรคหืดในเด็ก สร้างงานวิจัยด้านการพยาบาล เพื่อให้ได้ คำตอบในการพัฒนา หรือจัดทำโครงการเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหืด สำหรับผู้ดูแลเด็กต่อไป

สรุปได้ว่า การปฏิบัติบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในส่วนของ การส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี พยาบาลต้องอาศัยความรู้ต่างๆ ทั้งความรู้พื้นฐานและความรู้ในการปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูง ตลอดจนสามารถตัดสินใจภายใต้สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ทั้งนี้ต้องยึดหลักคุณธรรมและจริยธรรม จึงจะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการดูแลสุขภาพเด็กแบบองค์รวมที่มีประสิทธิภาพสูงตามขอบเขตและองค์ความรู้ที่กำหนดในศาสตร์สาขาได้อย่างชัดเจน โดยยึดหลักการของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงในการปฏิบัติงานของวิชาชีพพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลได้และมีประสิทธิภาพสูงสุด

#### 4.2 การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์

ปัจจุบันนี้เทคโนโลยีการสื่อสารโทรคมนาคม มีความเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว มีการนำเทคโนโลยีใหม่ๆ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ ทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคลได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น ประหยัดเวลาในการเดินทางและค่าใช้จ่ายได้มาก โทรศัพท์จัดเป็นสื่อที่มีความสำคัญกับสังคมปัจจุบัน ที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว (วาสนา ชนะพลพัฒน์, 2548) นับเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับพยาบาลในการพัฒนางานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการติดต่อกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ เนื่องจากเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ เป็นระบบที่ทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการใช้ได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว การติดต่อกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยที่บ้านผ่านทางโทรศัพท์ มีการใช้คำเรียกต่าง ๆ กัน เช่น การติดตามทางโทรศัพท์ (รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) การให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ (นงเยาว์ ภูริวัฒนกุลและคณะ, 2549) และการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ (วาสนา ชนะพลพัฒน์, 2548) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายต่างๆ ดังนี้

Shu, Mermina and Nystrom(1996) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์เป็นการให้คำแนะนำ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม

Hunter (2000) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ เป็นการติดตามกระตุ้น ชี้แนะ และให้การเสริมแรงพฤติกรรมที่เหมาะสม

Rice (2000) ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ว่า เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้าน และประเมินผลความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษาและปรับประคองจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

ในการวิจัยครั้งนี้ การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ หมายถึง การสนับสนุนให้ผู้ดูแลของเด็กป่วย มีการดูแลเด็กที่บ้านและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการกระตุ้น ชี้แนะ แนะนำ การเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1 - 5 ปี ร่วมกันแก้ไขปัญหาเมื่อพบอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และการนัดหมายมาตรวจตามนัด

#### 4.2.1 วัตถุประสงค์การสื่อสารทางโทรศัพท์กับผู้ป่วยที่บ้าน

- 1) เพื่อให้งานการพยาบาลดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- 2) ช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาลและการเยี่ยมบ้าน
- 3) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน
- 4) สร้างความสบายใจและพึงพอใจแก่ผู้ป่วย

#### 4.2.2 วิธีการและระยะเวลาในการสื่อสารทางโทรศัพท์ที่บ้านกับผู้ป่วย

Cave (1989) อ้างใน วาสนา ชนะพลพัฒน์ (2548) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และมีปัญหาซับซ้อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้โทรศัพท์ติดตามระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต และตัดไตนมจำนวน 116 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนแผนการรักษา การติดตามเรื่องยาและอาการข้างเคียง การดูแลตนเองและการนัดหมายมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และปรับประคองด้านจิตใจ

Elliott and Reimer (1998) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อปรับประคองจิตใจมารดาและประเมินสุขภาพทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด 20 คน โทรศัพท์ติดตามมารดาหลังจำหน่าย 1- 7 วันแรกหลังจำหน่าย ระยะเวลาที่ใช้ในการโทรศัพท์ประมาณ 5-30 นาที เฉลี่ย 15 นาที จากนั้นประเมินความต้องการและการตอบสนองของมารดา ก่อนว่า จะต้องมีการติดตามอีกหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่า สามารถช่วยปรับประคองด้านจิตใจและการเลี้ยงดูทารกแก่มารดาได้เป็นอย่างมาก

Mcintosh and Worley (1994) ศึกษาติดตามและการดูแลทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 127 คน โดยติดตามภายใน 72 ชั่วโมง หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ

ติดตามภายใน 2-3 สัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลที่ต่อเนื่อง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ จากการติดตามภายใน 15 เดือน ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำคิดเป็นร้อยละ 12

จากงานวิจัยข้างต้น การดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยทางกายมักจะติดตามดูแลภายใน 1-7 วันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการติดตามดูแลซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีการติดตามดูแลนาน 2 สัปดาห์ถึง 6 เดือน ระยะเวลาในการติดตามแต่ละครั้งประมาณ 10 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามผู้ดูแลของเด็กที่บ้านทางโทรศัพท์หลังได้รับโปรแกรม 1 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยใช้เวลาการสื่อสารแต่ละครั้งประมาณ 10 - 15 นาที

**4.2.3 ขั้นตอนในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยทางโทรศัพท์** (นงศันุช สุเมธ, 2545)

- 1) ศึกษาเตรียมข้อมูลที่ต้องการสอบถามไว้ล่วงหน้า เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมค้นหา
- 2) เริ่มต้นการสนทนาด้วยคำว่า สวัสดี (ครับ, ค่ะ) บอกชื่อ นามสกุล ด้วยเสียงนุ่มนวล ควบคุมอารมณ์และบรรยากาศในการสนทนาในทางบวกเสมอ เรียกชื่อผู้ป่วยแทนสรรพนาม
- 3) บอกเหตุผลที่โทรศัพท์มา และประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยใช้คำถามปลายเปิดด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย ข้อความสั้น กระชับ
- 4) ในระหว่างคุยโทรศัพท์ควรสอดแทรกคำแนะนำ และคำปรึกษาในเรื่องที่สมควร
- 5) นัดหมายการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งต่อไป
- 6) ทบทวนเหตุผลที่โทรศัพท์มา และสรุปทบทวนความเข้าใจของผู้ฟังให้ตรงกัน
- 7) ยุติการสนทนาด้วยคำว่า สวัสดี

#### **4.2.4 ประเด็นสำคัญของการติดต่อทางโทรศัพท์**

- 1) ระบุประเด็นหัวข้อที่ต้องการสอบถามตามลำดับ จะช่วยการสนทนาตรงประเด็นที่ต้องการ
- 2) ผู้ฟังจะรู้สึกดีใจที่ท่านจำชื่อของเขาได้ ทำให้เกิดความพึงพอใจ และให้ความร่วมมือในการสนทนา สังเกตปฏิกิริยาจากน้ำเสียงได้ตอบกลับ
- 3) การให้คำแนะนำควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย สั้น กระชับ ไม่ควรใช้โทรศัพท์นานเกิน 10 นาที ถ้านานกว่านั้นควรจะไปเยี่ยมบ้าน

4) หลังสิ้นสุดการสนทนาทางโทรศัพท์ ควรบันทึกรายละเอียดเก็บไว้เป็นหลักฐาน เพื่อวางแผนการช่วยเหลือหรือการสนทนาครั้งต่อไป

## 5. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1 – 5 ปี

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ และการดูแลผู้พึ่งพาของ Orem (2001) ประกอบด้วยกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1 – 5 ปี ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพ โดยพยาบาลพูดคุย ชักถาม แสดงความห่วงใย เห็นใจ เต็มใจในการช่วยเหลือ มีท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มกับผู้ดูแล เพื่อความไว้วางใจในตัวพยาบาลและ ความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

2) กิจกรรม “ลูกฉันเป็นฮีต” เป็นการทำความเข้าใจและกำหนดเป้าหมายการดูแลเด็กร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล โดยพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการดูแลเด็กเพื่อลดระดับความรุนแรง โดยกล่าวถึงความสำคัญของพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีผลต่ออาการหรือความรุนแรงของโรคของเด็ก ชี้แนะและชี้ชวนให้ผู้ดูแลเห็นถึงผลดีหรือประโยชน์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กโรคหืดที่ถูกต้องและต่อเนื่องทั้งในด้านตัวเด็กและผู้ดูแลเอง เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีความต้องการเรียนรู้ ต้องการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติดูแลสุขภาพเด็กเพื่อลดความรุนแรงของโรคหืดให้กับเด็ก เป็นการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการยอมรับความเจ็บป่วยของเด็ก

3) กิจกรรมเรียนรู้และใส่ใจ เป็นการให้ความรู้ด้วยภาพพลิกสีเกี่ยวกับโรค อาการ ปัจจัยการเกิดโรคและเหตุส่งเสริม สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด ผลของโรคหืดในเด็ก การรักษาและการดูแลเด็กโรคหืดเพื่อควบคุมอาการและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด การช้ยาให้ได้ผลดี การฝึกทักษะการช้ยาสูดพ่น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการช้ยา โดยพยาบาลเป็นผู้ชี้แจง ชี้แนะ ขั้นตอนและวิธีการช้ยาพ่นสูด ภายหลังการให้ความรู้ ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลแสดงความคิดเห็น บอกขั้นตอนการช่วยเหลือเด็กโรคหืดที่มีอาการหอบหืด โดยคุณลักษณะเด็กที่กำลังมีอาการหอบจาก คลิปวิดีโอในโทรศัพท์มือถือของผู้วิจัย เป็นการเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมสำหรับการปฏิบัติดูแลสุขภาพตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการระวังผลที่เกิดจากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติดูแลสุขภาพเด็กโรคหืดได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

4) กิจกรรมพยาบาลจะจำ เป็นการสนับสนุนและการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ดูแล ปฏิบัติการดูแลเด็กโรคหืดได้เอง ด้วยการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติการการดูแลเด็กที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง พยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลเด็กด้วยการมอบคู่มือการดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปีสำหรับผู้ดูแล นำกลับไปทบทวนที่บ้าน และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ดูแลมีช่องทางในการแสวงหาความรู้ ความช่วยเหลือทางการแพทย์ เพิ่มเติมนอกเหนือจากคู่มือการดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปีสำหรับผู้ดูแล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อกับพยาบาลทางโทรศัพท์ได้ตลอดการทำวิจัย และพยาบาลจะโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมโดยจะประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปีสำหรับผู้ดูแล เมื่อพบปัญหาจะซักถามถึงสาเหตุที่ไม่สามารถปฏิบัติได้เพื่อหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน พยาบาลให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสนใจ และตั้งใจในการดูแลเด็ก มีความร่วมมือในการรักษาที่ต่อเนื่อง พยาบาลเสริมแรงโดยการกล่าวคำชมเชยเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลเด็กได้ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งเน้นย้ำถึงสุขภาพของเด็กที่ต้องการตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลปรับพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ กิจกรรมการพยาบาลนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของความเจ็บป่วยได้ สามารถให้การดูแลช่วยเหลือเด็กโรคหืดทั้งในภาวะปกติและขณะมีอาการจับหืดได้ ดูแล ป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ รวมถึงการระวังผลที่เกิดจากการรักษาด้วยการสังเกตอาการข้างเคียง ดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีพฤติกรรมการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดให้ถูกต้องเหมาะสมอยู่หลายวิธี ดังนี้

การศึกษาของธิดารัตน์ เอกศิรินิมิตร (2539) ที่ศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัย 1- 5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรวัย 1 – 5 ปีที่โรคหอบหืดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การศึกษาของชลดา อินทรสังขนาวิน (2542) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืด

ที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีการปฏิบัติต่อการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัลทณี ทองมี (2543) ที่ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรขวบปีแรกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจ กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาที่ดูแลบุตรขวบปีแรกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจ จำนวน 40 ราย ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรขวบปีแรกด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดีกว่าพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรขวบปีแรกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ที่มีสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การสอนร่วมกับการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับการให้การดูแลที่บ้าน ดังการศึกษาของอรพรรณ แสนใจวุฒิ (2544) เกี่ยวกับผลการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด โดยใช้แนวคิดของ Orem (1995) กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและเด็กวัยเรียนจำนวน 15 คู่ สอนและฝึกทักษะกิจกรรมการดูแลตนเองแก่มารดาและเด็กในส่วนที่ยังมีปัญหา ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการให้การดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องจำนวน 4 ครั้ง และวัดพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาในสัปดาห์ที่ 9 ของการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหอบหืดสูงกว่าก่อนการได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กโรคหอบหืดสูงกว่าก่อนการได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กโรคหอบหืด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

การศึกษาของนันทมนต์ สายสอน (2544) เกี่ยวกับการเปรียบเทียบผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาเด็กโรคหอบหืดอายุ 1 – 6 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียวและกลุ่มมารดาที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ร่วมกับการให้การพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืดมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียวและกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียวมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กสูงกว่าก่อนการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์



การศึกษาของสุพัตรา สารพัตติก (2544) เกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลบุตรในมารดามีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดอายุแรกเกิดถึง 5 ปี โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี โดยใช้โปสเตอร์และแผ่นพับ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กของมารดากลุ่มทดลอง และกลุ่มทดลองซ้ำหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมสุขศึกษา

การศึกษาของประไพพิศ สิงหเสม (2545) เกี่ยวกับผลการใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาเด็กโรคหอบหืดอายุ 3 – 6 ปี จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมการสอนที่สร้างขึ้นจำนวน 30 ราย และกลุ่มที่ได้รับคู่มือการดูแลบุตรโรคหอบหืดเพื่อนำไปศึกษาเองเพียงอย่างเดียวจำนวน 30 ราย โดยสอนเป็นกลุ่มๆ ละ 3 – 5 คน และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม ซึ่งเนื้อหาการสอนประกอบด้วย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการและอาการแสดงการรักษา การจัดการอาการหอบ การป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดอาการหอบ การใช้ยา หลังการสอนได้ให้คู่มือการดูแลเด็กโรคหอบหืดเพื่อให้มารดานำไปศึกษาที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการสอน 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการสอนเป็นกลุ่มตามโปรแกรมการสอน มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคหอบหืดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับหนังสือคู่มือเพียงอย่างเดียวและกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ

ศุภมาส พันธุ์ไชย (2546) ศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดแก่ผู้ป่วยเด็กต่อระดับความรู้ อัตราการขาดเรียน จำนวนวันที่นอนโรงพยาบาลและอัตราการมาห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 3-15 ปี จำนวน 40 คน เปรียบเทียบกับก่อนการให้ความรู้ เก็บข้อมูลย้อนหลังในช่วงเวลาเดียวกันของปีที่แล้ว เป็นเวลา 6 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลก่อนการให้ความรู้เพื่อเปรียบเทียบกัน โดยนัดติดตามผลหลังให้ความรู้ทุก 2 เดือน ติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า หลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงจาก 2.97 ครั้ง/คน/ 6 เดือน เป็น 0.8 ครั้ง/คน/ 6 เดือน ลดลง 71% จำนวนวันที่ผู้ป่วยหยุดเรียนจากโรคหืดลดลงจาก 8.3 วัน/คน/ 6 เดือน เป็น 4.4 วัน/คน/ 6 เดือน ลดลง 46% จำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลจากโรคหืดลดลงจาก 1.07 วัน/คน/เดือน เป็น 0.35 วัน/คน / 6 เดือน ลดลง 67% ( $P < 0.05$ )

เนตรทอง ทะยา (2547) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบการสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาและผลลัพธ์สุขภาพทารก โดยใช้ทฤษฎีของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการพยาบาลระบบการสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนพฤติกรรมดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และมีผลลัพธ์สุขภาพดีกว่า

อรจิรา เทียนน้ำเงิน (2548) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเขียวกระทันหันและการเกิดภาวะเขียว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเขียวกระทันหันที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เด็กโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 30 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กสูงขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และผู้ป่วยเด็กมีจำนวนการเกิดภาวะเขียวกระทันหันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

การศึกษาของพวงทิพย์ วัฒนะ (2550) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก อายุ 1 – 6 ปี โดยใช้แนวคิดการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ของแบนดูรา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ปกครองของเด็กจำนวน 15 ราย โดยการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก พบว่าคะแนนพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กหลังการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์สูงกว่าก่อนการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์

ทิพาพร ยอดญาติไทย (2551) เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดวัย 0 – 6 ปีของครอบครัว ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรู้ตามแนวทางของ GINA PEDIATRIC GUIDLINE 2004 กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ มีคู่มือครอบครัวให้กลับไปทบทวนที่บ้านและตามเยี่ยมบ้าน พบว่าพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดวัย 0 - 6 ปี ของครอบครัวหลังได้รับการรู้ตามแนวทางของ GINA PEDIATRIC GUIDLINE 2004 มีพฤติกรรมดูแลเด็กดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการรู้ตามแนวทางของ GINA PEDIATRIC GUIDLINE 2004

กรุณา เครือเนตร (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดด้วย 1- 6 ปี ของครอบครัว โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ และคู่มือครอบครัว พบว่าคะแนนพฤติกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัว

ธิดา แก้วเหลา (2551) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารดาในการดูแลและภาวะความรุนแรงของโรคหืดในเด็กเล็ก ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ ) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะความรุนแรงของโรคหืดในเด็กเล็ก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะความรุนแรงของโรคหืดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ )

Rand et al. (2000) ศึกษาเรื่อง การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยเด็กโรคหืดชาวแอฟริกาอเมริกัน พบว่า การมาห้องฉุกเฉินเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค การดูแลรักษา และปัจจัยทางสังคม ในเด็ก 392 คน ที่เป็นชาวแอฟริกันอเมริกัน ในเมืองที่มีเศรษฐกิจต่ำ พบว่าค่าเฉลี่ยของวันที่มีอาการหอบ 6.2 วันต่อปี (SD 8.1) มีอาการหอบกลางคืน 7.9 วันต่อปี (SD 8.1) จำนวนวันที่ขาดเรียน 9.7 วันต่อปี (SD 13.5) ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมี 12% รับประทาน inhaled anti-inflammatory medication โดยสรุปพบว่า การรักษาโรคหืดขึ้นอยู่กับ การให้การดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน และการดูแลขณะที่มีอาการหอบ ซึ่งผลลัพธ์ดูได้จากจำนวนวันที่ขาดเรียนหรือขาดงาน

Sherman et al., (2001) ศึกษาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่มีผลการรักษาที่ไม่น่าพอใจ โดยกระตุ้นผู้ป่วยให้มาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ติดตามผลการตรวจสมรรถภาพปอด การดูแลพฤติกรรมกรดยา และบันทึกการใช้ยา ซึ่งสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดีขึ้น โดยประเมินจากจำนวนครั้งที่มาห้องฉุกเฉิน และวันที่มาโรงพยาบาล

Wolf et al. (2002) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้การศึกษสำหรับโรคหืดในเด็ก ในผู้ป่วยอายุ 2-18 ปี จำนวน 3,706 คน พบว่าการให้การศึกษสามารถลดจำนวนวันที่ขาดเรียน วันที่หอบและจำนวนครั้งที่มาห้องฉุกเฉิน ลดอาการหอบเวลากลางคืน โดยได้ผลมากที่สุดในกลุ่ม moderate to severe ซึ่งช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

Yilmaz และ Akkaya (2002) ศึกษาเรื่อง การประเมินผลระยะยาวของการให้ความรู้เรื่องโรคหืดที่คลินิกผู้ป่วยนอกในประเทศตุรกี โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มที่ได้รับการ

พิเศษ 25 คน และกลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้เป็นพิเศษ 27 คน เปรียบเทียบผลกัน 3 ปี พบว่าการให้ยาที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเพียงอย่างเดียวนั้นไม่เพียงพอ ในการรักษาโรคหืด การให้ความรู้เป็นส่วนสำคัญในการรักษาโรคหืดเพื่อให้ได้คุณภาพมากขึ้น



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### กรอบแนวคิดการวิจัย

#### โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล เด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. พยาบาลสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม
2. กิจกรรมลูกฉันทันเป็นหืด เป็นการตั้งเป้าหมายพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืด โดย
  - 2.1 พยาบาลกล่าวถึงความสำคัญของพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีผลต่ออาการของเด็กโรคหืด
  - 2.2 ผู้ดูแลตั้งเป้าหมายการลดอาการหรือความรุนแรงของโรคหืดในเด็กร่วมกับพยาบาล
3. กิจกรรมเรียนรู้และใส่ใจ เป็นการให้ความรู้และฝึกทักษะผ่านการบรรยายร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม ดังนี้
  - 3.1 ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคหืดและการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี
  - 3.2 ให้สมาชิกกลุ่มร่วมกันคิด อภิปราย แก้ปัญหาตามเหตุการณ์สมมติเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือเด็กเมื่อมีอาการหอบหืดร่วมกัน จากนั้นพยาบาลสรุป แก้ไขเพิ่มเติมข้อคิดเห็นของสมาชิกให้ถูกต้องและสมบูรณ์
  - 3.3 ฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่น โดยพยาบาลสาธิตและให้สมาชิกในกลุ่มสาธิตย้อนกลับ
4. กิจกรรมพยาบาลจะจำ
  - 4.1 พยาบาลมอบคู่มือการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี สำหรับผู้ดูแล ให้กับผู้ดูแล
  - 4.2 พยาบาลโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมอาการเด็กและประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล เมื่อพบปัญหา/อุปสรรค ให้คำแนะนำร่วมกันแก้ไขปัญหา กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ เสริมแรงด้วยการกล่าวชื่นชมเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์

ความรุนแรงของ  
โรคหืดในเด็ก

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ต่อระดับความรุนแรงของโรค โดยมีรูปแบบการวิจัยดังนี้ (Shadish et al., 2002)

#### รูปแบบการวิจัย

		กลุ่มทดลอง	$O_1 \times O_2$
		กลุ่มควบคุม	$O_3 \quad O_4$
x	หมายถึง	โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี	
$O_1$	หมายถึง	ความรุนแรงของโรคในเด็กที่ผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มทดลองก่อนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี	
$O_2$	หมายถึง	ความรุนแรงของโรคในเด็กที่ผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี	
$O_3$	หมายถึง	ความรุนแรงของโรคในเด็กที่ผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ	
$O_4$	หมายถึง	ความรุนแรงของโรคในเด็กที่ผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ	

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ เด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีและผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี และผู้ดูแลที่พาเด็กมาตรวจรักษาที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 46 คู่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการวิจัย (inclusion criteria) ดังนี้

- 1) เป็นผู้ดูแล ซึ่งหมายถึง บิดา มารดา หรือญาติใกล้ชิดที่เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านของเด็กโรคหัดด้วย 1- 5 ปี และเด็กไม่มีโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจ ปอดแฟบ
- 2) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินหรือการสื่อสารตา ยกเว้นสายตาสั้นหรือสายตาวาย
- 3) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทย
- 4) ยินดีให้ร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้
- 5) สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ เช่น โทรศัพท์บ้านหรือโทรศัพท์เคลื่อนที่

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากงานวิจัย (Exclusion criteria) คือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมพยาบาลจะจำ (การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อค้นหาปัญหาและร่วมกันแก้ไขปัญหาระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล) ได้ครบ 3 ครั้ง

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นเด็กโรคหัดด้วย 1- 5 ปีและผู้ดูแลของเด็กที่เข้ามารับการรักษาที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยตรวจสอบคุณสมบัติของเด็กตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อทราบรายชื่อและจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปีตามเกณฑ์การคัดเลือกทั้งหมด และวางแผนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแลของเด็กตามเกณฑ์การคัดเลือก เมื่อได้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลเด็ก บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงระยะเวลาของการเข้าร่วมวิจัยและรายละเอียดของการวิจัย รวมทั้งการนัดหมายวันเวลาในการติดตามกลุ่มตัวอย่าง การใช้โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน จากนั้นขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยให้อ่านใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย

ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลของเด็กเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยการจับสลาก (Random assignment) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกันทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยทำสลากที่เขียนหมายเลข 1 ไว้ 3 แผ่น (กำหนดเลข 1 คือกลุ่มควบคุม) และเขียนหมายเลข 2 ไว้ 3 แผ่น (กำหนดเลข 2 คือ กลุ่มทดลอง) จากนั้นให้ผู้ดูแลของเด็กจับสลากตามวิธีการมาขึ้นบัตรนัดการจับสลากแต่ละครั้งจะได้กลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 6 คน ผู้ดูแลจะถูกจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่เกินกลุ่มละ 3 คนต่อการจับสลาก 1 รอบ การจับสลากวิธีนี้ทำให้ผู้วิจัยสามารถให้การ

พยายามตามโปรแกรมเป็นรายกลุ่มได้ครั้งละ 2-3 คน และไม่เป็นการรบกวนเวลาของผู้ดูแลเด็กมากเกินไป เพราะผู้วิจัยจะเริ่มทำกิจกรรมในกลุ่มทดลองเรียงตามลำดับการยื่นบัตรคิว ระยะเวลาที่แพทย์ยังไม่ออกตรวจ

**ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง** รูปแบบการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง ควร มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม คือ กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 20 - 30 คน เพื่อให้ข้อมูลมีการ แจกแจงแบบโค้งปกติ (Polit and Hungler, 2004) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงวางแผนการ เก็บรวบรวมข้อมูลไว้อย่างน้อย 60 คน (กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 30 คน)แต่เมื่อ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2553 จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 เป็นระยะเวลา 8 เดือน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 46 คู่ เป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ และกลุ่มควบคุม 24 คู่ ดังแสดงในตารางต่อไปนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



### ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลของเด็กจำแนกตาม ความสัมพันธ์ เพศ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์การดูแลเด็กของผู้ดูแล

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ความสัมพันธ์</b>						
บิดา	3	12.5	3	13.6	6	13.0
มารดา	18	75	15	68.2	33	71.7
ปู่, ตา	1	4.2	0	0	1	2.2
ย่า, ยาย	1	4.2	3	13.6	4	8.7
ลุง, ป้า, น้า, อา	1	4.2	1	4.5	2	4.3
<b>เพศ</b>						
ชาย	5	20.8	3	13.6	8	17.4
หญิง	19	79.2	19	86.4	38	82.6
<b>สถานภาพ</b>						
คู่	20	83.3	20	90.9	40	87.0
หม้าย	1	4.2	0	0	1	2.2
หย่า, แยก	3	12.5	2	9.1	5	10.9
<b>อาชีพ</b>						
รับจ้าง	12	50.0	10	45.5	22	47.8
แม่บ้าน	10	41.7	10	45.5	20	43.5
ค้าขาย	0	0	1	4.5	1	2.2
เกษตกร	1	4.2	0	0	1	2.2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลของเด็กจำแนกตาม ความสัมพันธ์ เพศ สถานภาพ อาชีพ ระดับการศึกษา การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค ประสบการณ์การดูแลเด็กของผู้ดูแล (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพ (ต่อ)</b>						
รับราชการ	0	0	1	4.5	1	2.2
รัฐวิสาหกิจ	1	4.2	0	0	1	2.2
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	10	46.7	6	27.3	16	34.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	20.8	2	9.1	7	15.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	25.0	6	27.3	12	26.1
ปวช.	0	0	3	13.6	3	6.5
ปวส.	2	8.3	2	9.1	4	8.7
ปริญญาตรี	1	4.2	3	13.6	4	8.7
<b>การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค</b>						
ไม่เคย	11	45.8	5	22.7	16	34.8
เคย	13	54.2	17	77.3	30	65.2
<b>ประสบการณ์การดูแล</b>						
ไม่เคย	22	91.7	18	81.8	40	87.0
เคย	2	8.3	4	18.2	6	13.0

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กจำนวน 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 24 คน กลุ่มทดลอง 22 คน พบว่าผู้ดูแลของเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นมารดา จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 71.7 รองลงมา เป็นบิดา จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 13 ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 82.6 ส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 87.0 รองลงมา มีสถานภาพหย่าหรือแยก จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 10.9 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด 22 คน คิดเป็นร้อยละ 47.8 รองลงมาคือ แม่บ้าน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 43.5 เมื่อพิจารณาระดับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 34.8 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหืดมาก่อน จำนวน 30 ราย คิดเป็นร้อยละ 65.2 และพบว่าผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุคคลอื่นที่เป็นโรคหืดมาก่อน จำนวน 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 87

**ตารางที่ 2** จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กจำแนกตาม ระดับการศึกษา เพศ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เด็กเกิดอาการหอบ

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>ระดับการศึกษา</b>					
ยังไม่เข้าเรียน	2	8.3	3	13.6	5	10.9
เตรียมอนุบาล	5	20.8	3	13.6	8	17.4
อนุบาล	17	70.8	16	72.7	33	71.7
<b>เพศ</b>						
ชาย	15	62.5	10	45.5	25	54.3
หญิง	9	37.5	12	54.5	21	45.7

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็กจำแนกตาม ระดับการศึกษา เพศ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เด็กเกิดอาการหอบ (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=46)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ*</b>						
ติดเชื้อทางเดินหายใจ	19	79.2	19	86.4	38	82.6
ขนสัตว์	5	20.8	10	45.5	15	32.6
ฝุ่น ไรฝุ่น	8	33.3	14	63.6	22	47.8
แมลงสาบ	0	0	1	4.5	1	2.2
ควันบุหรี่ ควันไฟ	3	12.5	13	59.1	16	34.8
อากาศเปลี่ยนแปลง	18	75.0	17	77.3	35	76.1
การออกกำลังกาย	4	16.7	4	18.2	8	17.4
อาหาร	2	8.3	2	9.1	4	8.7
ละอองเกสรดอกไม้	0	0	3	13.6	3	6.5
การเปลี่ยนแปลงของ						
อารมณ์	1	4.2	0	0	1	2.2

\* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 54.3 กำลังศึกษาอยู่ในระดับอนุบาลเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 71.7 รองลงมาคือ เตรียมอนุบาล จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 17.4 สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เด็กส่วนใหญ่เกิดอาการหอบ คือ การเป็นหวัดหรือติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบถึง 38 คน คิดเป็นร้อยละ 82.6 รองลงมาคือ เมื่ออากาศเปลี่ยนแปลง พบ 35 คน คิดเป็นร้อยละ 76.1 ส่วนฝุ่นและไรฝุ่นพบรองลงมา คือ 22 คน คิดเป็นร้อยละ 47.8

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแล จำแนกตามอายุ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลเด็กคนนี้ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเด็ก จำแนกตามอายุของเด็ก และอายุที่เกิดอาการหอบหืดครั้งแรก

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=22)		รวม (n=46)	
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD
	อายุของผู้ดูแล (ปี)	34.71	8.411	37.18	7.082	35.89
รายได้ของผู้ดูแล (บาท/เดือน)	7987.50	3874.59	10,531.82	6414.15	9204.35	5340.74
ระยะเวลาที่ดูแลเด็กคนนี้ (ปี)	36.58	16.82	39.23	16.02	37.85	16.31
อายุของเด็ก (เดือน)	44.42	15.402	47.18	15.882	45.74	15.521
อายุที่เกิดอาการหอบหืด ครั้งแรก (เดือน)	13.79	9.939	13.14	10.616	13.48	10.158

จากตารางที่ 3 ผู้ดูแลของเด็กทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 35.89 ปี มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ที่ 9,204.35 บาท เป็นผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัดรายนี้เป็นระยะเวลาเฉลี่ย 37.85 เดือน โดยเด็กป่วยโรคหัดมีอายุเฉลี่ย 45.74 เดือน เริ่มเกิดอาการหอบหืดครั้งแรกเมื่อมีอายุเฉลี่ย 13.48 เดือน

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของโรงพยาบาลชลบุรี ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยเริ่มจากเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง การแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการตอบรับหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยในครั้งนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างหรือการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและระหว่างการตอบแบบสอบถามเพื่อให้ข้อมูลหรือเข้ากิจกรรม นอกจากนี้ ระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยจนครบตามเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลหรืออธิบายใดๆ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

#### ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดาราศาสตร์ เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) และกำหนดเนื้อหาตามแนวคิดการดูแลผู้ที่พึ่งพา (dependent care) โดยเฉพาะความจำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปีของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเองของเด็ก

เมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี กำหนดขั้นตอนดังนี้

1) ทบทวนวรรณกรรมและศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง (self-care) การดูแลผู้ที่พึ่งพา (dependent care) ความจำเป็นในการดูแลตนเอง (self-care requisite) ความจำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) การดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีของผู้ดูแล

2) กำหนดวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมการมีพฤติกรรมการดูแลเด็กวัย 1-5 ปีที่เป็นโรคหืด

3) กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุม ความจำเป็นในการดูแลผู้ที่พึ่งพาเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ในเรื่องต่อไปนี้เป็น

3.1) การแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์

3.2) การระวังผลที่เกิดจากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย

3.3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อได้รับการวินิจฉัย การรักษาและการ

ฟื้นฟูสภาพ

3.4) การระวังผลที่เกิดจากการรักษา

3.5) การปรับเปลี่ยนทัศนคติในการยอมรับความเจ็บป่วย

3.6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของความเจ็บป่วย

4) กำหนดกิจกรรมให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 40 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

4.1) การสร้างสัมพันธภาพ โดยการพูดคุย ชักถาม แสดงความห่วงใย เห็นใจ เต็มใจในการช่วยเหลือ มีท่าทีที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มกับผู้ดูแล เพื่อความไว้วางใจในตัวพยาบาลและความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

4.2) กิจกรรมลูกชั้นเป็นฮีโร่ เป็นการทำความเข้าใจและกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล โดยพยาบาลประเมินปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเด็กแต่ละราย และพฤติกรรมที่เป็นปัญหา พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการดูแลเด็กเพื่อลดระดับความรุนแรงของโรค โดยกล่าวถึงความสำคัญของพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีผลต่ออาการหรือความรุนแรงของโรคของเด็ก ชี้แนะและชี้ชวนให้ผู้ดูแลเห็นถึงผลดีหรือประโยชน์ที่เกิดจากการปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดที่ถูกต้องและต่อเนื่องทั้งในด้านตัวเด็กและผู้ดูแลเอง เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีความต้องการเรียนรู้ ต้องการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติดูแลเด็ก

เพื่อลดความรุนแรงของโรคหืดให้กับเด็ก เป็นการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการยอมรับความเจ็บป่วยของเด็ก

#### 4.3) กิจกรรมเรียนรู้และใส่ใจ เป็นกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด

อาการ ปัจจัยการเกิดโรคและเหตุส่งเสริม สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด ผลของโรคหืดในเด็ก การรักษาและการดูแลเด็กโรคหืดเพื่อควบคุมอาการและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด การให้ยาให้ได้ผลดี ภายหลังจากการให้ความรู้ ผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์จำลองขึ้นจากวิดีโอคลิปเด็กที่มีอาการหอบ และให้ผู้ดูแลร่วมกันอภิปรายวิธีการช่วยเหลือเด็กที่กำลังมีอาการหอบในสถานการณ์จำลองดังกล่าวร่วมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปแก้ไข หรือเพิ่มเติมแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ดูแล พร้อมเสริมแรงโดยการกล่าวคำชมเชย หลังจากนั้นเป็นการฝึกทักษะการให้ยาสูดพ่น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มประสิทธิภาพการให้ยา โดยพยาบาลเป็นผู้ชี้แจง ชี้แนะขั้นตอนและสาธิตการให้ยาพ่นสูด ตามแบบอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยเด็กใช้อยู่ การฝึกจะใช้การสาธิต แล้วให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติย้อนกลับ กิจกรรมเรียนรู้และใส่ใจนี้เป็นการเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมสำหรับการปฏิบัติการดูแลเด็กตามแผนการรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการระวังผลที่เกิดจากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลเด็กโรคหืดได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

#### 4.4) กิจกรรมพยาบาลจะจำ เป็นการสนับสนุนและการจัดสิ่งแวดล้อมให้

ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลเด็กโรคหืดได้เอง ด้วยการนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปฏิบัติการการดูแลเด็กที่บ้าน เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่อง พยาบาลเป็นผู้ให้การสนับสนุนพฤติกรรมดูแลเด็กด้วยการมอบคู่มือการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล นำกลับไปทบทวนที่บ้าน และจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ดูแลมีช่องทางในการแสวงหาความรู้ ความช่วยเหลือทางการแพทย์ เพิ่มเติมนอกเหนือจากคู่มือการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล โดยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อกับพยาบาลทางโทรศัพท์ได้ตลอด 3 สัปดาห์ หลังการให้ความรู้ที่โรงพยาบาล และพยาบาลจะโทรศัพท์เยี่ยมทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ เป็นการติดตาม กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ชี้แนะแนวทาง ร่วมกันแก้ปัญหาที่พบ เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสนใจ ตั้งใจในการดูแลเด็ก มีความร่วมมือในการรักษาที่ต่อเนื่อง สามารถกระทำพฤติกรรมต่อไปได้ กิจกรรมการพยาบาลนี้จะช่วยให้ผู้ดูแลเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของความเจ็บป่วยได้ สามารถให้การดูแลช่วยเหลือเด็กโรคหืดทั้งในภาวะปกติและขณะมีอาการจับหืดได้ ดูแล ป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ รวมถึงการระวังผลที่เกิดจากการรักษาด้วยการสังเกตอาการข้างเคียง ดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการให้ยา



เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัดและดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์

5) จัดเตรียมสื่อ เพื่อประกอบการทำกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย

5.1) แผ่นภาพพลิกสี ขนาด 21 x 29.7 เซนติเมตร แสดงถึง โรคหืดคืออะไร อาการจับหืดหรืออาการหอบหืดเป็นอย่างไร ปัจจัยการเกิดโรคและเหตุส่งเสริม สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด ผลของโรคหืดในเด็ก การรักษาและการดูแลเด็กโรคหืด การดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด การให้ยาให้ได้ผลดี

5.2) อุปกรณ์ประกอบการสาธิต และการปฏิบัติจริง ในการใช้ยาพ่นสูด ประกอบด้วย ยาพ่นสูด กระบอกกักยา (spacer)

5.3) สื่อคู่มือ เรื่องการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เนื้อหา ดังนี้คือ อาการจับหืดหรืออาการหอบหืดเป็นอย่างไร สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด เมื่อเด็กเป็นโรคหืดจะดูแลอย่างไรดี การป้องกัน/หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นหรือสารก่อภูมิแพ้ การดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด การให้ยาให้ได้ผลดี การให้ยาสูดพ่นสำหรับเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี เพื่อให้ผู้ดูแลมีช่องทางในการแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ เพื่อพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืดและการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี

5.4) แผนการสอน เรื่องการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เนื้อหา ดังนี้คือ โรคหืด อาการ ปัจจัยการเกิดโรคและเหตุส่งเสริม สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด ผลของโรคหืดในเด็ก การรักษาและการดูแลเด็กโรคหืดเพื่อควบคุมอาการและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด การให้ยาให้ได้ผลดี การฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่น

6) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหืด ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ในการสัมภาษณ์การกระทำพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีของผู้ดูแลทางโทรศัพท์ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เพื่อประเมินพฤติกรรมของผู้ดูแล หากพบปัญหาการดูแลหรืออุปสรรคที่ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติได้ ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำ ชี้แนะ ร่วมกันแก้ปัญหา โดยผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกเพื่อติดตามความก้าวหน้าของการปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในสัปดาห์ถัดไป แบบสัมภาษณ์นี้จะใช้ทุกครั้งที่ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้งหลังได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่โรงพยาบาลตามโปรแกรมในครั้งแรกเสร็จสิ้น

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล มีทั้งหมด 35 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้าน คือ

- 6.1) การแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2
- 6.2) การระวังผลที่เกิดจากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย จำนวน 1 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3
- 6.3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อได้รับการวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4-8
- 6.4) การระวังผลที่เกิดจากการรักษา 4 จำนวน ข้อ ได้แก่ ข้อ 9 -12
- 6.5) การปรับเปลี่ยนทัศนคติในการยอมรับความเจ็บป่วย จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 13-14
- 6.6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของความเจ็บป่วย จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ ข้อ 15-34

ลักษณะเป็นแบบวัดแบบประมาณค่า (rating scale) 2 ระดับ คือ ข้อคำถามด้านบวก ใช่ มีค่า 2 คะแนน ไม่ใช่ มีค่า 1 คะแนน ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33 และ 34 สำหรับการให้คะแนนข้อคำถามด้านลบจะกลับกับข้อคำถามด้านบวก คือ ใช่ มีค่า 1 คะแนน ไม่ใช่ มีค่า 2 คะแนน ได้แก่ข้อ 7, 8, 13, 17, 18 และข้อ 21 ส่วนข้อ 35 เป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติกรดูแลเพื่อช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด ผู้วิจัยไม่นำมาคิดคะแนน แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแลมีคะแนนรวมทั้งหมด 34-68 คะแนน ถ้าคะแนนรวมมากแสดงว่า มีพฤติกรรมกรดูแลเด็กดี คะแนนรวมน้อยแสดงว่า มีพฤติกรรมกรดูแลเด็กไม่ดี

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1 – 5 ปี

**การตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา** ผู้วิจัยนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ประกอบด้วย คู่มือการดำเนินกิจกรรมสำหรับพยาบาล เรื่อง โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี แผนการสอนและภาพพลิก และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล ที่ผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว มาตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหืดในเด็ก 2 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน โดยใช้ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิสอดคล้องกันร้อยละ 80 คือ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 6 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 7 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยนำไปกรรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ที่ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้เบื้องต้น (Preliminary Try Out) กับผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย เพื่อทดสอบว่าภาษาที่ใช้ วิธีการ อุปกรณ์สื่อการสอน และเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมมีความเหมาะสมหรือไม่ พบว่าภาษาที่ใช้ วิธีการ และเวลาที่ใช้มีความเหมาะสม ผู้ดูแลเด็กมีความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการโรคและการดูแลเด็กโรคหืดได้ถูกต้อง

## 2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล

### การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์

พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหืดในเด็ก 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ตามวิธีการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ Polit and Beck (2006) โดยถือเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหามากกว่า .80 ขึ้นไป ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี (Polit & Hungler, 1999) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปีนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด (scale-level CVI) เท่ากับ .95

### การหาความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการ

ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในคลินิกโรคหืด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพานทองและโรงพยาบาลบ้านบึง จำนวน 30 ราย และตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

(Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .64 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ แต่แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมฉบับนี้ไม่ได้นำมาใช้ในการวัดตัวแปรตาม แต่เป็นเพียงเครื่องมือที่ใช้เป็นแนวทางในการค้นหาปัญหา และปรับพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลเท่านั้น ผู้วิจัยจึงไม่ได้นำไปปรับแก้อีก และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการทดลองได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

## ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ประสบการณ์การดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี ระยะเวลาที่ดูแลเด็กโรคหืดรายนี้ และเบอร์โทรศัพท์ ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหืด ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาในปัจจุบัน อายุที่มีอาการหอบหืดกำเริบครั้งแรก สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด

2. แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1- 5 ปี ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินความถี่ของการมีอาการหอบหืดที่เกิดจากกระบวนการดำเนินโรคหืดซึ่งเป็นผลมาจากการขาดการควบคุมโรคหืดที่ดีพอ โดยประเมินจากอาการ ดังต่อไปนี้ การหายใจมีเสียงวี๊ด อาการหายใจลำบาก อาการไอ อาการหอบจนต้องตื่นในเวลากลางคืน การเกิดการหอบรุนแรง ซีดความสามารถในการทำกิจกรรม การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการหอบ โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1- 5 ปี ในช่วงเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1- 5 ปี เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ การให้ค่าคะแนนขึ้นกับลักษณะของข้อความดังนี้

เกิดขึ้นทุกวัน	5	คะแนน
เกิดขึ้น 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์	4	คะแนน
เกิดขึ้น 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์	3	คะแนน
เกิดขึ้น 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	2	คะแนน
ไม่เกิดขึ้นเลย	1	คะแนน

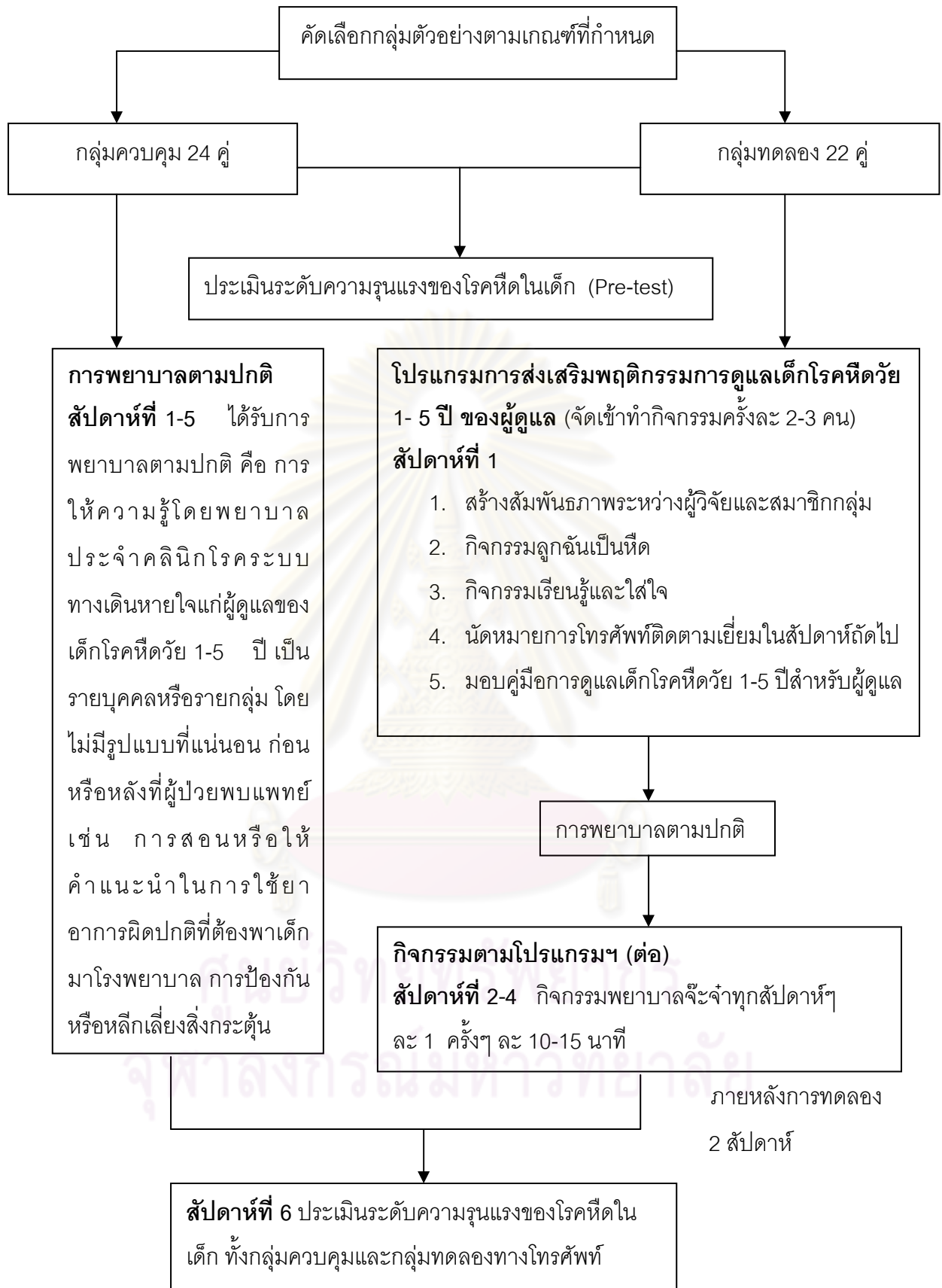
คะแนนความรุนแรงของโรคหืดในเด็ก 1-5 ปี มีคะแนนรวมทั้งหมด 15-75 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่า มีความรุนแรงของโรคหืดอยู่ในระดับสูง คะแนนรวมน้อยแสดงว่า มีความรุนแรงของโรคหืดอยู่ในระดับต่ำ

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

**การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหืดในเด็ก 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ 2 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ 1 ท่าน (รายชื่ออยู่ในภาคผนวก) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ การลำดับความสำคัญของข้อคำถาม และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ นำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) ตามวิธีการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ Polit and Beck (2006) โดยถือเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหามากกว่า .80 ขึ้นไป ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดี (Polit & Hungler, 1999) แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดที่ใช้ในงานวิจัยนี้มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งชุด (scale-level CVI) เท่ากับ .88

**การหาความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในคลินิกโรคหืด แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบ้านบึงและโรงพยาบาลพานทอง จำนวน 30 ราย และนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .92 เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการทดลองได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



แผนภูมิที่ 3 ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

## ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นประเมินผลการทดลอง

### ระยะที่ 1 ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1. เตรียมความพร้อมผู้วิจัย เนื่องจากผู้วิจัยยังขาดทักษะและประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กและผู้ดูแลของเด็กโรคหืด จึงเข้าร่วมประชุมวิชาการและฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนทักษะของผู้วิจัยและวางแผนการสอนให้ครอบคลุมและดีมากยิ่งขึ้น ดังนี้

1.1 Easy Asthma Clinic Workshop ในวันที่ 14 มกราคม พ.ศ.2552 ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพฯ เป็นการสอนความรู้เกี่ยวกับโรค และการฝึกทักษะการใช้ยาแบบต่างๆ โดยการสาธิตและฝึกปฏิบัติจริง

1.2 วันรณรงค์โรคหืดโลก ในวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ.2552 ณ โรงแรมตะวันนา ถนนสุรวงศ์ กรุงเทพฯ เป็นการให้ความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับโรคและการรักษา พบปะกันระหว่างทีมสุขภาพและบุคคลที่เป็นโรคหืดรวมถึงผู้ดูแลผู้ป่วย

2. จัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3. ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวผ่านคนบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์และตัวอย่างเครื่องมือวิจัยขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลชลบุรี

4. ภายหลังผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัย ของโรงพยาบาลชลบุรี และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรีแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### ระยะที่ 2 ขั้นตอนดำเนินการทดลอง

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลทุกวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 13.00 – 16.00 น. จากกลุ่มตัวอย่างที่พาเด็กมารับการตรวจรักษาตามนัดที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ ของโรงพยาบาลชลบุรี โดยผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของเด็กตามเกณฑ์การคัดเข้าจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย เพื่อทราบรายชื่อและจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีตามเกณฑ์การคัดเข้าทั้งหมด และวางแผนการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแลของเด็กตามเกณฑ์การคัดเลือก เมื่อได้ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยจะแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลเด็ก บอกวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงระยะเวลาของการเข้าร่วมวิจัย การนัดหมายวันเวลาในการติดตามกลุ่มตัวอย่าง การใช้โทรศัพท์ติดตามที่บ้าน ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงสิทธิในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัยให้อ่านใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย

3. ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลของเด็กเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยผู้วิจัยทำสลากที่เขียนหมายเลข 1 ไว้ 3 แผ่น (กำหนดเลข 1 คือกลุ่มควบคุม) และเขียนหมายเลข 2 ไว้ 3 แผ่น (กำหนดเลข 2 คือกลุ่มทดลอง) จากนั้นให้ผู้ดูแลของเด็กจับสลากตามวิธีการมาขึ้นบัตรนัด การจับสลากแต่ละครั้งจะได้กลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 6 คน ผู้ดูแลจะถูกจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่เกินกลุ่มละ 3 คนต่อการจับสลาก 1 รอบ การจับสลากวิธีนี้ทำให้ผู้วิจัยสามารถให้การพยาบาลตามโปรแกรมเป็นรายกลุ่มได้ครั้งละ 2-3 คน และไม่เป็นการรบกวนเวลาของผู้ดูแลเด็กมากเกินไป เพราะผู้วิจัยจะเริ่มทำกิจกรรมในกลุ่มทดลองเรียงตามลำดับการขึ้นบัตรคิว ระยะเวลาที่แพทย์ยังไม่ออกตรวจ

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างงานวิจัย ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็ก

5. หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบประเมินความรุนแรงของโรคหัดในเด็กวัย 1- 5 ปี (pre-test) ให้ผู้ดูแลเด็กตอบ เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคในเด็ก จากนั้นให้ผู้ดูแลตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1- 5 ปี การตอบแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับใช้เวลาประมาณ 15 นาที ผู้ดูแลของเด็กจะได้รับการอธิบายถึงวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียดจากผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามเมื่อไม่เข้าใจ ปฏิบัติเช่นเดียวกันนี้ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งนัดหมายให้ผู้ดูแลทราบเพื่อขอประเมินระดับความรุนแรงของโรคของเด็กโรคหัด และสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1- 5 ปีของผู้ดูแลอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 ทางโทรศัพท์โดยผู้ช่วยวิจัย

6. หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น หากเป็นกลุ่มควบคุมผู้วิจัยพาผู้ดูแลและเด็กไปพบพยาบาลประจำแผนกโรคระบบทางเดินหายใจ เพื่อให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ

7. หลังการตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น หากเป็นกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะเริ่มทำกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 2-3 คน ดังนี้

7.1 ผู้วิจัยพาผู้ดูแลไปยังห้องสอนสุขศึกษา แผนกผู้ป่วยนอก ส่วนเด็กจะให้



เล่นด้วยกันที่มุมเด็กเล่นของทางโรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งอยู่ใกล้กันกับห้องสอนสุขศึกษา ในกรณีที่เด็กมีผู้ปกครองมาด้วยตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ให้ผู้ปกครองอีกท่านช่วยดูแล แต่ถ้าเด็กมีผู้ปกครองมาเพียงคนเดียว จะให้เด็กไปเล่นที่มุมเด็กเล่น ถ้าเด็กสมัครใจ แต่ถ้าเด็กหลับหรือไม่สมัครใจที่จะไปเล่นกับเด็กคนอื่น ๆ ผู้วิจัยก็อนุญาตให้นำเด็กเข้าไปยังห้องสอนสุขศึกษาได้

7.2 ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกในกลุ่ม และให้สมาชิกภายในกลุ่มแนะนำตัวเอง

7.3 ผู้วิจัยเกริ่นนำเพื่อเข้าสู่กิจกรรมลูกฉันทันเป็นหืด เป็นการทำความตกลงและกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล โดยผู้วิจัยประเมินปัญหาพฤติกรรมการดูแลและปัญหาการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลแต่ละราย ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการรักษาและการดูแลเด็กเพื่อลดระดับความรุนแรงของโรค โดยกล่าวถึงความสำคัญของพฤติกรรมของผู้ดูแลที่มีผลต่ออาการหรือความรุนแรงของโรคของเด็ก ชี้แนะและชี้ชวนให้ผู้ดูแลเห็นถึงผลดีหรือประโยชน์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดที่ถูกต้องและต่อเนื่องทั้งในด้านตัวเด็กและผู้ดูแลเอง เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีความต้องการเรียนรู้ ต้องการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติดูแลเด็กเพื่อลดความรุนแรงของโรคหืดให้กับเด็ก เป็นการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการยอมรับความเจ็บป่วยของเด็ก หลังจากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มพูดคุยเพื่อบอกความต้องการในผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดที่ดีของตนเอง

7.4 ผู้วิจัยเข้าสู่เนื้อหากิจกรรมเรียนรู้และใส่ใจ เป็นกิจกรรมการให้ความรู้ โดยการบรรยายร่วมกับการอภิปรายเกี่ยวกับโรคหืด อาการ ปัจจัยการเกิดโรคและเหตุส่งเสริม สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด ผลของโรคหืดในเด็ก การรักษาและการดูแลเด็กโรคหืดเพื่อควบคุมอาการและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด การให้ยาให้ได้ผลดี โดยใช้ภาพพลิกเป็นสื่อการสอน

7.4.1 ผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์จำลองขึ้นโดยการสมมติว่าเด็กโรคหืดที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลมีอาการหอบหืดโดยดูจากวิดีโอคลิปในโทรศัพท์เคลื่อนที่ และให้ผู้ดูแลร่วมกันอภิปรายวิธีการช่วยเหลือเด็กที่กำลังมีอาการจับหืดในสถานการณ์จำลองดังกล่าวร่วมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุป แก้ไข หรือเพิ่มเติมแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ดูแล พร้อมเสริมแรงโดยการกล่าวคำชมเชย

7.4.2 หลังจากนั้นเป็นการฝึกทักษะการให้ยาสูดพ่น เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำได้ถูกต้อง ซึ่งจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการให้ยา โดยผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจง ชี้แนะขั้นตอนและสาธิตการให้ยาพ่นสูด ตามแบบอุปกรณ์ที่ผู้ป่วยเด็กใช้อยู่ แล้วให้ผู้ดูแลฝึกปฏิบัติย้อนกลับ

8. เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรมแล้ว เปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้วิจัยตอบข้อสงสัย แจ่ม

วัตถุประสงค์ในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมและนัดหมายวันเวลาในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในวัน และเวลาที่ผู้ดูแลสะดวกในการรับโทรศัพท์และพูดคุยเป็นเวลา 10-15 นาที ในสัปดาห์ถัดไป และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อกับผู้วิจัยทางโทรศัพท์ได้ตลอด 3 สัปดาห์ข้างหน้า หากมีปัญหา หรือข้อสงสัยในการดูแลเด็ก เพื่อเป็นช่องทางในการให้ผู้ดูแลแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์อีกทางหนึ่ง

9. ผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปีสำหรับผู้ดูแล ให้กับผู้ดูแลเพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน

10. ผู้วิจัยพาผู้ดูแลและเด็กไปหาพยาบาลประจำคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ เพื่อรับการตรวจรักษากับแพทย์และรับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกก่อนกลับบ้าน

11. เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์ตามที่นัดหมาย ผู้วิจัยเริ่มกิจกรรมพยาบาลประจำ ซึ่งเป็นการติดตามเยี่ยมผู้ดูแลและสอบถามอาการเด็กทางโทรศัพท์ โดยสอบถามพฤติกรรม การดูแลเด็กของผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลที่ทำให้ผู้ดูแลปฏิบัติพฤติกรรมไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะสอบถามถึงสาเหตุของปัญหานั้น หลังจากนั้นให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหาดังกล่าวได้ สนับสนุน ให้กำลังใจให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และเน้นถึงเป้าหมายการดูแลเด็กที่ผู้ดูแลตั้งไว้ในการลดระดับความรุนแรงของโรคลง ผู้วิจัยเสริมแรงโดยการกล่าวคำชมเชยเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติดูแล และจะนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าในการแก้ไขและการปฏิบัติพฤติกรรมในสัปดาห์ถัดไป ผู้วิจัยจะปฏิบัติเช่นนี้ตามกิจกรรมพยาบาลประจำ รวมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ เป็นการติดตามความต้องการการสนับสนุนและช่วยเหลือจากผู้วิจัย กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ ชี้แนะแนวทาง ร่วมกันแก้ปัญหาที่พบ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กทบทวน ความรู้จากคู่มือการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล กระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลเห็น ความสำคัญของการปฏิบัติดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

12. เมื่อให้กิจกรรมพยาบาลประจำครบ 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะเว้นช่วงให้ผู้ดูแล ปฏิบัติพฤติกรรมก่อนที่จะประเมินผลเป็นเวลา 2 สัปดาห์ การโทรศัพท์เยี่ยมในสัปดาห์สุดท้าย (สัปดาห์ที่ 3) ผู้วิจัยจะแจ้งให้ทราบว่า จะงดการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และเมื่อครบกำหนด 2 สัปดาห์แล้ว ผู้ช่วยวิจัยจะโทรศัพท์ติดต่อกับผู้ดูแลเพื่อประเมินผลความรุนแรงของโรคหัดของเด็ก และสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปีในคราวเดียวกัน

### ระยะที่ 3 ชั้นประเมินผลการทดลอง (สัปดาห์ที่ 6)

เมื่อครบกำหนด 6 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยโทรศัพท์เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคหืดของเด็ก (post test) โดยสอบถามอาการของเด็กจากผู้ดูแลตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1- 5 ปี และสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากนั้นกล่าวขอบคุณผู้ดูแลเด็กที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ตามระเบียบวิธีทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย
2. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรุนแรงของโรคหืดในเด็กก่อนและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหืด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (post-test) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และใช้คะแนนความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหืดก่อนการทดลอง (pre-test) เป็นตัวแปรปรวนร่วม (Covariate) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
4. หาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง 2 สัปดาห์
5. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล หลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (post-test) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม (ANCOVA) และใช้คะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กก่อนการทดลอง (pre-test) เป็นตัวแปรปรวนร่วม (Covariate) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ต่อระดับความรุนแรงของโรค ศึกษาในผู้ดูแลของเด็กป่วยโรคหืดวัย 1- 5 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชลบุรี ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลของเด็กตามเกณฑ์ที่กำหนดและสุ่มผู้ดูแลของเด็กเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (random assignment) ด้วยวิธีการจับสลาก ได้กลุ่มควบคุม (Control group) 24 คู่ กลุ่มทดลอง (Experimental) 22 คู่ กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่เท่ากันเนื่องจากมีผู้ดูแลของเด็กไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมการกลุ่มตามโปรแกรมได้ เนื่องจากต้องรีบไปรับบุตรอีกคนที่โรงเรียน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี จากผู้วิจัย และได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลตามปกติจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยาย ดังนี้

ตารางที่ 4 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนความรุนแรงของโรค ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) โดยมีคะแนนความรุนแรงของโรคก่อนการทดลองของเด็กโรคหืดเป็นตัวแปรปรวนร่วม

ตารางที่ 6 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 7 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) โดยมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดก่อนการทดลองเป็นตัวแปรปรวนร่วม

ตารางที่ 4 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนความรุนแรงของโรค ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนความรุนแรงของโรคของเด็กกลุ่มควบคุม		คะแนนความรุนแรงของโรคของเด็กกลุ่มทดลอง	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
1	37	34	35	22
2	23	25	25	15
3	23	20	26	21
4	33	30	27	17
5	31	31	30	16
6	26	31	27	16
7	34	33	31	15
8	21	17	27	15
9	29	25	29	16
10	22	52	31	19
11	35	33	31	16
12	35	32	33	18
13	34	32	27	19
14	35	32	39	19
15	35	34	30	17
16	25	22	27	19
17	28	22	30	20
18	30	27	31	16
19	32	31	30	15
20	35	34	28	19
21	40	35	28	18
22	20	17	27	16
23	21	18		
24	23	20		
Mean	29.46	28.63	29.50	17.45
S.D.	6.014	7.840	3.218	2.064

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า คะแนนความรุนแรงของโรคหัดในเด็กที่มีผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีค่าต่ำสุด เท่ากับ 20 คะแนน ค่าสูงสุดเท่ากับ 40 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรค เท่ากับ 29.46 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 6.014 คะแนน และคะแนนความรุนแรงของโรคหัดในเด็กภายหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม มีค่าต่ำสุด เท่ากับ 17 คะแนน ค่าสูงสุดเท่ากับ 52 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรคเท่ากับ 28.63 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 7.840 คะแนน

ส่วนคะแนนความรุนแรงของโรคหัดในเด็กที่มีผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำสุด เท่ากับ 25 คะแนน ค่าสูงสุดเท่ากับ 39 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรค เท่ากับ 29.50 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.218 คะแนน และคะแนนความรุนแรงของโรคหัดในเด็กภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำสุด เท่ากับ 15 คะแนน ค่าสูงสุดเท่ากับ 22 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรคเท่ากับ 17.45 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.064 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของโรคของเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า เด็กที่มีผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรคลดลง 0.83 คะแนน โดยคะแนนความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหัดทั้ง 24 คน ลดลง 20 คน เพิ่มขึ้น 3 คน และเท่าเดิม 1 คน ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรคลดลง 12.05 คะแนน โดยคะแนนความรุนแรงของโรคหัดในเด็กลดลงทั้ง 22 คน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 5** ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) โดยมีคะแนนความรุนแรงของโรคก่อนการทดลองของเด็กโรคหืดเป็นตัวแปรปรวนร่วม

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Pre-test	351.230	1	351.230	13.112	.001
Group	1438.407	1	1438.407	53.698	.000
Error	1151.850	43	26.787		
Corrected Total	2935.326	45			

จากตารางที่ 5 พบว่าเด็กโรคหืดที่มีผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มทดลองมีความรุนแรงของโรคหลังการทดลองแตกต่างจากเด็กโรคหืดที่มีผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อมีคะแนนความรุนแรงของโรคก่อนการทดลองของเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี เป็นตัวแปรปรวนร่วม และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของโรคหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรคหลังการทดลองของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม จึงสรุปได้ว่า เด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีที่มีผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มทดลอง มีความรุนแรงของโรคหลังการทดลองต่ำกว่าเด็กที่มีผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 6 ข้อมูลค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปีของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

คนที่	คะแนนพฤติกรรมของ ผู้ดูแลกลุ่มควบคุม		คะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง				
	Pre-test	Post-test	Pre-test	สัปดาห์ที่2	สัปดาห์ที่3	สัปดาห์ที่4	Post-test
1	62	61	62	63	65	67	68
2	65	65	59	59	62	64	64
3	62	61	62	63	65	65	66
4	61	62	64	64	66	68	68
5	59	58	58	60	62	65	63
6	59	59	60	63	65	66	65
7	62	62	61	63	64	67	67
8	67	67	64	65	66	67	68
9	64	64	63	66	67	68	68
10	59	59	60	62	65	66	66
11	58	58	62	65	66	67	66
12	59	59	60	62	62	65	66
13	58	58	62	65	67	67	67
14	61	60	60	61	63	66	65
15	65	65	61	64	63	65	65
16	54	55	63	66	67	67	68
17	61	62	65	65	66	68	68
18	56	57	61	62	64	68	67
19	61	61	62	65	67	68	68
20	53	54	66	66	65	68	68
21	65	65	64	64	66	67	68
22	60	60	62	65	65	68	68
23	62	61					
24	61	61					
<b>Mean</b>	60.58	60.58	61.86	63.55	64.91	66.59	66.68
<b>S.D.</b>	3.40	3.19	1.98	1.95	1.66	1.22	1.52



จากตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่า คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล กลุ่มควบคุมก่อนการทดลองมีค่าต่ำสุด เท่ากับ 53 คะแนน ค่าสูงสุดเท่ากับ 67 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดเท่ากับ 60.58 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.40 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดภายหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม มีค่าต่ำสุด เท่ากับ 54 คะแนน ค่าสูงสุดเท่ากับ 67 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดเท่ากับ 60.58 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.19 คะแนน

ส่วนคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำสุด เท่ากับ 58 คะแนน ค่าสูงสุดเท่ากับ 66 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดเท่ากับ 61.86 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.98 คะแนน และคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง มีค่าต่ำสุด เท่ากับ 63 คะแนน ค่าสูงสุด เท่ากับ 68 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดเท่ากับ 66.68 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.52 คะแนน

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืด ก่อน และหลังการทดลอง พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดเท่าเดิม คือ 60.58 คะแนน โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลทั้ง 24 คน เพิ่มขึ้น 5 คน ลดลง 5 คน และเท่าเดิม 14 คน ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น 4.82 คะแนน โดยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดเพิ่มขึ้นทั้ง 22 คน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 7 ข้อมูลเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1- 5 ปีของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติทดสอบความแปรปรวนร่วม (Analysis of Covariance: ANCOVA) โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดก่อนการทดลองเป็นตัวแปรปรวนร่วม

Source	Type III Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Pre-test	254.666	1	254.666	391.932	.000
Group	272.681	1	272.681	419.657	.000
Error	27.940	43	.650		
Corrected Total	709.500	45			

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปีหลังการทดลองแตกต่างจากผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดก่อนการทดลองเป็นตัวแปรปรวนร่วม และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปีหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม จึงสรุปได้ว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปีดีกว่าผู้ดูแลที่อยู่ในกลุ่มควบคุม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research Design) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ต่อระดับความรุนแรงของโรค มีวัตถุประสงค์การวิจัย คือ เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี กลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี กับกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ และมีสมมติฐานการวิจัย คือ ความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี หลังการทดลองของกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ต่ำกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ เด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปีและผู้ดูแล ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2553 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 มีจำนวนทั้งสิ้น 46 คู่ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ได้เป็นผู้ดูแลเพศชาย 8 คน เป็นเพศหญิง 38 คน มีอายุเฉลี่ย 35.89 ปี ทำการสุ่มเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้ผู้ดูแลของเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี เข้ากลุ่มควบคุม 24 คน ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้ผู้ดูแลของเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี เข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 22 คน ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

- 1.โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) และกำหนดเนื้อหาตามแนวคิดการดูแลผู้ที่พึ่งพา (dependent care) โดยเฉพาะความจำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) (ดังแสดงในภาคผนวก ข) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กสามารถตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเองของเด็กเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ โดยมีสื่อที่ใช้ประกอบในโปรแกรม ดังนี้

ก) แผนการสอน เรื่องการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีสำหรับผู้ดูแล  
 ข) แผนภาพพลิกสีแสดงเกี่ยวกับโรคหืดและคลิปวิดีโอแสดงอาการหอบของเด็กจากโทรศัพท์เคลื่อนที่

ค) อุปกรณ์การสาธิตการพ่นยา ประกอบด้วย ยาพ่นสูดและกระบอกกักยา (spacer)

ง) คู่มือการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีสำหรับผู้ดูแล

2. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีสำหรับผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเครื่องมือวัดพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหืด โดยนำมาใช้ในการสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาทางโทรศัพท์ เพื่อค้นหาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขเป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์หลังการสอนและให้ความรู้ที่โรงพยาบาลเสรีรักษ์ในสัปดาห์แรก ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด (scale-level CVI) เท่ากับ .95 ตามวิธีการคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของ Polit and Beck (2006) และตรวจสอบความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .64 และเมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการทดลองได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็ก และข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหืด

2. แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อใช้ในการประเมินการเกิดอาการหอบในช่วงเวลากลางวันและกลางคืน การเกิดอาการหอบรุนแรงขีดจำกัดในการทำกิจกรรมของเด็ก และการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการหอบ ก่อนได้รับโปรแกรมและหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี มาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือทั้งหมด (scale-level CVI) เท่ากับ .88 และมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ .92 เมื่อนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างในการทดลองได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี จากกลุ่มตัวอย่างที่พาเด็กมารับการตรวจรักษาตามนัด ทุกวันจันทร์ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 13.00 – 16.00 น. โดยผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของเด็กตามเกณฑ์การคัดเข้าจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย และตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ดูแลของเด็กตามเกณฑ์การคัดเข้าดังที่ระบุไว้แล้วก่อนหน้านี้ และชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัยและการเข้าร่วมงานวิจัย เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามวิธีการที่ได้อธิบายไว้ในบทที่ 3 ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะได้รับแบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี (pre-test) ให้ผู้ดูแลเด็กตอบ หลังจากตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้น หากเป็นกลุ่มควบคุมผู้วิจัยพาผู้ดูแลและเด็กไปพบพยาบาลประจำแผนกโรคระบบทางเดินหายใจ เพื่อให้ได้รับการพยาบาลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยจะเริ่มทำกิจกรรมตามโปรแกรมเป็นรายกลุ่มๆ ละ 2-3 คน ดังนี้

ผู้วิจัยพาผู้ดูแลไปยังห้องสอนสุขศึกษา แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อทำกิจกรรมตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปีของผู้ดูแล โดยมีกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด อาการ ปัจจัยการเกิดโรคและเหตุส่งเสริม สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ หอบหืด ผลของโรคหืดในเด็ก การรักษาและการดูแลเด็กโรคหืดเพื่อควบคุมอาการและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด การใช้ยาให้ได้ผลดี โดยใช้ภาพพลิกประกอบการสอน ให้ผู้ดูแลร่วมกันอภิปรายวิธีการช่วยเหลือเด็กที่กำลังมีอาการจับหืดจากภาพเคลื่อนไหวในโทรทัศน์เคลื่อนที่ตามสถานการณ์จำลองร่วมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุป แก่ไขหรือเพิ่มเติมแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ดูแล พร้อมเสริมแรงโดยการกล่าวคำชมเชย หลังจากนั้นเป็นการฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่น เปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้วิจัยตอบข้อสงสัย แจ้งวัตถุประสงค์ในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมและนัดหมายวันเวลาที่ผู้ดูแลสะดวกในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม ในสัปดาห์ถัดไป และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อกับผู้วิจัยทางโทรศัพท์ได้ตลอด 3 สัปดาห์ข้างหน้า หากมีปัญหาหรือข้อสงสัยในการดูแลเด็ก เพื่อเป็นช่องทางในการให้ผู้ดูแลแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์อีกทางหนึ่ง จากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีสำหรับผู้ดูแล ให้กับผู้ดูแลเพื่อนำกลับไปทบทวนที่บ้าน หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมผู้วิจัยพาผู้ดูแลและเด็กไปหาพยาบาลประจำคลินิกโรคระบบทางเดินหายใจ เพื่อรับการตรวจรักษากับแพทย์และรับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำคลินิกก่อนกลับบ้าน

เมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์ตามที่นัดหมาย ผู้วิจัยเริ่มกิจกรรมพยาบาลจะจำ ซึ่งเป็นการติดตามเยี่ยมผู้ดูแลและสอบถามอาการเด็กทางโทรศัพท์ โดยสอบถามพฤติกรรมดูแล

เด็กของผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อประเมินปัญหาและชี้แนะ ช่วยเหลือ ร่วมแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยเสริมแรงโดยการกล่าวคำชมเชยเมื่อผู้ดูแลปฏิบัติกรดูแลถูกต้อง และนัดหมายการโทรศัพท์ติดตามความก้าวหน้าในการแก้ไขและการปฏิบัติพฤติกรรมในสัปดาห์ถัดไป ผู้วิจัยจะปฏิบัติเช่นนี้ตามกิจกรรมพยาบาลจะจำ รวมเป็นเวลา 3 สัปดาห์ เมื่อให้กิจกรรมพยาบาลจะจำครบ 3 สัปดาห์ ผู้วิจัยจะเว้นระยะห่าง 2 สัปดาห์ จึงจะประเมินผลการทดลอง

ประเมินผลการทดลองในสัปดาห์ที่ 6 หลังจากพบกันครั้งแรกที่โรงพยาบาล โดยผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีหน้าที่ในการโทรศัพท์เพื่อประเมินความรุนแรงของโรคหืดของเด็ก (post test) โดยสอบถามอาการของเด็กผู้ดูแลตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี และสัมภาษณ์พฤติกรรมกรดูแลเด็กของผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมกรดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล เป็นเวลา 8 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2553 จนถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2554 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 46 คู่ เป็นกลุ่มทดลอง 22 คู่ และกลุ่มควบคุม 24 คู่ ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติ ANCOVA โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป

### สรุปผลการวิจัย

ผลการทดลองเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ระบุว่า ความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี หลังการทดลองของกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ต่ำกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี หลังการทดลองของกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ต่ำกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรุนแรงของโรคของเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า เด็กที่มีผู้ดูแลอยู่ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรคลดลง 0.83 คะแนน โดยคะแนนความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหืดทั้ง 24 คน ลดลง 20 คน เพิ่มขึ้น 3 คน และเท่าเดิม 1 คน ส่วนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรุนแรงของโรคลดลง 12.05 คะแนน โดยคะแนน

ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กลดลงทั้ง 22 คน (ตารางที่ 4) ผลการวิจัยนี้เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยที่ระบุว่าความรุนแรงของโรคหัดในเด็กวัย 1-5 ปี หลังการทดลองของกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี ต่ำกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความรุนแรงของโรคหัดในเด็กวัย 1-5 ปี หลังการทดลองของกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี ต่ำกว่ากลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นผลเนื่องมาจากผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี ได้รับการส่งเสริมให้ผู้ดูแลปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กโรคหัดได้ครอบคลุมและตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กเมื่อป่วยเป็นโรคหัด ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) ของ Orem (2001) ดังนี้

- 1) การแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์
- 2) การระวังผลที่เกิดจากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย
- 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อได้รับการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ
- 4) การระวังผลที่เกิดจากการรักษา
- 5) การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ในการยอมรับความเจ็บป่วย
- 6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของความเจ็บป่วย

ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) Orem อธิบายการดูแลตนเองของบุคคล และการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา กล่าวคือ บุคคลที่มีภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ มีการเรียนรู้ในการกระทำ และผลของการกระทำเพื่อสนองตอบความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ซึ่งในงานวิจัยนี้ผู้ดูแลของเด็กป่วยโรคหัดวัย 1-5 ปี เป็นผู้ทำหน้าที่ในการดูแลตนเองแทนเด็กวัย 1-5 ปี เนื่องจากเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี เป็นวัยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองจำกัด ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามที่เจ็บป่วยหรือเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ดังนั้นการที่สุขภาพเด็กโรคหัดเหล่านี้จะดีเพียงใด ขึ้นอยู่กับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลว่าสามารถดูแลเด็กได้ถูกต้องหรือไม่ (มณี คุประสิทธิ์, 2539)

ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of Self-care Deficit) Orem อธิบายถึงเหตุผลและเวลาที่บุคคลต้องการการพยาบาล กล่าวคือ ความพร้อมในการดูแลตนเอง

เป็นความสัมพันธ์ของความไม่เท่าเทียมกันของความสามารถในการดูแลตนเอง และความ ต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง ได้เพียงบางส่วน หรือใช้ไม่ได้เลย หรือเมื่อมีปริมาณ หรือคุณภาพของความสามารถในการดูแล ตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด แสดงถึงการที่บุคคลมี ความพร้อมในการดูแลตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยนี้ พบว่าผู้ดูแลของเด็กโรค หีดยังมีความพร้อมในการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการ ดูแลเด็กวัย 1-5 ปีที่มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ คือ การเจ็บป่วยด้วยโรคหืด Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ นี้ บุคคลจะมีความต้องการเพิ่มเติมจากความจำเป็นในการดูแลตนเองโดยทั่วไป และความจำเป็น ในการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ สำหรับการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพนี้ ประกอบด้วย 1) การแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ 2) การระวังผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ ความเจ็บป่วย 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟู สภาพ 4) การระวังผลที่เกิดจากการรักษา 5) การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ในการยอมรับความ เจ็บป่วย และ 6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของความเจ็บป่วย (Orem, 2001 อ้างในพรทิพย์ มาลาธรรม, 2550; วราภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) การที่คนเราจะมีสุขภาพดีได้ ต้องได้รับการ ตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเอง (self-care requisite) (Orem, 2001) หรือการมี พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดัดแปลงตัวเอง ดังนั้นเมื่อเด็กวัย 1-5 ปีเป็นวัยที่มีความสามารถในการดูแล ตนเองจำกัด ไม่สามารถปฏิบัติกรดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความจำเป็นในการดูแลตนเองเมื่อ เจ็บป่วยด้วยโรคหืดได้ ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามที่เจ็บป่วยหรือเมื่อ มีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ผู้ดูแลจึงต้องเป็นผู้กระทำแทน ผู้ดูแลต้องสามารถตอบสนองความ จำเป็นในการดูแลตนเองของเด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพให้ได้ นั้นเอง

ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System) Orem อธิบาย เกี่ยวกับการกระทำของพยาบาล เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเองให้ได้รับการ สนองตอบตามความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของ บุคคลนั้นได้ถูกปกป้องและนำมาใช้หรือได้รับการพัฒนาโดยที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการ พยาบาลให้การช่วยเหลือ (Orem, 2001) ในงานวิจัยนี้ผู้ดูแลของเด็กเป็นผู้ดูแลเด็กโดยตรง ต้องให้ การดูแลเด็กวัย 1-5 ปีในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังด้วยโรคหืด พฤติกรรมการดูแลที่ไม่ถูกต้อง เหมาะสม ของผู้ดูแล จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็ก (กิตติมา สาราญไชยธรรม, 2541) การ



ช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถตอบสนองความจำเป็นในการดูแลผู้ที่พึ่งพาเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เพื่อช่วยให้อาการโรคหืดของเด็กมีระดับความรุนแรงลดลง พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลใน ด้านการแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ ด้านการระวังผลที่เกิดจากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ด้านการระวังผลที่เกิดจากการรักษา ด้านการปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ในการยอมรับความเจ็บป่วย และด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของความเจ็บป่วย (Orem, 2001) พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้โดยการสอน และฝึกทักษะโดยการชี้แนะ จัดสิ่งแวดล้อมและให้การสนับสนุน โดยพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ดูแลเด็กโดยตรง หากแต่เป็นแหล่งทรัพยากรให้กับผู้ดูแลใช้ในการพิจารณา ตัดสินใจในการดูแลเด็กโรคหืดด้วยตนเอง เพิ่มศักยภาพให้กับผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีได้อย่างเหมาะสม และต่อเนื่อง เกิดประสิทธิภาพต่อการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีให้ได้มากที่สุด สามารถควบคุมอาการหอบกำเริบให้เกิดน้อยที่สุด ผู้ป่วยเด็กโรคหืดสามารถมีกิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกายได้ปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้ ใช้อาบริบทอาการหอบให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้ ระดับความรุนแรงของโรคหืดที่ลดลง จะช่วยทำให้เด็กกลุ่มนี้มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติเหมือนเช่นเด็กทั่วไป เป็นการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองของเด็กเมื่อมีภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปโดยผู้ที่ให้การดูแลหรือพึ่งพา

การที่พยาบาลต้องให้การช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กให้มีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของเด็กโรคหืดได้ เพื่อให้ความถี่ในการเกิดอาการหอบลดลงทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาอาการหอบลงได้ และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้นโดยไม่มีขีดจำกัด เพื่อเป็นการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของเด็กให้สามารถดำรงชีวิตร่วมอยู่กับโรคได้อย่างเป็นปกติที่สุด

ดังนั้นการนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี เป็นการนำกิจกรรมการพยาบาลที่สร้างขึ้นตามโปรแกรมไปจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดที่ถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง จนผู้ดูแลของเด็กมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ดี ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องแล้วนั้น จะทำให้เด็กได้รับการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ทั้ง 6 ด้าน เด็กโรคหืดที่ได้รับการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพที่ดี เหมาะสมและต่อเนื่อง ก็จะทำให้สุขภาพเด็กดีขึ้น อาการหอบลดลง สามารถมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุขที่สุด ไม่มีอาการหอบกำเริบบ่อยๆ ไม่รบกวนการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่รบกวนการนอนหลับ ไม่ต้องใช้ยาบรรเทาอาการหอบหืด ซึ่งการไม่มีอาการหรือมีอาการน้อยที่สุด แสดงถึงภาวะความรุนแรงของโรค

ลดต่ำลงนั่นเอง กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ โดยพยาบาลพูดคุย ชักถาม แสดงความห่วงใย เห็นใจ เต็มใจในการช่วยเหลือ มีท่าที่เป็นมิตร ยิ้มแย้มกับผู้ดูแล เป็น กิจกรรมเพื่อสร้างความไว้วางใจในตัวพยาบาลและความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการ เรียนรู้ ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543) สามารถทำให้ผู้ดูแลเปิดใจในการรับบริการ หรือขอความช่วยเหลือจากพยาบาลเมื่อตนมีความ พว่องในการดูแลได้ต่อไป เช่น โทรศัพท์สอบถามพยาบาลเมื่อตนเกิดปัญหาในการดูแลเด็กโรคหืด เป็นต้น การวิจัยครั้งนี้ผู้ดูแลของเด็กที่เข้าร่วมการวิจัย ได้มีการโทรศัพท์สอบถามและปรึกษา พยาบาลเกี่ยวกับการดูแลเด็ก แสดงให้เห็นถึงความไว้วางใจในตัวพยาบาล

กิจกรรมลูกฉันเป็นฮีต เป็นกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการ ยอมรับความเจ็บป่วยของเด็กของผู้ดูแล โดยการชี้แนะและชี้ชวนให้ผู้ดูแลเห็นถึงผลดีหรือประโยชน์ ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้องและต่อเนื่องทั้งในด้านตัวเด็กและผู้ดูแลเด็ก เอง เพื่อเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีความต้องการในการเรียนรู้ และนำความรู้ไปใช้ในการ ปฏิบัติการดูแลเด็กเพื่อลดความรุนแรงของโรคหืดให้กับเด็ก ผู้วิจัยและผู้ดูแลจะกำหนดเป้าหมาย ในการดูแลเด็กเพื่อลดความรุนแรงของโรคร่วมกัน

กิจกรรมเรียนรู้และใส่ใจ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด อาการ ปัจจัยการ เกิดโรคและเหตุส่งเสริม สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด ผลของโรคหืดในเด็ก การรักษาและ การดูแลเด็กโรคหืดเพื่อควบคุมอาการและการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น การดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็กมี อาการหอบหืด การให้ยาให้ได้ผลดี การฝึกทักษะการใช้ยาสูดพ่น เป็นกิจกรรมในโปรแกรมที่จะ ทำให้ผู้ดูแลของเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี มีความรู้ และสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการฟื้นฟูสภาพได้ รวมทั้งการเฝ้าระวังผลที่เกิดจากการ รักษา ผู้วิจัยสอนและชี้แนะเกี่ยวกับการใช้ยาสูดพ่นโดยการสาธิตและให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ มี งานวิจัยที่กล่าวถึงความสำคัญของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคกับผู้ดูแล แล้ววัดผลหลังการสอนที่ อัตราการขาดเรียน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและอัตราการมาห้องฉุกเฉิน ดังเช่นการศึกษาของ ศุภมาส พันธุ์ไชย (2546) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดแก่ผู้ป่วยเด็กต่อระดับ ความรู้ อัตราการขาดเรียน จำนวนวันนอนโรงพยาบาลและอัตราการมาห้องฉุกเฉินที่โรงพยาบาล ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุ 3-15 ปี จำนวน 40 คน เปรียบเทียบกับก่อนการให้ความรู้ เก็บ ข้อมูลย้อนหลังในช่วงเวลาเดียวกันของปีที่แล้ว เป็นเวลา 6 เดือน เพื่อเป็นข้อมูลก่อนการให้ความรู้ เพื่อเปรียบเทียบกัน โดยนัดติดตามผลหลังให้ความรู้ทุก 2 เดือน ติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า หลังการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

( $P < 0.05$ ) จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยมารักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงจาก 2.97 ครั้ง/คน/ 6 เดือน เป็น 0.8 ครั้ง/คน/ 6 เดือน ลดลง 71% จำนวนวันที่ผู้ป่วยหยุดเรียนจากโรคหืดลดลงจาก 8.3 วัน/คน/ 6 เดือน เป็น 4.4 วัน/คน/ 6 เดือน ลดลง 46% จำนวนวันที่ผู้ป่วยนอนในโรงพยาบาลจากโรคหืดลดลงจาก 1.07 วัน/คน/เดือน เป็น 0.35 วัน/คน / 6 เดือน ลดลง 67% ( $P < 0.05$ ) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพช่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดีขึ้น และการศึกษาของ Wolf et al. (2002) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการให้การศึกษาลำหรับโรคหืดในเด็ก ในผู้ป่วยอายุ 2-18 ปี จำนวน 3,706 คน พบว่าการให้การศึกษสามารถลดจำนวนวันที่ขาดเรียน วันที่หอบและจำนวนครั้งที่มาห้องฉุกเฉิน ลดอาการหอบเวลากลางคืน โดยได้ผลมากที่สุดในกลุ่ม moderate to severe ซึ่งช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ และการศึกษาของ Yilmaz และ Akkaya (2002) ศึกษาเรื่อง การประเมินผลระยะยาวของการให้ความรู้เรื่องโรคหืดที่คลินิกผู้ป่วยนอกในประเทศตุรกี โดยแบ่งเป็น 2กลุ่ม เป็นกลุ่มที่ได้รับความรู้พิเศษ 25คน และกลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้เป็นพิเศษ 27คน เปรียบเทียบผลกัน 3ปี พบว่าการให้ยาที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเพียงอย่างเดียววันนั้นไม่เพียงพอ ในการรักษาโรคหืด การให้ความรู้เป็นส่วนสำคัญในการรักษาโรคหืดเพื่อให้ได้คุณภาพมากขึ้น

กิจกรรมพยาบาลจะจำ ผู้วิจัยสนับสนุนและจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ดูแลปฏิบัติการดูแลเด็กโรคหืดได้เองตามความรู้ที่ได้รับจากโปรแกรม หากพบปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลเด็ก ผู้ดูแลของเด็กสามารถแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ได้จาก คู่มือการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ที่ผู้วิจัยมอบให้ผู้ดูแลนำกลับไปทบทวนที่บ้าน หรือสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ทางโทรศัพท์ เมื่อมีข้อสงสัยหรือปัญหาในการดูแลเด็กโรคหืด นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้ค้นหาปัญหาและติดตามแก้ไขร่วมกับผู้ดูแลของเด็กทางโทรศัพท์ทุกสัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ส่วนการจัดสิ่งแวดล้อมที่โรงพยาบาล ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปราย แสดงความคิดเห็นร่วมกันแก้ปัญหาตามสถานการณ์จำลองในการช่วยเหลือเด็กที่กำลังมีอาการจับหืดโดยให้ดูภาพเด็กจากคลิปวิดีโอในโทรศัพท์เคลื่อนที่ หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุป แก้ไข หรือเพิ่มเติมแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ดูแล พร้อมเสริมแรงโดยการกล่าวคำชมเชย เป็นการในการปรับเปลี่ยนทัศนคติในการยอมรับความเจ็บป่วยของเด็กสำหรับผู้ดูแลให้ดีขึ้น ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยกำหนดสถานการณ์จำลองขึ้นโดยการสมมติว่าเด็กโรคหืดที่อยู่ในความดูแลของผู้ดูแลมีอาการหอบหืด โดยดูจากอาการหอบของเด็กจากวิดีโอคลิปในโทรศัพท์เคลื่อนที่ และให้ผู้ดูแลร่วมกันอภิปรายวิธีการช่วยเหลือเด็กที่กำลังมีอาการจับหืดในสถานการณ์จำลองดังกล่าวร่วมกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุป แก้ไข หรือเพิ่มเติมแนวทางการช่วยเหลือเบื้องต้นของผู้ดูแล พร้อมเสริมแรงโดยการกล่าวคำชมเชย การใช้วิธีการสอนดังกล่าวช่วยทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างกลุ่มสอดคล้องกับการศึกษาของธิดารัตน์ เอกศิรินิมิตร (2539) ที่ศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือ

ตนเองต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัย 1- 5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรวัย 1-5 ปีที่โรคหอบหืดดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของซลดา อินทรสังขนาวิน (2542) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมสุขภาพ ของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มมีการปฏิบัติต่อการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้ยังสนับสนุนการศึกษาของประไพพิศ สิงหเสม (2545) เกี่ยวกับผลการใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาเด็กโรคหอบหืดอายุ 3-6 ปี จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนตามโปรแกรมการสอนที่สร้างขึ้นจำนวน 30 ราย และกลุ่มที่ได้รับคู่มือการดูแลบุตรโรคหอบหืดเพื่อนำไปศึกษาเองเพียงอย่างเดียวจำนวน 30 ราย โดยสอนเป็นกลุ่มๆ ละ 3-5 คน และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่ม ซึ่งเนื้อหาการสอนประกอบด้วย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการและอาการแสดงการรักษา การจัดการอาการหอบ การป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดอาการหอบ การใช้ยา หลังการสอนได้ให้คู่มือการดูแลเด็กโรคหอบหืดเพื่อให้มารดานำไปศึกษาที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการสอน 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการสอนเป็นกลุ่มตามโปรแกรมการสอน มีความรู้และพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคหอบหืดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับหนังสือคู่มือเพียงอย่างเดียวและกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจากพยาบาลประจำการ

กิจกรรมเหล่านี้เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลเด็กสามารถระทำการดูแลเด็กในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้ สามารถส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีของผู้ดูแลให้ดีขึ้นได้ เพราะจากผลการสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีในแต่ละสัปดาห์ของกลุ่มทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมมากขึ้น แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลของเด็กมีพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดที่ดีขึ้นนั่นเอง

จากผลคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีก่อนการทดลอง พบว่ามีคะแนนค่อนข้างสูง ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (จากตารางที่ 6) แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมผู้ดูแลปฏิบัติค่อนข้างดี แต่เมื่อพิจารณาคะแนนรายชื่อ พบว่าคะแนนด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้กับเด็กยังปฏิบัติได้ไม่ดีนัก เช่น หากบิดาของเด็กหรือบุคคลในบ้านสูบบุหรี่ ผู้ดูแลก็ได้หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นนั้นให้กับเด็ก จากการสอบถามผู้ดูแลบอกว่า “ก็ห้ามเค้าแล้ว แต่เด็กก็วิ่งเล่นไปทั่ว บางที่ทำงานเพลินๆ ก็ไม่ได้มอง เห็นอีกทีก็อยู่ตรงที่เค้าสูบบุหรี่กันนั้น

แหละ” และหากผู้เป็นบิดาหรือบุคคลในบ้านสูบบุหรี่ มารดาก็จะบอกให้บิดาของเด็กไปสูบนอกบ้านหรือสูบบริเวณที่ลูกไม่อยู่ด้วย จากการตอบข้อซักถามดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลและผู้ดูแลรู้และเข้าใจดีว่า บุหรี่เป็นสิ่งกระตุ้นที่ควรต้องหลีกเลี่ยงสำหรับเด็กโรคหืด แต่บางครั้งก็ปฏิบัติไม่ได้ หรือปฏิบัติได้แต่ไม่เคร่งครัดนัก ส่วนการดูแลหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเกี่ยวกับฝุ่นและไรฝุ่นก่อนการทดลองพบว่า ผู้ดูแลของเด็กส่วนใหญ่ไม่เคยนำผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน หรือผ้าห่มไปทำความสะอาดและฆ่าตัวไรฝุ่นด้วยการต้มผ้าเหล่านั้นในน้ำร้อนเลย แต่ดูแลทำความสะอาดโดยการนำไปซักและผึ่งแดดตามปกติ ผู้ดูแลบอกว่าไม่ทราบว่าต้องต้มในน้ำร้อนถึงจะฆ่าตัวไรฝุ่นได้ ภายหลังจากทดลองผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการทำความสะอาดเครื่องนอนได้ดีขึ้นทุกราย ซึ่งจากการสอบถามและกระตุ้นให้ผู้ดูแลทำความสะอาดเครื่องนอน ผู้ดูแลนำผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่มไปต้มน้ำร้อนทุกราย และมีผู้ดูแลจำนวน 10 คน ที่นำที่นอนของเด็กไปหุ้มด้วยหนังเทียม ผู้ดูแลของเด็กบอกว่า “หุ้มหนังเทียมแล้วดี ทำความสะอาดง่าย ที่นอนไม่อมฝุ่นด้วย”

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลของเด็กที่อยู่ในกลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปีมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดเพิ่มมากขึ้นแสดงให้เห็นว่ากิจกรรมของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี ช่วยให้ผู้ดูแลของเด็กมีพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดที่ดีขึ้น ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับงานวิจัยอื่นๆที่ใช้ทฤษฎีการพยาบาลการพร้อมการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) และนำทฤษฎีระบบการพยาบาลไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลของเด็กให้มีพฤติกรรมดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืดที่ดีขึ้น ได้แก่ การศึกษาของนัทธมนต์ สายสอน (2544) เกี่ยวกับการเปรียบเทียบผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาเด็กโรคหอบหืดอายุ 1-6 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียวและกลุ่มมารดาที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ร่วมกับการให้การพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืดมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียวและกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียวมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กสูงกว่าก่อนการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ กรุณา เครือเนตร (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-6 ปี ของครอบครัว โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ และคู่มือครอบครัว พบว่าคะแนนพฤติกรรมภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัว การศึกษาของอรพรรณ แสนใจวุฒิ (2544) เกี่ยวกับผลการพัฒนาความสามารถใน

การดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด โดยใช้แนวคิดของ Orem (1995) กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและเด็กวัยเรียนจำนวน 15 คู่ สอนและฝึกทักษะกิจกรรมการดูแลตนเองแก่มารดาและเด็กในส่วนที่ยังมีปัญหา ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการให้การดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องจำนวน 4 ครั้ง และวัดพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาในสัปดาห์ที่ 9 ของการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด มีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหอบหืดสูงกว่าก่อนการได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กโรคหอบหืดสูงกว่าก่อนการได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กโรคหอบหืด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิดาแก้วเหลา (2551) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารดาในการดูแลและภาวะความรุนแรงของโรคหืดในเด็กเล็ก ซึ่งผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างเดียวย่อมมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ ) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนภาวะความรุนแรงของโรคหืดในเด็กเล็ก พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนภาวะความรุนแรงของโรคหืดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=.000$ ) การศึกษาของวัลลณี ทองมี (2543) ที่ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรขวบปีแรกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจ กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมารดาที่ดูแลบุตรขวบปีแรกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจ จำนวน 40 ราย ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรขวบปีแรกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ดีกว่าพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรขวบปีแรกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การศึกษานี้สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีของโอเร็มในการพัฒนา dependent-care agency and the capability for self-care operation through the maternal-caregiving behavior. การศึกษานี้ช่วยยืนยันว่าการพยาบาลตามแนวคิดของโอเร็มเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยพัฒนาพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กได้

การที่ความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1- 5 ปี ที่มีผู้ดูแลของเด็กได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1- 5 ปี ต่ำกว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นผลเนื่องมาจากพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพของเด็กโรคหืดได้ ทำให้ความถี่ในการเกิดอาการหอบลดลงทั้งในเวลากลางวันและกลางคืน ลดปริมาณการใช้ยาบรรเทาอาการหอบลงได้

สามารถทำกิจกรรมต่างๆได้โดยไม่มีขีดจำกัด ทำให้เด็กมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็มที่กล่าวว่า การที่คนเราจะมีสุขภาพที่ดี ต้องได้รับการตอบสนองของความจำเป็นในการดูแลตนเอง (self-care requisite) (Orem, 2001) หรือการมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีนั่นเอง เด็กที่มีความรุนแรงของโรคยิ่งมาก ยิ่งบั่นทอนภาวะสุขภาพของเด็ก (Health state) การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องหรือการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้อาการของโรครุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ (Sheffer, 1991)

ความรุนแรงของโรคหืดของเด็ก สะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล ซึ่งพบว่าหลังจากที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี คะแนนความรุนแรงของโรคหืดของเด็กลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลของเด็กมีพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ดีขึ้น ซึ่งสัมพันธ์กับคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดที่เพิ่มขึ้นภายหลังได้รับโปรแกรม กล่าวได้ว่าผู้ดูแลของเด็กมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำให้ระดับคะแนนของพฤติกรรมดูแลเด็กเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้เด็กมีความรุนแรงของโรคลดลง

ผลการวิจัยดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล มีผลต่อภาวะสุขภาพของเด็ก กล่าวคือสุขภาพของเด็กจะดีหรือไม่ดีเพียงไร ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลนั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรจิรา เพ็ญน้ำเงิน (2548) ที่ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเดียวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเขียวกระทันหันและการเกิดภาวะเขียว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเดียวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเขียวกระทันหันที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก เด็กโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 30 ราย ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กสูงขึ้นภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .01$ ) และผู้ป่วยเด็กมีจำนวนการเกิดภาวะเขียวกระทันหันลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) และการศึกษาของเนตรทอง ทะยา (2547) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบการสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมดูแลของมารดาและผลลัพธ์สุขภาพทารก โดยใช้ทฤษฎีของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรเป็นทารกคลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาตัวในหออภิบาลทารกแรกเกิดโรงพยาบาลมหานครเชียงใหม่ จำนวน 40 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับการพยาบาลระบบการสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาทารกคลอดก่อนกำหนด

มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .001$ ) และมีผลลัพธ์สุขภาพดีกว่า

ส่วนงานวิจัยของต่างประเทศที่พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ คือ Rand et al. (2000) ศึกษาเรื่อง การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของผู้ป่วยเด็กโรคหืดชาวแอฟริกาอเมริกัน พบว่า การมาห้องฉุกเฉินเป็นปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของโรค การดูแลรักษา และปัจจัยทางสังคม ในเด็ก 392 คน ที่เป็นชาวแอฟริกันอเมริกัน ในเมืองที่มีเศรษฐกิจต่ำ พบว่าค่าเฉลี่ยของวันที่มีอาการหอบ 6.2 วันต่อปี (SD 8.1) มีอาการหอบกลางคืน 7.9 วันต่อปี (SD 8.1) จำนวนวันที่ขาดเรียน 9.7 วันต่อปี (SD 13.5) ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมี 12% ได้รับการ inhaled anti-inflammatory medication โดยสรุปพบว่า การรักษาโรคหืดขึ้นอยู่กับ การให้การดูแลผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน และการดูแลขณะที่มีอาการหอบ ซึ่งผลลัพธ์ได้จากจำนวนวันที่ขาดเรียน หรือขาดงาน ส่วน Sherman et al., (2001) ศึกษาวิธีการดูแลผู้ป่วยโรคหืดที่มีผลการรักษาที่ไม่น่าพอใจ โดยกระตุ้นผู้ป่วยให้มาติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ติดตามผลการตรวจสมรรถภาพปอด การดูแลพฤติกรรมกรรเมียบ้าน และบันทึกการเข้ายา ซึ่งสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดีขึ้น โดยประเมินจากจำนวนครั้งที่มาห้องฉุกเฉิน และวันที่มาโรงพยาบาล

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ช่วยลดความรุนแรงของโรคหืดได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังช่วยให้ผู้ดูแลของเด็กมีพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดดีขึ้นด้วย

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดได้ดีขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีลดลงได้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กสำหรับผู้ดูแล ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีได้ ควรนำไปใช้ในการพยาบาลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี เพื่อลดระดับความรุนแรงของโรคหืดในเด็ก สำหรับหน่วยงานอื่นๆต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่ง คลินิกโรคระบบทางเดินหายใจหรือโรคหืด

2. จากการดำเนินการวิจัยทำให้ผู้วิจัยทราบว่า การให้บริการพยาบาล ด้วยการโทรศัพท์ติดตามและมีช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ ทำให้ผู้ดูแลของเด็กมีความมั่นใจ มีหนทางในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบได้ระหว่างการดูแลเด็กที่บ้าน เนื่องจากมีบุคคลากรทางการแพทย์ให้ปรึกษา ลดระยะเวลาการ



เดินทางและค่าใช้จ่ายได้ สะดวกและรวดเร็ว จึงควรจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ในหน่วยงานต่อไป สร้างความมั่นใจในการดูแลสำหรับผู้ที่ทำหน้าที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พยาบาลสามารถชี้แนะแนวทาง กระตุ้นเตือน สนับสนุนและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่ต่อเนื่องและคงทนได้

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มควบคุมมี 24 คู่ และกลุ่มทดลอง มี 22 คู่ เกิดจากกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองหลังการจับสลากขอถอนตัวไม่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เนื่องจากต้องรีบไปรับบุตรอีกคนหลังเลิกเรียน ไม่สะดวกที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งหากพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีรายได้และระดับการศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งรายได้ของผู้ดูแลต่างกัน และระดับการศึกษาที่ต่างกัน มีผลต่อความตั้งใจในการดูแลบุตรที่ต่างกันด้วย

4. ผลคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปีของผู้ดูแลทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนก่อนการทดลองค่อนข้างสูง แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหัดของผู้ดูแลเดิมดีอยู่แล้ว แต่อาจมีบางข้อที่มีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะในเรื่องของการใช้ยา และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและป้องกันการสัมผัสกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ ซึ่งผู้วิจัยพบปัญหาระหว่างการทำกิจกรรม คือ ผู้ดูแลใช้ยาพ่นให้กับเด็กจริง แต่วิธีการเล็กๆ น้อยๆ ยังไม่ถูกต้องนัก เช่น พ่นยาให้เด็กแต่ครอบspacer ไม่แนบกับแก้มของเด็ก มีช่องโหว่ที่ทำให้ยาเล็ดลอดออกมาได้ ทำให้เด็กได้รับปริมาณยาไม่ครบ บางครั้งเด็กตื่นระหว่างพ่นยาก็เกิดปัญหาดังกล่าวได้เช่นกัน ดังนั้นหากมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมเด็กในครั้งต่อไป ให้เน้นในเรื่องของการใช้ยาอย่างถูกวิธี และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามเป็นระยะ เพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปี ในระยะยาว เนื่องจากผู้ดูแลเด็กอาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

2. ควรมีการศึกษาในผู้ดูแลของเด็กโรคหัดที่มารับบริการที่ห้องฉุกเฉินบ่อยๆ เพื่อหาแนวทางลดความรุนแรงของโรคลง ซึ่งอาจต้องปรับเปลี่ยนเนื้อหาและวิธีการดำเนินการในโปรแกรมนี้ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มดังกล่าว

3. หากมีการนำแบบประเมินความรุนแรงของโรคหัดที่ผู้วิจัยไปใช้ในงานวิจัยอื่นๆที่จะประเมินความรุนแรงของโรคหัด เครื่องมือนี้มีข้อจำกัดคือ ข้อ 12 เกี่ยวกับการขาดเรียนของเด็ก ซึ่งจากการนำไปใช้ทำให้พบว่าเด็กที่ยังไม่เข้าโรงเรียน ไม่สามารถตอบแบบประเมินข้อนี้ได้ จึงใช้ได้เฉพาะเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปีที่เข้าเรียนหรือเข้าสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวันแล้วเท่านั้น

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2553. การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล. พิมพ์ครั้งที่ 16. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2548. การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows.. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2553. การวิเคราะห์สถิติ: สถิติสำหรับการบริหารและวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2553. สถิติสำหรับงานวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : ธรรมสาร.
- กิตติมา สำราญไชยธรรม. 2541. การรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-5 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กรุณา เครือเนตร. 2551. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-6 ปี ของครอบครัว. รายงานการศึกษาระดับปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จรงค์ อุตราชต์กิจ และอรุณวรรณ พุทธิพันธ์. 2540. การบริหารยาพ่นแบบละอองในเด็ก. ใน ประกิต วิทยานนท์ (บรรณาธิการ), Clinical Practice Allergy and Immunology, กรุงเทพฯ : ฟิสิกส์เซ็นเตอร์.
- จรงค์จิตร์ นามไพบูลย์. 2551. สถานการณ์ภูมิแพ้ในเด็กไทย. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา : [http://www.dalnews.co.th/web/html/popup\\_news/Default.aspx?](http://www.dalnews.co.th/web/html/popup_news/Default.aspx?)  
[2552, ธันวาคม 22]
- ชลดา อินทรสังขนาวิน. 2542. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ณ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติ มหาราชนี. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ทรรคนีย์ นาคราช. 2550. การพัฒนากระบวนการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

- ทิพาพร ยอดญาติไทย. 2551. ผลการประยุกต์ใช้แนวทางของGINA PEDIATRIC GUIDLINE ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดวัย 0-6 ปีของครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ธิดา แก้วเหลา. 2551. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมมารดาใน  
การดูแลและภาวะความรุนแรงของโรคหืดในเด็กเล็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ธิดารัตน์ เอกศิรินิมิต. 2539. ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมของมารดาในการ  
ดูแลบุตรวัย 1- 5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต  
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นงศ์นุช สุเมธ. 2545. ผลของการให้บริการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์: กรณีศึกษาโรงพยาบาล  
สมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต การบริหารการ  
พยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นัทธมนต์ สายสอน. 2544. การเปรียบเทียบผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวี  
ดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด.  
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เนตรทอง ทะยา. 2547. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่มารดาทารกคลอด  
ก่อนกำหนดต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาและผลลัพธ์สุขภาพทารก. วิทยานิพนธ์  
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ :  
ยูแอนด์ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- ปกิต วิทยานนท์, เฉลิมชัย บุญยะสิทธิ์พรณ, อัญชลี เยี่ยงศรีกุล, จิตลัดดา วงศ์ดีโรจน์ และไพศาล  
เลิศฤดีพร. 2543. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหอบหืดในผู้ป่วยเด็กของประเทศไทย.  
กุมารเวชศาสตร์ 39 (2) : 171-197.
- ประไพพิศ สิงหเสม. 2545. ผลการใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมดูแลบุตรของ  
มารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการ  
พยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรทิพย์ มาลาธรรม. 2550. Self-care: การดูแลตนเอง Orem's Self-Care Theory.  
กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี  
มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัดสำเนา)

- พวงทิพย์ วัฒนะ. 2550. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพ็ญญา ไชยเสนา. 2546. พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มณี คูประสิทธิ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็กของบิดามารดากับภาวะสุขภาพของเด็กวัย 5 ขวบปีแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลัดดา อิมทองใบ. 2543. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหอบหืดของบุตรอายุ 1-5 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพศึกษา ภาควิชาพลศึกษา มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วรรณา เรืองลาภอนันต์. 2543. ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อเด็กป่วยวัยเรียนและครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรลักษณ์ จารุตระกูลชัย. 2548. การศึกษาปัจจัยเสี่ยงของโรคหอบหืด recurrent wheezing ในเด็กเล็กที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชากุมารเวชศาสตร์ ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรภรณ์ ชัยวัฒน์. 2550. Self-Care Deficit Nursing Theory (SCDT) เอกสารประกอบการสอนรายวิชาทฤษฎีพื้นฐานเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)
- วัชรา บุญสวัสดิ์. 2546. การรักษาผู้ป่วยหอบหืด. อายุรศาสตร์อีสาน 2 (3 กรกฎาคม-กันยายน) : 93-104.
- วัลทนี ทองมี. 2543. ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรขวบปีแรกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบหายใจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วารุณี รัตนาพร. 2544. อิทธิพลของพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาและปัจจัยพื้นฐานต่อภาวะความรุนแรงของโรคหอบหืดในเด็กอายุ 1-5 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร. 2541. บทบาทพยาบาลกับโรคหอบหืดในเด็ก. วารสารชมรมกุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย 2 (1) : 15-19.
- ศิริกาญจนา เอกศิริไตรรัตน์. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดด้วย 0-6 ปี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2543. การดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ในสมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ, เลขหน้า. กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมรัก รังคกุลนุวัฒน์. 2548. Management of Acute Asthma Exacerbation. ในเกรดี อุณจักร, อรวรรณ เล่าห์เรณู, สนิท เรืองรอนรัตน์, ณัฐพงษ์ อัครผล, และพิมพ์ลักษณ์ เจริญขวัญ (บรรณาธิการ), กุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน, 223-233. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- สุกัญญา สว่างนอก. 2543. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัยก่อนเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. 2550. ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา: ข้อวิพากษ์และข้อเสนอแนะวิธีการคำนวณ. พยาบาลสาร 34 (4 ตุลาคม-ธันวาคม) : 1-9.
- สุพัตรา สารพัฒน์. 2544. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมดูแลบุตรในมารดามีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดอายุแรกเกิด-5 ปี โรงพยาบาลปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สิรินันท์ บุญยะลีพรรณ และเฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ. 2551. โรคภูมิแพ้. พิมพ์ครั้งที่13. กรุงเทพฯ : พิมพ์ดี.
- อรวรรณ แสนใจวุฒิ. 2546. ผลการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อรรถการ นาคำ. 2551. หลักการใช้อยาและการดูแลผู้ป่วยโรคหืด. 1,000เล่ม. พิมพ์ครั้งที่ 1.

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรจิรา เทียนน้ำเงิน. 2546. ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิวใจพิการแต่กำเนิดชนิดเขียวที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะเขียวกระทันหันและการเกิดภาวะเขียวกระทันหัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อวยพร เรืองตระกูล. 2551. สถิติประยุกต์ทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

### ภาษาอังกฤษ

Chiang, L.C. 2005. Exploring the health-related quality of life among children with moderate asthma. Journal of Nursing Research 13(1) : 31-39.

Covar RA., Spahn JD.. 2003. Treating the wheezing infant. Pediatr Clin North Am 50 : 631-645.

DeWalt D.A.; Dilling M.H.; Rosenthal M.S. and Pignone M.P. 2007. Low parental Literacy Is associated with worse asthma care measures in children. Ambulatory Pediatrics 7(1), : 25-31.

Gustafsson, P.M., Watson, L., Davis, J.K. and Rabe, K.F. 2006. Poor asthma control in Children: Evidence from epidemiological surveys and implications for clinical Practice. International Journal Clinical Practice 60(3) : 321-334.

Haby M M, Peat J K, Marks G B, Woolcock A J and Leeder S R. 2007. Asthma in preschool children: prevalence and risk factors. Thorax 2001 56 : 589-595.

Juniper, E.F. 2003. Measuring health-related quality of life for persons with asthma. In K.B. Weiss, S.D. Buist, and S.D. Sullivan(Ed.), Asthma's impact on society. The social and economic burden, 77-81. New York : Marcel Dekker.

Kamp AW, Brand PL. 2001. Education, self-management and home peak flow monitoring in childhood asthma. Paediatr Respir Rev 2001; 2(2) : 165-9.

Ladebauche, P. 1997. Managing asthma: A growth and developmental approach pediatric Nursing. Journal of Pediatric Nursing 23(1) : 37-44.

- Lai, K.Y., Lam, K.K.L., Lam, S.C., Tang, A.C.W., Yeung, L.K.K., Wong, M.C.S., et al. 2005. Exploring parents' understanding and concerns on self-management of childhood asthma. Hong Kong Practitioner 27(5) : 172-178.
- Loughlin, G.M. and Eigen, H. 1994. Respiratory disease in children : diagnosis and management. Baltimore : Williams & Wilkins.
- Orem, D.E. 2001. Nursing: Concepts of Practice. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis : Mosby.
- Pearce N., Ait-Khaled N., Beasley R., et al. ปีพิมพ์. Worldwide trends in the prevalence of asthma symptoms: phase III of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC). Thorax 2007 62 : 758-766.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. 2004. Nursing research: Principles and method. 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott, Williams & Wilkins.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. 2006. The content validity in dex: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendation. Research in Nursing & Health 29 : 489-497.
- Polit, D.F., & Hungler, B.P. 1999. Nursing research: Principles and methods. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia : Lippincott.
- Rand, C.S., and Butz, A.M. 2003. Psychosocial factors in chronic asthma. In K.B. Weiss, S.D. Buist and S.D. Sullivan (Ed.) , Asthma's impact on society. The social and economic burden, New York : Marcel Dekker.
- Shadish, W.R. Cook, T.D. and Campbell, D.T. 2002. Experimental and quasi experimental designs for generalized causal inference. United States of America : Houghton Mifflin Company.
- Sheffer A.L. . 1991. Guide for Diagnosis and management of asthma. Journal Allergy and Clinical Immunology September : 447-449.
- The National Institutes of Health: National heart, lung and blood Institute (NHLBI). 2007. National asthma education and prevention program expert panel report3: Guidelines for diagnosis and management of asthma. [Online] Available form : <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>[2008, December 1].
- Yawn, B.P., Fryer, G.E., and Lanier, D. 2004. Asthma severity: The patient's perspective. Journal of Asthma 41(6) : 623-630.



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์  
ประธานกรรมการหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์  
(นานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์  
อาจารย์ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
3. รองศาสตราจารย์คลินิก (พิเศษ) แพทย์หญิงมุกดา หวังวีรวงศ์ แพทย์ประจำหน่วย  
โรคภูมิแพ้ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
4. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมหญิง ไควศวนนท์ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล (ศิริราช)
5. อาจารย์ ดร. เสริมศรี สันตติ อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามาธิบดี
6. อาจารย์ ดร. อภาววรรณ หนูคง อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
(ศิริราช)
7. คุณธิติดา ชัยศุภมวงคผลลาภ พยาบาลวิชาชีพเชี่ยวชาญด้านโรคระบบทางเดินหายใจ  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข  
จดหมายเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน งานบริการการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. 89825 โทรสาร 89806

ที่ ศท 0512.11/ 2349

วันที่ 4 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด
  2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปีต่อระดับความรุนแรงของโรค” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9808

ชื่อนิสิต

นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ โทร. 08-1429-9398

ที่ ศบ 0512.11/ 2349

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับตั้งเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปีต่อระดับความรุนแรงของโรค” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- |                                                  |                              |
|--------------------------------------------------|------------------------------|
| 1. รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์ | อาจารย์ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ |
| 2. อาจารย์ ดร. เสริมศรี สันตติ                   | อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์   |
| 3. นางธิดิตา ชัยสุขมงคลลาภ                       | อาจารย์ภาควิชาพยาบาลศาสตร์   |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์, อาจารย์ ดร. เสริมศรี สันตติ และ นางธิดิตา ชัยสุขมงคลลาภ

งานบริการการศึกษา โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9808

ผู้นิสิต นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ โทร. 08-1429-9398

ที่ ศธ 0512.11/ 2349

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีต่อระดับความรุนแรงของโรค” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิง มุกดา หวังวีรวงศ์ หน่วยโรคภูมิแพ้ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) แพทย์หญิง มุกดา หวังวีรวงศ์

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9808

ชื่อนิสิต

นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ โทร. 08-1429-9398

ที่ ศบ 0512.11/ 2349

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

4 ธันวาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ (ฉบับสังเขป) จำนวน 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปีต่อระดับความรุนแรงของโรค” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญบุคลากร ในหน่วยงานของท่าน เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมหญิง ไควสวนนท์
2. อาจารย์ ดร. อภาวรรณ หนูคง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ



(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นงพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ถ้ามาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สมหญิง ไควสวนนท์ และอาจารย์ ดร. อภาวรรณ หนูคง

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9808

ชื่อนิสิต

นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ โทร. 08-1429-9398



ภาคผนวก ค  
เอกสารรับรองโครงการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



AF 01-11



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330  
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 051/2553

### ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 032.1/53 : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย  
1-5 ปี ต่อระดับความรุนแรงของโรค

ผู้วิจัยหลัก : นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ นิสิตระดับมหาบัณฑิต

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice  
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม.....  
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทศนประดิษฐ) ประธาน

ลงนาม.....  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์) กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 7 พฤษภาคม 2553 วันหมดอายุ : 6 พฤษภาคม 2554

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย ..... 032.1/53  
วันที่รับรอง ..... - 7 พ.ค. 2553  
วันหมดอายุ ..... - 6 พ.ค. 2554

#### เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการผิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ใน โครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้ออกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

เอกสารเลขที่ ๒๑ /2553



เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดย คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี

- โครงการวิจัย : ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืด  
วัย 1-5 ปี ต่อระดับความรุนแรงของโรค  
THE EFFECT OF CAREGIVERS' CHILDCARE BEHAVIORS  
PROMOTING PROGRAM ON SEVERITY OF ILLNESS IN 1-5  
YEAR OLD CHILDREN WITH ASTHMA
- ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์
- หน่วยงานที่รับผิดชอบ : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลชลบุรี ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของ  
โครงการวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2553 จนถึงวันที่ 31 มีนาคม 2554


ออกหนังสือ ณ วันที่ ๒๐ กรกฎาคม 2553

ลงนาม

(นายแพทย์พงษ์เทพ ไชยประสิทธิ์)  
ประธานคณะกรรมการวิจัย

ลงนาม

(นายแพทย์ชาติรี ตันติยวงค์)  
ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลชลบุรี



ภาคผนวก ง  
เอกสารการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1 – 5 ปี  
ต่อระดับความรุนแรงของโรค

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** (ที่ทำงาน) 3 ซอย 19 หอผู้ป่วยใน 2 โรงพยาบาลบ้านบึง ถ. ชลบุรี-บ้านบึง

ต. บ้านบึง อ. บ้านบึง จ.ชลบุรี 20170

(ที่บ้าน) ที่อยู่ 657 หมู่ 7 ต.หนองอิรุณ อ. บ้านบึง จ. ชลบุรี 20220

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 038-442207 โทรศัพท์ที่บ้าน -

โทรศัพท์มือถือ 08-1429-9398 E-mail : wnp.chin@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษา “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี ต่อระดับความรุนแรงของโรค”

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1-5 ปี กลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี กับกลุ่มที่ผู้ดูแลได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แก่ เด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีและผู้ดูแลที่พาเด็กเข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชลบุรี จำนวนทั้งหมด 60 คน โดยเป็นผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา หรือญาติใกล้ชิดที่เป็นผู้ดูแลหลักที่บ้านของเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีที่ไม่มีโรคแทรกซ้อนต่างๆ เช่น โรคหัวใจ หรือปอดแฟบ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินหรือการใช้สายตา ยกเว้น สายตาสั้นหรือ สายตายาว สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ มีความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และยินยอมให้ผู้วิจัยติดต่อทางโทรศัพท์ได้ เช่น โทรศัพท์บ้านหรือโทรศัพท์มือถือ ส่วนเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย คือ เมื่อกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะเป็นผู้ดูแลของเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก และเป็นไปด้วยความสมัครใจ โครงการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มผู้ดูแลของเด็กที่เข้าร่วมในโครงการเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 30 คู่ โดยการจับสลาก ท่านและผู้ป่วยเด็กในปกครองของท่าน อาจเข้าร่วมในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ภายหลังจากได้รับความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จากท่านแล้ว ซึ่งในการขอความยินยอมจากท่านเพื่อเข้าเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากท่านอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยให้ท่านฟัง ก่อนลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยโดยการพิมพ์ลายนิ้วมือหัวแม่มือของท่านแทน

5. กระบวนการวิจัย ดำเนินการโดยผู้วิจัย เป็นผู้ให้ข้อมูลและกิจกรรมการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี คือ การให้ความรู้ ฝึกทักษะการพ่นยา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี ใช้เวลา 40 นาที และโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมในสัปดาห์ที่ 2, 3 และ 4 สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที และเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยซักถามข้อมูลทางโทรศัพท์ได้ตลอดระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย

6. กระบวนการให้ข้อมูล มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

- กลุ่มที่ 1 ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี จะได้รับการให้ข้อมูลและการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำแผนกผู้ป่วยนอก

- กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี จะได้รับการให้ข้อมูลและการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี จากผู้วิจัย ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ท่านจะได้รับและตอบแบบประเมินความรุนแรงของโรค จำนวน 15 ข้อ และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี จำนวน 35 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยจะให้การพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี เป็นรายกลุ่ม ครั้งละ 2-3 คน ใช้เวลา 40 นาที หลังเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยจะนัดหมายวัน เวลาในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยม 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที

สัปดาห์ที่ 2 ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงผู้ดูแลของเด็กตามวันและเวลาที่นัดหมาย เพื่อสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี เมื่อพบปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลที่ประเมินได้ ผู้วิจัยจะร่วมกันหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่ กระตุ้นเตือนและให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรม กระตุ้นให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้จากคู่มือการดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล ที่ให้ไป

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยโทรศัพท์ถึงผู้ดูแลของเด็กตามวันและเวลาที่นัดหมาย เพื่อสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้วย 1-5 ปี ตรวจสอบปัญหาที่พบในครั้งนี้อย่างเปรียบเทียบกับในสัปดาห์ที่ 2 กระตุ้นเตือน

ให้ปฏิบัติ ให้กำลังใจ เสริมแรงด้วยคำพูด นัดหมายวันและเวลาในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมใน สัปดาห์ถัดไป

สัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1- 5 ปี ตรวจสอบปัญหาที่พบใน ครั้งนี้ เปรียบเทียบกับในสัปดาห์ที่ 2 และ 3 หากพบว่าปัญหาดังกล่าวได้รับการแก้ไขแล้ว ผู้วิจัย เสริมแรงด้วยคำพูดกล่าวคำชมเชย และกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติต่อไป โดยเน้นย้ำถึงเป้าหมาย หาก พบว่าปัญหาเดิมยังไม่ได้รับการแก้ไข สอบถามถึงสาเหตุหรืออุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ เป็นปัญหานั้น ร่วมกันหาแนวทางแก้ไขใหม่ กระตุ้นเตือนและเน้นย้ำถึงความสำคัญของการดูแล ของผู้ดูแล แจ้งให้ทราบว่าจะงดการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นเวลา 2 สัปดาห์ เนื่องจากสิ้นสุด การทำกิจกรรมตามโปรแกรมแล้ว จากนั้นขออนุญาตนัดหมายวันและเวลาในการโทรศัพท์เพื่อ ประเมินความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหัด ในอีก 2 สัปดาห์ข้างหน้า

เมื่อครบกำหนดในสัปดาห์ที่ 6 ผู้ช่วยวิจัยจะโทรศัพท์เพื่อประเมินความรุนแรงของ โรคหัดของเด็ก โดยสอบถามอาการของเด็กจากผู้ดูแลตามแบบประเมินความรุนแรงของโรคหัดใน เด็กวัย 1-5 ปี ทั้ง 2 กลุ่ม และสัมภาษณ์พฤติกรรมของผู้ดูแลอีกครั้งด้วยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลเด็กโรคหัดของผู้ดูแล

7. ในการคัดกรองผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หากผู้วิจัยพบว่าผู้ดูแลเด็ก รวมทั้ง เด็กป่วยโรคหัดไม่อยู่ในเกณฑ์การคัดเลือก และอยู่ในสถานะที่สมควรได้รับการช่วยเหลือแนะนำ ผู้วิจัยจะดำเนินการแจ้งให้พยาบาลประจำการทราบ เพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป และข้อมูลที่ได้ จากเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อการคัดกรองในการวิจัยนี้จะผ่านการอนุมัติจากผู้มีอำนาจหน้าที่ คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว

8. การวิจัยนี้ไม่มีความเสี่ยง หรืออันตรายต่อท่านและเด็กโรคหัดที่อยู่ในความ ดูแลของท่าน แต่ความไม่สะดวกของท่านในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ “การตอบคำถาม” โดย ผู้วิจัยจะให้ท่านตอบแบบสอบถามดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินความ รุนแรงของโรคในเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปี ใช้เวลาประมาณ 15 นาที และต้องเสียเวลาในการเข้าร่วม กิจกรรมตามโปรแกรมฯ ประมาณ 40 นาที และการสนทนาทางโทรศัพท์ 3 ครั้งๆ ละ 15 นาที

9. ประโยชน์ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ คือ ท่านจะได้รับข้อมูล ความรู้ที่เป็น ประโยชน์ต่อการดูแลเด็กโรคหัด จากผู้วิจัย และได้รับคู่มือการดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปี สำหรับ ผู้ดูแลนำกลับไปทบทวนที่บ้าน และผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ทางวิชาการ ซึ่งใช้เป็น แนวทางสำหรับการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปี ได้ ต่อไป

10. การเข้าร่วมเป็นประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปโดย**สมัครใจ** และท่านสามารถ**ปฏิเสธ**ที่จะเข้าร่วมหรือ**ถอนตัว**จากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

11. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว **เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

12. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านและผู้ป่วยเด็กจะถูกเก็บเป็น**ความลับ** หากมีการเสนอผลการวิจัยจะเสนอเป็นภาพรวม ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านและผู้ป่วยเด็กได้จะไม่ปรากฏในรายงาน

13. ในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

14. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มงานฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรและการวิจัย ชั้น 4 ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี 62 ม.2 ถ.สุขุมวิท ต.บ้านสวน อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี 20000 โทรศัพท์ 038-931047-48

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปี

ต่อระดับความรุนแรงของโรค

**ชื่อผู้วิจัย** น.ส. วรณภา ชินะภัทรพงศ์

**ที่อยู่ติดต่อ (ที่ทำงาน)** 3 ซอย 19 โรงพยาบาลบ้านบึง ต. บ้านบึง อ. บ้านบึง จ. ชลบุรี

รหัสไปรษณีย์ 20170

(ที่บ้าน) 657 ม. 7 ต. หนองอิรุณ อ. บ้านบึง จ. ชลบุรี รหัสไปรษณีย์ 20220

**โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)** 038- 442207 **โทรศัพท์ที่บ้าน** .....-.....

**โทรศัพท์มือถือ** 081- 4299398 **E-mail :** wnp.chin@hotmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ** รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 5 นาที ตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1- 5 ปีสำหรับผู้ดูแลและตอบแบบประเมินความรุนแรงของโรคหัดในเด็กวัย 1- 5 ปี 2 ครั้งๆ ละ ประมาณ 20 นาที ครั้งแรกที่โรงพยาบาล ครั้งที่ 2 ผู้ช่วยวิจัยโทรศัพท์ไปสอบถามที่บ้าน หากข้าพเจ้าอยู่ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และถ้าหากข้าพเจ้าอยู่ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 1 ครั้ง ใช้เวลาประมาณ 5 นาที ตอบแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1- 5 ปีสำหรับผู้ดูแลและตอบแบบประเมินความรุนแรงของโรคหัดในเด็กวัย 1- 5 ปี 2 ครั้งๆ ละ ประมาณ 20 นาที ครั้งแรกที่โรงพยาบาล ครั้งที่ 2 ผู้ช่วยวิจัยโทรศัพท์ไปสอบถามที่บ้านเช่นเดียวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดให้กับผู้ดูแล ซึ่งจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาล ใช้เวลา 40 นาที นอกจากนี้ข้าพเจ้ายินยอมตอบแบบสอบถามตามแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปี ทางโทรศัพท์ 3 สัปดาห์ๆ ละ 1 ครั้ง รวม 3 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที



ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น และการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่สมควรจะได้รับแต่ประการใด

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็น **ความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

**หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย** ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มงานฝึกอบรมพัฒนาศูนย์บุคลากรและการวิจัย ชั้น 4 ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชลบุรี 62 ม.2 ถ. สุขุมวิท ต.บ้านสวน อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี 20000 โทรศัพท์ 038-931047-48

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก

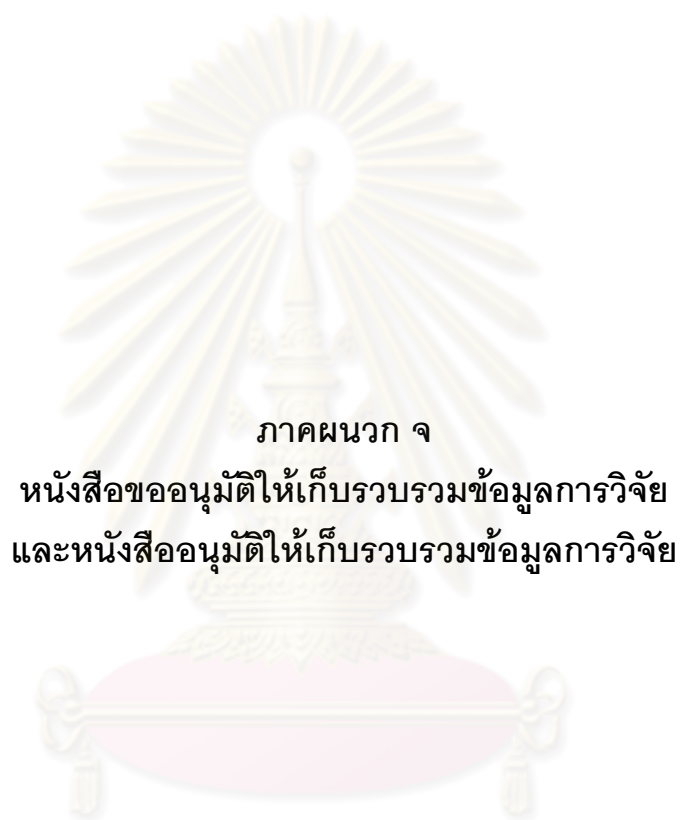
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน



ภาคผนวก จ

หนังสือขออนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย  
และหนังสืออนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/0849

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

มิถุนายน 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

เนื่องด้วย นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปีต่อระดับความรุนแรงของโรค” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลของเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปี ที่พาเด็กมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 60 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและเด็ก และแบบประเมินความรุนแรงของโรคหัดในเด็กวัย 1-5 ปี ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วันและเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ตำนานเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9808

ชื่อนิสิต

นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ โทร. 08-1429-9398



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลชลบุรี กลุ่มงานฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรและการวิจัย โทร. 1047

ที่ ชบ. 0027.102.2/ ๒๖๔

วันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๕๓

เรื่อง อนุมัติให้ดำเนินการวิจัย

เรียน คุณวรรณภา ชินะภัทรพงศ์

ตามที่ท่าน มีความประสงค์เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทำวิจัย เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดวัย 1- 5 ปี ต่อระดับความรุนแรงของโรค ” นั้น

ในการนี้คณะกรรมการวิจัย/คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ประชุมวันที่ 15 กรกฎาคม ๒๕๕๓ ณ ห้องประชุมนายแพทย์สุจินต์ ผลากรกุล (เล็ก) พิจารณาแล้วมีมติให้ดำเนินการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดทราบ

(นายพงษ์เทพ ไชยประสิทธิ์)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

ประธานคณะกรรมการวิจัย

หัวหน้ากลุ่มงานฝึกอบรมพัฒนาบุคลากรและการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 0308



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทย์กิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๓ มีนาคม 2553

เรื่อง ขอกความอนุเคราะห์ให้ นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านบึง

เนื่องด้วย นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมงดการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปีต่อระดับความรุนแรงของโรค” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอกความอนุเคราะห์ให้ นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลของเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปี ที่พาเด็กมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 60 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรุนแรงของโรคหัดในเด็กวัย 1-5 ปี ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9808

ชื่อนิสิต

นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ โทร. 08-1429-9398



ที่ ขบ ๐๐๒๓.๓๐๕/๑๒๒๕

โรงพยาบาลบ้านบึง  
๓ ซอย ๑๕ ตำบลบ้านบึง  
อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ๒๐๑๓๐

๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๓

เรื่อง ยินดีให้นำสถิติเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะคึกคะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือที่ ศร ๐๕๑๒.๑๑/๐๓๐๘ ลงวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๕๓

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลเด็กโรคหัดด้วย ๑ - ๕ ปี ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน ๖๐ ราย โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรุนแรงของโรค เพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดด้วย ๑ - ๕ ปี ต่อระดับความรุนแรงของโรค นั้น ในการนี้ โรงพยาบาลบ้านบึง ยินดีให้ นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายจุมพล พนสุข)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านบึง

กลุ่มการพยาบาล

โทร. ๐๓๘-๔๔๒๒๐๐ ต่อ ๒๑๕

โทรสาร ๐๓๘-๔๔๒๒๕๕

ที่ ศธ 0512.11/ 0308



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64  
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

๓ มีนาคม 2553

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพานทอง

เนื่องด้วย นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปีต่อระดับความรุนแรงของโรค” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลของเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี ที่เข้าเค็มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 60 คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรุนแรงของโรคหัดในเด็กวัย 1-5 ปี ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงาน เรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)

รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์ โทร. 0-2218-9808

ชื่อนิสิต

นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ โทร. 08-1429-9398

ที่ ขบ ๐๐๒๗.๓๐๑/ ๑๕๖๘



โรงพยาบาลพานทอง

อ.พานทอง จ.ชลบุรี ๒๐๑๖๐

๒ มิถุนายน ๒๕๕๓

เรื่อง ให้ความอนุเคราะห์นิตินิติเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๐๓๐๘ ลงวันที่ ๓ มีนาคม ๒๕๕๓

ตามหนังสือที่อ้างถึง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย จากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลของเด็กโรคหัดวัย ๑ - ๕ ปี ที่พาเด็กมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน ๖๐ คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรุนแรงของโรคหัดในเด็กวัย ๑ - ๕ ปี นั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลพานทอง ยินดีให้ นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ๑ ดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายกรณ์พงศ์ วิเชียรประไพ)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพานทอง

กลุ่มงานบริหาร

โทร ๐ ๓๘๙๓ ๒๕๐๖ - ๗

โทรสาร ๐ ๓๘๙๕ ๑๑๕๕





ภาคผนวก ฉ  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี



จัดทำโดย

นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์

นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์

## โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี

### หลักการ

การดูแลเด็กโรคหืดวัย 1- 5 ปี ให้อาการของโรคสงบ ไม่เกิดอาการหอบหืดจนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือรับบริการที่ห้องฉุกเฉินบ่อยๆ นั้น ไม่เพียงแต่เด็กต้องได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์และพยาบาลเท่านั้น การได้รับการดูแลจากผู้ดูแลของเด็กเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหืด ก็เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลตนเองในการที่จะควบคุมอาการของโรคให้สงบ ให้ความรุนแรงของโรคน้อยที่สุด จึงจะดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างปกติสุข ด้วยการปฏิบัติตามแผนการรักษา ป้องกันและหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด การมาตรวจตามนัดเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เด็กวัย 1-5 ปี เป็นวัยที่มีความสามารถในการดูแลตนเองที่จำกัด ต้องพึ่งพาการดูแลตนเองจากผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเกิดภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ดังนั้น การพยาบาลที่จะให้จึงมุ่งเน้นไปที่การช่วยเหลือส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลให้มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลเด็กโรคหืด

โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี เป็นโปรแกรมที่สร้างขึ้น โดยการนำแนวคิดการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ตามทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลของเด็กให้มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปีได้ สามารถตอบสนองของความจำเป็นในการดูแลตนเองของเด็กเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคหืดได้ ทั้งในด้านการแสวงหาความช่วยเหลือทางการแพทย์ ด้านการระงับผลที่เกิดจากพยาธิสภาพความเจ็บป่วย ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อได้รับการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ ด้านการระงับผลที่เกิดจากการรักษา ด้านการปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์ในการยอมรับความเจ็บป่วย และด้านการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมกับผลของความเจ็บป่วย (Orem, 2001) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรงของโรคในเด็กลง สามารถควบคุมอาการหอบหืดไม่ให้เกิดกำเริบได้ ซึ่งจะส่งผลให้เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืด ดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างเป็นปกติสุขให้มากที่สุด โดยพยาบาลเป็นผู้กระทำการพยาบาลตามโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลให้กับผู้ดูแลของเด็ก ด้วยวิธีการสอน ชี้แนะ สนับสนุน และสร้างสิ่งแวดล้อมผ่านกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้น ตามแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (2001) เพื่อให้ผู้ดูแลของเด็กสามารถตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองของเด็กเมื่อเป็นโรคหืดได้ทุกด้านดังที่กล่าวมาข้างต้น

แผนการสอนเรื่องโรคหัดและการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี	
<b>ผู้เรียน</b>	ผู้ดูแลเด็กโรคหัดวัย 1 – 5 ปี
<b>ผู้สอน</b>	นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์
<b>วิธีการสอน</b>	บรรยายร่วมกับการอภิปรายกลุ่ม กลุ่มละ 2-3 คน
<b>ระยะเวลา</b>	40 นาที
<b>เนื้อหา</b>	โรคหัด ความหมาย สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษา การดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี การใช้ยาพ่นสูด การระมัดระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา การมาตรวจ ตามนัด
<b>สถานที่</b>	ห้องสอนสุขศึกษา แผนกผู้ปวยนอก โรงพยาบาลชลบุรี
	<b>วัตถุประสงค์ทั่วไป</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1 – 5 ปี อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคหัด สาเหตุ อาการ การรักษา ผลกระทบของโรคหัดในเด็ก การดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี ฝึกทักษะการใช้ยาพ่นสูด</li> <li>2. เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม จนสามารถลดความรุนแรงของโรคหัดในเด็กได้</li> </ol>

วัตถุประสงค์ เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	ประเมินผล
<p>- เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สอนกับผู้ดูแลของเด็ก</p> <p>- เกริ่นนำเข้าสู่เนื้อหาเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีความต้องการในการเรียนรู้โดยการตั้งใจรับฟังและนำไปปฏิบัติ</p>	<p>(พยาบาลผู้สอนกล่าวทักทายผู้ดูแล และแนะนำตัวอย่างเป็นกันเอง ด้วยท่าที่ยิ้มแย้มแจ่มใส และให้สมาชิกกลุ่มแนะนำตัวเองทีละคน หลังจากนั้นผู้สอนพูดคุย ชักถามเกี่ยวกับปัญหาในการดูแลเด็กโรคหืด และรับฟังปัญหาด้วยการแสดงความห่วงใยเห็นใจ เต็มใจในการช่วยเหลือ )</p> <p><b>บทนำ</b></p> <p>โรคหืด เป็นโรคเรื้อรังทางระบบหายใจที่พบได้บ่อย เป็นปัญหาทางสุขภาพที่สำคัญของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เด็กวัย 1-5 ปี เด็กที่เป็นโรคหืดจะมีอาการหอบหืดกำเริบได้บ่อยและรุนแรง เพราะเด็กในวัยนี้มีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้บ่อย ประกอบกับหลอดลมของเด็กมีขนาดเล็กกว่าผู้ใหญ่ โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา เพื่อควบคุมอาการของโรคให้สงบลง เด็กวัย 1-5 ปี ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ ในภาวะที่เจ็บป่วย ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลเด็ก การดูแลที่ดี ถูกต้อง เหมาะสมเพียงพอ และต่อเนื่องจากผู้ดูแล จะทำให้สามารถควบคุมอาการหอบกำเริบบ่อยๆได้และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความรุนแรงของโรคหืดได้ หากเด็กไม่มีอาการหอบกำเริบบ่อยๆ จะทำให้เด็กสามารถวิ่งเล่น ออกกำลังกาย ไปโรงเรียน และทำกิจกรรมต่างๆได้เหมือนเช่นเด็กปกติทั่วไปได้</p>	<p>- พยาบาลผู้สอนแนะนำตัวและทักทายผู้ดูแล</p> <p>- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการให้ความรู้ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลเด็กโรคหืด เพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืดของเด็ก</p>		<p>- สังเกตความสนใจ ความตั้งใจฟังของผู้ดูแล</p>

## ภาพพลิก เรื่อง โรคหืดและการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1 - 5 ปี

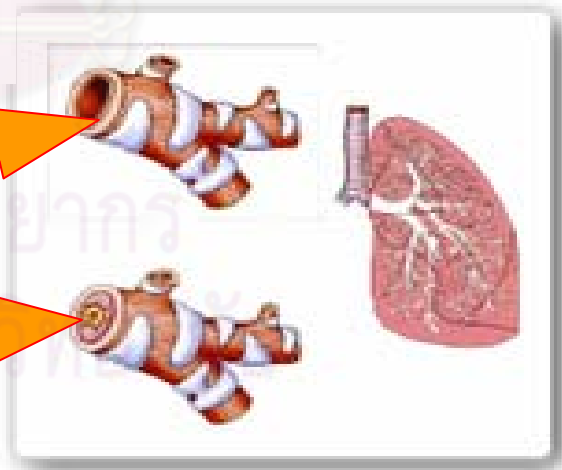


จัดทำโดย นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์  
อาจารย์ที่ปรึกษา รศ.ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**โรคหืด คือ อะไร ?**



**โรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของ  
หลอดลม**



**หลอดลมภายในปอด**



คู่มือ

# การดูแลเด็กโรคหัดด้วย 1-5 ปี

สำหรับผู้ดูแล



จัดทำโดย

นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์  
 นิสิตปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
 คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 อาจารย์ที่ปรึกษา : รศ.ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์



ก



## คำนำ

โรคหืด เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ในผู้ป่วยทุกวัย โดยเฉพาะในเด็กวัย 1- 5 ปี เด็กจะมีอาการหอบกำเริบได้บ่อยและรุนแรง เพราะเด็กวัยนี้ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้บ่อย ประกอบกับหลอดลมของเด็กมีขนาดเล็กกว่าผู้ใหญ่ ทำให้เกิดอาการหอบกำเริบได้ง่าย เด็กวัย 1 - 5 ปี ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลในภาวะที่เจ็บป่วย หากผู้ดูแลสามารถให้การดูแลที่ดี ถูกต้อง เหมาะสม เพียงพอ และต่อเนื่อง อาการหอบหืดกำเริบจะลดน้อยลง

คู่มือการดูแลเด็กโรคหืดวัย 1 – 5 ปี สำหรับผู้ดูแลเล่มนี้ จะช่วยให้ผู้ดูแลที่นำไปศึกษาทราบแนวทางในการดูแลเด็กโรคหืดเพิ่มมากขึ้น สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืดได้ เพื่อให้อาการหอบหืดกำเริบน้อยลง ความรุนแรงของโรคลดลงสามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติเหมือนเช่นเด็กคนอื่นๆ ทั่วไป

ด้วยความปรารถนาดี

นส. วรณภา ชินะภัทรพงศ์

ผู้จัดทำ

## สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
อาการจับหืด หรือ อาการหอบหืดเป็นอย่างไร	1
สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด	2
วิธีการปฏิบัติ/หลีกเลี่ยง/ควบคุมสารก่อภูมิแพ้หรือสิ่งกระตุ้น	5
อาการแสดงที่บ่งว่าเด็กมีอาการหอบหืด	17
การดูแลช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด	18
อาการที่บ่งว่าเป็นสัญญาณอันตรายที่คุณควรต้องรีบนำเด็กส่งโรงพยาบาลทันที	20
การใช้ยาให้ได้ผลดี	21
การใช้ยาสูดพ่นสำหรับเด็กโรคหืดวัย 1-5 ปี	26
การทำความสะอาดอุปกรณ์พ่นยา	29
การดูแลโดยทั่วไปเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดมีอาการจับหืดหรืออาการหอบกำเริบบ่อย ๆ	31

เลขที่.....สัปดาห์ที่.....

วันที่.....

### 5. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหัดของคุณ ขอให้คุณตั้งใจฟังข้อความต่อไปนี้ แล้วตอบคำถามที่ตรงกับพฤติกรรมดูแลที่คุณทำให้กับเด็กโรคหัดในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ให้มากที่สุดเพียงข้อเดียว (ผู้วิจัยใส่เครื่องหมาย ✓ ลงใน ช่องคำตอบให้ตรงกับคำตอบของผู้ดูแล)

**ตัวอย่าง**

พฤติกรรมดูแลเด็ก	สัปดาห์ที่.....		อุปสรรค	คำแนะนำที่ให้/แนวทางแก้ไข
	ใช่	ไม่ใช่		
<b>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</b> 1. คุณหาความรู้เกี่ยวกับโรคหัด การดูแลเด็กโรคหัดจากช่องทางต่างๆ เช่น หนังสือ เอกสาร วิทยู โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต หรือการพูดคุย ปรีกษากับผู้อื่นที่มีบุตรเป็นโรคหัดเช่นเดียวกัน	..✓..	.....	..... ..... .....	..... ..... .....

**จากตัวอย่าง** หมายความว่า ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาผู้ดูแลเด็กโรคหัดได้มีการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหัด

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดวัย 1-5 ปี สำหรับผู้ดูแล

พฤติกรรมการดูแลเด็ก	สัปดาห์ที่.....		อุปสรรค	คำแนะนำที่ให้แนวทางแก้ไข
	ใช่	ไม่ใช่		
<b>ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา</b>				
1. คุณหาความรู้เกี่ยวกับโรคหัด การดูแลเด็กโรคหัด จากช่องทางต่างๆ เช่น หนังสือ เอกสาร วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต หรือการพูดคุยปรึกษากับผู้อื่นที่มีบุตรเป็นโรคหัดเช่นเดียวกัน	.....	.....	.....	.....
2. เมื่อเด็กโรคหัดมีอาการเปลี่ยนแปลง คุณสอบถามปรึกษาแพทย์หรือพยาบาลเกี่ยวกับอาการของเด็ก หรือการดูแลเด็ก	.....	.....	.....	.....
3. ....	.....	.....	.....	.....
4. ....	.....	.....	.....	.....
34. คุณไม่นำสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัข แมว เข้ามาภายในตัวบ้านที่อยู่อาศัย	.....	.....	.....	.....



9. คุณเคยดูแลบุคคลอื่นที่เป็นโรคหืด นอกเหนือจากเด็กคนนี้อีกหรือไม่
- ( ) 1. ไม่เคย
- ( ) 2. เคย โดยดูแล (ระบุ).....ระยะเวลาที่ดูแล.....
10. คุณดูแลเด็กที่เป็นโรคหืดคนนี้เป็นระยะเวลา.....ปี.....เดือน
11. เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อคุณได้.....
- .....
12. ปัจจุบันเด็กในความดูแลของคุณ เรียนอยู่ในระดับชั้นใด
- ( ) 1. ยังไม่เข้าเรียน ( ) 2. เตรียมอนุบาล (Day Care)
- ( ) 3. อนุบาล ( ) 4. ประถมศึกษา
13. เด็กมีอาการหอบหืดครั้งแรกตั้งแต่อายุ.....ปี.....เดือน
14. สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ( ) 1. เป็นหวัดหรือติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ( ) 2. ขนสัตว์ เช่น สุนัข แมว นก
- ( ) 3. ฝุ่น ไรฝุ่น ( ) 4. แมลงสาบ
- ( ) 5. ควันบุหรี่ / ควันไฟ ( ) 6. อากาศเปลี่ยนแปลง
- ( ) 7. การออกกำลังกาย ( ) 8. อาหาร ระบุ.....
- ( ) 9. ยาบางชนิด ระบุ..... ( ) 10. ละอองเกสรดอกไม้
- ( ) 11. อารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง ( ) 12. อื่นๆ ระบุ.....

ข้อมูลที่ได้จาก OPD CARD (ส่วนนี้สำหรับผู้วิจัย)

15. เด็ก เพศ ( ) 1. ชาย ( ) 2. หญิง
16. อายุ.....ปี.....เดือน

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็กวัย 1- 5 ปี

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสอบถามอาการของเด็กโรคหืด ขอให้คุณตั้งใจฟังข้อความต่อไปนี้ แล้วเลือกคำตอบที่ตรงกับอาการเจ็บป่วยของเด็กในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาให้มากที่สุดเพียงข้อเดียว กรุณาตอบคำถามให้ครบทั้ง 15 ข้อ (ผู้ช่วยวิจัยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ได้จากผู้ดูแลในแต่ละข้อ)

#### ข้อตกลงเบื้องต้น

อาการตอนกลางวัน หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนกระทั่งก่อนเข้านอนตอนเย็น

อาการตอนกลางคืน หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาตั้งแต่เข้านอนตอนเย็นจนกระทั่งตื่นนอนตอนเช้า

#### ตัวอย่าง

ข้อความ	ความบ่อยครั้งของการเกิด				
	ทุก วัน	5-6 ครั้ง/ สัปดาห์	3-4 ครั้ง/ สัปดาห์	1-2 ครั้ง/ สัปดาห์	ไม่เคย เลย
ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เด็กมีอาการหอบในตอนกลางวัน		✓			

**จากตัวอย่าง** หมายความว่า ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา เด็กมีอาการหอบในตอนกลางวัน (ตั้งแต่ตื่นนอนตอนเช้าจนกระทั่งก่อนเข้านอนตอนเย็น) 5-6 ครั้ง/สัปดาห์

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววรรณภา ชินะภัทรพงศ์ เกิดเมื่อวันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2522 ภูมิลำเนา จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปีพ.ศ. 2545 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีชลบุรี สถาบันสมทบมหาวิทยาลัยบูรพา และเริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3 แผนกผู้ป่วยเด็ก มารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ แผนกผู้ป่วยเด็ก มารดาและทารกหลังคลอด โรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี และลาศึกษาต่อระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2550



ศูนย์วิทยพักร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย