



ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร อายุต่ำกว่า 5 ปี
ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ
**Effect of Individual Education Program on Child Care Behaviors Perceived
by Mothers of Children Aged under 5 Years with Recurrent Pneumonia**

จีรภา ชุมจันทร์
Jeerapa Chumjun

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การพยาบาลเด็ก)

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Pediatric Nursing)**

Prince of Songkla University

2551

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร อายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ
ผู้เขียน	นางสาวจิรภา ชุมจันทร์
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)
ปีการศึกษา	2550

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และกลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 50 คน แล้วทำการสุ่ม เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้กลุ่มละ 25 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้โรคปอดบวม แบบสอบถามการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวม และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็ก ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้โรคปอดบวม แบบสอบถามการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) ได้เท่ากับ 0.85 และ 0.83 ตามลำดับ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็ก ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติที

ผลการวิจัยพบว่า

1. มารดาเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาทั้งรายด้านและโดยรวม หลังการเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001
2. มารดาเด็กที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาทั้งรายด้านและโดยรวมในวันที่ 3 ไม่แตกต่างจากค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้ในวันแรกก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. มารดาเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาทั้งรายด้านและโดยรวม ภายหลังจากทดลองสูงกว่ามารดาเด็กที่ได้รับความรู้ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการสอนมารดาเด็ก โดยการประเมินความรู้และการรับรู้เดิมของมารดาแต่ละบุคคล และให้ความรู้ด้วยกระบวนการมุ่งส่งเสริมให้มารดามีความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้อง

Thesis Title Effect of Individual Education Program on Child Care Behaviors Perceived by Mothers of Children Aged under 5 Years with Recurrent Pneumonia

Author Miss Jeerapa Chumjun

Major Program Nursing Science (Pediatric Nursing)

Academic Year 2007

ABSTRACT

The objective of this experimental study was to determine the effect of individual education program on child care behaviors perceived by mothers of children aged under 5 years with recurrent pneumonia. Subjects were purposively sampled and randomly assigned to an experimental group (n = 25) or a control group (n = 25). Mothers in the experimental group received an individual education program developed based on the Health Belief Model. Mothers in the control group received routine care from the hospital. Data were collected by a demographic data questionnaire, maternal pneumonia knowledge questionnaire, maternal perception of child symptom and maternal child care behaviors questionnaire. The content validities of all questionnaires were examined by three experts. The reliabilities of maternal pneumonia knowledge questionnaire and maternal perception of child symptom questionnaire obtained by Kuder-Richardson (KR-20) were 0.85 and 0.83, respectively. Cronbach's alpha coefficient of maternal child care behaviors questionnaire was 0.87. The data were analyzed using frequency, mean, standard deviation, chi-square and t-test.

The results revealed that:

1. Mothers participating in the individual education program had mean total and subscale scores of child care behaviors perceived by mothers after intervention that were significantly higher than those of before intervention ($p < .001$).
2. Mothers participating in routine care had mean total and subscale scores of child care behaviors perceived by mothers that were not significantly different between before and after intervention.

3. Mothers in the individual education program had mean total and subscale scores of child care behaviors perceived by mothers after intervention that were significantly higher than those of mothers who participated in routine care ($p < .001$).

The results of this study can be applied in providing health education to mothers having children aged under 5 years with recurrent pneumonia. Assessment of mother' previous pneumonia knowledge and perception of their child care behaviors prior to providing health education will fill mother' gap of knowledge and correct their misperceptions.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คือ รองศาสตราจารย์ ดร.ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ ที่กรุณาสละเวลาให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ รวมถึงข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่มาโดยตลอด รวมทั้งให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกประทับใจและซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพัทลุง หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 1 พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยเด็ก 1 ที่ได้ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลา และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพัทลุง หัวหน้าพยาบาล และหัวหน้าหออภิบาลผู้ป่วยหนักที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ ขอขอบคุณเพื่อนๆร่วมงานหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลพัทลุง ทุกท่านที่เสียสละทำงานเพิ่มขึ้น และเป็นกำลังใจให้เสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ น้องชาย ที่เป็นแรงใจและดูแลเอาใจใส่ ให้การสนับสนุนด้านการศึกษาตลอดมา ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ ที่เป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา จนประสบผลสำเร็จในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

จิรภา ชุมจันทร์

สารบัญ

	หน้า
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	6
นิยามศัพท์.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
ความสำคัญของการวิจัย.....	9
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
โรคปอดบวม.....	11
ความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี.....	22
โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ.....	36
โปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตร โรคปอดบวม.....	40
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	47
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	49
การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง.....	49
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	53

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	54
ผลการวิจัย.....	55
การอภิปรายผลการวิจัย.....	67
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	76
สรุปผลการวิจัย.....	76
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	78
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	79
บรรณานุกรม.....	80
ภาคผนวก.....	92
ก การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	93
ข แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย.....	94
ค การทดสอบข้อมูลเบื้องต้นของสถิติที (t- test).....	95
ง การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	107
จ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	111
ฉ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย.....	120
ช ราชานามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	129
ประวัติผู้เขียน.....	130

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ของจำนวนมารดาเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ จำนวนบุตร จำนวนบุตรอายุน้อยกว่า 5 ปี จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของมารดา.....	56
2	จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ของจำนวนเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ ลำดับที่ของบุตร น้ำหนักแรกคลอด น้ำหนักปัจจุบัน การได้รับภูมิคุ้มกันโรค และประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	58
3	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการทดสอบสถิติของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
4	จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ของจำนวนมารดาเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม ปัจจัยควบคุมที่คาดว่าจะมีผลต่อการทดลอง ประกอบด้วย ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดบวม ระดับความรู้โรคปอดบวม ระดับการรับรู้อาการของโรคปอดบวม.....	61
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มทดลอง ทั้งรายด้านและโดยรวม.....	63
6	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา ก่อนได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาลและภายหลังการได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาลของกลุ่มควบคุม ทั้งรายด้านและโดยรวม.....	64
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังให้ความรู้ ทั้งรายด้านและโดยรวม.....	65

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
8	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็ก ภายหลังการทดลองจำแนกเป็นรายชื่อ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้งรายด้านและโดยรวม.....	66
9	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง.....	98
10	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง.....	99
11	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง.....	100
12	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง.....	100
13	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองก่อน การทดลอง.....	105
14	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง.....	106
15	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและสูงสุดของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	107
16	ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็ก เป็นรายชื่อ หลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้กลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติของโรงพยาบาล.....	108

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ.....	7
2	รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ.....	24
3	รายละเอียดของแผนการทดลอง.....	52
4	กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง.....	101
5	กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง.....	102
6	กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง.....	103
7	กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาของกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง.....	104

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดบวมในเด็ก เป็นโรคที่พบบ่อยและพบได้ในทุกประเทศทั่วโลก แม้ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (นวลจันทร์ และจิตลัดดา, 2549; วรพร, 2550; สุดาษา, 2549) จากรายงานขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2545 พบอัตราการตายของเด็กด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในประเทศที่กำลังพัฒนา จำนวน 1,856,000 คน (WHO, 2003) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีเด็กทั่วโลกเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจประมาณ 5 ล้านคน เป็นเด็กที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนาถึงร้อยละ 97 (WHO, 1998)

สถานการณ์การป่วยด้วยโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย จากสถิติอัตราป่วยของโรคปอดบวมและอัตราตายของโรคปอดบวมในเด็กอายุ 0-5 ปี ในปี 2545 ถึง 2548 พบว่ามีอัตราป่วย เท่ากับ 1,584.85; 1,739.65; 1,735.57 และ 1,915.65 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และอัตราตาย เท่ากับ 2.14, 1.77, 1.59 และ 1.10 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (สำนักงานระบาดวิทยา, 2548) จากสถิติดังกล่าวจะเห็นว่าอัตราป่วยเพิ่มขึ้นในปีที่ 2 ลดลงเล็กน้อยในปีที่ 3 แต่เพิ่มสูงขึ้นมากในปีที่ 4 ส่วนสถิติอัตราตายในช่วง 4 ปี มีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ ถึงแม้ว่าสถิติการตายจะลดลงแต่อัตราป่วยของโรคยังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ที่สำคัญโรคปอดบวมยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (วรพร, 2550) และสถิติปี พ.ศ. 2548 พบเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีป่วยด้วยโรคปอดบวมทั้งหมด 79,560 คน (สำนักงานระบาดวิทยา, 2548) สำหรับในภาคใต้ พบเด็กป่วยด้วยโรคปอดบวมจำนวน 13,393 คน ซึ่งจังหวัดพัทลุงเป็นพื้นที่สาธารณสุข เขต 16 พบผู้ป่วยเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปีป่วยด้วยโรคปอดบวม 896 คน ซึ่งมากเป็นอันดับที่ 2 รองจาก จังหวัด นครศรีธรรมราช (สำนักงานระบาดวิทยา, 2548) และจากรายงานประจำเดือนของเวชระเบียนสถิติโรงพยาบาลพัทลุง ในรอบปี 2548 พบว่า มีเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ เฉพาะ โรคหวัดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลพัทลุงมากกว่า 50,000 ครั้ง (เวชระเบียนสถิติโรงพยาบาลพัทลุง, 2548) นอกจากนี้ยังพบว่าอัตราป่วยของโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มากกว่ากลุ่มอายุอื่น ทั้งนี้เนื่องจากเด็กบางคนมารับการรักษาด้วยโรคหวัดเมื่อกลับบ้านไปได้รับการดูแลไม่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เด็กเกิดการป่วยด้วยโรคปอดบวมได้ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษานำร่องของศิริณี ที่พบว่า เด็กป่วยโรคปอดบวมที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่นในปี พ.ศ. 2546 ร้อยละ 31-79 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดบวมเป็น ครั้งที่ 2 ขึ้นไป (ศิริณี, 2548)

โรคปอดบวมในเด็ก มีสาเหตุการเกิดโรคจากเชื้อหลายชนิด พบได้บ่อยที่สุดจาก เชื้อไวรัส (สุกรี, 2547; สุดาษา, 2549) ซึ่งโดยทั่วไปโรคปอดบวมจะเป็นการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนนำมาก่อน โดยเฉพาะโรคหวัด ซึ่งความถี่ของการป่วยเป็นโรคหวัดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบได้ ประมาณ 6-8 ครั้งต่อปี (Heikkinen & Jarvinen, 2003) ส่วนใหญ่จะพบในฤดูฝนกับฤดูหนาว (พลเลิศ, 2536) ในระหว่างป่วยเป็นโรคหวัดหากเด็กได้รับการดูแลรักษาที่ไม่ถูกต้องจะทำให้เกิดเป็นโรคปอดบวมและมีอาการรุนแรงได้ (นวลจันทร์ และจิตลัดดา, 2549) นอกจากนี้ยังอาจก่อให้เกิดโรคแทรกซ้อนหรือความผิดปกติของระบบหายใจและระบบอื่น เช่น โรคหุ้่น้ำหนวก โรคไซนัสอักเสบ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหลอดลมโป่งพอง โรคสมองพิการ และภาวะโภชนาการเป็นต้น (UNICEF, 1993) เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยด้วย โรคปอดบวมซ้ำๆ จะส่งผลกระทบต่อการศึกษาเติบโตต่อเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจและทำให้มีคุณภาพชีวิตต่ำ ทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล และสูญเสียเศรษฐกิจของชาติ

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เมื่อเป็นโรคปอดบวมแล้วส่วนใหญ่มักมีอาการรุนแรงและอาจเสียชีวิตได้ในระยะเวลาอันรวดเร็ว เนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นวัยที่ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันไม่สมบูรณ์ อีกทั้งมีปัจจัยเสี่ยงหลายประการ ที่ทำให้เด็กในวัยนี้มีอัตราการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจสูง และการเจ็บป่วยสามารถมีสภาพรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ แบ่งกลุ่มปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่คือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวเด็ก ปัจจัยภายในตัวเด็กประกอบด้วย เด็กที่มีประวัติคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวน้อย และมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดร่วมด้วย (กานดาและคณะ, 2536; ชีรชัย, 2544; นวลจันทร์ และจิตลัดดา, 2549; ประมาญและลดาวัลย์, 2540) ส่วนปัจจัยภายนอกตัวเด็กได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เช่น การสัมผัสอากาศหนาวเย็น การไม่ได้รับนมแม่ การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบหายใจ การสัมผัสควันบุหรี่ ควันไฟ และการไม่ได้รับภูมิคุ้มกัน โรคครบตามเกณฑ์ (นวลจันทร์ และจิตลัดดา, 2549; สุจิตราและประมวล, 2540) ซึ่งทั้งหมดเป็นผลจากพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาในขณะที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนและพฤติกรรม การดูแลบุตรในภาวะสุขภาพดีเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

พฤติกรรมดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีของมารดาเด็กโรคปอดบวมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม มีงานวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของมารดาขณะดูแลบุตรป่วยมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดบวม โดยเด็กที่มีการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรไม่ถูกต้องมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นโรคปอดบวมเป็น 2.76 เท่า

ของเด็กที่มีการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรขณะป่วยถูกต้องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (เขวาลักษณ์, 2543) โดยความรู้และการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ทรงพล และประทีน, 2540) นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยส่วนหนึ่งที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลบุตรในบิดาหรือผู้ดูแล ซึ่งสามารถอ้างอิงถึงมารดาได้ เนื่องจากผู้ดูแลเด็กส่วนมากเป็นมารดา โดยพบว่าการดูแลที่ไม่เหมาะสมด้านการรักษาของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อระบบหายใจในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (อ้อมจิต, 2535) และการศึกษาของศิริภรณ์ (2548) พบว่าเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำทุกคน เคยป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมาก่อน โดยเฉพาะโรคหัด หลอดลมอักเสบ เด็กเหล่านี้ผู้ดูแลยังมีการรับรู้อาการที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลต่อการเลือกแบบแผนการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม เช่น การให้เด็กรับประทานยาในขนาดที่ไม่ถูกต้อง ใช้น้ำดื่มที่มีอยู่ที่บ้าน เมื่อมีอาการดีขึ้นโดยประหม่อมจากไม่มีไข้ ไอลดลง หายใจหอบลดลง จะให้เด็กหยุดยาเอง การปล่อยให้มึนน้ำมูกแห้งกรัง การไม่กำจัดเสมหะออก ทำให้เด็กเกิดภาวะการอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้หายใจลำบาก ส่งผลให้เกิดอาการรุนแรงกลายเป็นโรคปอดบวมซ้ำได้

วิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เหมาะสม คือ การให้ความรู้ เนื่องจาก ความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ ทักษะคติ และการปฏิบัติ (ประเพณี, 2526) เมื่อบุคคลนำความรู้ที่ได้รับไปเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้ ซึ่งความเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญประการหนึ่งในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล เนื่องจากความเชื่อ คือ ความนึกคิด หรือความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งอาจจะมีเหตุผลหรือไม่มีเหตุผลก็ได้ และทำให้มนุษย์มีความโน้มเอียงที่จะปฏิบัติตามแนวคิดหรือความเข้าใจนั้นๆ (จรรยา, 2527 อ้างตามชั้นยาภรณ์, 2549) เพราะความเชื่อและความเข้าใจในสิ่งนั้นๆ จะมีบทบาทสำคัญในการกำหนดการกระทำ และกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมตามความหมายและเห็นคุณค่าของการปฏิบัติ (Becker, 1974) จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลบุตรและการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (ทรงพล และประทีน, 2540; ปรีศณี, 2540; สมจิต, 2541) ดังนั้นในการให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ โดยการปรับเปลี่ยนการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะช่วยส่งเสริมให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคปอดบวมและสร้างความตระหนักให้แก่มารดา

ส่งผลให้มารดาเกิดพฤติกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวมที่ถูกต้องเหมาะสม

การให้ความรู้มีหลายรูปแบบ เช่น การให้ความรู้รายบุคคล การให้ความรู้รายกลุ่ม การให้ความรู้รายบุคคล เป็นการให้ความรู้ที่พิจารณาถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล โดยคำนึงถึงความรู้และการรับรู้เดิม เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแบบตัวต่อตัว สามารถให้ความรู้หรือทำความเข้าใจแก่บุคคลได้อย่างละเอียด เป็นการสื่อสารสองทาง และสามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เป็นวิธีการสอนที่ตอบสนองต่อความสนใจ ความสามารถและความต้องการของบุคคลแต่ละคน (ดวงใจ, 2545) จึงเป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ

จากการศึกษาของอรวรรณ (2531) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นการศึกษาในมารดาที่มีบุตรป่วยโรคปอดอักเสบครั้งแรก ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการให้คำแนะนำกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตามคำแนะนำสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของบุญบง (2533) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมมารดา เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กชุมชนบางเขน กรุงเทพมหานคร ซึ่งโปรแกรมสุขศึกษาใช้แนวทางของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเป็นการศึกษาการป้องกันโรคในชุมชนและกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่ไม่ได้มีบุตรป่วย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันและควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีผลงานวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาต่อการป้องกันโรคหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคในกลุ่มตัวอย่างมารดาที่ไม่ได้มีบุตรป่วย ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษามี ผลต่อการป้องกันโรคหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดารุณี, 2540; สุดาวดี, 2544) จะเห็นได้ว่าการให้ความรู้หรือสุขศึกษาโดยใช้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทาง ส่งผลให้บุคคลนำความรู้ที่ได้ไปวิเคราะห์ปรับความเชื่อใหม่ ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้

ดังนั้นการศึกษานี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ซึ่งโปรแกรมการให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการกำหนดเนื้อหา จัดทำแผนการสอนที่ได้บูรณาการเนื้อหาเกี่ยวกับโรคปอดบวมเข้าไปในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคล ประเมินความรู้และการรับรู้เดิมของมารดาก่อนให้ความรู้ โดยมีเป้าหมายนอกเหนือจากการมุ่งให้

มารดาที่มีความรู้เพิ่มมากขึ้นแล้ว ยังทำให้มารดาที่มีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ส่งผลให้มารดาเกิด ความตระหนัก มีการรับรู้ที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดบวม ส่งผลให้มารดาสามารถมี พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ที่ถูกต้อง อีกทั้งสามารถนำไปปรับใช้ในการดูแลบุตรเมื่อเกิด การเจ็บป่วย เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวมซึ่งจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เด็กโรคปอดบวมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็ก โรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคล และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล

คำถามการวิจัย

1. มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ รายบุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดา ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองหรือไม่
2. มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามปกติจาก โรงพยาบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดา ภายหลังการทดลองแตกต่างจากก่อนการทดลองหรือไม่
3. มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ รายบุคคลมีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตาม การรับรู้ของมารดา สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาลหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวม ของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดา ภายหลังการทดลองสูงกว่า ก่อนทดลอง

2. มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดา ภายหลังจากทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

3. มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดา สูงกว่ากลุ่มควบคุม

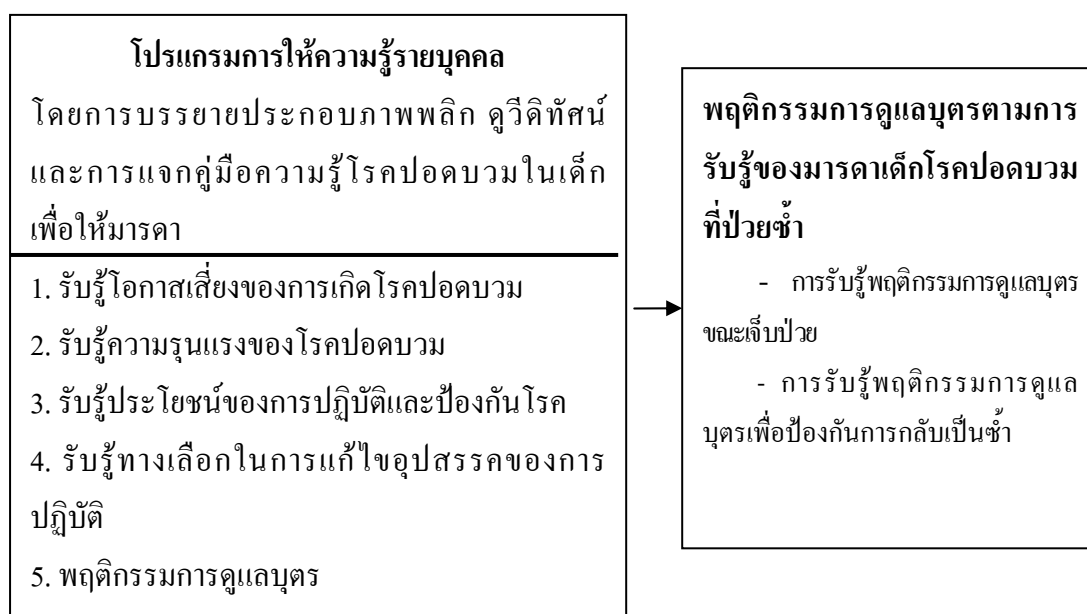
กรอบแนวคิดการวิจัย

การส่งเสริมให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพนั้น จำเป็นต้องมีปรับเปลี่ยนความเชื่อเดิมของบุคคล โดยแนวทางหนึ่งที่จะช่วยในการปรับเปลี่ยนความเชื่อของบุคคลได้ คือ การได้รับความรู้ (Wyer & Goldberg, 1970 อ้างตามจิระวัฒน์, 2538) ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความเชื่อที่ถูกต้อง (พันทิพย์, 2531) การให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ นอกเหนือจากการมุ่งให้มารดามีความรู้เพิ่มมากขึ้นแล้ว ยังทำให้มารดามีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพราะการให้ข้อมูลเพื่อมุ่งให้ความรู้เพียงอย่างเดียวจะไม่ทำให้เกิดผลได้เต็มที่ ถ้าไม่คำนึงถึงความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคล (King, 1984) ดังนั้นในการให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ โดยอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะเป็นกระบวนการหนึ่งที่ทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้ เกิดความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักให้แก่มารดาเด็ก ส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและพฤติกรรมการดูแลบุตรในด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวมที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ตามการรับรู้เป็นรายบุคคล

โปรแกรมการให้ความรู้ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ โดยมีแนวคิดว่าหากมารดาที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของบุตรต่อการเกิดโรคปอดบวมซ้ำ รับรู้ความรุนแรงของโรคปอดบวมที่เป็นซ้ำ และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งรับรู้การแก้ไขอุปสรรคของการดูแลบุตรโรคปอดบวมแล้ว จะทำให้มารดาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ถ้ามารดามีความพร้อมในการปฏิบัติสูงในขณะที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติน้อยจะส่งผลให้มารดาเกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงของบุตรที่จะเกิดโรคปอดบวมซ้ำและเป็นแล้วโรคจะมีความรุนแรงถึงชีวิตได้ ทำให้มารดามีพฤติกรรมดูแลบุตรที่ถูกต้อง โดยเนื้อหา การให้ความรู้แบบบูรณาการให้สอดคล้องกับแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคปอดบวม เนื้อหา

ประกอบด้วย ความหมาย อุบัติการณ์การเกิดโรค สาเหตุ การติดต่อ และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค
 2) ได้รับความรุนแรงของการเกิดโรคปอดบวม เนื้อหาประกอบด้วย อาการและอาการแสดง การประเมิน
 อาการ การรับรู้อาการและความรุนแรงของโรคปอดบวม 3) รับรู้ประโยชน์ของการดูแลบุตรในขณะ
 ป่วยและป้องกันโรคการกลับเป็นซ้ำของโรค และ 4) รับรู้ทางเลือกในการแก้ไขอุปสรรคของการ
 ดูแลบุตรเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรตามแผนการรักษาและ 5) พฤติกรรมการดูแลบุตรขณะป่วย
 และพฤติกรรมกรรมการดูแล เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

กลวิธีในการให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำในครั้งนี ผู้วิจัยใช้วิธี
 การให้ความรู้เป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นการให้ความรู้ที่คำนึงถึงความรู้และการรับรู้เดิมของแต่ละบุคคล
 เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับสุขภาพแบบตัวต่อตัว สามารถให้ความรู้หรือทำความเข้าใจแก่
 บุคคลได้อย่างละเอียด โดยมีการประเมินความรู้และการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรม
 การดูแลบุตรก่อนแล้วจึงค่อยให้ความรู้ตามแผนการสอนโดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับมารดาแต่ละ
 บุคคล ประกอบด้วย การบรรยายประกอบภาพพลิก โดยเน้นเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรง
 ของโรคปอดบวม เป็นการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักต่อการเกิดโรคปอดบวมซ้ำ การใช้วิดีโอทัศน์
 เพื่อให้มารดาสามารถให้การดูแลบุตรที่ถูกต้อง และแจกคู่มือความรู้โรคปอดบวมในเด็ก เพื่อให้
 มารดาสามารถนำกลับมาทบทวนภายหลังการให้ความรู้ นอกเหนือจากการมุ่งให้มารดามีความรู้
 เพิ่มมากขึ้นแล้ว ยังทำให้มารดามีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้มารดาเกิดความตระหนัก มี
 การรับรู้และความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับ โรคปอดบวม ส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรที่
 ถูกต้องด้วย *ดังภาพ 1*



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

นิยามศัพท์

โปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคล หมายถึง รูปแบบการให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ เป็นการให้ความรู้รายบุคคล คำนึงถึงความรู้และการรับรู้เดิมของแต่ละบุคคล โดยมีการประเมินความรู้และการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคปอดบวมก่อนแล้วจึงค่อยให้ความรู้ตามแผนการสอนโดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับมารดาแต่ละบุคคล ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวทางในการจัดทำแผนการสอนมีภาพพริก สื่อวีดิทัศน์และคู่มือความรู้โรคปอดบวมในเด็ก เพื่อให้มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดบวมเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องและสร้างความตระหนักให้แก่มารดาในการดูแลบุตร ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยความรู้โรคปอดบวม เกี่ยวกับ ความหมาย อุบัติการณ์การเกิดโรค สาเหตุ การติดต่อ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การประเมินอาการ การรับรู้อาการ ความรุนแรงของโรคปอดบวม การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุมโรค และการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม เพื่อให้มารดาได้รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ รวมทั้งทางเลือกในการแก้ไขอุปสรรคในการดูแลบุตรโรคปอดบวม

พฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ หมายถึง การรับรู้ การปฏิบัติของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ซึ่งประกอบด้วยการรับรู้พฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการรับรู้พฤติกรรมกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม

การรับรู้พฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยเป็นการรับรู้การปฏิบัติของมารดาในเรื่องการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ การดูแลเมื่อเด็กมีอาการคัดจมูกน้ำมูกไหล การดูแลเมื่อเด็กมีอาการไอ การดูแลเมื่อเด็กหายใจเสียงดัง หายใจลำบาก มีหน้าอกบวมหรือหอบและการดูแลเมื่อเด็กมีอาการเจ็บคอ คุณนม/คุณน้ำหรือรับประทานอาหารไม่ได้ โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวม

การรับรู้พฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม เป็นการรับรู้การปฏิบัติของมารดาในการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายของบุตรและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวม

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ เฉพาะที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง

ความสำคัญของการวิจัย

1. ได้รูปแบบในการให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวมเพื่อให้การดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
2. เป็นแนวทางสำหรับงานควบคุมโรคติดต่อในการวางแผนและดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคปอดบวมในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ในประเด็นอื่นๆ ต่อไป เช่น โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. โรคปอดบวม

1.1 ความหมาย

1.2 อุบัติการณ์การเกิดโรค

1.3 สาเหตุ

1.4 ปัจจัยเสี่ยง

1.5 อาการและอาการแสดง

1.6 การประเมินอาการ

1.7 การดูแลรักษา

1.8 การป้องกันและควบคุมโรค

2. ความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี

2.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

2.2 การรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวม

2.3 พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา

2.3.1 พฤติกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย

2.3.2 พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม

3. โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

3.1 การให้ความรู้ด้านสุขภาพ

3.2 ขั้นตอนในการให้ความรู้

3.3 รูปแบบในการให้ความรู้

3.4 สื่อในการให้ความรู้

4. โปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร โรคปอดบวม

โรคปอดบวม

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดบวม ผู้วิจัยได้สรุป ความหมายของโรคปอดบวม อุบัติการณ์ของการเกิดโรค สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง อาการและอาการแสดง การประเมินอาการ การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุมโรค ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ความหมาย

โรคปอดบวม (Pneumonia) เป็นโรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอด ซึ่งประกอบด้วยส่วนของหลอดลมฝอยส่วนปลายและอัลวีโอล (สุกรี, 2547) การอักเสบอาจเป็นชนิดกลีบปอด (lobar) กระจายอยู่ในหลอดลม (bronchogenic spread) หรือกระจายเป็นพิษไปทั่วอวัยวะ (septicemic spread) ทำให้เยื่อปอดบวม และมีสิ่งคัดหลั่ง (mucous secretion) มากไปอุดกั้นทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนและเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ (ประมวญ และลดาวัลย์, 2540)

2. อุบัติการณ์

จากรายงานผลการศึกษาพบว่าอัตราป่วยของโรคปอดบวมในเด็กจะสูงกว่าในผู้ใหญ่ โดยพบประมาณร้อยละ 10 ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ โรคนี้จัดว่ามีความสำคัญมากเนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุสูงสุดที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (สุกรี, 2547) ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของโรคปอดบวมได้ถึงร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ที่มาด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (Suwanjutha et al., 2002)

3. สาเหตุ

โรคปอดบวมจำแนกตามสาเหตุของการเกิดโรค ดังนี้

3.1 ไวรัส โรคปอดบวมในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส (ธีรัชย์, 2544; วนพร, 2550; สุดาษา, 2549) จากการศึกษาในประเทศไทย ในเด็กอายุ 1-5 ปี ที่ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบพบว่า ร้อยละ 40 ตรวจพบเชื้อไวรัส โดยเชื้อที่พบบ่อยที่สุด คือ เรสไพราโทรี ซินไซโทล ไวรัส (respiratory syncytial virus) (Siritantikorn et al., 2002) และจากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ในประเทศกำลังพัฒนา 10 ประเทศ พบว่าสาเหตุของโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นไวรัส ร้อยละ 41 และมีสาเหตุร่วมกับเชื้อแบคทีเรียเสมอ (ประมวญ และลดาวัลย์, 2540)

3.2 แบคทีเรีย จะพบเชื้อแตกต่างกันตามอายุของเด็ก เชื้อแบคทีเรียที่มักพบเป็นสาเหตุของโรคปอดบวมในเด็กแรกเกิดส่วนใหญ่เกิดจาก เชื้อสเตรปโตคอคคัส กลุ่มบี

(Streptococcus group B) เอนเทอริก แบซิลไล (enteric bacilli) ถ้าเด็กอายุ 3 เดือนขึ้นไป เชื้อที่พบบ่อย คือ ไวรัส รองลงมา ได้แก่ แบคทีเรีย เช่น เชื้อสเตรปโตคอคไค นิวโมเนีย และฮีโมฟิลุส อินฟลูเอนซา (วนพร, 2550)

3.3 ปอดบวมที่เกิดจากการสำลัก (aspirated pneumonia) เป็นการสำลักเอาสิ่งแปลกปลอมเข้าไปในปอด อาจทำให้เกิดโรคปอดบวมที่รุนแรง ที่เรียกว่า เมลเดลซัน ซินโดม (Mendelson's syndrome)

3.4. ปอดบวมจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ปอดบวมจากสารทางกายภาพ (physical agent) เช่น ปอดบวมจากรังสี (radiation pneumonia) พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยรังสีรักษา ปอดบวมจากสารเคมี (chemical pneumonia) เกิดจากสารเคมีและสารพิษ เช่น แอมโมเนีย, ไนโตรเจนไดออกไซด์

4. ปัจจัยเสี่ยง

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า นอกจากเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของโรคปอดบวมแล้ว ยังมีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดโรคหลายสาเหตุด้วยกัน ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวเด็กและปัจจัยภายนอกตัวเด็ก ได้แก่

4.1 ปัจจัยภายในตัวเด็ก

ปัจจัยภายในตัวเด็กที่สำคัญจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางชีววิทยาและสรีรวิทยา ได้แก่ อายุ น้าหนักแรกเกิด ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ภาวะโภชนาการ และความพิการแต่กำเนิด ที่พบว่าทำให้เด็กเกิดโรคและมีอาการรุนแรง ดังมีรายละเอียด คือ

อายุของเด็ก เนื่องจากเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีระบบโครงสร้างของร่างกาย รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกัน โรคในเด็กยังมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่เพียงพอ จึงทำให้กลไกในการทำงานของร่างกายและระบบภูมิคุ้มกันโรคไม่สมบูรณ์ (ธีรชัย, 2544) โดยเฉพาะกลไกในการจับมูกภายในเยื่อทางเดินหายใจเด็กที่อายุน้อยพบว่ายังไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันโรค เมื่อมีการติดเชื้อของระบบหายใจก็จะทำให้เกิดการกั่งค้างของเสมหะจนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการอักเสบ และอุดตันของระบบหายใจได้ง่าย (สุกรี, 2540) จากการศึกษาของอัจฉรา (2534) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตด้วยโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าเด็กที่มีอายุน้อย ยังมีโอกาสเสียชีวิต ได้ง่ายมากและรุนแรงสูงกว่าเด็กที่อายุมาก โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุน้อยกว่า 2 เดือน ที่พบว่าถ้ามีการติดเชื้อจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กแล้วจะมีอาการรุนแรงมากที่สุด และเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้ (กานดา และคณะ, 2536; WHO, 1994)

น้ำหนักแรกเกิด เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ถือเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ที่ทำให้เด็กเกิดการเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร โดยเฉพาะการเสียชีวิตจากโรคปอดบวม (ซีรซัย, 2544) รายงานขององค์การยูนิเซฟพบว่าในแต่ละปีจะมีเด็กแรกเกิดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่า 24 ล้านคน และร้อยละ 95 ของเด็กกลุ่มนี้จะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (UNICEF, 1998) และจากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2539 พบว่าอัตราการตายในเด็กน้ำหนักแรกเกิด น้อยกว่า 2,500 กรัม จะสูงกว่าในเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดปกติถึง 5 เท่า (WHO, 1998) เนื่องจากกลไกของระบบภูมิคุ้มกันทางโรคนั้นยังไม่สมบูรณ์ ทำให้เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยมีภูมิคุ้มกันต้านต่อโรคต่ำและเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง โดยเฉพาะการติดเชื้อของระบบหายใจซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสียชีวิตได้มากที่สุด จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยะลา พบว่าน้ำหนักแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดบวม โดยเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีโอกาสป่วยเป็นโรคปอดบวมเป็น 2.14 เท่า ของเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม (เขวาลักษณ์, 2543) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิกเตอร์, สมิท, เวอร์ฮาน, บาร์รอส และฟรุต (Victoria, Smith, Vaughan, Barros, & Fuchs, 1989) ซึ่งศึกษาพบว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อเป็น 2.3 เท่าของเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 2,500 กรัม และจากการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดบวมในเด็กบราซิลที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี พบว่าเด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดบวม (Victoria, Fuchs, Flores, Fonseca, & Kirkwood, 1994) เด็กที่มีน้ำหนักแรกเกิดน้อยส่วนใหญ่เป็นเด็กที่คลอดก่อนกำหนด ซึ่งอวัยวะต่างๆของร่างกายยังทำหน้าที่ไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะระบบภูมิคุ้มกันโรค ส่งผลให้เด็กเกิดการติดเชื้อได้ง่ายและเสี่ยงต่อการเกิดการป่วยซ้ำได้ง่าย

ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเด็ก การสร้างภูมิคุ้มกันในเด็กเล็กยังเป็นไปได้ไม่ดีเท่ากับในผู้ใหญ่ โดยในระยะแรกเกิดทารกจะได้รับภูมิคุ้มกันจากมารดา ภูมิคุ้มกันชนิดนี้เรียกว่า Immunoglobulin G (Ig G) ซึ่งสามารถป้องกันโรคได้ทั้งการติดเชื้อแบคทีเรียและไวรัส แต่สามารถป้องกันได้ในระยะสั้นๆและจะค่อยๆถูกทำลายลง โดยปริมาณของระดับภูมิคุ้มกันจะเริ่มลดลงเมื่อทารกอายุได้ 3 - 4 เดือนจึงทำให้ทารกมีโอกาสติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหารได้ง่ายและมีอาการรุนแรง (Hart, 1982) นอกจากนี้ร่างกายยังมีกลไกในการป้องกันโรคของผิวหนังและเยื่อเมือกของอวัยวะต่าง เช่น เยื่อเมือกของทางเดินหายใจ และเยื่อเมือกทางเดินอาหาร โดยจะมีปฏิกิริยาในการจับมูก หรือกลไกในการต่อต้านเชื้อโรคในรูปแบบต่างๆ ที่จะป้องกันไม่ให้สิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายเด็ก ซึ่งกลไกการทำงานต่างๆ เหล่านี้ในเด็กยังไม่สมบูรณ์ ส่งผลให้เด็กเกิดการติดเชื้อได้ง่าย

ภาวะโภชนาการ เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กโดยพบว่าเด็กที่มีปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ จะส่งผลกระทบต่อการศึกษาเติบโตและพัฒนาการของเด็กทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ โดยพบว่าภาวะทุพโภชนาการเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคปอดบวมและมีอาการรุนแรงในเด็กโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (นวลจันทร์ และจิตติธิดา, 2549; UNICEF, 1998) ซึ่งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา พบอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 55 หรือประมาณ 6 ล้านคน ที่มีสาเหตุการตายจากภาวะทุพโภชนาการ (WHO, 1995) ซึ่งจากการศึกษาของทูปาซีและคณะ (Tupasi et al., 1988) ซึ่งพบว่า เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 2 และระดับ 1 มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยและตายด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนล่างเป็น 11.3 และ 4.4 เท่าของเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ (2538) พบว่า เด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคปอดบวมรุนแรงเป็น 2.24 เท่าของเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ และ สอดคล้องกับการศึกษาของสมนึก, วัชร และสุนันทา (2546) ที่ศึกษาพบว่าภาวะทุพโภชนาการระดับ 1 และ 2 มีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคปอดบวมเป็น 4.11 เท่าของเด็กที่มีภาวะโภชนาการปกติ เนื่องจากการขาดสารอาหารทำให้การสร้างภูมิคุ้มกันและการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันลดลงทำให้ร่างกายของเด็กที่ขาดสารอาหารไม่สามารถที่จะต่อสู้กับเชื้อโรคที่เข้าไปในทางเดินหายใจได้หรือทำได้น้อย เชื้อโรคจึงสามารถเจริญแบ่งตัวและเกิดการติดเชื้อในทางเดินหายใจ การขาดสารอาหารส่งเสริมให้เด็กติดเชื้อได้ง่ายและติดเชื้อรุนแรง โดยเฉพาะการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

ความพิการแต่กำเนิด เป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กปัจจัยหนึ่ง (สุกรี, 2540) เนื่องจากมีความเกี่ยวเนื่องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเด็กที่มีความพิการแต่กำเนิด เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ระบบโครงสร้างของร่างกายเด็กที่มีความพิการหรือความผิดปกติ ทำให้ระบบความต้านทานโรคของเด็กไม่สมบูรณ์ และไม่สามารถต้านทานต่อการเกิดโรคได้ จึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เด็กเกิดโรคปอดบวมได้ ซึ่งจากการศึกษาของอัจฉรา (2534) เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากโรคปอดบวมพบว่า เด็กที่มีความผิดปกติของระบบหัวใจ หรือมีความพิการของหัวใจแต่กำเนิด มีอัตราเสี่ยงการเสียชีวิตจากโรคปอดบวมในเด็กเท่ากับ 6.2 เท่า ของเด็กปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวรรณ, สุกรี และธีรชัย (2536) พบว่าเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดมีอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิต 12 เท่าของเด็กปกติ

4.2 ปัจจัยภายนอกตัวเด็ก

ปัจจัยเสี่ยงภายนอกที่ส่งเสริมให้เด็กเกิดโรคปอดบวมได้ง่าย นอกจากตัวเชื้อโรคแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง การเลี้ยงดูขณะเด็กป่วย การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค การไม่ได้รับนมแม่ การให้เด็กสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบหายใจ ควันนูห์ ควันไฟ และอากาศหนาว คังรายละเอียดดังนี้

การเลี้ยงดูขณะเด็กป่วย การดูแลเด็กขณะป่วยมีความสำคัญต่อการเจ็บป่วย ถ้ามารดาปฏิบัติดูแลเด็กถูกต้อง ก็จะทำให้เด็กอาการทุเลาลงและหายเป็นปกติได้ แต่ถ้ามารดาปฏิบัติดูแลไม่ถูกต้องจะส่งผลต่อความรุนแรงของโรค ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำของโรคปอดบวมได้ จากการศึกษาของเขาวลักษณะ (2543) พบว่า การปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรขณะป่วย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดบวม โดยเด็กที่มีมารดาปฏิบัติดูแลขณะป่วยไม่ถูกต้อง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดบวมมากกว่าเด็กที่มีมารดาปฏิบัติดูแลขณะป่วยถูกต้อง เป็น 2.76 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมจิต (2535) ที่ศึกษาพบว่าบิดามารดามีการดูแลไม่เหมาะสม ด้านการรักษา มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อระบบหายใจในเด็ก ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษา ได้แก่ การศึกษา การรับรู้อาการของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (อารยา, 2536)

การไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรค การสร้างภูมิคุ้มกันโรคในเด็กมีความสำคัญอย่างยิ่งในเด็กโดยเฉพาะในช่วง 3-4 เดือนแรก ซึ่งพบว่าระบบภูมิคุ้มกันโรคในเด็กยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากในระยะแรกเกิดทารกจะมีภูมิคุ้มกันโรคโดยเฉพาะโรคระบบทางเดินอาหารและโรคระบบทางเดินหายใจที่ได้รับมาจากมารดา และเมื่อทารกอายุได้ประมาณ 3 - 4 เดือน ระดับภูมิคุ้มกันที่ได้รับมาจะเริ่มลดลง จึงทำให้เด็กทารกมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายและรุนแรง (สุจิตรา และ ประมวญ, 2540) การให้ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กจึงมีความสำคัญมากเพราะเป็นการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันชัดเจนเพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันโรคในเด็กมีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น (พรพิมล, 2550) จากการศึกษาของเซอควีโร, เมอทราก, ฮาแลก, อวีลา และไวเซนเบคเซอร์ (Cerqueiro, Murtagh, Halac, Avila, & Weissenbacher, 1990) ที่พบว่า เด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบมีอัตราเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเป็น 4.4 เท่าของเด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบ สอดคล้องกับการศึกษาของพิสวาส (2535) ที่พบว่า เด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคไม่ครบมีอัตราเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคปอดบวมเป็น 6.8 เท่าของเด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบ เช่นเดียวกับการศึกษาของฮุย (Hui, 2000) ที่พบว่า การได้รับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดโรคปอดบวม ถึง 11.29 เท่าของเด็กที่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ และสอดคล้องกับการศึกษาของเขาวลักษณะ (2543) ที่พบว่า การได้รับภูมิคุ้มกันไม่ครบตามเกณฑ์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดบวมมากที่สุด

ถึง 15.52 เท่า ของเด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันครบตามเกณฑ์ ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับการรับวัคซีนให้ครบตามเกณฑ์ โดยเฉพาะการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดที่จะช่วยป้องกันการเกิดโรคหัดโดยตรงและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหัดจากโรคปอดบวมได้ (สุดาชา, 2549) นอกจากนี้ในประเทศที่พัฒนาแล้วมีการใช้วัคซีนที่สามารถป้องกันโรคปอดบวม ได้แก่ วัคซีนป้องกันโรคปอดบวม (pneumococcal vaccine) วัคซีนป้องกันการติดเชื้อสเตรปโตค็อกคัส (Streptococcus) ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดโรคปอดบวม วัคซีนป้องกันโรคปอดบวมจากเชื้อไวรัสในเด็ก (Respiratory virus vaccine) ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายได้แก่ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (Influenza vaccine) ซึ่งในอนาคตประเทศไทยอาจจะบรรจุวัคซีนเหล่านี้ในโครงการวัคซีนป้องกันโรคต่อไป

การไม่ได้รับนมแม่ นมแม่จะมีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคสูง (ลัดดา และ มณีรัตน์, 2550) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเด็กที่มีระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะเด็กที่คลอดก่อนกำหนด (มานี, 2548) ตลอดจนการหลายรายงานการศึกษาในหลายประเทศ ที่พบว่าอัตราการเกิดโรคติดเชื้อของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ไม่ได้รับนมแม่ที่สูงกว่าในเด็กที่ได้รับนมแม่ (กานดา และคณะ, 2536) และจากรายงานขององค์การยูนิเซฟ พบว่าอัตราการตายจากโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ไม่ได้รับนมมารดาจะสูงกว่าอัตราการตายในเด็กที่ได้รับนมแม่ถึง 4 เท่า (UNICEF, 1998) จากการศึกษาของวิกเตอร์ และคณะ (Victora et al., 1989) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการให้นมทารกกับทารกที่มีสาเหตุการตายจากโรคติดเชื้อในชุมชนทางตอนใต้ของประเทศบราซิล ผลการศึกษาพบว่าเด็กที่เลี้ยงด้วยนมมารดาและนมผสมมีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ มากกว่าเด็กที่เลี้ยงด้วยนมมารดา 1.6 เท่า และเด็กที่เลี้ยงด้วยนมผสมหรือนมวัวเพียงอย่างเดียว มีโอกาสเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรกระบบทางเดินหายใจถึง 3.6 เท่า ของเด็กที่เลี้ยงด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว เช่นเดียวกับการศึกษาของคูชชิง และคณะ (Cushing et al., 1998) พบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างในเด็กทารก และการศึกษาของบรูร์ และคณะ (Broor et al., 2001) พบว่าเด็กที่ไม่ได้รับนมแม่จะมีโอกาสติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่รุนแรงกว่าเด็กที่ได้รับนมแม่ 1.64 เท่า

การให้เด็กสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรกระบบหายใจ การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรกระบบหายใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหัดและโรคปอดบวมจะทำให้เด็กมีโอกาสที่จะสูดหายใจเอาเชื้อโรคที่แพร่กระจายอยู่ในอากาศจากการไอ จาม และการสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลาย และเสมหะของผู้ป่วยได้ง่าย ทำให้เด็กเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มเติมได้ (นวลจันทร์ และจิตลัดดา, 2549; National Institute of Allergy and Infectious Disease [NIAID], 1999) จากการศึกษาของสมนึก, วัชร และ สุนันทา (2546) ที่ศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

อายุต่ำกว่า 5 ปี คือ การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบหายใจ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยของสมาชิกในบ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของบรูร์ และคณะ (Broor et al., 2001) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบหายใจพบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ คือ เด็กที่มีมารดาติดเชื้อระบบหายใจส่วนบนสามารถทำนายได้ถึง 6.53 เท่า

การสัมผัสควันบุหรี่ ควันไฟ การเกิดโรคปอดบวมมีสาเหตุหนึ่งพบว่าเกิดจากการใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ (KidsHealth.org, 2001) ควันบุหรี่ ควันไฟ จะทำให้เกิดการระคายเคืองและทำลายเยื่อทางเดินหายใจเด็ก และจะกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาของร่างกายโดยทำให้ทางเดินหายใจเด็กหดเกร็ง และเพิ่มการขับมูกในทางเดินหายใจ ทำให้กลไกในการต้านทานการเกิดโรคระบบหายใจในเด็กมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบหายใจได้ง่าย (Betha, 1998) จากการศึกษาของโคช และคณะ (Koch et al., 2003) พบว่าการสัมผัสควันบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กเกิดโรคติดเชื้อระบบหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน 2.1 เท่าของเด็กที่ไม่สัมผัสควันบุหรี่ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ฮุย (Hui, 2000) ที่พบว่าเด็กที่มีพ่อแม่สูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดบวม 4.29 เท่าของเด็กที่พ่อแม่ไม่ได้สูบบุหรี่ และจากผลการประเมินผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการรักษาเด็กที่มีสาเหตุการป่วยจากครอบครัวที่สูบบุหรี่ในประเทศอเมริกา โดยทำการศึกษาในเด็กแรกเกิด ถึง 18 ปี ซึ่งเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังตั้งแต่ ค.ศ. 1980-1966 ที่พบว่า การสูบบุหรี่ของบิดามารดาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กอเมริกาเกิดการติดเชื้อของระบบหายใจสูง โดยเฉพาะโรคหัดและโรคปอดบวม (Aligne & Stoddard, 1997)

การสัมผัสอากาศหนาว การเปลี่ยนแปลงของอากาศอย่างรวดเร็วก็จะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อของระบบหายใจในเด็กได้ เนื่องจากอุณหภูมิพอเหมาะต่อการเจริญเติบโตของไวรัสและเชื้อแบคทีเรียที่แห้งจะมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ง่าย (นวลจันทร์ และจิตลัดดา, 2549) และพบว่าอุณหภูมิของร่างกายเด็กที่สูงขึ้นหรือต่ำลงกว่าปกติมากจะทำให้โปรตีนในร่างกายบางส่วนถูกทำลายลง ซึ่งส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายทำให้กลไกในการต้านทานโรคไม่สมบูรณ์ และทำให้เด็กมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค (สุทธิพันธ์, 2537)

5. อาการและอาการแสดง

อาการและอาการแสดงของเด็กโรคปอดบวมแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสาเหตุของการเกิดโรค อายุของผู้ป่วย และความรุนแรงของโรค (severity of the diseases) โดยทั่วไปผู้ป่วยเริ่มมีอาการของโรคหัดก่อนประมาณ 2 - 3 วัน ต่อมาจะมีไข้สูง ไอมาก หายใจเร็ว หายใจหอบ หรือหายใจลำบาก ในผู้ป่วยที่มีปอดบวมจากเชื้อแบคทีเรียมักจะมีอาการที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน คุป่วยหนัก ไอมากและอาจมีเจ็บหน้าอกร่วมด้วย (สมรัก, 2543)

อาการและอาการแสดงของภาวะปอดบวมในเด็กสามารถแบ่งออกเป็น

1. ลักษณะทางคลินิกที่ไม่จำเพาะ (non specific manifestation) เป็นอาการและอาการแสดงที่เกิดจากการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อเป็นลักษณะทางคลินิกที่ไม่จำเพาะเจาะจง โดยผู้ป่วยจะมีไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ กระสับกระส่าย ร้องกวนและงอแง บางรายจะมีหนาวสั่นได้ ในเด็กทารกอาการและอาการแสดงของโรคปอดบวมส่วนใหญ่จะไม่มีลักษณะเฉพาะ ผู้ป่วยบางรายอาจมีหรือไม่มีไข้ก็ได้ อาจมีอาการซึม อาเจียน และไม่ยอมดื่มนมหรือน้ำ ซึ่งถ้าพบเด็กมีอาการดังกล่าว ต้องนำเด็กไปพบแพทย์ทันที (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540)

2. อาการทั่วไปของการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง (general signs of lower respiratory tract disease) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการไอ หายใจเร็ว บางรายอาจมีหายใจลำบาก หายใจตื้นและเร็วหรือมีหายใจร้องคราง (grunting respiratory) ปีกจมูกบาน (nasal flaring) ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 เดือนแพทย์จะไม่พบอาการไอเป็นอาการนำที่สำคัญ (สมรภัค, 2543) ซึ่งบางครั้ง การวินิจฉัยโรคก็ทำได้ยาก มีผู้ศึกษาพบว่าถ้าใช้เสียง rales ช่วยวินิจฉัยโรคปอดบวมจะถูกเพียง 50% ของการใช้ถ่ายภาพรังสี แต่ถ้านับอัตราการหายใจในผู้ป่วย อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ สามารถช่วยวินิจฉัยโรคปอดบวมได้ถึง 75% (ประมวล, 2540) ซึ่งอัตราการหายใจที่ผิดปกติเป็นตัวบ่งชี้ที่มีความไว และมีความจำเพาะที่ดีที่สุดในการให้การวินิจฉัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (วนพร, 2550; Margolis & Gadomski, 1998; Palafox, Guiscafie, Reyes, Munoz, & Martinez, 2000) เมื่อเทียบกับอาการแสดงอื่นๆ องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้อัตราการหายใจในการประเมินผู้ป่วยที่มีประวัติไข้และไอเป็นอาการนำโดยอัตราการหายใจที่เร็วผิดปกติจะบ่งชี้ถึงภาวะปอดบวม อัตราการหายใจที่ผิดปกติในกลุ่มอายุต่างๆ ในเด็กมีดังนี้ (Sandora & Harper, 2005)

อายุแรกเกิดถึง 2 เดือน	อัตราการหายใจมากกว่า	60 ครั้ง/นาที
อายุ 2 เดือน – 12 เดือน	อัตราการหายใจมากกว่า	50 ครั้ง/นาที
อายุ 12 เดือน- 5 ปี	อัตราการหายใจมากกว่า	40 ครั้ง/นาที

การนับอัตราการหายใจนั้นต้องนับเต็มหนึ่งนาที และควรนับอัตราการหายใจในขณะที่ผู้ป่วยสงบและไม่ร้องไห้

3. การเคาะปอดได้เสียงทึบ (dullness percussion) จะพบในบริเวณที่มีการแข็งตัวของเนื้อปอดขนาดใหญ่ (large consolidation) หรือมีน้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด (pleural fluid accumulation) ฟังเสียงปอดจะพบ crackles เสียงหายใจเบาลง (decreased breath sound) ผู้ป่วยที่มีปอดบวมและมีลูกกลมไปจนถึงเยื่อหุ้มปอด จะตรวจพบเสียง pleural friction rub ซึ่งมักจะพบร่วมกับอาการเจ็บหน้าอกเหนือปอดส่วนที่มีการอักเสบ (pleuritic chest pain) (วนพร, 2550; Czervinske & Barnhart, 2003) ถ้ามีพยาธิสภาพของเยื่อหุ้มปอด ที่อยู่เหนือต่อจากกล้ามเนื้อกระบังลม ผู้ป่วยอาจมีอาการเจ็บบริเวณหน้าท้อง ซึ่งจะคล้ายกับการปวดที่พบในผู้ป่วยไส้ติ่งอักเสบ

6. การประเมินอาการ

การประเมินอาการตามบทเรียนการบริหารผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (กลุ่มอาการไข้หวัดและปอดบวม) ปี พ.ศ. 2546 (กลุ่มงานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ, 2546) ดังนี้

การประเมินอาการ ใช้วิธีตามประวัติความเจ็บป่วยของเด็กจากมารดา ในเรื่องเกี่ยวกับอายุเด็ก ระยะเวลาการไอ ไม่คื่นนมหรือน้ำ คუნนมน้อยลงมาก ระยะเวลาของอาการตัวร้อน ประวัติอาการชัก ผู้ตรวจใช้วิธีดูและฟัง นับอัตราการหายใจใน 1 นาที สังเกตการหายใจเข้ามีชายโครงบวม มีเสียงดังฮืด หายใจออกมีเสียงดังหวีด เด็กซีดมาก ปลูกต้นยาง ประเมินภาวะทูปโภชนาการ หากพบว่าเด็กที่มีอาการไอหรือหายใจลำบากอาจเป็นโรคปอดบวม ซึ่งมีอาการรุนแรงถึงตายได้ หรืออาการเหล่านี้อาจเป็นโรคหวัด คัดจมูกหรือแพ้ฝุ่นละออง ไอกรน วัณโรค หัด กัดงเสียง อักเสบ ก็ได้ การประเมินอาการของเด็กโดยละเอียดจะเป็นขั้นตอนแรก ซึ่งจะใช้ เป็นแนวทาง เพื่อให้การรักษาพยาบาลต่อไป

การตรวจร่างกายใช้หลักการดูและการฟัง

นับการหายใจใน 1 นาที โดยการนับเต็ม 1 นาที ควรนับการหายใจ จากการเคลื่อนไหวของหน้าอกหรือท้อง โดยไม่ต้องถอดเสื้อก็ได้ ถ้าเห็นไม่ชัดเจนให้แม่ช่วยยกชายเสื้อเด็ก ขึ้นเบาๆ โดยอย่าให้เด็กร้อง หากนับแล้วยังไม่แน่ใจให้นับซ้ำอีกครั้ง ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ กำหนดอัตราการหายใจดังนี้ อายุแรกเกิดถึง 2 เดือน อัตราการหายใจไม่ควรเกิน 60 ครั้ง/นาที อายุ 2 เดือน – 12 เดือน อัตราการหายใจไม่ควรเกิน 50 ครั้ง/นาทีและอายุ 12 เดือน - 5 ปี อัตราการหายใจไม่ควรเกิน 40 ครั้ง/นาที

คุณลักษณะชายโครงบวม อาการชายโครงบวม หมายถึงเด็กต้องใช้กำลังในการหายใจ เข้าอย่างแรงจนบริเวณทรวงอกส่วนล่างตั้งแต่ลิ้นปี่ถึงชายโครง ถูกดึงเข้าข้างใน ถ้าเพียงแต่ ผนังหน้าอกระหว่างซี่โครงหรือเหนือไหปลาร้าหุบเข้าไป ไม่ถือว่าเป็นชายโครงบวม ในรายที่ไม่สามารถบอก ได้ชัดเจนว่าชายโครงบวมหรือไม่ ให้ถือว่าไม่

ดูการหายใจและฟังเสียงฮืดหายใจเวลาหายใจเข้า โดยการใช้นูใกล้ปากของเด็ก เมื่อฟังเสียงหายใจเข้า เสียงฮืดที่ได้ยินเวลาหายใจเข้าเกิดจากเด็กหายใจเข้าผ่านช่องทางที่แคบ คือ บริเวณกล่องเสียงและหลอดลมใหญ่ที่กำลังอักเสบ ในเด็กที่มีอาการคัดจมูกจะได้ยินเสียงครืดคราด ได้ ต้องเขี่ยนิ้วมุกออกเสียก่อนแล้วฟังดูใหม่ หรือในเด็กที่ร้องไห้ อาจจะมีเสียงฮืดได้ จึงจำเป็นต้องตรวจเวลาเด็กไม่ร้อง

ดูการหายใจและฟังเสียงหวีดเวลาหายใจออก ฟังเสียงหายใจโดยแนบหูใกล้ปาก เด็ก ถ้ามีเสียงหวีดเวลาหายใจออกแสดงว่าเด็กหายใจลำบาก เด็กจะหายใจออกยาวกว่าหายใจเข้า

เกิดจากต้องออกกำลังให้ลมผ่านหลอดลมฝอยที่แคบเล็กซึ่งเกิดจากการอักเสบ ถ้าได้ยินเสียงหวีด ให้ถามแม่ว่าเด็กเคยเป็นเช่นนี้มาก่อนหรือไม่ในระหว่าง 1 ปีนี้ เด็กที่เป็นหืดและหอบบ่อยๆ จะได้ยินเสียงหวีดเวลาหอบ

คว่ำเด็กซึ่ม ปลุกไม่ค่อยตื่น เด็กที่ซึ่มมาก จะปลุกไม่ค่อยตื่น ไม่มองหน้าแม่ หรือไม่ตอบสนองเมื่อพูดด้วย เด็กอาจเหม่อลอย อาจจะคมมือเพื่อปลุกเด็ก ถ้าซึ่มมาก เด็กจะไม่ตื่น ในขณะที่แม่ถอดเสื้อให้ เด็กปกติมักจะตื่น ถ้าไม่ตื่นแสดงว่าซึ่ม

วัดไข้โดยใช้ปรอท หรือคลำตัวเด็ก ถ้าวัดปรอททางรักแร้ได้เกิน 38 องศาเซลเซียส แสดงว่ามีไข้ชัดเจน ถ้าวัดปรอททางรักแร้น้อยกว่า 35.5 องศาเซลเซียส แสดงว่าตัวเย็นผิดปกติ ถ้าไม่มีปรอทวัดไข้ ใช้มือคลำตัวเด็ก

ประเมินภาวะทวพโภชนาการ ภาวะทวพโภชนาการในเด็ก ประเมินได้จากน้ำหนักตามวัย หรือดูลักษณะทั่วไป 2 ชนิด คือ ผอมแห้ง เหมือนหนังหุ้มกระดูก และบวมตามตัว ผมน้อย

7. การดูแลรักษา

การดูแลรักษาเด็กโรคปอดบวมจำแนกออกได้ดังนี้

การดูแลทั่วไป ในเด็กถือว่ามีความสำคัญมากกว่าการให้ยา เนื่องจากปอดบวมในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส การดูแลให้เด็กได้รับสารน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ โดยการแนะนำให้เด็กดื่มน้ำมากหรือดื่มนมบ่อยๆ โดยควรให้ครั้งละน้อยๆแต่บ่อยครั้ง ในเด็กที่มีอาการหายใจเร็ว หอบ หรือมีไข้สูง ควรให้สารน้ำทดแทนโดยการให้กินหรือให้ทางหลอดเลือดดำ และไม่ให้มีการคั่งค้างของเสมหะหรือน้ำมูกเพื่อป้องกันการอุดกั้นทางเดินหายใจและเกิดการติดเชื้อขึ้นได้ พยายามหลีกเลี่ยงควันบุหรี่หรือควันไฟ เพราะจะเกิดการระคายเคืองของทางเดินหายใจ ดูแลส่งเสริมการไอให้มีประสิทธิภาพรวมทั้งการทำกายภาพทรวงอก ได้แก่ การเคาะปอด การจัดท่านอนเพื่อช่วยระบายเสมหะ (สุกรี, 2540)

การรักษาตามอาการ เมื่อมีไข้ดูแลให้ยาลดไข้ มีอาการไอก็ให้ยาแก้ไอและกระตุ้นให้ดื่มน้ำบ่อยๆ เด็กที่เป็นโรคปอดบวมไม่รุนแรง องค์การอนามัยโลกแนะนำให้กินยาปฏิชีวนะ 5 - 7 วัน (นวลจันทร์ และจิตต์ดดา, 2549) และมีการประเมินผลการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น แต่ถ้าพบเด็กที่มีอาการรุนแรงและหนักขึ้นให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาล ส่วนในรายที่เป็นโรคปอดบวมรุนแรง ปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ภาวะป่วยหนัก จะต้องนำไปรักษาตัวยังโรงพยาบาลเพราะต้องใช้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด หรืออาจต้องใช้ออกซิเจนช่วยในการหายใจหรือ ใช้เครื่องช่วยหายใจ (กลุ่มโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก, 2549)

8. การป้องกันและควบคุมโรค

โรคปอดบวมเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ ขึ้นอยู่กับการเลี้ยงดู หรือการปฏิบัติของมารดา ในการดูแลสุขภาพของบุตร ในการส่งเสริมสุขภาพของเด็ก และป้องกันการเกิดโรคปอดบวมในเด็ก มารดาควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกันที่ถูกต้อง ซึ่งการให้ความรู้โดยอาศัยความเชื่อด้านสุขภาพเป็นกรอบแนวคิดในการวางแผนเนื้อหาการสอนเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะทำให้มารดามีความรู้ ความตระหนักและเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้น โดยมีการปฏิบัติดังต่อไปนี้ (สมชาย และกาญจนา, 2527; สุกรี, 2540)

8.1 การป้องกันล่วงหน้า เป็นการให้ความรู้แก่บิดา มารดา ผู้ปกครอง บุคคลในครอบครัวให้เข้าใจถึงวิธีการป้องกัน ดังนี้

8.1.1 หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด

8.1.2 ดูแลให้กินอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ และได้รับในปริมาณที่เพียงพอ

8.1.3 หลีกเลี่ยงควันไฟหรือควันบุหรี่

8.1.4 ดูแลให้ความอบอุ่นแก่เด็กอยู่เสมอ โดยใส่เสื้อผ้าหนาๆ เวลาที่อากาศเย็น

8.2 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่ป้องกันได้ ได้แก่ การให้วัคซีนป้องกันคอตีบ ไอกรน และหัด เป็นต้น

8.3 การควบคุมผู้ป่วยที่อยู่ในอาการระดับรุนแรงน้อย ไม่ให้ป่วยในระดับรุนแรงมาก โดยปฏิบัติดังนี้

8.3.1 ดูแลรักษาตามอาการอย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น ถ้ามีไข้สูงก็ให้เช็ดตัวลดไข้ กินยาลดไข้ และดื่มน้ำมากๆ

8.3.2 หลีกเลี่ยงการไปในชุมชนที่มีคนแออัดเพราะจะทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้

8.3.3 นอนในที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก แสงแดดส่องได้

8.3.4 เมื่อมีอาการป่วยเพิ่มมากขึ้น เช่น ไข้สูง หอบจนชายโครงนูน ชัก ควรรีบพาไปพบแพทย์

8.4 การให้วัคซีนป้องกันนอกเหนือจากที่ได้รับอยู่ปกติ เช่น วัคซีนป้องกันโรคปอดบวม (Pneumococcal vaccine) วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (Influenza vaccine) และวัคซีนป้องกันโรคปอดบวมที่เกิดจากเชื้อไวรัส (RSV vaccine) เป็นต้น

ความเชื่อด้านสุขภาพในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี

1. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) เป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้มีการพัฒนามาใช้อธิบายปัญหาทางโครงการสาธารณสุขในระหว่าง ค.ศ. 1950 และ 1960 ซึ่งโรเซนสต็อก, ฮอคบอมม, คีเกลล์ และลิเวนทอล (Resenstock, Hochbaum, Hegeles, & Laventha, 1950 as cited in Janz & Becker, 1984) เป็นกลุ่มแรกที่น่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข ในระยะเริ่มแรกโรเซนสต็อก (Resenstock, 1974) ได้สรุปองค์ประกอบสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรค บุคคลนั้นจะต้องมีความเชื่อหรือมีการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคซึ่งโรคนั้นมีความรุนแรงทำให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตของเขา และการปฏิบัติในการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้นจะให้ผลดีแก่เขาในการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หรือลดความรุนแรงของโรครวมทั้งไม่มีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยา ที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของเขาเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก ความเจ็บปวด ความอาย เป็นต้น (Becker, 1974)

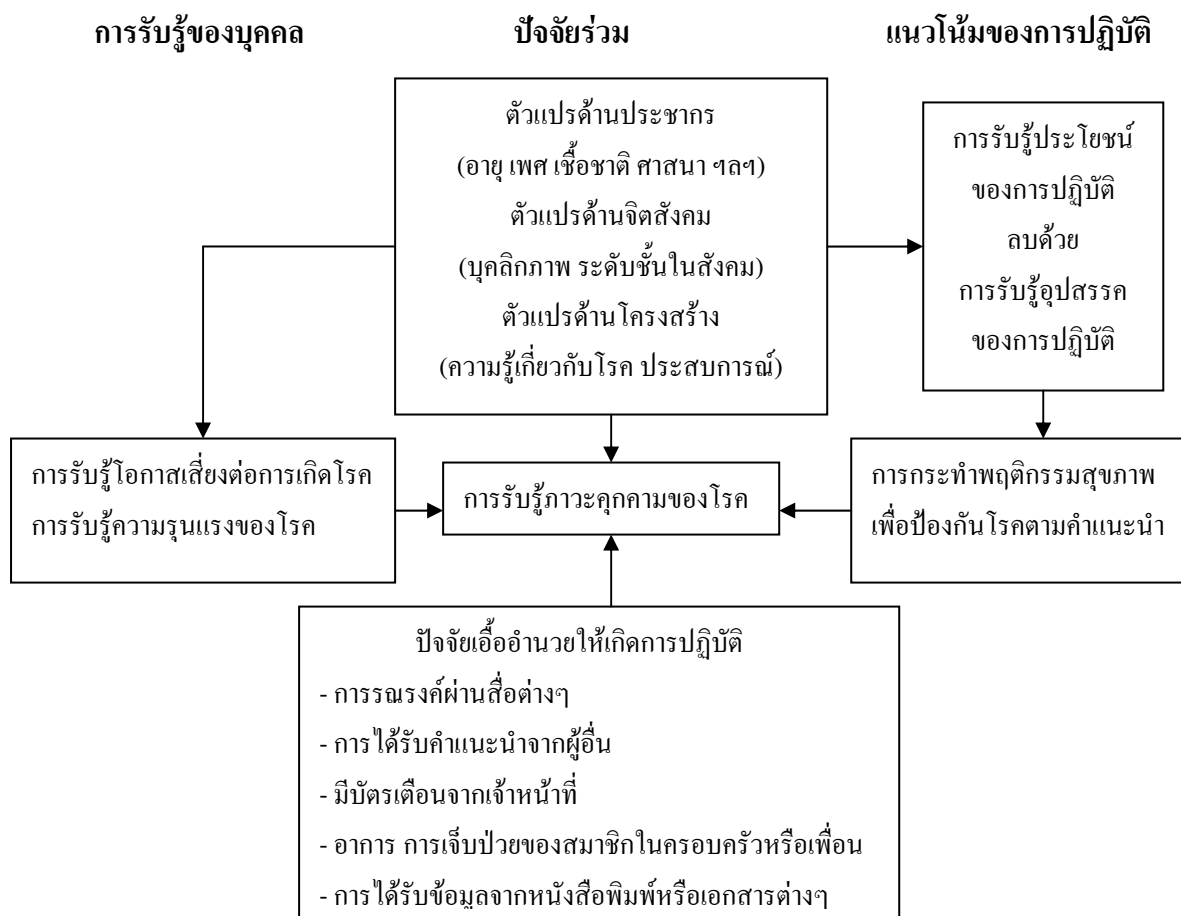
ต่อมาคาลล์ และคอบบ์ (Kals & Cobb, 1966 as cited in Kirscht, 1974) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (Illness Behavior) และได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญกับการตัดสินใจในการปฏิบัติของบุคคลไว้ดังนี้ คือ 1) แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ ที่เกิดจากการเจ็บป่วยที่ผ่านมา และระดับความสนใจต่อสุขภาพของตน 2) ภาวะคุกคามของโรคที่มีผลต่ออาการ ความเจ็บป่วย และมีผลต่อการทำงานของร่างกาย 3) ประโยชน์ผลดีหรือคุณค่าของการปฏิบัติต่อการดูแลของโรค และ 4) อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติซึ่งในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลที่กำลังป่วยนั้นได้อธิบายโดยอาศัยปัจจัยประชากรและสังคม ลักษณะชนิดความยุ่งยาก ระยะเวลาของการรักษา ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย และความรุนแรงของโรคตามวิชาการทางการแพทย์ ซึ่งแบบแผนนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากพบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมกับปัจจัยบางประการเท่านั้น และไม่ได้มีการพัฒนาให้เป็นกรอบแนวคิด ที่จะสามารถไปใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ในเรื่องต่างๆ ได้

เบคเกอร์จึงได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของโรเซนสต็อก มาใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ในแบบแผนของการรับรู้และความเชื่อ โดยเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมต่างๆ เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษา การกระตุ้นให้ปฏิบัติโดยเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยทาง

สังคมและปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น (Becker, 1974)

องค์ประกอบที่สำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยซึ่งได้รับการยืนยันจากผลการวิจัยว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ มีด้วยกัน 6 องค์ประกอบ คือ (Becker, 1974) 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค 2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 5) แรงจูงใจด้านสุขภาพ 6) ปัจจัยร่วม ดังภาพ 2

สำหรับการศึกษานี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการรับรู้ของมารดาตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (1974) ใน 4 ด้าน คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นการรับรู้ที่มีความสำคัญต่อการกระทำพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค



ภาพ 2 รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

Note. From "The Health Belief Model," by Salazar, M. K., 1991, *American Association Occupational Health Nurse Journal*, 39, p. 129. Copyright 1991 by Charles B. Slack. Adapted with permission of the author.

1.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (perceived susceptibility)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค เป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล บางคนรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค แต่บางคนรู้ว่าตนไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งจะทำให้พฤติกรรมป้องกันการโรคแตกต่างกัน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยของบุคคลแต่ละบุคคลมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยต่อไปนี้ (Becker, 1974)

1.1.1 ความเชื่อเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคของแพทย์ โดยเฉพาะโรคที่รุนแรง และคุกคามต่อชีวิต ถ้าไม่ไว้วางใจกับการวินิจฉัยของแพทย์ หรือมีความเชื่อที่ผิดๆ ก็จะทำให้การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ตรงตามความเป็นจริง

1.1.2 การคาดคะเนของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยง หรือการกลับเป็นซ้ำจากการที่เคยเจ็บป่วยมาก่อน จะมีการคาดคะเนว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้

1.1.3 ถ้าบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย จะมีระดับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคสูงขึ้น และทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น

จากการศึกษาของเบคเกอร์, ดรachsแมน และเคริส (Becker, Drachman, & Kirscht, 1974) พบว่ามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหุ้ชั้นกลางอักเสบและรู้ว่าบุตรมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำได้บ่อยๆ คิดว่าความเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งที่คุกคามต่อชีวิตของบุตร จะดูแลบุตรในการรับประทานยาอย่างถูกต้องและพาบุตรไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของอิลลิง (Elling, 1960 as cited in Becker & Maiman, 1975) ที่พบว่าความเชื่อด้านสุขภาพของมารดาเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสกลับเป็นซ้ำโรคไข้รู่ห์มาติคของบุตร มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับยาเพนนิซิลินเพื่อป้องกันและการพาบุตรไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การศึกษาของปรี่ศนี (2540) เรื่อง ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลบุตร อายุ 0 - 5 ปี เมื่อติดเชื่อเฉียบพลันระบบหายใจของมารดา ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรเมื่อติดเชื่อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของทรงพล และประทีน (2540) เรื่อง ความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื่อเฉียบพลันระบบ ชัดแย้งกับการศึกษาของ ศิริยุพา (2536) เรื่องอิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื่อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ พบว่าการรับรู้ของมารดาในเรื่องโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื่อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ

2.2 การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค (*Perceived Benefits*)

การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรค หมายถึง การที่บุคคลแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค หรือป้องกันไม่ให้เกิดโรค โดยการปฏิบัตินั้นต้องมีความเชื่อว่าเป็นการกระทำที่ดีมีประโยชน์และเหมาะสมที่จะทำให้หายหรือไม่เป็นโรคนั้น ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำก็จะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบถึงข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยเลือกปฏิบัติในสิ่งทำให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย นอกจากนั้นความเข้าใจใน

คำแนะนำรวมถึงความไว้วางใจในการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำ นอกจากนี้เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) ได้สรุป การศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่าการรับรู้ประโยชน์ของการศึกษาที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความเชื่อในการรักษาโรคของผู้ป่วยมากกว่าพฤติกรรมการป้องกันโรค เช่นเดียวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค

จากการศึกษาของเบคเกอร์ (Becker, 1978) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของแผนการรักษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด และรับรู้ว่าการบุตรของตนไม่สามารถหายได้เองถ้าไม่ได้รับการรักษา แต่จะหายเมื่อได้รับประทานยาและไปตรวจตามแพทย์นัด สอดคล้องกับการศึกษาของนิลบล (2543) เรื่อง พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 พบว่ามารดาที่รับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคปอดบวมมีผลให้พฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรค การศึกษาของประกริต (2536) เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ พบว่า ความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรเมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของยมศิริ (2535) เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดา เกี่ยวกับการป้องกันกลับซ้ำของโรคคอตีบและทอนซิลเฉียบพลันในเด็กที่มารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร พบว่าภายหลังการทดลองการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำและการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็กของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญ แตกต่างกับการศึกษาของบุษบง (2533) เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก ชุมชนเขตบางเตย พบว่า การรับรู้ผลดีในการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรค

2.3 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค (Perceived Seriousness or Severity)

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคเป็น ความรู้สึกนึกคิดของบุคคลต่อความรุนแรงของโรคที่มีผลต่อร่างกายก่อให้เกิดความพิการ เสียชีวิต ความลำบาก และการใช้เวลาในการรักษาเกิดโรคแทรกซ้อน หรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคม การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่จะไม่เกิดขึ้นได้ แม้ว่าบุคคลจะรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของโรค แต่ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรค แต่ถ้ามีความเชื่อและความวิตกกังวลต่อความรุนแรงของโรคสูงเกินไป ก็อาจทำให้จำข้อแนะนำได้น้อย และปฏิบัติไม่ถูกต้องตามข้อแนะนำก็ได้ เจนซ์ และเบคเกอร์ (Janz & Becker, 1984) สรุปผลการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ระหว่าง ปี ค.ศ 1974 ถึง 1984 พบว่าการรับรู้ต่อ

ความรุนแรงของโรคสามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยได้ถึงร้อยละ 85 และทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคได้เพียงร้อยละ 36

จากการศึกษาของเฮลเซลแมน (Heinzelman, 1962 as cited in Becker & Maiman, 1975) พบว่าการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคไข้วรู่ห์มาติกมีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพนนิซิลลินเพื่อป้องกันโรคไข้วรู่ห์มาติก สอดคล้องกับการศึกษาของศิริยุพา (2536) เรื่อง อิทธิพล การรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของปรีชนี (2540) เรื่องความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลบุตร อายุ 0 - 5 ปี เมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของมารดา พบว่าความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรเมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เช่นเดียวกับการศึกษาของสมจิต (2541) เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร ซึ่งต่างจากการศึกษาของสุดาวดี (2544) เรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวม เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดบวมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวม

2.4 การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers)

การรับรู้อุปสรรค หมายถึง การคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในทางลบ ซึ่งได้แก่ค่าใช้จ่ายหรือผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่าง เช่น การตรวจเลือด การตรวจพิเศษ ในเรื่องต่างๆ ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือไม่ สุขสบาย หรือการรับบริการหรือการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพนั้น มีผลกระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือการประกอบอาชีพ ซึ่งอาจจะทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ฉะนั้นพบว่าบุคคลจึงต้องมีการประเมินระหว่างประโยชน์ที่จะได้รับ และอุปสรรคที่จะเกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจปฏิบัติ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วย จึงสามารถทำนายพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการรักษาได้

จากการศึกษาของ ทรงพล และประทีน (2540) เรื่อง ความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และ ประกริต (2536) เรื่อง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มี

บุตรป่วยและไม่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยมารดาที่รับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติในระดับต่ำ จะมีการปฏิบัติตนในการดูแลบุตรดีกว่ามารดาที่มีการรับรู้ถึงอุปสรรคในการปฏิบัติในระดับที่สูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต (2541) เรื่อง ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและการดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดา จัดแข่งกับการศึกษาของศิริยุพา (2536) เรื่อง อิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลบุตร อายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ พบว่าการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับอุปสรรคในการปฏิบัติไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ สอดคล้องกับการศึกษาของสุดาวดี (2544) ศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวม เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดบวม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้บุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เป็นกลวิธีที่ช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ โดยเป็นการส่งเสริมให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเนื่องจากการมีความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ทราบว่าควรปฏิบัติอย่างไร เมื่อบุคคลได้รับความรู้ใหม่เข้ามาและนำมารวมกับความรู้เก่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจ และมีการเปลี่ยนทัศนคติและความเชื่อ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จากการศึกษาของยมศิริ (2535) เรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดา เกี่ยวกับการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบในเด็กที่มาตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา (2538) เรื่อง ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของธีรนันท์ (2542) ศึกษาผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพหลังการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทาง

ในการให้ความรู้หรือข้อมูลด้านสุขภาพมีผลทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือการปฏิบัติไปในแนวทางที่เหมาะสม

นอกเหนือจากนี้การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพหรือการปฏิบัติที่ถูกต้องนั้น บุคคลจะต้องรับรู้อาการที่ถูกต้อง ซึ่งการรับรู้อาการก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เกิดการดูแลที่เหมาะสม ดังนั้นการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาเป็นแนวทางในการให้ความรู้เพื่อให้มารดาเกิดการรับรู้และสามารถรับรู้อาการได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.2 การรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวม

การรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวมเป็นความเข้าใจและแปลความหมายจากประสบการณ์และความรู้เดิมในอาการของเด็กที่เริ่มแสดง และเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง (ศิริภาณี, 2548) ซึ่งมารดาจะต้องรับรู้เกี่ยวกับอาการนำของโรคปอดบวม อาการเปลี่ยนแปลงจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะโรคหัดเป็นโรคปอดบวม อาการและอาการแสดงของโรคปอดบวม อาการที่แสดงถึงความรุนแรงและอาการแสดงที่ต้องพาไปพบแพทย์

อาการแสดงของเด็กจะแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับช่วงอายุของเด็ก โดยทั่วไปเด็กจะเริ่มมีอาการของโรคหัดนำมาก่อน ประมาณ 2-3 วัน จากการอักเสบในช่องจมูกและคอ ร่วมกับมีอาการคัดจมูกและเจ็บคอ ต่อมาจะมีไข้สูง หนาวสั่น ไอมาก หายใจเร็ว หายใจหอบ หายใจลำบาก ซึ่งถ้าเป็นมากจะหายใจแรงจนบริเวณชายโครงนูน ปีกจมูกบาน ถ้ามีอาการป่วยรุนแรง เด็กจะซึม ไม่อยากรับประทานอาหาร อาจมีอาการชักได้ บางคนมีเสียงหายใจที่ผิดปกติ หายใจเสียงดังหวีด พริมฝีปาก เล็บมือเล็บเท้าเขียว และมีอาการกระสับกระส่าย หากพบว่ามีอาการดังกล่าวต้องนำไปพบแพทย์ทันที (WHO, 2002)

จากการศึกษาของเกลเวส, โมเดส, ลี, บีแทนคอร์ตส์ และวิลกินส์ (Galvez, Modeste, Lee, Betancourt, & Wilkins, 2002) ที่ทำการศึกษาการรับรู้อาการของมารดาเด็กในเปรู พบว่ามารดารับรู้อาการของโรคปอดบวมจากลักษณะการหายใจเร็วและมีหน้าอกนูน นอกจากมารดาเป็นผู้มีหน้าที่ดูแลเด็กแล้ว ยังพบว่าบิดา หรือผู้ดูแลอื่นมีหน้าที่ในการดูแลเด็กเช่นกัน จากการศึกษาของ สังกาลและครุณี (2540) พบว่า ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่เข้าใจว่า ไข้หวัดจะมีอาการหอบร่วมด้วย ส่วนความรู้ในเรื่องโรคปอดบวม ผู้ดูแลจะทราบว่าปอดบวมอาจเริ่มจากไข้หวัดมาก่อน และจะมีอาการหายใจเร็วกว่าปกติ อาจเกิดจากการถูกความเย็นจัด ซึ่งป้องกันได้โดยการใส่เสื้อผ้าให้อบอุ่นแก่ร่างกายและคิดว่าโรคปอดบวมอาจทำให้ตายได้ และจากการประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชุมชนปี 2548 พบว่าร้อยละ 82.7 ของผู้ดูแลรับรู้ว่ามีอาการหายใจเร็ว หอบเป็นอาการบ่งชี้อันตรายของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก มากที่สุดรองลงไปคือ ไข้สูง หายใจมีชายโครงนูน/หายใจลำบาก ซึมลง ปลูกไม่ตื่น และไม่กินนม/น้ำ

ซึ่งเมื่อพิจารณาถึงความถูกต้องของความรู้ของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลมีความรู้ถูกต้องเพียงร้อยละ 48 เท่านั้น (กรมควบคุมโรค, 2549) ส่วนการศึกษาของศิริราชม์ (2548) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้อาการของโรคปอดบวมที่ถูกต้องมากที่สุด คือ เมื่อเด็กมีอาการหายใจเสียงดัง ซึมมาก ไม่รับประทานอาหารหรือนมหรือมีอาการท้องร่วง รongลงมา คือ อาการ โรคปอดบวม สังเกตได้จาก มีไข้ ไอ หายใจหอบและรับรู้ได้ว่าอาการของโรคปอดบวมรุนแรง สังเกตได้จากหายใจเร็ว หอบ หน้าอกบวม และหายใจออกมีเสียงดัง แต่ไม่สามารถรับรู้อาการเปลี่ยนแปลงจากการเป็นโรคไข้หวัด ไปเป็นโรคปอดบวมได้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษานำร่องของศิริราชม์ (2548) ที่พบว่า ยังมีผู้ดูแลไม่สามารถแยกโรคปอดบวมจากไข้หวัดได้ โดยคิดว่าเป็นอาการ ไข้หวัดธรรมดา เมื่อเด็กมีอาการหายใจเร็ว เหนื่อยมาก เหงื่อออกที่หน้าศีรษะ ไม่ยอมรับประทานอาหาร จะรับรู้ว่าเป็นเด็กเกิดเป็นโรคชาง ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่จะไปสู่การเป็นโรคปอดบวมและการดูแลที่ถูกต้องเพื่อป้องกัน การเป็นโรคปอดบวม จึงอาจส่งผลให้เด็กเกิดภาวะแทรกซ้อนและเกิดการป่วยซ้ำด้วยโรคปอดบวมได้ นอกจากการรับรู้อาการจะสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาในการศึกษาของศิริราชม์แล้ว ยังพบว่ามีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านการศึกษาของทรงพล และประทีน (2540) ที่ศึกษาเรื่อง ความรู้ การรับรู้ และการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ พบว่ามารดาที่มีความรู้ระดับปานกลาง จะมีการปฏิบัติตัวถูกต้องในระดับดี ความรู้และการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอาจสรุปได้ว่า การให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้มารดาเกิดการรับรู้มีความรู้ ความเข้าใจและสามารถรับรู้อาการของโรคปอดบวมได้อย่างรวดเร็ว เพื่อสามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

2.3 พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา

การรับรู้ (Perception) หมายถึง กระบวนการทางความคิดของมนุษย์ที่แสดงออกมาเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น โดยเป็นผลมาจากความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิม เมื่อมีสิ่งเร้าเข้ามากระทบอวัยวะสัมผัสของร่างกาย ซึ่งอาจจะเป็นหู ตา จมูก ลิ้น กายสัมผัสก็ได้ กระแสประสาทสัมผัสจะวิ่งไปยังระบบประสาทส่วนกลางซึ่งศูนย์กลางอยู่ที่สมอง จะมีการแปลความหมายออกมาเป็นความรู้ ความเข้าใจโดยอาศัยความจำ ความรู้เดิม ประสบการณ์เดิม (กัลยา, 2540) ดังนั้นความรู้และประสบการณ์เดิมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการรับรู้

พฤติกรรมสุขภาพ (health behavior) หมายถึง ความเชื่อ ความคาดหวัง การให้คุณค่า การรับรู้ของบุคคล แสดงออกในรูปแบบของแผนการปฏิบัติ หรือนิสัยการทำกิจกรรมต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน และรักษา เพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดง

ศักยภาพของมนุษย์ (Gochman, 1988 อ้างตาม ศิริรัตน์, 2548) ซึ่งวัยเด็กเป็นช่วงวัยที่ยังมีข้อจำกัดในด้านพัฒนาการ การเจริญเติบโต จึงไม่สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ พฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมให้เด็กมีผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพได้ ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพของมารดาในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก ให้มีภาวะสุขภาพที่แข็งแรง รวมถึงการดูแลเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยนั้น คือ พฤติกรรมการดูแลของมารดานั่นเอง (จุฑามาศ, 2540) ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาเด็กโรคปอดบวม ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลขณะเจ็บป่วย และพฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม ดังรายละเอียดดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลขณะเจ็บป่วย

การรับรู้พฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยเป็นการรับรู้การปฏิบัติของมารดา เมื่อบุตรเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดบวม ซึ่งโดยส่วนใหญ่แล้วเด็กจะเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนก่อน โดยเฉพาะไข้หวัดซึ่งถ้าหากได้รับการดูแลไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมก็อาจส่งผลให้เกิดอาการที่รุนแรงขึ้น จนกลายเป็นโรคปอดบวมได้ มารดาสามารถให้การดูแลรักษาเบื้องต้นที่บ้านได้ ในกลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง โดยการปฏิบัติดังนี้ (กลุ่มโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก , 2549; นวลจันทร์ และจิตลัดดา, 2549)

1.1 การดูแลเมื่อมีไข้

ถ้าเด็กตัวร้อนจัดให้ปฏิบัติดังนี้

- เช็ดตัวด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่น บิดให้หมาด เช็ดตามหน้า ลำตัว แขน ขา และข้อพับต่างๆ

- ใส่เสื้อผ้าบางๆ อย่าห่อตัวเด็ก

- ให้กินยาลดไข้พาราเซตามอล ทุก 4 - 6 ชั่วโมง ตามขนาดอายุเด็ก เมื่อเช็ดตัวแล้วไข้ยังไม่ลดลงและเมื่อไข้ลดลงแล้วงดให้ยา

- ถ้าเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน มีไข้ให้พาไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ควรรักษาเองเพราะอาจเป็นโรครุนแรง

1.2 การดูแลเมื่อมีอาการไอ

- ให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็น

- รายที่ไอมากอาจใช้ยากกลางบ้าน เช่น น้ำผึ้งผสมมะนาวป้ายลิ้น หรือขนาน้ำอุ่นๆ แล้วป้อนแทนยา หรือให้ยาแก้ไอขององค์การเภสัชกรรม ได้แก่ ยาแก้ไอขับเสมหะสำหรับเด็ก (Ammonium carbonate) หรือ ยาแก้ไอเด็กเล็ก (Glyceryl guaiacolate) โดยก่อนให้ยาจะต้องอ่านฉลากยาโดยละเอียด และให้ตามขนาดอายุเด็ก

1.3 การดูแลเมื่อน้ำมูก

- ทำความสะอาดภายในจมูกเพื่อให้หายใจสะดวก โดยเช็ดน้ำมูกออกจากจมูกอาจใช้สำลีพันเป็นแท่งปลายแหลม หรือกระดาษนุ่มม้วนเป็นแท่ง แขนงเข้าไปในจมูกแล้วซับดึงน้ำมูกออกมา ในเด็กเล็กอาจใช้ลูกสูบยางแดงดูดน้ำมูกออกหรือในเด็กตัวควรสอนให้สู่งน้ำมูกออกมา

- ถ้าน้ำมูกแห้งให้ใช้น้ำเกลือหรือน้ำต้มสุก หยดจมูกก่อน เพื่อให้ น้ำมูกนิ่มลงแล้วจึงซับหรือเป็ยออก

- ไม่ควรใช้ยาลดน้ำมูก เพราะนอกจากไม่ค่อยได้ผลแล้วยังมีผลข้างเคียง เช่น หัวใจเต้นเร็ว ตื่นเต้น นอนไม่หลับ ประสาทหลอน ผื่นร้าย ฯลฯ

- ไม่ควรให้กินยาปฏิชีวนะในโรคหวัด เพราะการกินยาปฏิชีวนะโดยไม่จำเป็น อาจแพ้ยา เชื้อโรคคือยา และยังไม่สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อน ทั้งไม่ทำให้โรคหวัดหายเร็ว

1.4 การดูแลเกี่ยวกับการให้อาหาร และน้ำ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายแข็งแรง โดยให้รับประทานอาหารและนมตามปกติ ถ้าเด็ก ไม่ยอมรับประทานอาหาร ก็ไม่ควรบังคับหรือฝืนใจเด็ก ควรให้ตามจำนวนที่ต้องการ หากเด็กมีอาการเจ็บคอ ควรให้อาหารอ่อนๆ และค่อนข้างอุ่น ทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง ควรให้ดื่มน้ำอุ่นมากๆและบ่อยๆ เพื่อช่วยให้เสมหะเหลวขับออกง่ายและช่วยลดไข้

1.5 การดูแลให้พักผ่อน ด้วยการสนับสนุนช่วยเหลือให้พักผ่อนและนอนหลับมากขึ้น แม้ว่า จากอาการแสดงของ โรคจะทำให้นอนหลับได้ยาก มารดาจะต้องหาวิธีการที่จะช่วยบรรเทาอาการของโรค เพื่อเอื้ออำนวยให้เด็กพักผ่อน ทั้งนี้เนื่องจากมีความสำคัญต่อการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกัน โรคของร่างกาย นอกจากนี้ควรให้พักผ่อนอยู่ในบ้าน จนมีอาการดีขึ้น ค่อยให้ออกนอกบ้าน ไม่ให้ไปโรงเรียน สถานเลี้ยงเด็ก เพราะนอกจากจะไม่ได้พักผ่อนแล้วยังเป็นการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น

1.6 การดูแลรักษาความอบอุ่นของร่างกาย โดยใส่เสื้อผ้าให้หนาพอสมควร ห่มผ้าให้ เวลานอน และหลีกเลี่ยงการสัมผัสอากาศเย็น เช่น การตากพัดลม

1.7 การดูแลสิ่งแวดล้อม โดยให้เด็กอยู่ในที่ที่มีอากาศถ่ายเทดี แสงแดดส่องถึง ไม่พาบุตรไปในสถานที่แออัด เพราะจะทำให้กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ สั้งน้ำมูก บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด สอนให้ปิดปาก จมูก เวลาไอหรือจาม แล้วล้างมือให้สะอาด

1.8 การสังเกตอาการที่ผิดปกติ โดยสังเกตอาการที่แสดงว่าบุตรมีอาการรุนแรงมากขึ้น ได้แก่ อาการไข้สูงติดต่อกันเกิน 3 วัน อาการไม่ดีขึ้นใน 1 สัปดาห์ เด็กไม่ยอมกินนม

หรือน้ำ อาการหายใจลำบาก เช่น หายใจเร็วผิดปกติ หายใจชายโครงบวม หรือหายใจมีเสียงดังฮืด เวลาหายใจเข้าหรือเสียงหายใจหวีดเวลาหายใจออก เมื่อพบอาการดังกล่าว ต้องนำเด็กไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

จากการศึกษาของสุจรรยา (2541) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลบุตรขณะป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พบว่าการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้านการดูแลเมื่อมีไข้ ด้านการดูแลเมื่อมีอาการไอหรือเสมหะ และด้านการดูแลเมื่อน้ำมูก พบว่ามารดาส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในระดับกลาง ซึ่งจากการศึกษาพบว่า มารดาขังนิยมซื้อยาจากร้านค้ามาให้บุตรกินเอง โดยยาที่ซื้อให้กินเป็นประจำ คือ ยาแก้ไอ และยาแก้หวัด สอดคล้องกับการศึกษาของวิทัศน์ และคณะ (2537) พบว่าเมื่อบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจที่มีอาการไม่รุนแรง มารดาจะซื้อยาแผนปัจจุบันมาให้รับประทานถึงร้อยละ 82.2 โดยชนิดของยาที่ซื้อมากที่สุดคือ ยาแก้ไอและยาลดน้ำมูกและจากการประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในชุมชนปี 2548 ของกรมควบคุมโรค (2549) ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหวัดที่บ้านตามอาการไอ ไข้ คัดจมูกและน้ำมูกไหล พบว่า เด็กได้รับการดูแลอาการอย่างถูกต้องร้อยละ 57.1 และผู้ดูแลเด็กซื้อยามาให้กินที่บ้านร้อยละ 51.7 ส่วนเด็กที่มีอาการเข้าข่ายโรคปอดบวมส่วนใหญ่ได้รับยาที่ผู้ดูแลเด็กซื้อมาให้กินที่บ้านร้อยละ 75 ซึ่งเป็นยาลดน้ำมูก ยาขยายหลอดลมร้อยละ 50

2. พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม

การรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม เป็น การรับรู้การปฏิบัติของมารดาในการเพิ่มภูมิคุ้มกันให้กับร่างกายของบุตรและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ซึ่งการดูแลของมารดามีความสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม เพราะพัฒนาการของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเป็นช่วงวัยที่มารดาต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เนื่องจากเด็กยังไม่มีภูมิคุ้มกันของร่างกายเพียงพอที่จะดูแลตนเอง ดังนั้นมารดาจะต้องมีพฤติกรรม การเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริมให้บุตรมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค และ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆที่ทำให้เกิดโรค เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวมในเด็ก ดังนี้

2.1 การเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค

2.1.1 ด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองของเด็ก ซึ่งในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีเป็นช่วงอายุที่ร่างกายมี ภูมิคุ้มกันต่ำ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กเกิดการติดเชื้อและเจ็บป่วยได้ง่าย การดูแลให้ได้รับ สารอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย จะช่วยให้เด็กมีสุขภาพร่างกายที่

แข็งแรงสมบูรณ์ และร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านโรคที่ดี มารดาควรให้การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการบุตร ให้เหมาะสมตามวัย ดังนี้

2.1.1.1 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ นมแม่จะมีภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อโรคสูง (ลัคดา และมณีรัตน์, 2550) จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเด็กที่มีระบบภูมิคุ้มกันโรคของร่างกายยังไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะเด็กที่คลอดก่อนกำหนด (มานี, 2548) ตลอดจนงานการหลายรายงานการศึกษาในหลายประเทศ ที่พบว่าอัตราการเกิดโรคติดเชื้อของระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ไม่ได้รับนมแม่ที่สูงกว่าในเด็กที่ได้รับนมแม่ (มานี, 2548)

2.1.1.2 การดูแลให้บุตรได้รับอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมตามวัย การดูแลให้เด็กได้รับอาหารที่มีประโยชน์ เหมาะสมกับวัยและเพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย เป็นปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็ก โดยพบว่าเด็กที่มี ปัญหาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ จะส่งผลกระทบต่ออาการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กทั้งใน ด้านร่างกายและจิตใจ โดยพบว่าภาวะทุพโภชนาการเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคและมีอาการรุนแรง ในเด็กโดยเฉพาะในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (UNICEF, 1998)

2.1.2 การดูแลให้บุตรได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์มาตรฐาน การสร้างภูมิคุ้มกันโรคในเด็กมีความสำคัญยิ่งในเด็ก โดยเฉพาะในช่วง 3 - 4 เดือนแรก ซึ่งพบว่า ระบบภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก ยังไม่สมบูรณ์ เนื่องจากในระยะแรกเกิดทารกจะมีภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะ โรคระบบทางเดินอาหารและโรคระบบทางเดินหายใจที่ได้รับมาจากมารดา และเมื่อ ทารกอายุได้ประมาณ 3 - 4 เดือน ระดับภูมิคุ้มกันที่ได้รับมาจะเริ่มลดลง จึงทำให้เด็กทารกมีโอกาส เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายและรุนแรง (สุจิตรา และประมวญ, 2540) การให้ภูมิคุ้มกันโรคในเด็กจึงมี ความสำคัญมากเพราะเป็น การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันชดเชยเพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันต้านโรคในเด็กมี ความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น วัคซีนที่มีความจำเป็นในการสร้างภูมิคุ้มกันที่สำคัญ ได้แก่ วัคซีนโรค คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก โปลิโอ หัด ตามเกณฑ์อายุที่กำหนด

2.1.3 ดูแลให้ออกกำลังกายและพักผ่อน การออกกำลังกายและ พักผ่อนที่เพียงพอ จะช่วยส่งเสริมให้ร่างกายเด็กแข็งแรง ซึ่งจะเป็นภูมิคุ้มกันไม่ให้เจ็บป่วยได้ง่าย

2.2 การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ

2.2.1 การหลีกเลี่ยงการติดโรคเชื้อโรค การสัมผัสใกล้ชิดกับ ผู้ป่วยโรคระบบหายใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคหวัดและโรคปอดบวมจะทำให้เด็กมีโอกาสที่จะสูด หายใจเอาเชื้อโรคที่แพร่ กระจายอยู่ในอากาศจากการ ไอ จาม และการสัมผัสกับน้ำมูกน้ำลาย และ เสมหะของผู้ป่วยได้ง่าย ทำให้เด็กเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มเติมได้ (สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนา เด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล, 2548; NIAID, 1999) เมื่อมีผู้ป่วยในบ้านควรแยก

ห้องนอน หรือจัดให้นอนคนละมุมบ้าน และไม่พาเด็กไปในสถานที่แออัดต่างๆ เช่น ตลาด ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ (กลุ่มโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก, 2549) เพราะเป็นสถานที่รวมของ เชื้อโรคต่างๆ จะทำให้เด็กเกิดการติดเชื้อโรคได้ง่าย

2.2.2 การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การจัดบ้านและห้องนอน เด็กให้สะอาด แสงแดดส่องถึง มีอากาศถ่ายเทที่สะดวกทั้งกลางวันและกลางคืน สภาพแวดล้อมภายในบ้านและรอบบ้านไม่มีฝุ่นละอองฟุ้งกระจาย ไม่มีควันไฟหรือควันบุหรี่ ซึ่งควันบุหรี่ ควันไฟ จะทำให้เกิดการระคายเคืองและทำลายเยื่อบุทางเดินหายใจเด็ก และจะกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาของร่างกายโดย ทำให้ทางเดินหายใจเด็กหดเกร็ง และเพิ่มการขับมูกในทางเดินหายใจ ทำให้กลไกในการต้านทานการเกิดโรกระบบหายใจในเด็กมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบหายใจได้ง่าย (Betha,1998)

2.2.3 การรักษาความอบอุ่นร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของอากาศอย่างรวดเร็วจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อของระบบหายใจในเด็กได้ง่าย หากร่างกายมีการปรับตัวไม่ทัน ซึ่งอากาศที่หนาวเย็นจะทำให้เด็กเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อโรคในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย เนื่องจากอุณหภูมิพอเหมาะสมควรต่อการเจริญเติบโตของไวรัสและเยื่อบุโพรงจมูกที่แห้ง จะมีโอกาสติดเชื้อไวรัสได้ (นวลจันทร์ และจิตลัดดา, 2549) ดังนั้นการให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายเด็กเป็นสิ่งสำคัญ เมื่ออากาศหนาวเย็นควรใส่เสื้อผ้าหนาๆ หรือห่มผ้าให้เด็ก อาบน้ำอุ่น และอาบน้ำในช่วงกลางวันหรือตอนบ่าย และต้องเช็ดตัวและห่มให้แห้งทันที

จากการประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในชุมชนปี 2548 ของกรมควบคุมโรค (2549) ผลการศึกษาพบว่า เด็กได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กถูกต้องร้อยละ 5.4 โดยมีพฤติกรรมการแพร่กระจายเชื้อร้อยละ 24.2 และมีการแยกเด็กถูกต้องร้อยละ 16.7 ซึ่งจากการศึกษาของดารณี, ศิริรัตน์ และสุภาพ (2544) ที่ศึกษาพบว่าพฤติกรรมการแยกเด็กไม่ให้คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ดูแลที่มีอาการไอหรือหวัด และพฤติกรรมป้องกันการไม่ให้มีควัน (ถ่าน ฟืน อื่นๆ) ในบริเวณที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเด็กที่มีผู้ดูแลมีพฤติกรรมการแยกเด็กไม่ให้คลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ดูแลที่มีอาการไอหรือหวัด มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยกว่าเด็กที่ผู้ดูแลไม่ได้แยก 1.5 เท่า และเด็กที่มีผู้ดูแลมีพฤติกรรมป้องกันการไม่ให้มีควัน (ถ่าน ฟืน อื่นๆ) ในบริเวณที่อยู่อาศัยถูกต้อง มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคน้อยกว่าเด็กที่มีผู้ดูแลมีพฤติกรรมป้องกันการไม่ถูกต้อง 1.3 เท่า

โปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

โปรแกรมการให้ความรู้ เป็นรูปแบบการให้ความรู้แก่บุคคล ที่มีการเตรียมการอย่างรอบคอบ มีระบบ วัตถุประสงค์เป็นลายลักษณ์อักษร ส่งผลให้บุคคลมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด (สายชล, 2539) ซึ่งพยาบาลเป็นบุคคลที่มีความสำคัญและเหมาะสมที่สุดในการให้ความรู้ในโรงพยาบาล (Fredette, 1990) ซึ่งการให้ความรู้ เป็นองค์ประกอบหนึ่งในกระบวนการสอนสุขภาพ (health education process) หรือการให้สุศึกษา หรือการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ส่งเสริม หรือช่วยให้บุคคลเกิดความเจริญงอกงามทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ สามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ทำให้ผู้เรียนเกิดความคิด ได้แสดงความคิดเห็น รู้จักหาความรู้เพิ่มเติมและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ (มานี, 2521 อ้างตามชันยาภรณ์, 2549) ส่วนหนึ่งของเนื้อหาจึงเน้นที่การให้ความรู้เรื่องสุขภาพด้านต่างๆ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตนเพื่อการดูแลช่วยเหลือตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการรักษา ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค และความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (Tones & Tilford, 1994) ซึ่งการให้ความรู้โดยอาศัยแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะก่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้และเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเข้าใจ ความเชื่อ ทศนคติ และการปฏิบัติตน (ประภาเพ็ญ, 2526)

1. ขั้นตอนในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

ขั้นตอนในการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มี 7 ขั้นตอนดังนี้ (นที, 2541)

1.1 สำรวจความสนใจในเรื่องที่ผู้เรียนต้องการจะรู้ และตั้งเป้าหมายในการเรียนรู้ ซึ่งการให้ความรู้ต้องมีขอบเขตที่ชัดเจน และสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับเรื่องที่ทำให้มีความรู้ความสำคัญของการเรียนรู้ได้

1.2 กำหนดวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้ เพื่อให้การเรียนรู้แต่ละครั้งมีทิศทางที่แน่นอน และบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

1.3 เนื้อหาที่สอนต้องเสริมจากความรู้เดิม ให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงในสิ่งที่ผู้เรียนต้องการ โดยเฉพาะเรื่องการรักษาและคำแนะนำในการปฏิบัติตน

1.4 การเลือกรูปแบบการให้ความรู้ อาจใช้หลายวิธีร่วมกัน ควรเลือกวิธีการให้ความรู้ที่ง่ายและสะดวกต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน

1.5 ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ โดยมีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

1.6 ใช้ภาษาที่ผู้เรียนเข้าใจ

1.7 มีการประเมินผล ทำให้ทราบว่าบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้หรือไม่

2. รูปแบบของการให้ความรู้

รูปแบบของการให้ความรู้แต่ละรูปแบบก็มีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพ แต่ละเนื้อหาสาระ แต่ละกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นผู้ให้ความรู้จึงจำเป็นต้องเลือกรูปแบบการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับเนื้อหาสาระที่ต้องการให้เกิดการเรียนรู้ และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย วิธีการให้ความรู้ที่นิยมใช้กันในปัจจุบันสามารถแบ่งตามลักษณะของกลุ่มเป้าหมายได้ 3 ลักษณะ ดังนี้

2.1 การให้ความรู้เป็นรายบุคคล เป็นการให้ความรู้แบบตัวต่อตัว สามารถให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้เรียนได้อย่างละเอียด ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละราย ผู้เรียนมีโอกาสได้ซักถาม ผู้สอนสามารถกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และสามารถประเมินการเรียนรู้ของผู้ป่วยได้ทันที นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สอนและผู้ป่วย เป็นวิธีการสอนที่ตอบสนองต่อความสนใจ ความสามารถและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน โดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สติปัญญา ความสนใจ ความต้องการ ข้อเสียของการให้ความรู้วิธีนี้คือต้องเสียเวลาและกำลังคนมาก (จรรยาวัตร, 2542; ดวงใจ, 2545)

จากการศึกษาของชิรนนท์ (2542) เรื่องผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ ซึ่งเป็นการศึกษาถึงผลการให้ข้อมูลทางสุขภาพโดยอาศัยตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายบุคคล โดยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย แผนการสอนผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ ภาพพลิกและคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการให้ข้อมูลในครั้งที่ 1 วันก่อนการผ่าตัด ครั้งที่ 2 วันแรกหลังผ่าตัด และครั้งที่ 3 วันที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หลังการให้ข้อมูล 2 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์ซ้ำอีกครั้ง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติและพฤติกรรมสุขภาพหลังการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.2 การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม เป็นวิธีการให้ความรู้ที่มีผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียนและระหว่างผู้เรียนด้วยกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็น และประสบการณ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม กลุ่มสามารถกระตุ้นให้สมาชิกเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ความรู้ แนวคิด และการปฏิบัติ ข้อเสีย คือ ถ้ากลุ่มใหญ่อาจจะประเมินผลการสอนได้ยาก ผู้ที่มีปัญหาแตกต่างจากกลุ่มจะไม่ได้รับการแก้ไข (ดวงใจ, 2545; นที, 2541)

จากการศึกษาของรัชยาภรณ์ (2549) เรื่องผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งเป็นการศึกษาตามแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพเป็นรายกลุ่ม โดยเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วยแผนการสอน ภาพพลิกและคู่มือการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหืด ผู้วิจัยดำเนินการให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายกลุ่ม กลุ่มละ 2-7 คน พร้อมทั้งแจกคู่มือการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพสำหรับใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ ผู้วิจัยพบผู้ป่วยอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 เพื่อให้ตอบแบบสอบถามซ้ำอีกครั้ง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้ความรู้ด้านสุขภาพในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยโรคหืดภายหลังได้ความรู้ด้านสุขภาพในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนได้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2.3 การให้ความรู้โดยการใช้สื่อสาธารณะ เป็นรูปแบบการให้ความรู้วิธีหนึ่งที่สามารถให้ความรู้ตามกลุ่มเป้าหมายจำนวนมาก ซึ่งโดยทั่วไปการให้ความรู้ในลักษณะนี้พบได้หลายวิธี เช่น การให้ความรู้โดยการใช้สิ่งพิมพ์ เป็นแบบจำลองต้นฉบับที่บรรจุเนื้อหาสาระและรูปภาพที่ให้ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้อ่าน แบ่งออกเป็นหลายประเภท และแต่ละประเภทต่างก็มีลักษณะเฉพาะและมีความเหมาะสมที่จะใช้ในการเผยแพร่สำหรับประชาชนที่มีความรู้ไม่เหมือนกัน การใช้วิทยุกระจายเสียง เป็นสื่อที่สามารถส่งไปยังผู้รับจำนวนมากด้วยเสียงในเวลาอันรวดเร็ว มีอิทธิพลต่อชีวิตประจำวันของประชาชนมาก การใช้วิทยุโทรทัศน์ เป็นสื่อที่นำทั้งภาพและเสียงไปให้ประชาชนดูถึงในบ้าน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้ที่มีประสิทธิภาพสูง และสามารถทำให้ผู้ดูเกิดแนวร่วมกันได้ การใช้ภาพยนตร์ เป็นสื่อที่แสดงให้เห็นถึงการเคลื่อนไหวที่ต่อเนื่องและมีเสียงประกอบที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมาก สามารถเสนอสิ่งที่มีจริงและสิ่งที่จำลองเพื่อให้ประชาชนดูได้ และเข้าถึงประชาชนได้อย่างกว้างขวาง และการให้ความรู้โดยการจัดนิทรรศการ เป็นกิจกรรมสุขศึกษาในลักษณะสื่อความหมายโดยการนำเอาวัสดุสิ่งของหรืออุปกรณ์ต่างๆ มาจัดแสดงอย่างเป็นระเบียบและมีศิลปะ ทำให้ผู้ดูเกิดการเรียนรู้ได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม (กันยา, 2543) จะให้ได้ว่าการให้ความรู้โดยการใช้สื่อสาธารณะเป็นรูปแบบการให้ความรู้ที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะมารดาที่มีบุตรอายุน้อยกว่า 5 ปี ซึ่งถ้ามีการใช้สื่อต่างๆ เหล่านี้ในการให้ความรู้หรือรณรงค์ ทำให้มารดามีพฤติกรรมดูแลบุตรเพื่อป้องกันโรคปอดบวมที่ถูกต้องได้

สำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคล ซึ่งเป็นรูปแบบการให้ความรู้แบบตัวต่อตัว เพื่อให้ทราบถึงปัญหาการดูแลบุตร ซึ่งจะสามารถช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรและสามารถให้ความรู้ความเข้าใจกับมารดาได้อย่าง

ละเอียด ซึ่งความรู้ที่ให้แก่นักเรียนโรคปอดบวม ผู้วิจัยได้รวบรวมจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้โรคปอดบวม เกี่ยวกับ ความหมาย อุบัติการณ์การเกิดโรค สาเหตุ การติดต่อ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การประเมินอาการ การรับรู้อาการ ความรุนแรงของโรคปอดบวม การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุมโรค และการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม โดยการใช้แผนการสอนอันประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรมผู้สอน กิจกรรมผู้เรียน สื่อการสอนและการประเมินผล เพื่อให้การให้ความรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

3. สื่อในการให้ความรู้

สื่อในการให้ความรู้เป็นตัวกลางที่นำความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน ทำให้เกิดการเรียนการสอนเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ สื่อควรสามารถสื่อความหมายได้ชัดเจนถูกต้อง ได้รับความสนใจผู้เรียนให้เกิดความสนใจ ต่อเรื่องที่ให้ความรู้ ช่วยให้เกิดความเข้าใจเนื้อหา และแนวคิดของเรื่องได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง สำหรับสื่อการให้ความรู้ที่ผู้วิจัยใช้ในการให้ความรู้ เพื่อให้มีการเกิดการเรียนรู้ เข้าใจ และมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ดังนี้

3.1 ภาพพลิก (Flip Chart) หรือภาพชุด หรือสมุดภาพ คือ ภาพหลายๆ ภาพที่ประกอบเป็นเรื่องสั้นๆ และเขียนเป็นเรื่อง เป็นชุด เรียงลำดับภาพตามเรื่องที่สอน มีเนื้อหาที่ต่อเนื่องสัมพันธ์กัน โดยมีตัวอักษรขนาดใหญ่ที่มองเห็นได้ชัดเจน รูปภาพกับข้อความควรจัดวางไว้เป็นสัดส่วนกัน (นที, 2541) และเหมาะสำหรับนำติดตัวไปสอนในที่ต่างๆ การสอนทำได้โดยการพลิกภาพไปที่ละภาพแล้วอธิบาย (พรทิพย์, 2546)

การทำภาพพลิกที่ดีควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้ (จันทร์พิมพ์, 2532)

1. การจัดภาพได้สัดส่วน ชวนดูและเข้าใจง่าย
2. ใช้ภาษาง่ายๆ อธิบาย การใช้ประโยชน์สั้นๆและง่าย ขนาดตัวอักษรมองเห็นชัดเจน
3. ภาพควรเป็นภาพสี และมีลักษณะเหมือนจริงมากกว่าภาพถ่ายเส้น
4. จำนวนภาพไม่มากเกินไป ควรอยู่ประมาณ 5-15 ภาพ แต่ละภาพเรียงลำดับต่อเนื่องกัน ขนาดภาพประมาณ 2×3 ฟุต

3.2 หนังสือคู่มือ คือ สิ่งพิมพ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่งอย่างสั้นๆแต่ได้ใจความ ผู้อ่านสามารถเข้าใจได้รวดเร็ว สามารถศึกษาด้วยตนเอง ในการสร้างหนังสือคู่มือควรออกแบบปก และรูปเล่มให้สวยสะดุดตา ใจผู้ผู้อ่าน เขียนให้อ่านง่าย (จุฬารัตน์, 2541) หนังสือคู่มือสามารถใช้ได้ทั้งเป็นสื่อหลักและสื่อประกอบการสอน ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้

ด้วยตนเอง สามารถอ่านเมื่อใดก็ได้ อีกทั้งประหยัด ลงทุนน้อย แต่ช่วยเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจ (ชั้นยาภรณ์, 2549)

3.3 สื่อวีดิทัศน์ สื่อประเภทเทปโทรทัศน์ หรือวีดิทัศน์นับเป็นสื่ออย่างหนึ่งที่มีผู้นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีข้อดีหลายอย่าง เช่น สามารถสื่อได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน มีการเคลื่อนไหวอันจะส่งผลให้เกิดการเรียนรู้มากขึ้น เปิดใช้งานไม่ต้องใช้ห้องมืด เป็นสื่อที่สะดวกในการใช้งานและสามารถแสดงให้เห็นขั้นตอนต่างๆอย่างละเอียด สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้ง ทั้งยังช่วยให้ผู้เรียนได้รับเนื้อหาที่ครบถ้วน (กอบกุล, 2545) การใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอนผู้ป่วยจะช่วยประหยัดเวลาของพยาบาลได้เป็นอย่างมาก ทำให้ข้อมูลที่เสนออยู่ในลักษณะที่เป็นระบบและทำให้เกิดความเพลิดเพลิน โดยสามารถเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของร่างกาย การเกิดโรคและวิธีการรักษาพยาบาลต่างๆ และยังสามารถเป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการอ่านได้เป็นอย่างดี (เขวาลักษณ์, 2531)

สื่อในการให้ความรู้ของการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วยภาพพลิก โดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน สื่อวีดิทัศน์ เรื่อง เมื่อลูกเป็นหวัดพ่อแม่ควรดูแลอย่างไร ของกลุ่มโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และคู่มือความรู้โรคปอดบวมในเด็ก สำหรับมารดาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยซ้ำด้วยโรคปอดบวมผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน และวีดิทัศน์ เพื่อให้มารดาสามารถนำมาอ่านทบทวนความรู้ที่ได้รับไปแล้ว ช่วยให้การเรียนรู้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ก่อให้เกิดพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ถูกต้องได้

โปรแกรมการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคปอดบวม

การให้ความรู้แก่มารดาเด็กก่อให้เกิดการเรียนรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดบวม ทำให้มารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ถูกต้องเหมาะสม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ เพื่อให้มารดามีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นโรคปอดบวมซ้ำ และรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งอุปสรรคต่างๆ ซึ่งรูปแบบของโปรแกรมการให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ เป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยใช้แผนการสอน ภาพพลิก สื่อวีดิทัศน์ และคู่มือความรู้โรคปอดบวมในเด็ก เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้โรคปอดบวม เกี่ยวกับ ความหมาย อุบัติการณ์การเกิดโรค สาเหตุ การติดต่อ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง การประเมินอาการ การรับรู้อาการ ความรุนแรง

ของโรคปอดบวม การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุมโรค และการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวม พบว่าส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมการให้สุขศึกษา (บุษบง, 2533; สุดาวดี, 2544) หรือให้คำแนะนำ (อรรวรรณ, 2531) โดยมีแผนการให้ความรู้หรือแผนการให้คำแนะนำ พร้อมทั้งสื่อการสอนร่วมด้วย ซึ่งได้แก่ ภาพพลิก แผ่นพับ คู่มือการปฏิบัติ วิดีโอ และสไลด์ ส่วนเนื้อหาที่นำมาสอนหรือให้คำแนะนำมี 3 การศึกษาได้ใช้แบบแผนความเชื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการสอน ได้แก่ การศึกษาของอรรวรรณ (2531) ได้ศึกษาถึงประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ การศึกษาดารุณี (2540) ที่ได้ศึกษาการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันโรคปอดบวมของมารดาในการเลี้ยงดูเด็ก 0 - 5 ปี อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง และการศึกษาของสุดาวดี (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวม เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง ผลการศึกษาทั้งหมดพบว่า มารดาที่อยู่ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

กล่าวโดยสรุป โรคปอดบวมเป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสและแบคทีเรียเป็นส่วนใหญ่ นอกจากเชื้อโรคแล้วยังพบว่ามีปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดโรคปอดบวม ซึ่งโรคปอดบวมในเด็กเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ และสามารถกลับมาเป็นซ้ำได้ถ้าเด็กได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง พฤติกรรมการดูแลของมารดาเป็นสิ่งที่สำคัญที่ช่วยป้องกันการเกิดโรคปอดบวม ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย และพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม ซึ่งวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้มารดาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องคือ การให้ความรู้ จากการศึกษาพบว่า การให้ความรู้ โดยใช้แนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้ และการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุ ต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาทั้งการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและพฤติกรรมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่มารดาโรคปอดบวมต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง (experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pre-posttest design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาเด็กที่มีเด็กป่วยซ้ำด้วยโรคปอดบวมอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาเด็กที่มีเด็กป่วยซ้ำด้วยโรคปอดบวมอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. มารดาเด็กโรคปอดบวมที่มีประวัติเจ็บป่วยและเคยรับการรักษาด้วยโรคปอดบวมในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา และเป็นผู้ดูแลเด็กมาโดยตลอด ตั้งแต่เริ่มมีอาการป่วยด้วยโรคปอดบวม ครั้งที่ผ่านมาและครั้งนี้
2. มารดาสามารถติดต่อสื่อสาร อ่านออกเขียนภาษาไทยได้

หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่าง (randomization) เข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยใช้โปรแกรมมินิไมเซชัน (minimization) (Conlon, 1991) ซึ่งได้รับอนุญาตจากผู้คิดค้นโปรแกรม โปรแกรมนี้สามารถควบคุมปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อผลการทดลอง (prognostic factors) ได้แก่ ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวม ระดับความรู้โรคปอดบวมและระดับการรับรู้อาการของโรคปอดบวม ซึ่งประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวมและความรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวม มีผลคือ ถ้ามารดาได้รับความรู้หรือข้อมูลในการป้องกันและการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย ซึ่งจะไปกระตุ้นและส่งเสริมให้มารดาเกิดความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลบุตร ทำให้มารดานำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลบุตรได้เหมาะสม (ศิริยุพา, 2536; สุจรรยา, 2541)

การรับรู้อาการของโรคปอดบวม ถ้ามารดาได้รับรู้อาการถูกต้อง จะทำให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ถูกต้องด้วย (ศิริราณี, 2548)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 1988) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.80 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่จะศึกษา (effect size) เท่ากับ 0.80 ในการกำหนดขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปรที่จะศึกษา ได้จากงานวิจัยที่ผ่านมา ที่ใกล้เคียงที่สุดคืองานวิจัยของ นุชบง (2533) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมมารดา เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กชุมชนบางเขน กรุงเทพมหานคร คำนวณ ค่า effect size ได้ 1.28 (ภาคผนวก ก) ซึ่งเป็นการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่มาก (Large effect size) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดค่าเท่ากับ 0.80 เมื่อเปิดตารางการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 คนต่อกลุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม

เมื่อได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยใช้วิธีการสุ่ม (randomization) ด้วยโปรแกรมมินิไมเซชัน (minimization) โดยกลุ่มตัวอย่าง 10 คนแรก ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการจับสลากเข้ากลุ่ม ซึ่งฉลากทั้ง 10 ใบ อาจารย์ที่ปรึกษาเป็นผู้จัดทำใส่ซองปิดผนึกไว้ หลังจากนั้นเมื่อได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนดแล้ว ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างจับสลากเข้าสู่กลุ่ม ถ้าจับสลากได้โปรแกรมการให้ความรู้ก็เข้าสู่กลุ่มทดลอง แต่ถ้าจับสลากได้การได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาลก็ให้เข้าสู่กลุ่มควบคุม จนกระทั่งครบ 10 คน จากนั้นผู้วิจัยได้ใช้โปรแกรมมินิไมเซชันในการสุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มจนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามต้องการ โดยที่โปรแกรมนี้สามารถควบคุมปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อการทดลอง (Colon, 1991; Punthmatharith, 2002) ผู้วิจัยได้ควบคุมปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อผล การทดลอง ได้แก่ ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวม ระดับความรู้โรคปอดบวมและระดับการรับรู้อาการของโรคปอดบวม

การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลอง

ในระหว่างที่ทำการทดลอง หากมารดาเกิดการเจ็บป่วยหรือบุตรมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรงขึ้น ซึ่งไม่ได้เกิดจากการทดลอง หรือแพทย์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลก่อนสิ้นสุด

การทดลอง ผู้วิจัยจะตัดกลุ่มตัวอย่างนี้ออกจากกลุ่มทดลอง แต่จะยังคงบันทึกข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ไว้ สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีเหตุการณ์ที่มารดาเกิดการเจ็บป่วยหรือบุตรมีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง จึงไม่มีการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย เป็น โปรแกรมการให้ความรู้ประกอบด้วย แผนการสอน ภาพพลิก คู่มือความรู้โรคปอดบวมในเด็ก และ วิดิทัศน์ ดังนี้

1.1 แผนการสอน เป็นแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารตำราต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมเนื้อหาโรคปอดบวมในเด็ก มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มารดาเด็ก โรคปอดบวมซ้ำ เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง มีความรู้ความเข้าใจในเรื่อง โรคปอดบวมเกี่ยวกับ ความหมาย อุบัติการณ์การเกิดโรค สาเหตุ การติดต่อ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการ และอาการแสดง การประเมินอาการ การรับรู้อาการ ความรุนแรงของโรคปอดบวม การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุมโรค และการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม

1.2 ภาพพลิก เพื่อใช้เป็นสื่อการสอนในการให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยเนื้อหาที่แสดงในภาพพลิกสอดคล้องกับเนื้อหาในแผนการสอน

1.3 คู่มือความรู้โรคปอดบวมในเด็ก เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการค้นคว้าจากเอกสารตำราต่างๆที่เกี่ยวข้อง มีภาพประกอบ เพื่อใช้เป็นอุปกรณ์ในการให้ความรู้และใช้เป็นเอกสารแจกให้กลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำไปทบทวนด้วยตนเองที่บ้าน มีเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคปอดบวมคืออะไร สาเหตุของโรคปอดบวม อาการของโรคปอดบวม การติดต่อ การป้องกัน การดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม

1.4 วิดิทัศน์ เรื่อง เมื่อลูกเป็นหวัดพ่อแม่ควรทำอย่างไร ของกลุ่มโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ความยาวประมาณ 30 นาที ซึ่งได้ขออนุญาตทำการตัดต่อวิดิทัศน์จากกลุ่มโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก เพื่อให้เนื้อหาสอดคล้องกับการวิจัยในครั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการเน้นย้ำการดูแลบุตรเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

2. แบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับวัน เวลาที่เริ่มต้นและสิ้นสุดในการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลมี ดังนี้

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบ่งเป็น 2 ส่วน

1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับมารดาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (ก่อนหักค่าใช้จ่าย) รายได้ของครอบครัวเพียงพอ/ไม่เพียงพอ จำนวนบุตร จำนวนบุตรอายุน้อยกว่า 5 ปี จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดบวม และความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดา

2) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประกอบด้วย อายุ ลำดับที่ของบุตร น้ำหนักแรกคลอด น้ำหนักปัจจุบัน ประวัติการได้รับภูมิคุ้มกันโรค และประวัติการเจ็บป่วย ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา

3.2 แบบสอบถามความรู้โรคปอดบวมในเด็ก ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อประเมินความรู้ของมารดา มีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดจำนวน 20 ข้อ โดยลักษณะของแบบสอบถาม ให้มารดาเลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ถ้าเป็นข้อคำถามทางบวก 14 ข้อ (ข้อ 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15, 17, 18) และข้อคำถามเป็นทางลบ 6 ข้อ (3, 10, 14, 16, 19, 20) มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก	ได้ 1 คะแนน
ตอบผิด	ได้ 0 คะแนน
ตอบไม่ทราบ	ได้ 0 คะแนน

คะแนนความรู้โรคปอดบวมในเด็ก มีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน แบ่งระดับของความรู้โดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ (สมหวัง และอุษาวดี, 2537) ดังนี้

ระดับมาก	มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (16 คะแนนขึ้นไป)
ระดับปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 50-80 (10 – 15 คะแนน)
ระดับน้อย	มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50 (0 – 9 คะแนน)

3.3 แบบสอบถามการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบสัมภาษณ์การรับรู้อาการของเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำของผู้ดูแลของศิริราช (2548) ซึ่งแบบสอบถามการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำของศิริราชที่ได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่านและได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคปอดบวมที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบค่าความน่าเชื่อถือได้เท่ากับ 0.78 โดยเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับอาการนำของการเป็นโรคปอดบวม อาการ

เปลี่ยนแปลงของโรคในกลุ่มติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจเป็นโรคปอดบวม อาการแสดงของโรคปอดบวม อาการแสดงถึงความรุนแรงของโรค อาการแสดงที่ต้องพาเด็กไปพบแพทย์และผลกระทบของโรคปอดบวม มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 14 ข้อ (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15) และทางลบ 1 ข้อ (5) ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ข้อคำถามด้านบวก ตอบเห็นด้วย แสดงว่ามีการรับรู้อาการถูก ให้ 1 คะแนน หากตอบ ไม่แน่ใจหรือไม่เห็นด้วยแสดงว่ามีการรับรู้อาการผิด ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามด้านลบ ตอบเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย แสดงว่ามีการรับรู้อาการผิด ให้ 0 คะแนน ตอบไม่เห็นด้วย แสดงว่ามีการรับรู้อาการถูก ให้ 1 คะแนน

คะแนนการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ มีค่าคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 และสูงสุดเท่ากับ 15 คะแนน แบ่งระดับของการรับรู้อาการ โดยอิงเกณฑ์ตามระดับคะแนน ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระดับ (สมหวัง และอุษาวดี, 2537) ดังนี้

- ระดับมาก มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 (12 คะแนนขึ้นไป)
- ระดับปานกลาง มีคะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60-80 (9 – 11 คะแนน)
- ระดับน้อย มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0 – 8 คะแนน)

3.4 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นการรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยโรคปอดบวม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งการรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย ประกอบด้วย การดูแลเมื่อบุตรมีไข้ คัดจมูก น้ำมูกไหล ไอ หายใจมีเสียงดัง หายใจลำบาก มีหน้าอกบวมหรือหอบ เจ็บคอ คุดหน้านม หรือรับประทานอาหารไม่ได้ จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามทางด้านบวก 10 ข้อ (1, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15) และข้อคำถามทางด้านลบ 5 ข้อ (2, 3, 6, 9, 10) และการรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยโรคปอดบวมประกอบด้วย การรับรู้พฤติกรรมการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ และการเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคแก่ร่างกายเด็ก จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามทางด้านบวก 12 ข้อ (16, 17, 18, 19, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29) และข้อคำถามทางด้านลบ 3 ข้อ (20, 21, 30) มีคำตอบเป็น มาตรการส่วนแบบประมาณค่า 5 อันดับ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าคุณความนั้น ตรงกับ
ความรู้สึกรู้สึกดี ความเข้าใจ การรับรู้ของท่านเป็นอย่างมาก		
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าคุณความนั้น ตรงกับ
ความรู้สึกรู้สึกดี ความเข้าใจ การรับรู้ของท่าน		

ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้น ตรงกับ
ความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ การรับรู้ของท่านเพียงบางส่วน		
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้น ไม่ตรง
กับความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ การรับรู้ของท่าน		
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้น ไม่ตรง
กับความรู้สึกนึกคิด ความเข้าใจ การรับรู้ของท่านเป็นอย่างมาก		

เกณฑ์ในการให้คะแนน สำหรับข้อความทางด้านบวก กำหนดไว้ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	5	คะแนน
เห็นด้วย	ได้คะแนน	4	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้คะแนน	2	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	1	คะแนน

เกณฑ์ในการให้คะแนน สำหรับข้อความทางด้านลบ กำหนดไว้ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	1	คะแนน
เห็นด้วย	ได้คะแนน	2	คะแนน
ไม่แน่ใจ	ได้คะแนน	3	คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ได้คะแนน	4	คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ได้คะแนน	5	คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

1.1 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ แผนการสอน ภาพพลิกแบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ทัศนคติ และคู่มือความรู้โรคปอดบวมในเด็ก ให้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ โรคติดเชื้อในเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงความถูกต้องของภาษา ความครบถ้วนของเนื้อหาตามความเห็นและคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำมาปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อแก้ไขปรับปรุงแผนการสอน ภาพพลิก แบบบันทึกการเข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้ ทัศนคติ และคู่มือความรู้

โรคปอดบวมในเด็ก ให้ชัดเจนเหมาะสมกับมารดาเด็กโรคปอดบวม แล้วนำไปทดลองใช้กับมารดาเด็กโรคปอดบวมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 2 ราย ที่หอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลพัทลุง เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหาของแผนการสอน ภาพพลิก และคู่มือความรู้โรคปอดบวมในเด็ก ผลการทดลองใช้เครื่องมือในการศึกษาครั้งนี้ มารดาทั้ง 2 รายมีความสนใจและเข้าใจเนื้อหาการให้ความรู้เป็นอย่างดี มองเห็นตัวอักษรและรูปภาพในภาพพลิกและคู่มือได้อย่างชัดเจน

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้โรคปอดบวมในเด็ก แบบสอบถามการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ไปตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคติดเชื้อในเด็ก 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลเด็ก 1 ท่าน ช่วยตรวจสอบแก้ไขและให้ข้อเสนอแนะ จากนั้นนำมาแก้ไขปรับปรุงความถูกต้องของภาษา ความครบถ้วนของเนื้อหาตามความเห็นและคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ นำไปทดลองใช้กับมารดาเด็กโรคปอดบวมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ที่หอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลพัทลุง เพื่อทดสอบความเข้าใจในคำถามของแบบสอบถาม และระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละชุด

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามความรู้โรคปอดบวมในเด็ก แบบสอบถามการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและได้รับการแก้ไขปรับปรุงแล้ว นำไปทดลองใช้กับมารดาเด็กโรคปอดบวมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ที่หอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลพัทลุง แล้วนำคะแนนที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยแบบสอบถามความรู้โรคปอดบวมในเด็ก แบบสอบถามการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำใช้สูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.85 และ 0.83 ตามลำดับ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยแนะนำตนเองแก่มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ติดผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลพัทลุง บอกชื่อเรื่องของการทำวิจัยในครั้งนี้ชื่อ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตร อายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรับบริการพยาบาล หรือ การบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมการวิจัยต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกและออกจากการศึกษาได้โดยจะไม่มีผลต่อการรักษา การบริการหรือการพยาบาลที่จะได้รับ ซึ่งข้อมูลต่างๆ ที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ จะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ข)

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการทดลอง

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้
ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือผ่านคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพัทลุง เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการเก็บข้อมูล
2. เมื่อผู้วิจัยได้รับหนังสืออนุมัติ จากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพัทลุง ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 1 เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
3. พบพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยเด็ก 1 เพื่อชี้แจงรายละเอียดและขอความร่วมมือในการวิจัย
4. เตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยดูแลเด็กในขณะที่มารดาเข้าร่วมการทดลอง กรณีเด็กไม่มีผู้ดูแลคนอื่น

ขั้นดำเนินการ

ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือในการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ พร้อมทั้งให้เซ็นชื่อในใบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย และเก็บข้อมูลปัจจัยที่ควบคุม

(prognostic factors) หลังจากนั้นจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง โดย 10 รายแรก ใช้วิธีการจับฉลาก ต่อมาจะใช้โปรแกรมมินิไมเซชัน (minimization) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยดังนี้ (ดูรายละเอียดของแผนการทดลอง ภาพ 3)

กลุ่มควบคุม

1. วันแรกของการเข้ารับการรักษาผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็ก แบบสอบถามความรู้โรคปอดบวมในเด็ก แบบสอบถามการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ

2. มารดาได้รับความรู้ตามปกติจากบุคลากรทางการแพทย์ของโรงพยาบาล เป็นการให้ความรู้ของพยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย หรือแพทย์ผู้รักษา เป็นความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคปอดบวม ซึ่งส่วนใหญ่ให้ความรู้รายกลุ่ม เป็นการให้ความรู้ทางเดียว ไม่มีเวลาให้มารดาซักถาม ไม่มีการประเมินมารดา ก่อนและหลังให้ความรู้

3. ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำภายหลังการเข้ารับการรักษาวันที่ 3

4. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พร้อมทั้งแจกของที่ระลึกและแสดงความขอบคุณและแจ้งมารดาให้ทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นตัวอย่างในการศึกษา

กลุ่มทดลอง

1. วันแรกของการเข้ารับการรักษาผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็ก แบบสอบถามความรู้โรคปอดบวมในเด็ก แบบสอบถามการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้ความรู้ โดยในวันแรกผู้วิจัยได้ทำการประเมินการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการดูแลบุตรด้วยการซักถามมารดาและประเมินการรับรู้ตามเนื้อหาของโรคปอดบวม จากแบบสอบถามความรู้โรคปอดบวมในเด็ก และดำเนินการให้ความรู้โรคปอดบวมตามแผนการสอนโดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับมารดา แต่ละบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความหมาย อุบัติการณ์การเกิดโรค สาเหตุ การติดต่อ ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค อาการและอาการแสดง ตามแผนการสอนและภาพพลิกที่เตรียมไว้ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามของมารดา เพื่อให้มารดาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที

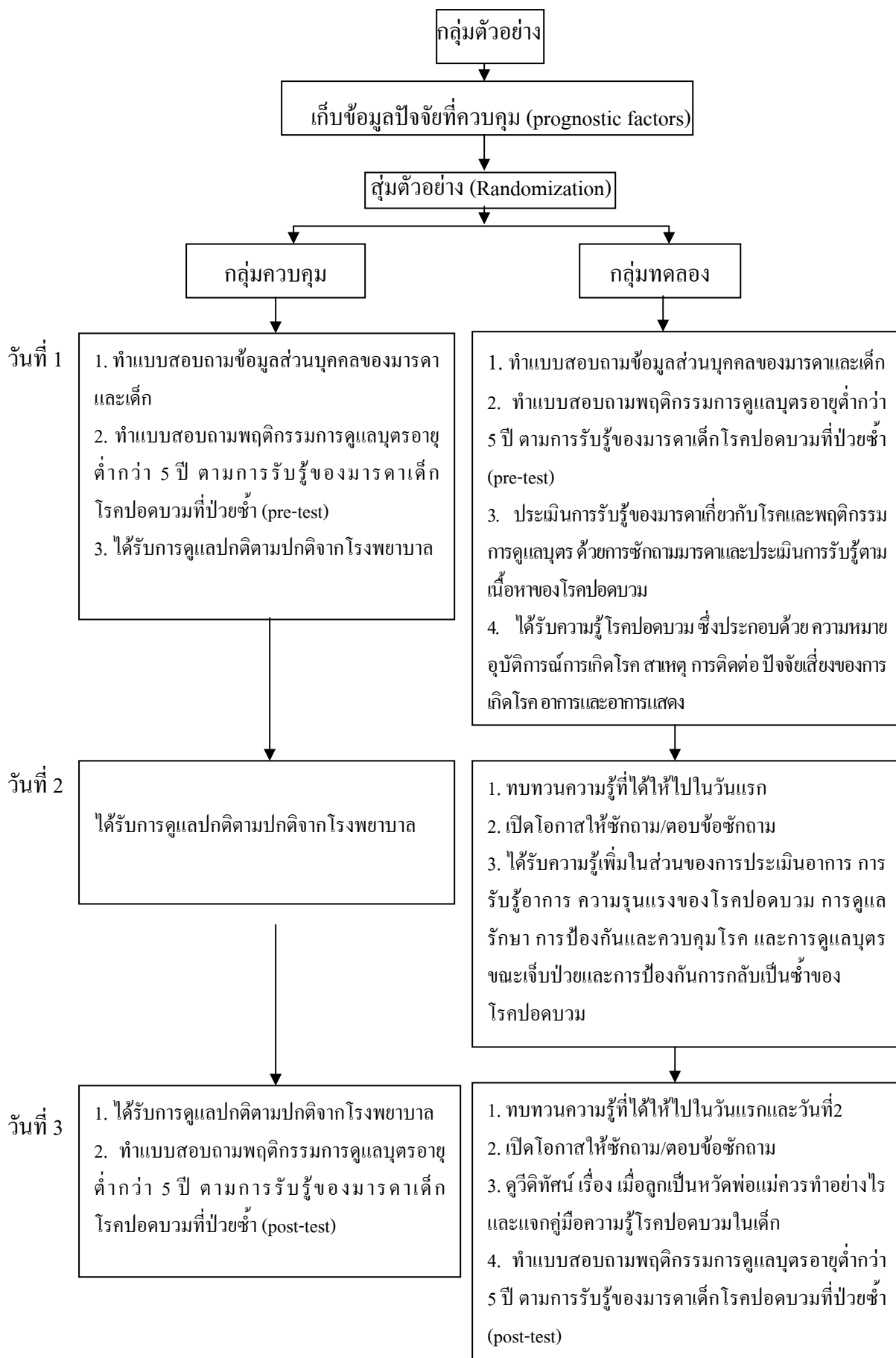
2. วันที่ 2 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้ความรู้ ในวันที่ 2 ทำการทบทวนความรู้ที่ได้ให้ไปในวันแรกและเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามของมารดา

ให้ความรู้เพิ่มในส่วนของการประเมินอาการ การรับรู้อาการ ความรุนแรงของโรคปอดบวม การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุมโรค และการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม ตามแผนการสอนและภาพพลิกที่เตรียมไว้ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามของมารดา เพื่อให้มารดาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องถึงความรุนแรงรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและรับรู้ทางเลือกในการแก้ไขอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที

3. วันที่ 3 ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการให้ความรู้ ในวันที่ 3 ทำการทบทวนความรู้ที่ได้ให้ไปในวันแรกและวันที่ 2 เปิดโอกาสให้มารดาซักถามข้อสงสัยและตอบคำถามของมารดา และให้มารดาควิทัศน์ เรื่อง เมื่อลูกเป็นหวัดพ่อแม่ควรทำอย่างไร เพื่อเป็นการเน้นย้ำการดูแลบุตรเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที พร้อมทั้งแจกคู่มือความรู้โรคปอดบวมในเด็ก

4. ผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ภายหลังจากเข้ารับการรักษาวันที่ 3

5. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม พร้อมทั้งแจกของที่ระลึกและแสดงความขอบคุณและแจ้งมารดาให้ทราบถึงการสิ้นสุดการเป็นตัวอย่างในการศึกษา



ภาพ 3 รายละเอียดของแผนการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ที่ระดับนัยสำคัญ .05 โดยมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดาและเด็ก ในระดับนามมาตราและเรียงอันดับ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ ส่วนข้อมูลในระดับอันตรายภาคและอัตราส่วน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และสถิติที

2. วิเคราะห์และทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่ควบคุม (prognostic factors) คือ ประวัติการได้รับความรู้โรคปอดบวม ระดับความรู้โรคปอดบวม ระดับการรับรู้อาการของโรคปอดบวม ด้วยการทดสอบไคสแควร์ (chi-square test)

3. ทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยการใช้สถิติทีคู่ แบบทดสอบทางเดียว กรณีที่ 2 กลุ่ม มีความสัมพันธ์กัน (1-tailed, Paired t-test)

4. ทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำในกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล ก่อนและหลังได้รับความรู้ โดยการใช้สถิติทีคู่ แบบทดสอบสองทาง กรณีที่ 2 กลุ่มมีความสัมพันธ์กัน (2-tailed, Paired t-test)

5. ทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล หลังการทดลอง โดยการใช้สถิติทีอิสระ แบบทดสอบทางเดียว กรณีที่ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (1-tailed, Independent t-test)

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมในรายชื่อของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ หลังการทดลอง โดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ อายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง จำนวน 50 คน เป็นกลุ่มทดลองซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ 25 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล 25 คน และก่อนที่ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ผล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที (t-test) (ภาคผนวก ค) พบว่าชุดคะแนนทุกชุดเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ยกเว้น ชุดคะแนนภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ซึ่งมีการกระจายไม่เป็นไปตามปกติ (non-normal distribution) ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองออก จำนวน 4 คน โดยดูค่าสูงสุดหรือต่ำสุด (outlier) จากการแจกแจงโดยใช้ box' s plot (กัลยา, 2550) จึงได้การกระจายของข้อมูลชุดนี้เป็นไปตามปกติ ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองที่นำไปวิเคราะห์ผล จำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน โดยเสนอผลการวิจัยตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลการทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่ควบคุม คือ ประสิทธิภาพการได้รับความรู้โรคปอดบวมระดับความรู้โรคปอดบวม ระดับการรับรู้อาการของโรคปอดบวม ด้วยการทดสอบไคสแควร์
3. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยการใช้สถิติทีคู่ แบบทดสอบทางเดียว
4. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล ก่อนและหลังได้รับความรู้ โดยการใช้สถิติทีคู่ แบบทดสอบสองทาง
5. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้

ความรู้ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล หลังการทดลอง โดยการใช้สถิติที่อิสระแบบทดสอบทางเดียว

6. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ภายหลังจากทดลอง จำแนกเป็นรายชื่อของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้มี 46 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ 21 คน และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล 25 คน จากการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติที เพื่อทดสอบความแตกต่างของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากร ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

จากตาราง 1 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเด็กทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ มารดาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 25 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 26.88 ปี (SD = 5.85) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 27.68 ปี (SD = 5.72) การศึกษาของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.8 และกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40 ส่วนการประกอบอาชีพมารดาทั้งสองกลุ่ม คือ อาชีพแม่บ้าน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท รายได้เฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 8,000 และกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9,000 รายได้ของทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับเพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 71.4 และ 76.0 ตามลำดับ จำนวนบุตร กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีบุตร 1 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 และกลุ่มควบคุมมีบุตร 2 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.0 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรอายุน้อยกว่า 5 ปีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 และ 76.0 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีจำนวน มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คน คิดเป็น

ร้อยละ 57.2 และ 68.0 ตามลำดับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคของมารดาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รับรู้ว่ารุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 76.2 และ 72 ตามลำดับ

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ของจำนวนมารดาเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ จำนวนบุตร จำนวนบุตรอายุน้อยกว่า 5 ปี จำนวนสมาชิกในครอบครัว และการรับรู้ความรุนแรงของโรคของมารดา ($N = 46$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21)	กลุ่มควบคุม (n = 25)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ				
< 25 ปี	10 (47.6)	9 (36.0)	.68	.71
25 – 30 ปี	5 (23.8)	8 (32.0)		
> 30 ปี	6 (28.6)	8 (32.0)		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	9 (42.8)	8 (32.0)	.79	.67
มัธยมศึกษา	6 (28.6)	10 (40.0)		
อนุปริญญา/ปริญญาตรี หรือ สูงกว่าปริญญาตรี	6 (28.6)	7 (28.0)		
อาชีพ*				
แม่บ้าน	6 (28.6)	12 (48.0)	4.27	.53
รับจ้าง	4 (19.0)	4 (16.0)		
ค้าขาย	4 (19.0)	2 (8.0)		
เกษตรกร	4 (19.0)	3 (12.0)		
รับราชการ	1 (4.8)	2 (8.0)		
อื่นๆ	2 (9.6)	2 (8.0)		

* Fisher's Exact test

** Yates' Correction Chi-Square (Continuity Correction)

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21)	กลุ่มควบคุม (n = 25)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน)				
1,000 - 5,000	6 (28.6)	5 (20.0)	.84	.66
5,000-10,000	9 (42.8)	14 (56.0)		
>10,000	6 (28.6)	6 (24.0)		
ความเพียงพอของรายได้				
เพียงพอ	15 (71.4)	19 (76.0)	.12	.72
ไม่เพียงพอ	6 (28.6)	6 (24.0)		
จำนวนบุตร (คน)				
1	11 (52.4)	11 (44.0)	.32	.57
2 ขึ้นไป	10 (47.6)	14 (56.0)		
จำนวนบุตรอายุน้อยกว่า 5 ปี (คน)**				
1	18 (85.7)	19 (76.0)	.68	.47
2 ขึ้นไป	3 (14.3)	6 (20.0)		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)				
2-3	9 (42.8)	8 (32.0)	.21	.65
≥ 4	12 (57.2)	17 (68.0)		
การรับรู้ความรุนแรงของโรค ของมารดา*				
ไม่รุนแรง	2 (9.5)	2 (8.0)	.42	.89
รุนแรงน้อย	3 (14.3)	5 (20.0)		
รุนแรงมาก	16 (76.2)	18 (72.0)		

* Fisher's Exact test

** Yates' Correction Chi-Square (Continuity Correction)

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก

จากตาราง 2 พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สถิติไคสแควร์ กล่าวคือ อายุของเด็กกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มากกว่า 2 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 ปี- 2 ปี อายุเฉลี่ยของเด็กกลุ่มทดลองเท่ากับ 1.73 ปี (SD = 1.18) และอายุเฉลี่ยของเด็กกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.69 ปี (SD = 1.14) เด็กกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 2 ขึ้นไป น้ำหนักแรกคลอดส่วนใหญ่น้อยกว่า 3,000 กรัม ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักแรกคลอดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3,050 กรัม (SD = 0.80) และ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 2,990 กรัม (SD = 0.69) น้ำหนักปัจจุบันของเด็กทั้งสองกลุ่มมากกว่า 10.01 กิโลกรัม ค่ามัธยฐานของน้ำหนักปัจจุบันของกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.00 ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.50 การได้รับภูมิคุ้มกันโรคของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับครบตามเกณฑ์ ประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมาของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยตัวร้อนหรือไอ หรือมีน้ำมูก

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ของจำนวนเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามอายุ ลำดับที่ของบุตร น้ำหนักแรกคลอด น้ำหนักปัจจุบัน การได้รับภูมิคุ้มกันโรค และประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (N = 46)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21)	กลุ่มควบคุม (n = 25)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ				
< 1 ปี	5 (23.8)	7 (28.0)	1.13	.57
1 ปี – 2 ปี	7 (33.3)	11 (44.0)		
> 2 ปี	9 (42.9)	7 (28.0)		
ลำดับที่ของบุตร				
1	11 (52.4)	12 (48.0)	.09	.77
2 ขึ้นไป	10 (47.6)	13 (36.0)		

* Fisher's Exact test

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21)	กลุ่มควบคุม (n = 25)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)				
< 3,000	9 (42.9)	10 (40.0)	.93	.63
3,000-3,200	7 (33.3)	6 (24.0)		
> 3,200	5 (23.8)	9 (36.0)		
น้ำหนักปัจจุบัน (กิโลกรัม)				
≤ 8	5 (23.8)	7 (28.0)	.73	.69
8.01 - 10	5 (23.8)	8 (32.0)		
>10.01	11 (52.4)	10 (40.0)		
การได้รับภูมิคุ้มกันโรค*				
ครบตามเกณฑ์	21(100.0)	24 (96.0)	.00	1.00
ไม่ครบตามเกณฑ์	0	1 (4.0)		
ประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา*				
เคย	19 (90.5)	20 (80.0)	.33	.57
ไม่เคย	2 (9.5)	5 (20.0)		

* Fisher's Exact test

ตาราง 3

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและผลการทดสอบสถิติทีของข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็ก
(N = 46)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
มารดา						
อายุ (ปี)	27.10	5.89	27.68	5.72	.49	.63
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	3.95	1.07	4.28	1.30	.68	.50
คะแนนความรู้โรคปอดบวม (คะแนน)	11.62	2.97	11.96	3.24	.14	.89
เด็ก						
อายุ (ปี)	1.73	1.18	1.68	1.14	.08	.93
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	3,050	.26	2,990	.69	.48	.64

จากตาราง 3 พบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและเด็กทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สถิติที กล่าวคือ อายุเฉลี่ยของมารดากลุ่มทดลองเท่ากับ 27.10 ปี (SD = 5.89) ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 27.68 ปี (SD = 5.72) จำนวนสมาชิกในครอบครัวกลุ่มทดลองโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3.95 คน (SD = 1.07) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 4.28 คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวมของกลุ่มทดลองโดยเฉลี่ยเท่ากับ 11.62 คะแนน (SD = 2.97) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.96 คะแนน (SD = 3.24) อายุเฉลี่ยของเด็กกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.73 ปี (SD = 1.18) กลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.68 ปี (SD = 1.14) น้ำหนักแรกเกิดกลุ่มทดลองโดยเฉลี่ยเท่ากับ 3,050 กรัม (SD = .26) กลุ่มทดลองเท่ากับ 2,990 กรัม (SD = .69)

ส่วนที่ 2. ผลการทดสอบความแตกต่างของปัจจัยที่ควบคุม คือ ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวม ระดับความรู้โรคปอดบวม และระดับการรับรู้อาการของโรคปอดบวม

จากตาราง 4 พบว่า ปัจจัยควบคุมที่คาดว่าจะมีผลต่อการทดลองของมารดาเด็กทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยใช้สถิติไคสแควร์ กล่าวคือ ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดบวมของมารดาเด็กทั้งสองกลุ่มทั้งในมารดาเด็กกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับ คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 56.0 ตามลำดับ ระดับของความรู้โรคปอดบวมของมารดาเด็กส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 10 - 15 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.62 (SD = 2.97) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.96 (SD = 2.97) และระดับการรับรู้อาการของโรคปอดบวมของมารดาเด็กของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 9 - 11 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 8.29 (SD = 1.84) ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนระหว่าง 0 - 8 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 8.32 (SD = 1.97)

ตาราง 4

จำนวน ร้อยละและผลการทดสอบไคสแควร์ของจำนวนมารดาเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม ปัจจัยควบคุมที่คาดว่าจะมีผลต่อการทดลอง ประกอบด้วย ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดบวม ระดับความรู้โรคปอดบวม และระดับการรับรู้อาการของโรคปอดบวม (N = 46)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21)	กลุ่มควบคุม (n = 25)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดบวม				
เคยได้รับ	7 (33.3)	11 (44.0)	.54	.46
ไม่เคยได้รับ	14 (66.7)	14 (56.0)		
ระดับความรู้โรคปอดบวม*				
สูง (16 คะแนน ขึ้นไป)	3 (14.3)	3 (12.0)	.33	.91
ปานกลาง (10 - 15 คะแนน)	13 (61.9)	17 (68.0)		
ต่ำ (0 - 9 คะแนน)	5 (23.8)	5 (20.0)		

* Fisher's Exact test

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21)	กลุ่มควบคุม (n = 25)	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับการรับรู้อาการของโรคปอดบวมของมารดา				
ปานกลาง (9 - 11 คะแนน)	11 (52.4)	12 (48.0)	.09	.77
ต่ำ (0 - 8 คะแนน)	10 (47.6)	13 (52.0)		

* Fisher's Exact test

ส่วนที่ 3. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ทั้งรายด้านและโดยรวม

จากตาราง 5 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ แบบทดสอบทางเดียว (1-tailed, Paired t-test) พบว่า

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 11.99$, $df = 20$) ส่วนด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 6.51$, $df = 20$)

ส่วนคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 0.62$, $df = 20$)

ตาราง 5

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ของกลุ่มทดลอง ทั้งรายด้านและโดยรวม ($N = 21$)

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา	ก่อนทดลอง (n = 21)		หลังทดลอง (n = 21)		t	p-value (1-tailed)
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย	4.14	.28	4.84	.12	11.99	.000
ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	4.42	.31	4.88	.11	6.51	.000
โดยรวม	4.28	.26	4.86	.10	10.62	.000

ส่วนที่ 4. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็ก โรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจาก โรงพยาบาล ก่อนและหลังได้รับความรู้ ทั้งรายด้านและโดยรวม

จากตาราง 6 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลบุตร อายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็ก โรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ก่อนและหลังได้รับความรู้ โดยการใช้สถิติ ทีคู่ แบบทดสอบสองทาง (2-tailed, Paired t-test) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งรายด้านและโดยรวม

ตาราง 6

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา ก่อนได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาลและภายหลังการได้รับความรู้ตามปกติจาก โรงพยาบาลของกลุ่มควบคุม ทั้งรายด้านและโดยรวม (N = 25)

พฤติกรรมการดูแลบุตรตาม การรับรู้ของมารดา	ก่อนทดลอง (n = 25)		หลังทดลอง (n = 25)		t	p-value (2-tailed)
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย	4.14	.42	4.14	.44	.18	.84
ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ	4.36	.42	4.40	.35	1.02	.30
โดยรวม	4.25	.39	4.27	4.27	.37	.28

ส่วนที่ 5. ผลการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล หลังการทดลอง ทั้งรายด้านและ โดยรวม

จากตาราง 7 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านของพฤติกรรมการดูแลบุตร ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีอิสระ แบบทดสอบทางเดียว (1-tailed, Independent t-test) พบว่า

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 7.41$, $df = 44$) ส่วนด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 6.50$, $df = 44$)

ส่วนคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลบุตร ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ($t = 7.62$, $df = 44$)

ตาราง 7

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลการทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังให้ความรู้ ทั้งรายด้านและ โดยรวม ($N = 46$)

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา	กลุ่มทดลอง (n = 21)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		t	p-value (1-tailed)
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD		
ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย	4.84	.12	4.14	.45	7.41	.000
ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	4.88	.11	4.40	.35	6.50	.000
โดยรวม	4.86	.10	4.27	.37	7.62	.000

ส่วนที่ 6. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ภายหลังการทดลอง จำแนกเป็นรายชื่อของกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล

จากตาราง 8 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจำแนกตามรายชื่อของพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ภายหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็ก ด้านการดูแลบุตรขณะป่วย 4 ข้อที่มารดาในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลบุตร ตามการรับรู้ของมารดาที่ถูกต้องมากที่สุด คือ เมื่อลูกมีไข้ท่านเช็ดตัวลดไข้ จนกว่าไข้จะลดลง เมื่อลูกมีอาการหายใจลำบาก มีหน้าอกบวมหรือหอบ ท่านควรจะไปพบแพทย์ทันที เมื่อลูกมีอาการเจ็บคอ คุณน้ำ/นม หรือรับประทานอาหารไม่ได้ ท่านควรดูแลให้ ลูกดูด/จิบน้ำอุ่นบ่อยๆ และเมื่อลูกมีอาการเจ็บคอ คุณน้ำ/นม หรือ รับประทานอาหารไม่ได้ ท่านควรดูแลให้ลูกกินอาหาร ทีละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น (รายละเอียดดังภาคผนวก ง)

ตาราง 8

ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็ก ภายหลังการทดลองจำแนกเป็นรายชื่อระหว่างกลุ่มทดลองแลกลุ่มควบคุม (N = 46)

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา	กลุ่มทดลอง (n = 21)		กลุ่มควบคุม (n = 25)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย				
1. เมื่อลูกมีไข้ท่านเช็ดตัวลดไข้ จนกว่าไข้จะลดลง	5.00	.00	4.84	.47
2. เมื่อลูกมีอาการหายใจลำบาก มีหน้าอกบวมหรือหอบ ท่านควรจะไปพบแพทย์ทันที	5.00	.00	4.64	.86
3. เมื่อลูกมีอาการเจ็บคอ คุณน้ำ/นม หรือรับประทานอาหารไม่ได้ ท่านควรดูแลให้ ลูกดูด/จิบน้ำอุ่นบ่อยๆ	5.00	.00	4.36	.64
4. เมื่อลูกมีอาการเจ็บคอ คุณน้ำ/นม หรือ รับประทานอาหารไม่ได้ ท่านควรดูแลให้ลูกกินอาหาร ทีละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น	5.00	.00	3.88	.97

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ จากผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา มารดาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 25 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงอายุเดียวกันกับการศึกษาของศิริณี (2548) ที่พบว่ามารดาเด็กมีอายุอยู่ในช่วง 20 - 30 ปี อายุเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ ที่มีผลต่อการรับรู้ (Palank, 1991) กลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้มีช่วงอายุที่อยู่ในช่วงที่พร้อมที่จะเรียนรู้ (ทิพย์ภา, 2541) สำหรับระดับการศึกษา แม้ว่ามารดาในกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม แต่เมื่อได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ทำให้มารดาในกลุ่มนี้มีการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยการศึกษาช่วยให้บุคคลมีโอกาสรับรู้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ตามวัยได้ดี มีโอกาสทำความเข้าใจในสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้ได้มาก ทำให้มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องและเหมาะสม (เรณูวรรณ, 2540) ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มารดามีอาชีพแม่บ้าน ทำให้มีเวลาในการดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด รายได้เฉลี่ยของครอบครัวทั้งสองกลุ่มอยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท เป็นรายได้ที่อยู่ในระดับปานกลาง และเพียงพอ กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจมีความพร้อมในการดูแลบุตร และปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (เรณูวรรณ, 2540) หากครอบครัวที่มีรายได้น้อยและไม่เพียงพอ จะไม่สามารถให้การเลี้ยงดูเด็กได้อย่างเต็มที่ และยิ่งเมื่อเด็กป่วยจะทำให้ภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเมื่อต้องนำบุตรไปพบแพทย์ (เขวาลักษณ์, 2543) จำนวนบุตรกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีบุตรจำนวน 1 คน ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีบุตร 2 คนขึ้นไป ถึงแม้ว่ามารดาในกลุ่มทดลองจะมีประสบการณ์ในการดูแลบุตรน้อยกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม แต่เมื่อมารดาได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ซึ่งเป็นการให้ความรู้รายบุคคล สามารถสะท้อนความรู้และการรับรู้เดิม และปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องได้ ส่งผลให้มารดาในกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม จำนวนบุตรอายุน้อยกว่า 5 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวน 1 คน จำนวนสมาชิกในครอบครัวทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสมาชิกมากกว่าหรือเท่ากับ 4 คน ถือเป็นครอบครัวที่มีขนาดไม่ใหญ่มาก สอดคล้องกับสังคมไทยในปัจจุบันที่ครอบครัวส่วนใหญ่จะเป็นครอบครัวเดี่ยว (จินตนา, 2550) การรับรู้ความรุนแรงของโรคของมารดาทั้งสองกลุ่มรับรู้ความรุนแรงของโรคที่รุนแรงมาก

ทำให้มารดาให้ความสนใจ และตระหนักถึงอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับบุตร ส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาที่ถูกต้อง มารดาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวม เมื่อพิจารณาจากข้อมูลพบว่ามารดากลุ่มทดลองไม่เคยได้รับความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุมแต่ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้มารดาจะได้รับการปรับเปลี่ยนความรู้และการรับรู้ให้ถูกต้อง ระดับของความรู้โรคปอดบวมของมารดาเด็กทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากมารดาเคยมีประสบการณ์ในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคปอดบวมมาก่อนแล้ว ส่งผลให้ระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความรู้หรือประสบการณ์เดิมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการรับรู้ของบุคคล (กัลยา, 2540) และระดับการรับรู้อาการของโรคปอดบวมของมารดาเด็กของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากมารดากลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีบุตร 1 คน และมีประสบการณ์มาแล้ว จึงให้ความสนใจเกี่ยวกับอาการของบุตรมากกว่ามารดากลุ่มควบคุมที่มีบุตร 2 คนขึ้นไป จึงไม่มีเวลาในการดูแลบุตรเท่าที่ควร ทำให้ระดับการรับรู้อาการต่ำ ส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของศิริณี (2548) ที่พบว่าการรับรู้อาการของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดูแลเด็กโรคปอดบวม แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้จะพบความแตกต่างในข้อมูลส่วนบุคคลบางประการ แต่ผู้วิจัยได้ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติที พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากร

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก อายุของเด็กกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มากกว่า 2 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุอยู่ในช่วง 1-2 ปี ซึ่งเป็นอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดบวม จากรายงานขององค์การอนามัยโลกโรคปอดบวมส่วนใหญ่เกิดกับเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี เป็นช่วงวัยที่ระบบภูมิคุ้มกันโรคในเด็กยังเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่เพียงพอ ทำให้กลไกการทำงานของร่างกายและระบบภูมิคุ้มกันโรคไม่สมบูรณ์ ทำให้เด็กเกิดการติดเชื้อได้ง่าย (สุภรี, 2540) ลำดับที่ของบุตรกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 มารดาจะดูแลเอาใจใส่มากเนื่องจากเป็นบุตรคนแรก ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 2 ขึ้นไป มารดาอาจดูแลเอาใจใส่น้อยลงเนื่องจากมีประสบการณ์การดูแลบุตรมาแล้ว หรือมีภาระรับผิดชอบมากขึ้น น้ำหนักแรกคลอดทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีน้ำหนักน้อยกว่า 3,000 กรัม โดยน้ำหนักเฉลี่ยของเด็กกลุ่มทดลองเท่ากับ 3,050 กรัม และเด็กกลุ่มควบคุมเท่ากับ 2,990 กรัม ซึ่งเป็นน้ำหนักที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเด็กที่มีน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตก่อนวันอันควร โดยเฉพาะการเสียชีวิตจากโรคปอดบวม (WHO, 1994) เนื่องจากกลไกของระบบภูมิคุ้มกันต้านโรคไม่สมบูรณ์ ทำให้เด็กที่มีน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยมีภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรคต่ำและเสี่ยงต่อการติดเชื้อรุนแรง (ศิริณี, 2548) น้ำหนักปัจจุบันทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่มีน้ำหนักมากกว่า 10.01 กิโลกรัม ซึ่งอยู่ใน

เกณฑ์ปกติ ไม่มีปัญหาทางด้านโภชนาการ การได้รับภูมิคุ้มกันโรค กลุ่มทดลองได้รับภูมิคุ้มกันโรคครบทุกคน (100%) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับวัคซีนครบ 24 คน (96%) ซึ่ง 1 คนที่ได้รับไม่ครบเนื่องจากป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาเด็กให้ความสำคัญกับการสร้างภูมิคุ้มกันโรค โดยจะดูแลให้เด็กได้รับครบตามเกณฑ์ ซึ่งในเด็กเล็กการสร้างภูมิคุ้มกันโรคยังเป็นไปไม่ได้เต็มที่เหมือนเด็กโต หรือในผู้ใหญ่ เด็กเล็กจึงมีโอกาสดูดเชื้อได้ง่ายกว่า (สุกรี, 2540) จากการศึกษาของเขาลักษณ์ (2543) พบว่าการได้รับภูมิคุ้มกันไม่ครบตามเกณฑ์ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดบวม ประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ เคยมีประวัติการเจ็บป่วย มารดาที่มีการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยได้ถูกต้องเหมาะสม ทำให้อาการของเด็กทุเลาลงและหายเป็นปกติ (เขาลักษณ์, 2543) แต่อย่างไรก็ตามถึงแม้จะพบความแตกต่างในข้อมูลส่วนบุคคลบางประการ แต่ผู้วิจัยได้ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติที พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากร

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามสมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดา ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 1 คือ มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดา ทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายเหตุผลได้ดังนี้

การให้ความรู้แก่มารดาเด็กกลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการให้ความรู้รายบุคคล ซึ่งคำนึงถึงความรู้และการรับรู้เดิมของแต่ละบุคคล โดยผู้วิจัยได้ทำการประเมินความรู้เรื่องโรคปอดบวม ก่อนการให้ความรู้ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิมของมารดาก่อน หลังจากนั้นจึงให้โปรแกรมที่มีเนื้อหาและกระบวนการมุ่งส่งเสริมให้มารดามีการรับรู้ที่ถูกต้อง โดยประยุกต์ให้เหมาะสมกับมารดาแต่ละบุคคล เป็นการให้ความรู้ตัวต่อตัว คำนึงถึงความแตกต่างของแต่ละบุคคล มีการสื่อสารสองทาง ทำให้มารดาสามารถเรียนรู้ และซักถามข้อสงสัยได้ สามารถสะท้อนให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้จากที่ไม่ถูกต้องให้ถูกต้องได้ อีกทั้งผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ (Becker, 1974) มาเป็นแนวทางในการให้ความรู้ โดยเนื้อหาการให้ความรู้เป็นการบูรณาการให้สอดคล้องกับ

แนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการให้ความรู้โรคปอดบวมที่ชัดเจนเข้าใจง่าย ทำให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับโรคมมากขึ้น เพราะความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ มีผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ ทักษะคติ และการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ, 2526) เมื่อมารดานำความรู้ที่ได้รับไปเชื่อมโยงกับความรู้และประสบการณ์เดิม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องได้

ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ให้ความรู้อย่างเป็นระบบ ทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้ได้ดี ประกอบด้วย การใช้แผนการสอนบรรยายประกอบภาพพลิก โดยเน้นเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคปอดบวม เป็นการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักต่อการเกิดโรคปอดบวมซ้ำ การใช้วีดิทัศน์ เพื่อให้มารดาสามารถรับรู้การดูแลบุตรที่ถูกต้อง และแจกคู่มือความรู้โรคปอดบวมในเด็ก เพื่อให้มารดาสามารถนำกลับมาทบทวนภายหลังการให้ความรู้ นอกเหนือจากการมุ่งให้มารดามีความรู้เพิ่มมากขึ้นแล้ว ยังทำให้มารดามีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้มารดาเกิดความตระหนัก มีการรับรู้และความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับโรคปอดบวม ส่งผลให้มารดาเกิดพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ถูกต้องด้วย สามารถให้ความรู้ได้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมายและการให้ความรู้อย่างเป็นระบบทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการเรียนรู้ได้ดี (ดวงใจ, 2545) สอดคล้องการศึกษาของถนอมขวัญ (2539) พบว่า ผู้ป่วยจะเกิดการเรียนรู้ ร่วมมือตามคำแนะนำ และเกิดทักษะในการปฏิบัติได้ดีมาก ถ้าให้ความรู้ที่มีแบบแผนตามโปรแกรมที่จัดสร้างอย่างมีระบบ ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้านี้มารดาเด็กได้รับความรู้ที่ถูกต้อง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อที่มีอยู่เดิม ซึ่งอาจไม่ถูกต้องให้ถูกต้องขึ้นได้ จึงทำให้มารดาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งการรับรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคล เพราะการรับรู้เป็นขบวนการทางจิตวิทยาของบุคคลที่เกิดจากการตีความที่สมอง โดยใช้ประสบการณ์และความรู้เดิม ทำให้บุคคลเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้น นำไปสู่การตระหนักและเห็นความสำคัญของสิ่งที่รับรู้ นั้น ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามการรับรู้ นั้น (ประภาเพ็ญ และสวิง, 2534)

จากการพิจารณาพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาทั้งรายด้านและโดยรวมของมารดาทุกกลุ่มทดลอง ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้มารดาส่วนใหญ่มีระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ อยู่ในระดับเห็นด้วย แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ามารดาที่มีพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้บางข้อในระดับไม่เห็นด้วยหรือไม่แน่ใจ ส่วนใหญ่เป็นการรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญเพราะหากมารดาไม่มีการรับรู้พฤติกรรมการดูแลที่ไม่ถูกต้องแล้วเมื่อบุตรเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจส่วนบนแล้วส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลบุตรไม่ถูกต้องเหมาะสม อาจส่งผลให้เด็กมีอาการที่รุนแรงและลูกถามเป็นโรคปอดบวมซ้ำได้ แต่ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ส่งผลให้มารดาเด็กเกิดการรับรู้

พฤติกรรมการดูแลบุตรทั้งรายด้านและโดยรวมถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าอยู่ในระดับเห็นด้วยหรือเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่งผลให้เด็กได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้นการให้ความรู้รายบุคคลเกี่ยวกับโรคปอดบวม โดยการทำให้มารดามีความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงส่งผลให้มารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีพฤติกรรมดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา ทั้งการรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการรับรู้พฤติกรรมป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ถูกต้องเหมาะสมด้วย

ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับการศึกษาของชั้นยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด พบว่าผู้ป่วยโรคหืดภายหลังการได้รับความรู้ด้านสุขภาพในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการได้รับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภายหลังได้รับความรู้ด้านสุขภาพในสัปดาห์ที่ 6 มีค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต สูงกว่าก่อนได้รับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษณาพร (2549) ที่ศึกษา ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับการศึกษาของธีรพันธ์ (2542) ที่ศึกษา ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ หลังการให้ข้อมูลสูงกว่าก่อนการให้ข้อมูลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมมติฐานที่ 2 มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมของพฤติกรรมดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดา ภายหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง

ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 2 คือ มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดา ทั้งรายด้านและโดยรวมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการวิจัย ครั้งนี้สามารถอธิบายเหตุผลได้ดังนี้

มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำที่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ เป็นกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล ซึ่งรูปแบบในการให้ความรู้นั้นส่วนใหญ่เป็นการสอนสุขศึกษา รายกลุ่ม และเป็นการให้ความรู้ทางเดียว ไม่มีการประเมินความรู้และการรับรู้เดิมของมารดา มารดา

มีโอกาสน้อยในการซักถามปัญหา หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นต่างๆ (สุกษัยและอนุวัฒน์, 2540) นอกจากนี้ในการให้ความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล อาจทำให้มารดาได้รับเนื้อหาที่ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมและไม่เป็นระบบ เป็นการให้ความรู้จากพยาบาลหลายคน ทำให้การให้ความรู้แต่ละครั้งขาดการส่งต่อข้อมูลที่ได้ให้ความรู้แก่มารดาเด็ก ทำให้ไม่ทราบว่าข้อมูลอะไรบ้างที่มารดาได้รับการสอนไปแล้วและข้อมูลใดบ้างที่ยังไม่ได้สอน นอกจากนี้มารดาเด็กส่วนใหญ่มักเกรงใจ ไม่กล้าที่จะซักถามปัญหาหรือข้อข้องใจต่างๆ จากแพทย์หรือพยาบาล ทำให้ปัญหาหรือข้อข้องใจต่างๆ ไม่ได้รับการแก้ไข (สุกษัยและอนุวัฒน์, 2540) อาจทำให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ที่ไม่ตรงกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข

สมมติฐานที่ 3 มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยรายด้านและโดยรวมของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดา สูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ 3 คือ มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ภายหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดา ทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่ามารดาที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายเหตุผลได้ดังนี้

การให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ในมารดากลุ่มทดลอง เป็นการให้ความรู้เป็นรายบุคคล คำนึงถึงความรู้และการรับรู้เดิมของบุคคล แล้วประยุกต์ให้เหมาะสมกับมารดาแต่ละบุคคล เป็นวิธีการที่ถ่ายทอดความรู้แบบตัวต่อตัว ทำให้สามารถให้ความรู้หรือทำความเข้าใจแก่มารดาได้อย่างละเอียด สามารถสื่อสารได้สองทาง มีโอกาสซักถาม และสามารถสะท้อนให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ได้ (ดวงใจ, 2545) นอกจากนี้ยังทำให้ทราบถึงปัญหาการดูแลบุตรซึ่งจะสามารถช่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลบุตรและสามารถให้ความรู้ความเข้าใจกับมารดาได้อย่างละเอียด ซึ่งความรู้ที่ให้แก่มารดาที่เข้าร่วม โปรแกรมเกิดการเรียนรู้ทำให้มารดานำความรู้ที่ได้รับไปเชื่อมโยงกับความรู้เดิม และประสบการณ์เดิม กระตุ้นให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงในการรับรู้ ส่งผลให้มารดาที่เข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้มีพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาที่ถูกต้องทั้งในด้านพฤติกรรมการดูแลขณะป่วยและพฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวมได้ ในขณะที่มารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล ส่วนใหญ่แล้วจะเป็นการให้ความรู้รายกลุ่มหรือให้ความรู้โดยการแจกคู่มือหรือแผ่นพับให้มารดาอ่านเอง ซึ่งเป็นการให้ความรู้ทางเดียว มารดาเด็กไม่มีโอกาสได้ซักถามข้อสงสัยหรือข้อปัญหาต่างๆ ทำให้ความรู้และการรับรู้ของมารดาเด็กที่ไม่ถูกต้องไม่ได้รับการแก้ไข นอกจากนี้มารดาเด็กที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ ยังได้รับความรู้ที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มาเป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้วิจัยได้จัดทำเป็นลายลักษณ์อักษรไว้ล่วงหน้า โดยอาศัยความรู้ที่ได้จากการทบทวนเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดบวม โดยการใช้แผนการสอน อันประกอบด้วย วัตถุประสงค์ เนื้อหา กิจกรรม ผู้สอน กิจกรรมผู้เรียน สื่อการสอนและการประเมินผล ทำให้การให้ความรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เช่นเดียวกับบอภิวันท์ (2544) กล่าวว่า การให้ความรู้ทางสุขภาพจะมีประสิทธิภาพจะต้องอาศัยกระบวนการทางการศึกษา คือ การวางแผนการให้ความรู้โดยการเขียนแผนการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ ส่วนในกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล เป็นการให้ความรู้ที่ไม่ได้วางแผนและให้แบบรีบเร่ง ทำให้มารดาจะได้รับเนื้อหาที่ไม่ครบถ้วน ไม่ครอบคลุมและไม่เป็นระบบ อีกทั้งเป็นการให้ความรู้จากพยาบาลหลายคน ทำให้การให้ความรู้แต่ละครั้งขาดการส่งต่อข้อมูลที่ได้ให้ความรู้แก่มารดาเด็ก ทำให้ไม่ทราบว่าข้อมูลอะไรบ้างที่มารดาได้รับการสอนไปแล้วและข้อมูลใดบ้างที่ยังไม่ได้สอน ส่งผลให้มารดาเด็กเกิดการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม

ผู้วิจัยได้เลือกใช้สื่อการสอนประเภทภาพพลิกประกอบการให้ความรู้ ที่มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอน เพื่อช่วยดึงดูดและกระตุ้นความสนใจ (ธัญภรณ์, 2549) อีกทั้ง ภาพพลิกยังสามารถพลิกกลับไปกลับมาได้เมื่อต้องการ ทำให้ผู้วิจัยและมารดากลุ่มทดลองมีปฏิสัมพันธ์เกิดขึ้นและทราบถึงปฏิกิริยาตอบสนองของมารดา จึงก่อให้เกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้ ซึ่งการใช้สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อจะช่วยให้มองเห็นภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน มีการเคลื่อนไหวอันจะส่งผลให้มีการเรียนรู้มากขึ้น (กอบกุล, 2545) จึงทำให้มารดากลุ่มทดลองเข้าใจและรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรเพิ่มมากขึ้น และผู้วิจัยยังได้แจกคู่มือความรู้โรคปอดบวมในเด็ก เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีเนื้อหาสอดคล้องกับแผนการสอนและวีดิทัศน์ เพื่อให้มารดาได้มีเวลากลับไปทบทวนความรู้ซ้ำทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งในมารดากลุ่มควบคุมที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่จะใช้สื่อเป็นแผ่นพับในการให้ความรู้เพียงชนิดเดียว จึงทำให้ไม่สามารถดึงดูดความสนใจจากมารดาได้ ส่งผลให้มารดาไม่ให้ความสนใจ จึงทำให้การให้ความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาลไม่ประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษาของศศิธร, สลักจิต และมิตรวรา (2537) ที่ศึกษาการเปรียบเทียบผลของการสอนโดยการใช้สื่อการสอนกับการสอนตามปกติในผู้ป่วยโรคต่อหีนเป็นรายบุคคล ผลการศึกษาพบว่าการสอนโดยการใช้สื่อการสอนทำให้ผู้ป่วยโรคต่อหีนมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยโรคต่อหีนมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

นอกจากนี้ในการให้ความรู้แก่มารดาที่เข้าร่วมโปรแกรม ผู้วิจัยได้คำนึงว่าความรู้ที่ให้มารดาต้องเป็นสิ่งที่มารดาต้องการเรียนรู้ มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เนื้อหาต้อง

เสริมจากความรู้เดิม ในการให้ความรู้ได้แบ่งเนื้อหาตามแผนการสอนเป็น 2 ครั้ง และ คู่มือทัศน์ 1 ครั้ง ทำให้เกิดการรับรู้มากยิ่งขึ้น เป็นการกระตุ้นให้มารดาเด็กกลุ่มทดลองเกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้ก่อนการให้ความรู้แต่ละครั้งผู้วิจัยจะทบทวนความรู้ ความเข้าใจที่ได้ให้ไปก่อนหน้านี้แล้ว เพื่อเป็นการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ส่วนการประเมินผลใช้วิธีการซักถามและสังเกตความสนใจของมารดา ตั้งแต่ก่อนการให้ความรู้ ขณะให้ความรู้และหลังให้ความรู้ เปิดโอกาสให้มารดาได้ซักถามในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจและมีส่วนร่วมในการพูดมากกว่าการฟังอย่างเดียว ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งมีผลให้มารดาเกิดความสนใจ เปลี่ยนแปลงความรู้ และความเชื่อด้านสุขภาพที่มีอยู่เดิม ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวมที่ชัดเจนเข้าใจง่าย และทำให้มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้องเป็นกลวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้มารดาเกิดความตระหนักและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวม โดยการทำให้มารดามีการรับรู้ที่ถูกต้องตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จึงส่งผลให้มารดาที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ภายหลังการได้รับความรู้มีพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาทั้งการรับรู้การดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่ถูกต้องเหมาะสมด้วย ในขณะที่มารดากลุ่มควบคุมจะได้รับความรู้ตามที่บุคลากรทางโรงพยาบาลกำหนดที่จะให้ และให้ในเวลาที่เหมาะสมโดยไม่ได้ประเมินความต้องการที่จะเรียนรู้หรือความพร้อมของมารดา ทำให้การรับรู้ของมารดาไม่ดี

นอกเหนือจากข้อมูลที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ข้างต้นแล้ว เมื่อพิจารณาข้อมูลส่วนบุคคลของมารดากลุ่มตัวอย่างที่คาดว่าจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาในการศึกษานี้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมารดากลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นมารดาของผู้ป่วยเด็กที่ป่วยซ้ำด้วยโรคปอดบวม ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลบุตรโรคปอดบวมอยู่แล้ว เมื่อมารดากลุ่มทดลองได้รับความรู้ที่ถูกต้อง เป็นระบบ และแก้ไขการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องให้ถูกต้องเป็นการส่งเสริมให้มารดาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ในขณะที่กลุ่มควบคุมอาจจะมีความรู้และการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง แล้วไม่ได้รับการแก้ไข ซึ่งเมื่อพิจารณา ระดับความรู้โรคปอดบวม ระดับการรับรู้อาการ อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งความรู้หรือประสบการณ์เดิมในอดีตเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคล (กัลยา, 2540) อีกทั้งมารดาเด็กส่วนใหญ่รับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของบุตรครั้งนี้ว่ารุนแรงมาก ทำให้มารดาเกิดความตระหนักต่อความรุนแรงของโรคว่าอาจคุกคามต่อชีวิตของบุตร จึงให้ความสนใจการให้ความรู้ในครั้งนี้ นอกจากนี้เด็กส่วนใหญ่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยอาการตัวร้อน ไอ หรือมีน้ำมูก ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ฉะนั้นเมื่อมารดากลุ่มทดลองได้รับสิ่งเร้าเป็น โปรแกรมการให้ความรู้ จึงส่งผลให้มารดากลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งการรับรู้เป็นกระบวนการทางความคิดของมนุษย์ที่แสดงออกมาเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น โดยอาศัย

จากความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิม (กัลยา, 2540) การรับรู้มีความสำคัญมากในการกำหนดหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (สกุรัตน์, 2544) ในขณะที่มารดาในกลุ่มควบคุม แต่อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน

ผลการศึกษาที่ได้ครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเนตรณพิศ (2550) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดและครอบครัว พบว่า ภายหลังจากการศึกษา กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคหอบหืดและค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของชั้นยาภรณ์ (2549) ที่ศึกษาเรื่อง ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดภายหลังจากได้รับความรู้ด้านสุขภาพในสัปดาห์ที่ 3 และสัปดาห์ที่ 6 มีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เช่นเดียวกับการศึกษาของสุกัญญา (2547) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า ในระยะติดตามผลครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 โปรแกรมสุขศึกษามีผลทำให้ผู้ป่วยโรคคอตีบชนิดปฐมภูมิในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในด้านปัจจัยต่างๆ ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา (2541) ที่ศึกษาผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผนต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตนของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากได้รับข้อมูลทางสุขภาพ กลุ่มทดลองมีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการศึกษาที่ได้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลที่มีแบบแผน และมีวิธีการที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการกำหนดเนื้อหาที่สอดคล้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ ทำให้มารดาในกลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจและเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น ในที่ขณะมารดาในกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ที่ไม่มีแบบแผนให้ตามความพร้อมของผู้ให้ ไม่เปิดโอกาสให้ซักถาม และไม่มีการประเมินความรู้และการรับรู้ของมารดา ทำให้มารดาไม่มีความรู้ ความเข้าใจและเกิดการรับรู้ที่ไม่ถูกต้อง ผลการศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้ มีผลทำให้มีพฤติกรรมดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็กทั้งด้านการดูแลบุตรขณะป่วยและด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวมดีกว่าการได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ระหว่างกลุ่มที่เข้า ร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ และกลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างใน การศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาเด็กที่มีเด็กป่วยซ้ำด้วยโรคปอดบวมอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลพัทลุง จังหวัดพัทลุง จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะตาม คุณสมบัติที่กำหนด แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองซึ่งเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ 25 คน และกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล 25 คน และก่อนที่ผู้วิจัยจะนำข้อมูลไป วิเคราะห์ผล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ พบว่าชุดคะแนนทุกชุดเป็นไปตาม ข้อตกลงเบื้องต้น ยกเว้น ชุดคะแนนภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง ซึ่งมีการกระจายไม่เป็นไป ตามปกติ ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองออก จำนวน 4 คน โดยดูค่าสูงสุดหรือต่ำสุด จากการแจกแจงโดยใช้ box' s plot (กัลยา, 2550) จึงได้การกระจายของข้อมูลชุดนี้เป็นไปตามปกติ ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองที่นำไปวิเคราะห์ผล จำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเด็ก พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเด็กทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ มารดาทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 25 ปี กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 26.88 ปี (SD = 5.85) กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 27.68 ปี (SD = 5.72) การศึกษาของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.8 และ กลุ่มควบคุมอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 40 ส่วนการประกอบอาชีพมารดาทั้งสองกลุ่ม คือ อาชีพแม่บ้าน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท รายได้เฉลี่ยของกลุ่มทดลอง มีค่ามัธยฐานเท่ากับ 8,000 และกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐานเท่ากับ 9,000 รายได้ของทั้งสองกลุ่มอยู่ใน ระดับเพียงพอ คิดเป็น ร้อยละ 71.4 และ 76.0 ตามลำดับ จำนวนบุตร กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีบุตร

1 คน คิดเป็นร้อยละ 52.4 และกลุ่มควบคุมมีบุตร 2 คนขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 56.0 กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรอายุน้อยกว่า 5 ปีจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 85.7 และ 76.0 ตามลำดับ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีจำนวน มากกว่าหรือเท่ากับ 4 คน คิดเป็นร้อยละ 57.2 และ 68.0 ตามลำดับ การรับรู้ความรุนแรงของโรคของมารดา ทั้งกลุ่มทดลองและ กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่รับรู้ว่าจะรุนแรงมาก คิดเป็นร้อยละ 76.2 และ 72 ตามลำดับ ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดบวมและการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีของมารดาเด็ก ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับ คิดเป็นร้อยละ 66.7 และ 56.0 ตามลำดับ ระดับของความรู้โรคปอดบวมของมารดาเด็กทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 10-15 คะแนน ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.62 (SD = 2.97) และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 11.96 (SD = 2.97) และระดับการรับรู้อาการของโรคปอดบวมของมารดาเด็กของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 9-11 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 8.29 (SD = 1.84) ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนระหว่าง 0 - 8 คะแนน มีค่าเฉลี่ยของคะแนนเท่ากับ 8.32 (SD = 1.97)

จากข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาเด็กทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ อายุของเด็กกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มากกว่า 2 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 1 ปี- 2 ปี อายุเฉลี่ยของเด็กกลุ่มทดลองเท่ากับ 1.73 ปี (SD = 1.18) และอายุเฉลี่ยของเด็กกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1.69 ปี (SD = 1.14) เด็กกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 2 ขึ้นไป น้ำหนักแรกคลอดส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 3,000 กรัม ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักแรกคลอดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 3,050 กรัม (SD = 0.80) และ กลุ่มควบคุมเท่ากับ 2,990 กรัม (SD = 0.69) น้ำหนักปัจจุบันของเด็กทั้งสองกลุ่มมากกว่า 10.01 กิโลกรัม ค่ามัธยฐานของน้ำหนักปัจจุบันของกลุ่มทดลองเท่ากับ 11.00 ส่วนกลุ่มควบคุมเท่ากับ 9.50 การได้รับภูมิคุ้มกัน โรคของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ได้รับครบตามเกณฑ์ ประวัติการเจ็บป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาของทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เคยมีประวัติการเจ็บป่วยด้วยตัวร้อน หรือไอ หรือมีน้ำมูก

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำที่ได้เข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็ก หลังการทดลอง ทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็ก ทั้งรายด้านและโดยรวมไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. มารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็ก หลังการทดลอง ทั้งรายด้านและโดยรวมสูงกว่า มารดาเด็กโรคปอดบวมซ้ำที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้ความรู้ ตามโปรแกรมการให้ความรู้ด้วยตนเอง การให้ความรู้จะให้กับมารดาเด็กซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ในการให้ความรู้ไม่สามารถให้ตามเวลาที่วางไว้ เพราะบางครั้งเด็กอาจมีเหตุการณ์ต่างๆ หรือเด็กร้องกวน ที่ต้องมีมารดาเป็นผู้ดูแลคอยปลอบโยนทำให้เสียเวลาในการดำเนินการวิจัย ต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์เนื่องจากต้องรอให้มารดามีความพร้อมที่จะเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1.1 แผนการให้ความรู้โรคปอดบวม และคู่มือโรคปอดบวมในเด็ก จากการศึกษาครั้งนี้อาจนำไปประยุกต์ และพัฒนาเป็นรูปแบบการให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวมให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล และควรมีการประเมินความรู้และการรับรู้เดิมของมารดา ก่อนให้ความรู้เพื่อแก้ไขเฉพาะที่ไม่ถูกต้อง จะช่วยในการประหยัดเวลาซึ่งเหมาะสมกับสภาพของโรงพยาบาลที่มีข้อจำกัดด้านเวลาและกำลังคนที่ไม่เพียงพอ

1.2 ในการให้ความรู้แก่มารดาเด็ก ควรใช้รูปแบบการสอนที่ผสมผสานหลายวิธี เช่น การสอนโดยใช้แผนการสอนประกอบภาพพลิก การใช้สื่อวีดิทัศน์ และการสาธิต เป็นต้น เพื่อกระตุ้นให้มารดาเกิดความสนใจ เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรที่ถูกต้อง

2. ด้านการศึกษา

การเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาล ควรเน้นให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการประเมินความรู้และการรับรู้เดิมของบุคคล เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการสอนผู้ป่วยหรือผู้รับบริการและส่งเสริมให้นักศึกษาได้จัดทำสื่อต่างๆ เช่น ภาพพลิก หนังสือคู่มือ เพื่อประกอบการสอนช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเกิดความรู้และการรับรู้ที่ถูกต้อง

3. ด้านการบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ เกี่ยวกับ โปรแกรมการให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวม ไปประกอบการพิจารณากำหนดนโยบาย หรือจัดสอนในโรงพยาบาลเพื่อส่งเสริมตามนโยบายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งเป็นการส่งเสริมให้มารดาเด็กหรือผู้ดูแลเด็กเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดบวม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาวเพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลบุตรและติดตามการกลับเป็นซ้ำด้วยโรคปอดบวมของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2549). การประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจและโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีในชุมชนปี 2548. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ. (2540). แผนงานควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก สรุปผลงาน พ.ศ. 2533-2540. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กันยา กาญจนบุรานนท์. (2543). วิธีการสุศึกษา. เอกสารการสอนชุดวิชาการสาธารณสุข 2 หน่วยที่ 8-15. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. นนทบุรี: โรงพิมพ์สุโขทัยธรรมมาธิราช.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2550). สถิติสำหรับงานวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- กัลยา สุวรรณแสง. (2540). จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์รวมสาสน์.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรขา. (2549). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- กลุ่มงานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. (2546). บทเรียนการบริหารผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กลุ่มโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. (2549). แนวทางการบริหารโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- กานดา วัฒนภาส และคณะ. (2536). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กอบกุล สุคนธวารินทร์. (2545). ผลของการให้ความรู้เรื่องโรคหาลัสซิมียในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นพาหะโรคหาลัสซิมียและคู่สมรส โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ กระบวนการกลุ่ม และใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับกระบวนการกลุ่ม. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา สถาบันราชภัฏอุดรดิตถ์, อุดรดิตถ์.

- จริยาวัตร คมพักษณ์. (2542). ใ้การพยาบาลด้วยการสอนสุขภาพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 14(3), 1-9.
- จันทร์พิมพ์ สายสมร. (2532). *การใช้สื่อการสอนสุขภาพอนามัย*. เอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่ 8-15. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: โรงพิมพ์สุโขทัยธรรมาธิราช.
- จินตนา วัชรสินธุ์. (2550). *ทฤษฎี การพยาบาลครอบครัวขั้นสูง*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์. (2538). *ทัศนคติ ความเชื่อ และพฤติกรรม : การวัด การพยากรณ์ และการเปลี่ยนแปลง* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สามดีการพิมพ์.
- จุฑามาศ เกลิมผล. (2540). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากร ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาเพื่อป้องกันโรคขาดสารอาหาร ไอ โอดีน*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (2541). *การสอนสุขศึกษาในสถานบริการสาธารณสุข*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์พระธรรมจันทร์.
- ดวงใจ รัตนัญญา. (2545). *สุขศึกษา: หลักและกระบวนการเพื่อส่งเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยรายวัน.
- ดารณี วิริยกิจจา, ศิริรัตน์ เตชะธวัช และสุภาพ รอนสีก. (2544). คุณลักษณะประชากร ความรู้และพฤติกรรม ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการเกิดโรคหวัดและโรคปอดบวม ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จังหวัดอ่างทอง ปี 2542. *โรงพยาบาลโรคทรวงอก*, 6(2), 20-38.
- ดารุณี คงหอม. (2540). *การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการป้องกันโรคปอดอักเสบของมารดาในการเลี้ยงบุตรอายุ 2-5 ปี* อ.บางแก้ว จ.พัทลุง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ถนอมขวัญ คำปาน. (2539). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการลดภาวะเสี่ยงโรคหลอดเลือดหัวใจในสตรีอายุระหว่าง 35-45 ปี ในเขตเทศบาลเมือง จังหวัดระยอง*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ทรงพล ต่อณี และประทีน จาดताल. (2540). *ความรู้ การรับรู้และการปฏิบัติตนของมารดาในการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ. รายงานการสัมมนา ระดับชาติครั้งที่ 4 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ ในเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

- ทิพย์ภา เชษฐชูชาวลิต. (2541). *จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ชั้นยากรณ์ โพธิ์ถาวร. (2549). *ผลของการให้ความรู้ด้านสุขภาพต่อการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ. (2544). Community Acquired Pneumonia. ใน อรุณวรรณ พฤทธิพันธุ์, คุณิต สถาวร, จิตลัดดา ดีโรจนวงศ์ และธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ (บรรณาธิการ), *Pediatric Pulmonary & Respiratory Care* เล่ม 1. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. (2542). *ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- นวลจันทร์ ปราบพาล และจิตลัดดา ดีโรจนวงศ์. (บรรณาธิการ). (2549). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: หนังสือดีวัน จำกัด.
- นที เกื้อกุลกิจการ. (2541). *การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นิลุบล ไทยรัตน์. (2543). *พฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอแม่ริณ จังหวัดเชียงใหม่*. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- เนตรณพิศ ชาวसान. (2550). *ผลของการให้ความรู้ต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดและครอบครัว*. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- บุษบง โภควิเชียร. (2533). *ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก ชุมชนเขตบางเตย กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปรีศนี ศรีวิชัย. (2540). *ความเชื่อและพฤติกรรมการดูแลบุตร อายุ 0-5 ปี เมื่อติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ ของมารดาชาวเขาเผ่าม้ง ในหมู่บ้านพญาพิภักดิ์ ตำบลยางฮอม อำเภอขุนตาล จังหวัดเชียงราย*. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- ประกริต รัชวัตร. (2536). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่มีบุตรป่วยและไม่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์โอเดียนสโตร์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. (2534). *พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา*. กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประมวญ สุนากร และลดดาวัลย์ ชื่นจิตร์. (2540). *โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก* ใน ประมวญ สุนากร และสุจิตรา นิมนานิตย์ (บรรณาธิการ), *ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย* (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพมหานคร: บริษัทไอซ์จำกัด.
- ประมวล สุนากร. (2540). *เด็กไทยได้รับยาปฏิชีวนะรักษาหวัดเกินความจำเป็น*. *คลินิก*, 13(2): 89-93.
- พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. (2546). *ผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มระดับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- พรพิมล พุกฤษ์ประเสริฐ. (2550). *การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน*. ใน ประยงค์ เวชนิชสนอง และวนพร อนันตเสรี (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ทั่วไป*. สงขลา: ซานเมืองการพิมพ์.
- พลเลิศ พันธุ์ธนากุล. (2536). *การรักษาโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยเด็กอย่างมีขั้นตอน*. *รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- พันทิพย์ รามสูต. (2531). *ข้อเสนอสำหรับแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ*. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข*, 6, 394-412.
- พิศวาส ศรีอรุณ. (2535). *ปัจจัยเสี่ยงของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่โรงพยาบาลเด็ก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- มาณี ปิยะอนันต์. (2548). *นมแม่*. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.

- ยมศิริ นาวานุรักษ์. (2535). *ประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคคอตีบและทอลซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก กองตรวจรักษาผู้ป่วยรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.*
- เขวลักษณ์ เสรีเสถียร. (2531). *เสาะหามาให้: สอนผู้ป่วยอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ. วารสารพยาบาล, 37(1), 55-58.*
- เขวลักษณ์ สังข์ศิริ. (2543). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลยะลา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการระบาด บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.*
- เรณูวรรณ หาญวาทย์. (บรรณาธิการ). (2540). *อนามัยชุมชน เล่ม 1. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.*
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ และมณีรัตน์ ภูวนันท์. (2550). *การให้อาหารทารก. ใน ประยงค์ เวชนิชสนอง และวนพร อนันตเสรี (บรรณาธิการ), กุมารเวชศาสตร์ทั่วไป. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.*
- วนพร อนันตเสรี. (2550). *ปอดอักเสบ. ใน ประยงค์ เวชนิชสนอง และวนพร อนันตเสรี (บรรณาธิการ), กุมารเวชศาสตร์ทั่วไป. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.*
- วนิดา อินทราชา. (2538). *ผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเฉียบพลัน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และสัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- วิทัศน์ จันทร์โพธิ์ศรี และคณะ. (2537). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กอายุ 0 - 5 ปี ในชุมชนชนบทอีสาน. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์, 17(1), 62-70.*
- เวชระเบียนสถิติโรงพยาบาลพัทลุง. (2548). *สถิติผู้ป่วยเด็กโรคปอดบวม โรงพยาบาลพัทลุง. พัทลุง: สำนักงานสาธารณสุขพัทลุง.*
- ศศิธร อินทขุง, สลักจิต ศรีมงคล และมิตรวรา สิงห์ทอง. (2537). *การศึกษาเปรียบเทียบผลของการสอนโดยใช้สื่อการสอนกับการสอนตามปกติในผู้ป่วยโรคคอตีบ. รายงานการวิจัยงานบริการพยาบาล โรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.*
- ศิราณี อิ่มน้ำขาว. (2548). *การรับรู้อาการและแบบแผนการดูแลเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.*

- ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์. (2536). *อิทธิพลการรับรู้ของมารดาที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ*. จ.ราชบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริรัตน์ โกศลวัฒน์. (2548). *มนทัศน์พื้นฐานทางการพยาบาล*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ศุภชัย คุณรัตน์พฤกษ์ และอนุวัฒน์ ศุภชติกุล. (2540). *การพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพสำหรับประเทศไทยในอนาคต*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สมจิต เกียรติวัฒน์เจริญ. (2541). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สมจิต หนูเจริญ และคณะ. (2543). *การส่งเสริมสุขภาพ*. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมชาย สุพันธ์วิช และกาญจนา สุพันธ์วิช. (2527). *การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ*. กรุงเทพมหานคร: ธนการพิมพ์.
- สมนึก เลิศสุโกวณิชย์, วัชรวิ สารินบุตร และสุนันทา สีโท. (2546). *ปัจจัยเสี่ยงของโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชายแดนภาคเหนือตอนบน*. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 12, 995-1001.
- สมรึก รังคกุลณวัฒน์. (2543). *ปอดอักเสบในเด็ก*. ใน ชายชาญ โพธิรัตน์ (บรรณาธิการ), *ปอดอักเสบ 2000* (พิมพ์ครั้งที่ 2), กรุงเทพมหานคร: ธนบรรณการพิมพ์.
- สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และอุษาวดี จันทรสุนธิ. (2537). *การวัดและการประเมินผลในชั้นเรียน: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติ วิจัย และการประเมินผลการศึกษา. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. นนทบุรี: โรงพิมพ์สุโขทัยธรรมาธิราช.
- สกุลรัตน์ ศิริกุล. (2544). *การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือนในจังหวัดนครสวรรค์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล. (2548). *อย่าประมาท เมื่อลูกเป็นหวัด*. ใน *ความรู้เพื่อชีวิต: สารสำคัญเพื่อการปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.

- สังวาล เจริญรบ และดร.ณิ โปธิศรี. (2540). ความรู้ การปฏิบัติตัว เมื่อเด็กป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กของผู้ดูแลเด็ก 0-5 ปี จังหวัดร้อยเอ็ด พ.ศ. 2538. รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 4 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- สายชล จันทร์วิจิตร. (2539). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการผ่อนคลายต่อการฟื้นสภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดไต. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุกัญญา ศรีสง่า. (2547). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองและผลการรักษาของผู้ป่วยโรคต่อหินชนิดปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาบริหารบริการสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, อุบลราชธานี.
- สุจรรยา ทั้งทอง. (2541). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจของมารดาในชนบท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สุจิตรา นิมมานนิตย์ และประมวญ สุนากร. (บรรณาธิการ). (2540). ปัญหาโรคเด็กที่พบบ่อย (พิมพ์ครั้งที่ 12). กรุงเทพมหานคร: บริษัทไอซ์จำกัด.
- สุดาชา ศรีทิพวรรณ. (2549). Childhood Pneumonia. ใน สุดาชา ศรีทิพวรรณ, ชัยณู พันธุ์เจริญ และอุษา ทิสยากร (บรรณาธิการ), *Pediatric: Rational Management in Medical Practice*. กรุงเทพมหานคร: ธนาเพรส.
- สุดาวดี อเนก. (2544). ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวม เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุทธิพันธ์ สารสมบัติ. (2537). อิมมูโนวิทยา. กรุงเทพมหานคร: เค. พี. พรินต์ติ้ง จำกัด.
- สุพัตรา ไตรอุดมศรี. (2541). ผลของการให้ข้อมูลทางสุขภาพตามแผน ต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพลังอำนาจภายในตน ของผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุภรี สุวรรณจุฑะ. (2540). โรคติดเชื้อของระบบหายใจส่วนล่าง. ใน วันดี วราวิทย์ (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทโอสถติกฟัพบลิชชิ่ง จำกัด.

- สุกรี สุวรรณจูฑะ. (2547). ปอดอักเสบ. ใน ชีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ, สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์, สราวุธ สุภาพรรณชาติ, สุรเดช หงส์อิง และสุรางค์ เจียมจรรยา (บรรณาธิการ), *คู่มือกุมารเวชศาสตร์ฉุกเฉิน* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: พิมพ์สวย.
- สุภาภรณ์ มิตรภานนท์. (2538). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด*. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาโรคติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุวรรณา เรื่องกาญจนเศรษฐ์, สุกรี สุวรรณจูฑะ และชีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ. (2536). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราการตายและพยาธิสภาพของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี. รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานระบาดวิทยา. (2548). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค*. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อรวรรณ ปราสาทสุวรรณ. (2531). *ประสิทธิผลของการให้คำแนะนำตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพแก่มารดาผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อัจฉรา ชีรรัตน์กุล. (2534). *การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเสียชีวิตด้วยโรคปอดบวมของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี. รายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 3 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์. (2544). *การเขียนแผนการให้ความรู้ทางสุขภาพ*. ชลบุรี: ชลบุรีการพิมพ์.
- อารยา ประเสริฐชัย. (2536). *พฤติกรรมการรักษาของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ : กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- อ้อมจิต ว่องวานิช. (2535). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลเด็ก*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- Aligne, C. A., & Stoddard, J. J. (1997). *Tobacco and children: An economics evaluation of the medical effects of parental smoking*. Retrieved November 5, 2006, from <http://www.arch/pediatr Adolesc Med.oa6346.htm>.

- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Becker, M. H. (1978). Compliance with a medical regimen for asthma: A Test of Health Belief Model. *Journal of Public Health Reports*, 93, 268-277.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and Medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.
- Becker, M. H., Drachman, R. H., & Kirscht, J. P. (1974). A new approach to explaining sick-role behavior in low income population. *American Journal of Public Health*, 64, 205-216.
- Bethea, L. H. (1998). *Smoking mom; Possible cause of asthma in children*. Retrieved November 5, 2006, from <http://www.allergyasthma.com/archives/asthma21.html>.
- Broor, S., Pandey, R. M., Ghosh, M., Maitreyi, R.S., Lodha, R., Singhal, T., et al. (2001). Risk factors for severe acute lower respiratory tract infection in under-five children. *Indian Pediatric*. 38, 1361-1369.
- Cerqueiro, M. C., Murtagh, P., Halac, A., Avila, M., & Weissenbacher, M. (1990). Epidemiologic risk factors for children with acute lower respiratory tract infection in Buenos Aires, Argentina: A matched case-control study. *Reviews of Infectious Diseases*, 12, 1021-1028.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Thorofare, NJ: Erlbaum.
- Conlon, M. (1991). *Minimization software*. (User's guide).
- Cushing, A. H., Samet, J. M., Lambert, W. E., Skipper, B. J., Hunt, W. C., Young, S. A., et al. (1998). Breastfeeding reduces risk of respiratory illness in infants. *American Journal of Epidemiology*, 147, 863-870.
- Czervinske, M. P., & Barnhart, S. L. (2003). Pediatric airway disorders and parenchymal lung diseases. In *Perinatal and Pediatric Respiratory Care* (2nd ed). London: Saunders.
- Fredette, S. L. (1990). A model for improving cancer patient education. *Cancer Nursing*, 13, 207-215.
- Galvez, C. A., Modeste, N., Lee, J. W., Betancourt, H., & Wilkins, R. L. (2002). Peruvian mothers' knowledge and recognition of pneumonia in children under 5 years of age. *American Journal Public Health*, 11, 99-108.
- Hart, C. (1982). *Child care in general practice* (2nd ed.). Singapore: Churchill Livingstone.

- Heikkinen, T., & Jarvinen, A. (2003). The common cold. *Lancet*, 361(9351), 51-59.
- Hui, H. (2000). *Risk factors of pneumonia among children under five years of age at Queen Sirikit National institute of child health Bangkok, Thailand*. Unpublished master's thesis, Mahidol University.
- Janz, N. H., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11(1), 1-47.
- KidsHealth. Org. (2001). *Pneumonia*. Retrieved November 5, 2006, from <http://www.KidsHealth.Org./pneumonia.html>.
- King, J. (1984). The health belief model. *Nursing Time*. 80(24), 53-55.
- Kirscht, J. P. (1974). The health belief model and illness behavior. *Health Education Monographs*, 2, 387-405.
- Koch, A., Molbak, K., Homoe, P., Sorensen, P., Hjuler, T., Ehmer, M., et al. (2003). Risk factors for acute respiratory tract infections in young Greenlandic children. *American Journal of Epidemiology*, 158, 374-384.
- Margolis, P., & Gadomski, A. (1998). Does this infant have pneumonia? *Journal of the American Medical Association*, 279, 308-313.
- Munro, B. H. (2001). *Statistical methods for health care research* (4th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Nancy, B., & Susan, K. (2001). *The practice of nursing research* (4th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- National Institute of Allergy and Infectious Disease. (1999). *The Common cold*. Retrieved November 5, 2006, from <http://www.Wellness update 1999/commoncold>.
- Palafox, M., Guiscafre, H., Reyes, H., Munoz, O., & Martinez, H. (2000). Diagnostic value of tachynea in pneumonia define radiologically. *Archives of Disease in Childhood*, 82, 41-45.
- Palank, C. L. (1991). Determinants of health promotion behavior. *Nursing Clinics of North America*, 26, 815-831.
- Punthmathrith, B. (2002). Minimization: A great method for balancing of prognostic factors in randomized controlled trials. *Thai Journal of Nursing Research*, 6, 156-161.

- Resenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. In Becker, M. H. (Ed.), *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Charles B. Slack.
- Salazar, M. K. (1991). Comparison of Four Behavioral Theories: A Literature review. *American Association Occupational Health Nurse Journal*, 39, 128-135.
- Sandora, T. J., & Harper, M. B. (2005). Pneumonia in hospitalized children. *Pediatric Clinic North America*, 52, 1059-1081.
- Siritantikorn, S., Puthavathana, P., Suwanjutha, S., Chantarojanasiri, T., Sunakorn, P., Ratanadilok, N. P. T., et al. (2002). Acute viral lower respiratory infections in children in a rural community in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 85, 1167-1175.
- Suwanjutha, S., Sunakorn, P., Chantarojanasiri, T., Siritantikorn, S., Nawanoparatkul, S., Rattanadilok, N. P. T., et al. (2002). Respiratory syncytial virus-associated lower respiratory tract infection in under-5-year-old children in a rural community of central Thailand, a population-based study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 85, 1111-1119.
- Tones, K., & Tilford, S. (1994). *Health education: Effectiveness, efficiency and equity*. (2nd ed.). London: Chapman & Hall.
- Tupasi, T. E., Velmonte, M. A., Sanvictores, M. E., Abraham, L., De Leon, L. E., & Tan, S. A., et al. (1988). Determinant of morbidity and mortality due to acute respiratory infection. *The Journal Infectious Disease*, 157, 615-623.
- UNICEF. (1993). *Control of ARI from UNICEF Perspective*. USA: Oxford University Press.
- UNICEF. (1998). *The state of the World' Children 1998*. USA: Oxford University Press.
- Victora, C. G., Smith, P. G., Vaughan, J. P., Barros, F. C., & Fuchs, S. C. (1989). Risk factors for deaths due to respiratory infections among Brazilian Infants. *International Journal of Epidemiology*, 18, 918-925.
- Victora, C. G., Fuchs, S. C., Flores, J. C., Fonseca, W., & Kirkwood, B. (1994). Risk factors for pneumonia among children in a Brazilian Metropolitan Area. *American Academy of Pediatrics*, 93, 977-985.
- World Health Organization. (1994). *Out patient management of young children with ARI*. Switzerland: WHO Publication.

World Health Organization. (1995). *The management of acute respiratory infections in children: Practice guidelines for outpatient care*. Switzerland: WHO Publication.

World Health Organization. (1998). *Fifty facts from the World Health Report 1998*. Retrieved November 20, 2006, from <http://www.who.int/whr/1998/factsheet.html>.

World Health Organization. (2002). *World Health Report*. Switzerland: WHO Publication.

World Health Organization. (2003). *World Health Report*. Switzerland: WHO Publication.

ภาคผนวก ก

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณค่า effect size โดยใช้สูตรคำนวณค่า effect size โดยใช้สูตรของโคเฮน (Cohen, 1988) ดังนี้

$$ES = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\text{Pooled SD}}$$

$$\text{Pooled SD} = \sqrt{[\text{SD}_1^2 + \text{SD}_2^2]/2}$$

แทนค่าในสูตร จากผลการศึกษาของบุษบง (2533)

ผลการศึกษาได้ค่า $\bar{X}_1 = 286.37$ $\bar{X}_2 = 212.60$

$$\text{SD}_1 = 45.74 \quad \text{SD}_2 = 66.90$$

แทนค่าในสูตร $\text{Pooled SD} = \sqrt{[(45.74)^2 + (66.90)^2]/2}$

$$= \sqrt{[2092.14 + 4475.61]/2}$$

$$= \sqrt{6567.75/2}$$

$$= 57.30$$

$$ES = \frac{286.37 - 212.60}{57.30}$$

$$= 1.28$$

ภาคผนวก ข

แบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ดิฉัน นางสาวจิรภา ชุมจันทร์ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจทำการวิจัยเกี่ยวกับ “ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ” โดยมี รศ. ดร. ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร และ ผศ. ดร. นุชกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ ที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้และได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล เพื่อนำความรู้ที่ได้จากการวิจัยไปพัฒนาเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่มารดาเพื่อป้องกันโรคปอดบวมในเด็กได้ถูกต้อง ดิฉันขอแจ้งว่าโครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมแล้ว และขอเชิญชวนให้ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจของท่านและไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ตามจะไม่ มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านและการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่บุตรของท่านจะได้รับ

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ท่านและบุตรจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์มินิไมเซชัน ถ้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์จัดให้ท่านเข้ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้วิจัยจะดำเนินการตามโปรแกรมการให้ความรู้เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน วันละ 30 - 45 นาที ถ้าโปรแกรมคอมพิวเตอร์จัดให้ท่านเข้ากลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาล ท่านจะได้รับความรู้จากทีมสุขภาพตามปกติ ในกรณีที่ท่านถูกสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม แต่ต้องการได้รับความรู้ตามโปรแกรมการให้ความรู้ ผู้วิจัยจะดำเนินการให้หลังเสร็จสิ้นการทดลองครั้งนี้แล้ว ท่านจะถูกขอให้ตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง คือ ในวันที่ 1 และวันที่ 3 ของการวิจัย ในกรณีที่ท่านไม่พึงพอใจขณะเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอด ซึ่งท่านและบุตรของท่านจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ และบุตรของท่านยังคงได้รับการบริการทางการแพทย์ตามปกติ ข้อมูลที่ได้จากท่านจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในรูปแบบผลการวิจัยเท่านั้น หากท่านมีความสงสัยประการใดสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาทางโทรศัพท์ 086-6973703

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ภาคผนวก ค
ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที (t-test)

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

ก่อนที่จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ไปทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัยก่อน ซึ่งสถิติที่ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การทดสอบที (t-test) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของ t-test ซึ่งประกอบด้วย

1. การกระจายข้อมูลเป็นไปตามปกติ (normal distribution)

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยดูจากค่า Z-value ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล ซึ่งค่าที่ยอมรับได้จะต้องไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z < 1.96$; $p > .05$) (Munro, 2001) เมื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาทดสอบ พบว่า ข้อมูลทุกชุดได้ค่า z-value ไม่เกิน 1.96 (ตาราง 9 – ตาราง 12) ยกเว้นชุดคะแนนภายหลังการทดลองของกลุ่มทดลองทั้งรายด้านการรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย ด้านการรับรู้พฤติกรรมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำและโดยรวม ซึ่งได้ค่า z-value ของ skewness เท่ากับ 2.74, 2.38 และ 2.72 ตามลำดับ ซึ่งผลของค่าสถิติไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลของคะแนนดังกล่าวมาแจกแจงเพื่อดูค่าต่ำสุดหรือสูงสุด (outlier) โดยใช้ box' s plot (กัลยา, 2550) พบว่า มีคะแนนที่แตกต่างจากกลุ่มจำนวน 4 คน (ภาพ 4) ผู้วิจัยจึงตัดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 คนออกและนำข้อมูลมาทดสอบการกระจายของข้อมูลใหม่ พบว่าข้อมูลภายหลังการตัดกลุ่มตัวอย่างออกได้ค่า z-value ไม่เกิน 1.96 นั่นคือ ชุดคะแนนที่ได้นำไปวิเคราะห์ผลด้วยค่าสถิติที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำไปวิเคราะห์ผล จำนวน 21 คน

2. ตัวแปรที่ใช้ต้องมีระดับการวัดเป็นมาตราช่วง (interval scale)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้พฤติกรรมดูแลบุตร ซึ่งเป็น likert scale ข้อมูลที่ได้จะเป็นมาตราช่วง คือ ค่าคะแนน ระหว่าง 1-5 ดังนั้น ชุดของคะแนนที่นำไปวิเคราะห์ผลด้วยค่าสถิติที่ จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

3. ความแปรปรวนของประชากรต้องเท่ากัน

ถ้าขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากันหรือใกล้เคียงกันก็ถือว่าความแปรปรวนของประชากรเท่ากัน ($\sigma_1 = \sigma_2$) (Nancy & Susan, 1998) การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 21 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน ซึ่งมีขนาดใกล้เคียงกันถือว่าความแปรปรวนของประชากรเท่ากัน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

4. ความเป็นอิสระของกลุ่มตัวอย่าง (*independent, random sampling*)

ความเป็นอิสระของกลุ่มตัวอย่าง หมายถึง การที่กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีโอกาสที่จะถูกสุ่มเข้ากลุ่มเท่าๆกัน (Nancy & Susan, 2001) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนด จากนั้นใช้วิธีการสุ่ม (randomization) ด้วยโปรแกรมมินิไมเซชัน (minimization) โดยกลุ่มตัวอย่าง 10 คนแรก ผู้วิจัยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มเมื่อมีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าตามคุณสมบัติ หลังจากนั้นใช้โปรแกรมมินิไมเซชัน (minimization) เพื่อควบคุมปัจจัยที่คาดว่าจะมีผลต่อผลการทดลอง (prognostic factors) ได้แก่ ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคปอดบวม ระดับความรู้โรคปอดบวมและระดับการรับรู้อาการของโรคปอดบวม จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 50 คน เป็นกลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มควบคุม 25 คน

ตาราง 9

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ($N = 25$)

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ ของมารดา	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	z-value	Statistic	z-value
ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย	.41	.89	.53	.58
ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	.42	.90	.95	1.05
โดยรวม	.56	1.21	.27	.30

SE ของ Skewness = .464, Kurtosis = .902

สูตรการคำนวณค่า z-value = $\frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$

* $p < .05$

ตาราง 10

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง ($N = 21$)

	Skewness		Kurtosis	
	Statistic (z-value) ก่อนตัด (n=25)	Statistic (z-value) หลังตัด (n=21)	Statistic (z-value) ก่อนตัด (n=25)	Statistic (z-value) หลังตัด (n=21)
พฤติกรรมควบคุมดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา	1.27 (2.74) *	.04 (.08)	.99 (1.09)	.02 (.02)
ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย	1.11 (2.38)*	.59 (1.18)	.94 (.96)	.36 (.39)
ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	1.27 (2.72)*	.33 (.66)	1.14 (1.26)	.66 (1.38)
โดยรวม				

SE ก่อนตัด ของ Skewness = .464, Kurtosis = .902

SE หลังตัด ของ Skewness = .501, Kurtosis = .972

สูตรการคำนวณค่า z-value =

$$\frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$$

* $p < .05$

ตาราง 11

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ($N = 25$)

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ ของมารดา	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	z-value	Statistic	z-value
ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย	.47	1.01	.68	.75
ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	.42	.91	.14	.15
โดยรวม	.52	1.11	.42	.47

SE ของ Skewness = .464, Kurtosis = .902

$$\text{สูตรการคำนวณค่า } z\text{-value} = \frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$$

* $p < .05$

ตาราง 12

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ($N = 25$)

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ ของมารดา	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	z-value	Statistic	z-value
ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย	.91	1.96	.77	.85
ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	.23	.49	.79	.88
โดยรวม	.59	1.28	.55	.06

SE ของ Skewness = .464, Kurtosis = .902

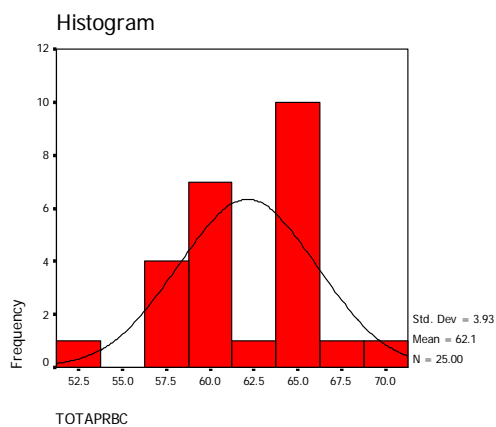
$$\text{สูตรการคำนวณค่า } z\text{-value} = \frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$$

* $p < .05$

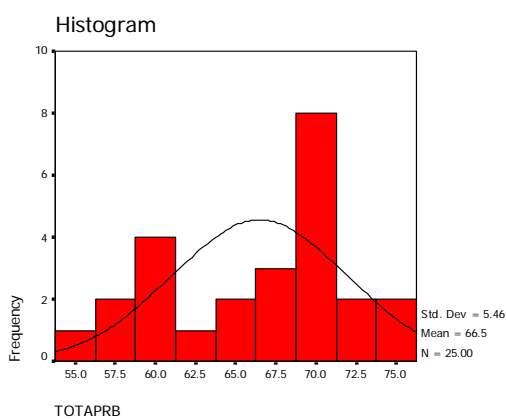
ภาพ 4

กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา
ของกลุ่มทดลอง

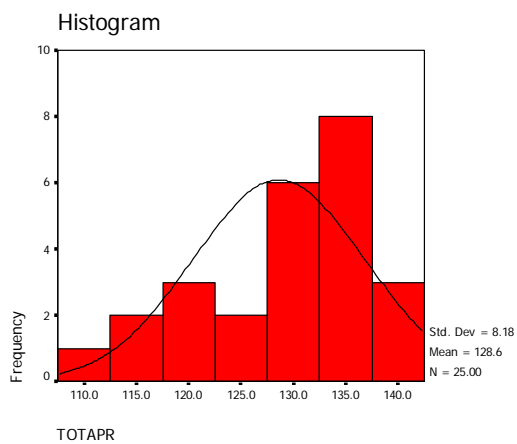
ก่อนการทดลอง (N = 25)



ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย



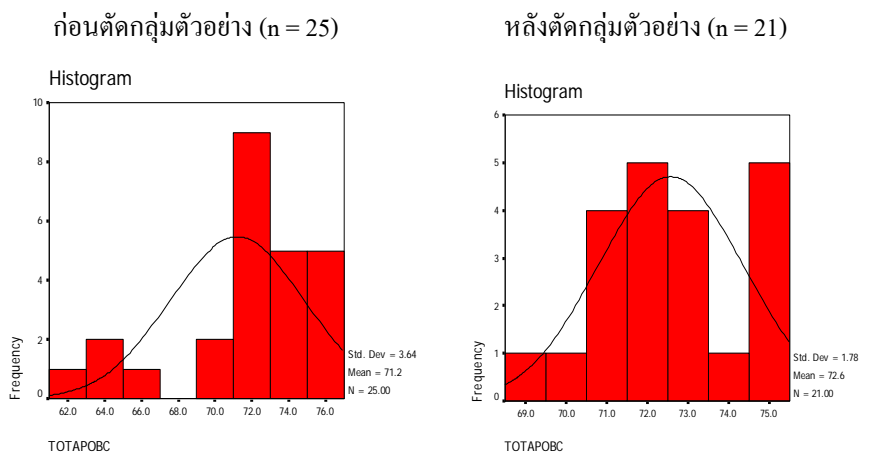
ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ



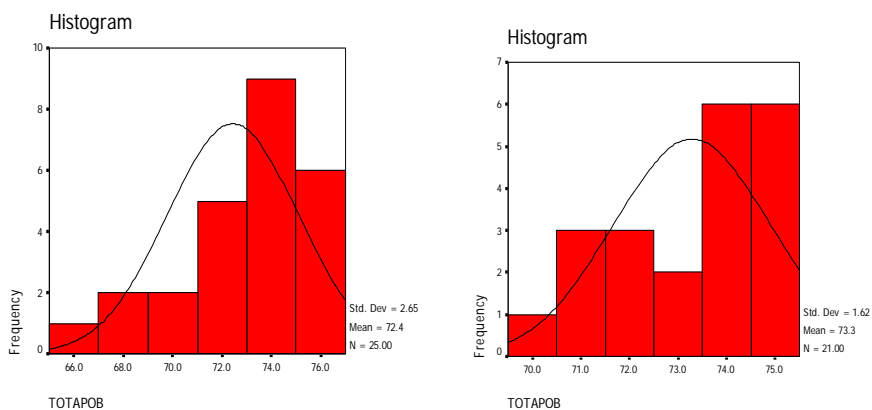
พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้โดยรวม

ภาพ 5

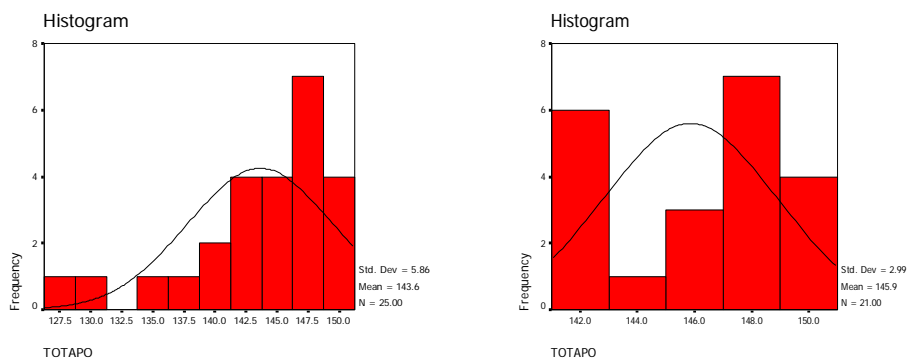
กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา
ของกลุ่มทดลอง
หลังการทดลอง



ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย



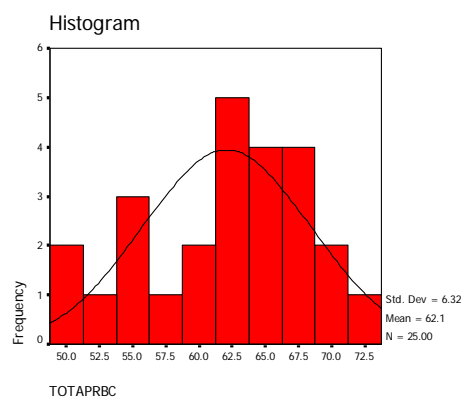
ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ



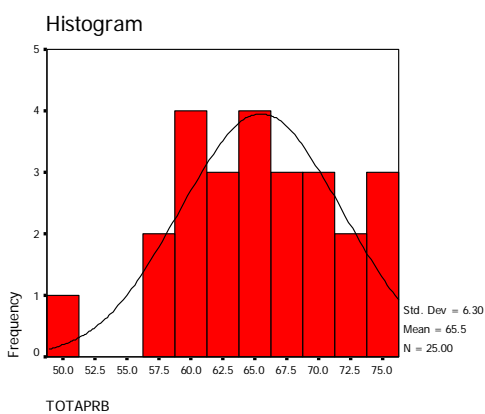
พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้โดยรวม

ภาพ 6

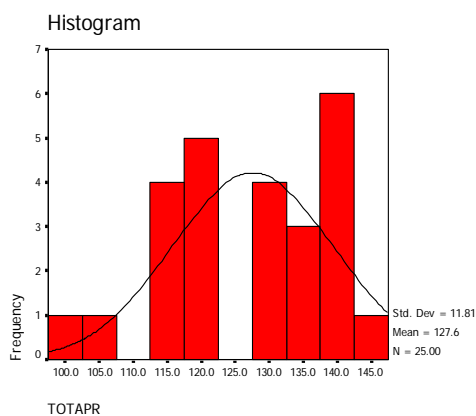
กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (N = 25)



ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย



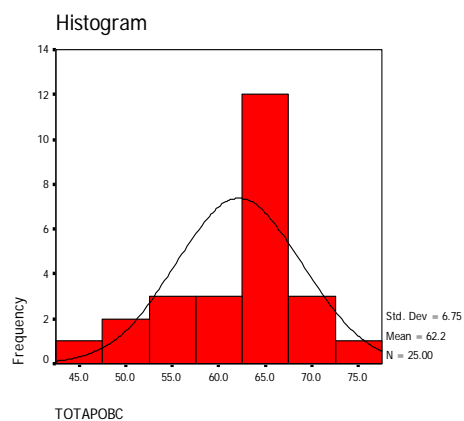
ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ



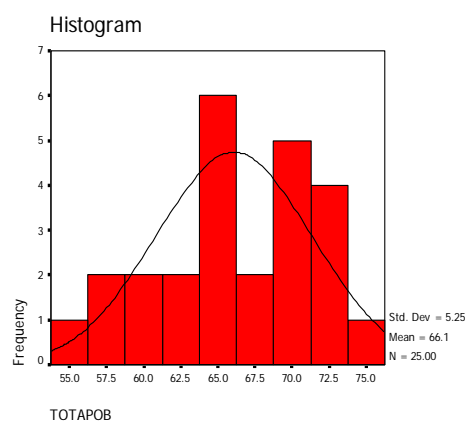
พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้โดยรวม

ภาพ 7

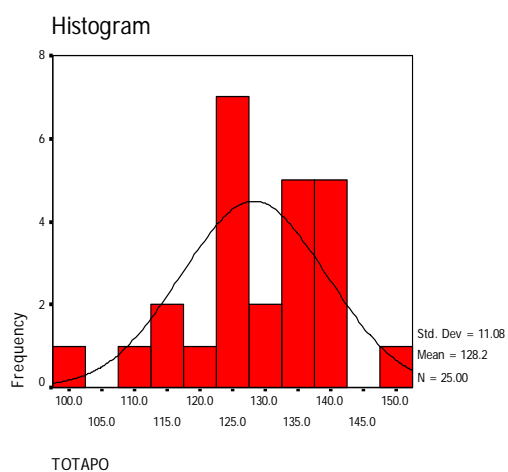
กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดาของกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (N = 25)



ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย



ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ



พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้โดยรวม

ตาราง 13

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง
ก่อนการทดลอง ($N=21$)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	z-value	Statistic	z-value
มารดา				
อายุ	.66	1.31	.95	.97
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว	2.24	4.46*	5.34	5.49*
จำนวนบุตร	1.48	2.96*	2.54	2.61*
จำนวนบุตรอายุน้อยกว่า 5 ปี	2.20	4.40*	3.14	3.24*
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	.91	1.82	.30	.31
ความรู้โรคปอดบวม	.41	.82	.64	.66
การรับรู้อาการของโรคปอดบวม	.25	.51	.74	.76
เด็ก				
อายุ	.33	.65	.30	.30
น้ำหนักแรกเกิด	.38	.77	.84	.87
น้ำหนักปัจจุบัน	.91	1.81	1.26	1.30

SE ของ Skewness = .501, Kurtosis = .972

สูตรการคำนวณค่า z-value = $\frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$

* $p < .05$

ตาราง 14

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม
ก่อนการทดลอง (N = 25)

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง	Skewness		Kurtosis	
	Statistic	z-value	Statistic	z-value
มารดา				
อายุ	.06	.14	1.23	1.35
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว	2.50	5.38*	8.39	9.28*
จำนวนบุตร	.97	2.08*	2.08	.69
จำนวนบุตรอายุน้อยกว่า 5 ปี	1.86	4.01*	2.94	3.26*
จำนวนสมาชิกในครอบครัว	.53	1.13	1.13	.25
ความรู้โรคปอดบวม	.14	.29	.29	.52
การรับรู้อาการของโรคปอดบวม	2.18	4.70*	4.70	7.89*
เด็ก				
อายุ	.70	1.51	.61	.67
น้ำหนักแรกเกิด	.80	1.72	.97	1.08
น้ำหนักปัจจุบัน	1.41	3.06*	3.91	4.33*

SE ของ Skewness = .464, Kurtosis = .902

สูตรการคำนวณค่า z-value = $\frac{\text{Statistic}}{\text{SE}}$

* p < .05

ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 15

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าต่ำสุดและสูงสุดของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 21)				กลุ่มควบคุม (n = 25)			
	Mean	SD	Median	Min - Max	Mean	SD	Median	Min - Max
มารดา								
อายุ (ปี)	27.10	5.89	-	19-38	27.68	5.72	-	20-37
รายได้เฉลี่ยของ ครอบครัว (บาท/เดือน)	11,095	8,950	8,000	3,000- 40,000	10,624	7,694	9,000	2,000- 40,000
จำนวนบุตร (คน)	1.62	.80	1.00	1-4	1.76	.83	2.00	1-4
จำนวนบุตรอายุ น้อยกว่า 5 ปี (คน)	1.14	.39	1.00	1-2	1.28	.54	1.00	1-3
จำนวนสมาชิกใน ครอบครัว (คน)	3.95	1.07	-	3-6	4.28	1.30	-	2-7
เด็ก								
อายุ (ปี)	1.73	1.18	-	1/12- 4 3/12	1.68	1.14	-	11/12- 4
น้ำหนักแรกเกิด (กรัม)	3,050	.26	-	2,670- 3,600	2,990	.69	-	1,190- 4,100
น้ำหนักปัจจุบัน (กิโลกรัม)	10.59	2.74	11.00	6.50- 18.00	10.53	4.55	9.50	3.00- 25.50

ตาราง 16

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา เป็นรายข้อ หลังการทดลองของกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมการให้ความรู้และกลุ่มที่ได้รับความรู้ตามปกติของโรงพยาบาล

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา	กลุ่มทดลอง (n = 21)		กลุ่มควบคุม (n = 25)	
	Mean	SD	Mean	SD
ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย				
1. เมื่อลูกมีไข้ท่านเช็ดตัวลดไข้ จนกว่าไข้จะลดลง	5.00	.00	4.84	.47
2. เมื่อลูกมีไข้ตัวร้อนท่านซื้อยาลดไข้จากร้านค้า มาให้ลูกรับประทานเอง	4.48	.51	4.24	.60
3. ท่านใส่เสื้อผ้าให้ลูกหนาๆ เมื่อลูกมีไข้ตัวร้อน	4.17	.46	3.84	.85
4. เมื่อลูกของท่านมีน้ำมูกท่านใช้ผ้าหรือไม้พัน สำลีชุบน้ำต้มสุกเช็ดจมูกเพื่อให้ลูกหายใจได้โล่ง	4.86	.36	3.68	1.03
5. เมื่อลูกของท่านมีน้ำมูกท่านใช้ลูกสูบยางแดง สำหรับดูดน้ำมูก คุณน้ำมูกให้ลูกบ่อยๆ	4.86	.36	3.16	1.07
6. เมื่อลูกมีน้ำมูกท่านควรซื้อยาลดน้ำมูกมาให้ ลูกรับประทาน	4.67	.48	4.20	.76
7. เมื่อลูกมีอาการไอมีเสมหะ ท่านควรดูแลให้ ลูกดื่มน้ำอุ่นบ่อยๆ	4.95	.21	4.60	.64
8. ถ้าลูกไอมาก ท่านควรใช้น้ำผึ้งผสมน้ำมะนาว ป้ายลิ้น ให้ลูกหรือผสมน้ำอุ่นให้ลูกดื่มน้ำ	4.90	.30	3.4	.91
9. เมื่อลูกไอ ท่านควรซื้อยาแก้ไอหรือยาขับเสมหะ จากร้านค้ามาให้ลูกรับประทาน	4.67	.48	4.24	.83
10. เมื่อลูกของท่านมีอาการหายใจมีเสียงดัง หายใจลำบาก ท่านควรดูแลให้รับประทานคร ยาลดเสียงตนเอง	4.67	.48	4.12	.97

ตาราง 16 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=25)	
	Mean	SD	Mean	SD
11. เมื่อลูกมีอาการหายใจลำบาก มีหน้าอกบวมหรือหอบ ท่านควรจะสังเกตลักษณะการหายใจและอัตราการหายใจ	4.95	.22	4.32	.85
12. เมื่อลูกมีอาการหายใจลำบาก มีหน้าอกบวมหรือหอบ ท่านควรจะไปพบแพทย์ทันที	5.00	.00	4.64	.86
13. เมื่อลูกมีอาการเจ็บคอ คุณน้ำนมหรือรับประทานอาหารไม่ได้ ท่านควรดูแลให้ลูกดูด/จิบน้ำอุ่นบ่อยๆ	5.00	.00	4.36	.64
14. เมื่อลูกมีอาการเจ็บคอ คุณน้ำนมหรือรับประทานอาหารไม่ได้ ท่านควรดูแลให้ลูกกินอาหาร ทีละน้อยแต่บ่อยครั้งขึ้น	5.00	.00	3.88	.97
15. ท่านสามารถปล่อยให้ลูกเป็นไข้หวัดเกิน 1 สัปดาห์ โดยยังไม่ต้องพาไปพบแพทย์ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ	4.86	.36	4.64	.76
16. ท่านควรหลีกเลี่ยงไม่ให้ลูกเล่นหรือคลุกคลีกับผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคหวัด / ปอดบวม	4.95	.21	4.24	.97
17. ท่านควรหลีกเลี่ยงที่จะพาลูกไป ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ ตลาด เพื่อป้องกันโรคปอดบวม	4.90	.30	3.48	1.22
18. ท่านควรดูแลไม่ให้มีควันไฟ ควันบุหรี่ภายในบ้าน	4.90	.30	4.32	1.03
19. เมื่อมีอากาศที่หนาวเย็นหรืออากาศเปลี่ยนแปลง ท่านควรใส่เสื้อผ้าที่หนาๆ และห่มผ้าให้ลูก	4.95	.21	4.72	.46
20. เมื่อมีอากาศร้อน ท่านควรดูแลเปิดพัดลม โกรกตรงไปที่ลูก	4.81	.40	4.40	1.00

ตาราง 16 (ต่อ)

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ของมารดา	กลุ่มทดลอง (n=21)		กลุ่มควบคุม (n=25)	
	Mean	SD	Mean	SD
21. ท่านไม่จำเป็นต้องแยกให้ลูกนอนคนละห้อง หรือคนละมุมห้องกับผู้ป่วยไข้หวัด	4.38	.50	3.36	1.06
22. หลังจากอาบน้ำให้เด็ก หรือเด็กเปียกฝนท่าน ควรรีบเช็ดตัวให้แห้งโดยเร็ว	4.90	.30	4.40	.58
23. ท่านควรดูแลให้ลูกได้ออกกำลังกาย เช่น พาเดิน วิ่งเล่น อย่างสม่ำเสมอเหมาะสมตามวัย	4.86	.36	4.44	.58
24. ท่านควรดูแลให้เด็กได้รับนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน	5.00	.00	4.84	.37
25. ท่านควรนำลูกไปรับวัคซีนให้ครบตาม เกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด	5.00	.00	4.88	.33
26. ท่านควรดูแลให้ลูกกินอาหารเหมาะสมตามวัย	5.00	.00	4.64	.49
27. ท่านควรทำความสะอาดที่นอนหมอนมุ้งบุตร โดยการซักหรือนำออกผึ่งแดดทุกสัปดาห์	5.00	.00	4.64	.57
28. ท่านควรพาบุตรไปตรวจสุขภาพ ตามแพทย์ นัดทุกครั้ง	4.95	.22	4.80	.41
29. ท่านควรดูแลให้บุตรได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ	4.95	.22	4.60	.50
30. ท่านสามารถถอดและจับบุตรได้ใน ขณะที่ท่านเป็นหวัด	4.71	.46	4.32	.56

ภาคผนวก จ
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ลำดับที่.....

วันที่.....

แบบสอบถาม

เรื่อง ผลของโปรแกรมการให้ความรู้รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี
ตามการรับรู้ของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ

คำชี้แจง แบบสอบถามฉบับนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็นข้อมูลทั่วไปของมารดาจำนวน 10 ข้อ และ
ข้อมูลทั่วไปของเด็กจำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคปอดบวมในเด็ก จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อาการของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้พฤติกรรมการดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ของมารดาเด็ก
โรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ จำนวน 30 ข้อ

ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามให้ตอบตรงกับความเป็นจริง คำตอบ
ของท่านผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ขอขอบคุณที่กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพื่อการวิจัยนี้เป็นอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.1 ข้อมูลทั่วไปของมารดา

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริง
ที่ตรงกับตัวท่าน

1. อายุ.....ปี

2. การศึกษา

() ไม่ได้รับการศึกษา () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา

() ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี

3. อาชีพ

() แม่บ้าน () รับจ้าง () ค้าขาย () เกษตรกร

() รับราชการ () อื่นๆระบุ.....

4. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (ก่อนหักค่าใช้จ่าย).....บาท/เดือน

5. รายได้ของครอบครัว

() เพียงพอ () ไม่เพียงพอ

6. จำนวนบุตร.....คน

7. จำนวนบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี (รวมทั้งผู้ป่วย)คน

8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

9. ประวัติการได้รับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคปอดบวม

() เคยได้รับ

() ไม่เคยได้รับ

10. ความรุนแรงของโรคตามการรับรู้ของมารดา

() ไม่รุนแรง

() รุนแรงน้อย

() รุนแรงมาก

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่างและทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความที่เป็นจริงที่ตรงกับตัวบุตรของท่าน

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. เป็นบุตรลำดับที่.....
3. น้ำหนักแรกเกิด.....กรัม
4. น้ำหนักปัจจุบัน.....กิโลกรัม
5. ประวัติการได้รับวัคซีน
 - () ครบตามเกณฑ์
 - () ไม่ครบตามเกณฑ์ เพราะ.....
6. ประวัติการเจ็บป่วย ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมานุตรของท่าน เคยมีอาการตัวร้อน หรือไอ หรือมีน้ำมูกหรือไม่
 - () เคย จำนวน.....ครั้ง มีอาการ.....
 - () ไม่เคย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้โรคปอดบวมในเด็ก

คำชี้แจง กรุณาตอบข้อคำถามที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยในแต่ละข้อให้ตอบเพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การเลือกดังนี้

ใช่	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นท่านคิดว่าถูกต้อง
ไม่ใช่	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นท่านคิดว่าไม่ถูกต้อง
ไม่ทราบ	หมายถึง	ข้อคำถามนั้นท่านไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	สำหรับ ผู้วิจัย
1. โรคปอดบวมเกิดจากการติดเชื้อที่ปอดที่เกิดขึ้นได้บ่อยในเด็กทั่วไป				
2. การหายใจเอาเชื้อโรคที่ผู้ป่วยโรคปอดบวมไอ/จามรดใส่ ทำให้เด็กป่วยเป็นโรคปอดบวมได้				
3.* เด็กที่เคยเป็นโรคปอดบวมแล้วจะไม่เป็นอีก				
.				
.				
.				
19. การไม่นำเด็กไปในสถานที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์, ศูนย์การค้า เป็นวิธีการป้องกันโรคปอดบวม				
20.* การดูแลบ้านโดยการปิดประตูหน้าต่างช่วยป้องกันโรคปอดบวมได้				

* หมายถึง ข้อคำถามทางลบ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้อาการเด็กของมารดาเด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ

คำชี้แจง กรุณาตอบข้อคำถามที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้อาการของท่านมากที่สุด ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน โดยในแต่ละข้อให้ตอบเพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ โดยมีเกณฑ์การเลือกดังนี้

เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคตรงกับการรับรู้และความเข้าใจของท่าน

ไม่แน่ใจ หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคนั้นไม่สามารถตัดสินใจได้ว่าตรงกับการรับรู้และความเข้าใจของท่าน

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความในประโยคไม่ตรงกับการรับรู้และความเข้าใจของท่าน

ข้อความ	ความคิดเห็นเกี่ยวกับการรับรู้อาการของเด็ก			สำหรับผู้วิจัย
	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	
1. โรคปอดบวมเริ่มต้นจากมีไข้ ไอ ปวดศีรษะ ปวดตามร่างกาย				
2. เด็กโรคปอดบวมจะมีอาการไข้หวัดนำมาก่อน				
3. เมื่อเด็กเริ่มมีอาการน้ำมูกใสกลายเป็นน้ำมูกข้น แสดงว่าเริ่มมีอาการของโรคปอดบวม				
.				
.				
.				
15. เด็กที่มีอาการป่วยด้วยโรคปอดบวมบ่อยๆ ส่งผลให้เด็กขาดสารอาหารได้				

*หมายถึง ข้อคำถามทางลบ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ตามการรับรู้ของมารดา
เด็กโรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ

คำชี้แจง กรุณาตอบข้อคำถามที่ตรงกับการรับรู้ของท่านเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลบุตร
ของท่านมากที่สุด ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกลึกซึ้ง ความเข้าใจ และ
การรับรู้ของท่าน โดยในแต่ละข้อให้คำตอบเพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ โดยใช้เกณฑ์
ต่อไปนี้ในการเลือกตอบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้น ตรงกับ ความรู้สึกลึกซึ้ง ความเข้าใจ การรับรู้ของท่านเป็นอย่างมาก
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้น ตรงกับ ความรู้สึกลึกซึ้ง ความเข้าใจ การรับรู้ของท่าน
ไม่แน่ใจ	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้น ตรงกับ ความรู้สึกลึกซึ้ง ความเข้าใจ การรับรู้ของท่านเพียงบางส่วน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้น ไม่ตรง กับความรู้สึกลึกซึ้ง ความเข้าใจ การรับรู้ของท่าน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านมีความเห็นว่าข้อความนั้น ไม่ตรง กับความรู้สึกลึกซึ้ง ความเข้าใจ การรับรู้ของท่านเป็นอย่างมาก

ตัวอย่าง

พฤติกรรม การดูแลบุตรตามการรับรู้ ของมารดา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. เมื่อลูกมีไข้ตัวร้อนท่านควรเช็ดตัว ลดไข้ให้ลูก	/				

จากตัวอย่าง หมายความว่า เมื่อลูกของท่านมีไข้ ตัวร้อนท่านเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรเช็ดตัว
ลดไข้ให้ลูก

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ ของมารดา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
ด้านการดูแลบุตรขณะเจ็บป่วย					
1. เมื่อลูกมีไข้ตัวร้อนท่านควรเช็ดตัวลดไข้ จนกว่าไข้จะลดลง					
2.* เมื่อลูกมีไข้ตัวร้อนท่านสามารถซื้อยาลด ไข้จากร้านค้ามาให้ลูกรับประทานเอง					
3.* ท่านควรใส่เสื้อผ้าหนาๆ ให้ลูก เมื่อลูกมี ไข้ตัวร้อน					
.					
.					
.					
14. เมื่อลูกมีอาการเจ็บคอ คุดน้ำ/นม หรือ รับประทานอาหารไม่ได้ ท่านควรดูแลให้ลูก รับประทานอาหาร ทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง					
15. ถ้าลูกเป็นหวัดนานเกิน 1 สัปดาห์ แล้ว อาการไม่ดีขึ้น ท่านจะพาไปพบแพทย์					

* หมายถึง ข้อคำถามทางลบ

พฤติกรรมการดูแลบุตรตามการรับรู้ ของมารดา	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
ด้านการดูแลบุตรเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ					
16. ท่านควรหลีกเลี่ยงไม่ให้ลูกเล่นหรือ คลุกคลีกับผู้ที่ป่วยเป็นโรคหัด / ปอดบวม					
17. ท่านควรหลีกเลี่ยงที่จะพาลูกไป ศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ ตลาด เพื่อป้องกัน โรคปอดบวม					
18. ท่านควรดูแลไม่ให้มีควันไฟ ควันบุหรี่ ภายในบ้าน					
.					
.					
.					
29. ท่านควรดูแลให้ลูกได้พักผ่อนอย่าง เพียงพอ					
30.* เมื่อท่านเป็นหวัดท่านสามารถ อุ้ม กอด และจูบลูกได้					

* หมายถึง ข้อคำถามทางลบ

ภาคผนวก จ

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

แผนการสอนความรู้โรคปอดบวมในเด็ก

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้มารดาเด็กมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดบวม
2. เพื่อให้มารดารับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคปอดบวมซ้ำ
3. เพื่อให้มารดารับรู้ความรุนแรงของโรคปอดบวม
4. เพื่อให้มารดารับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
5. เพื่อให้มารดารับรู้ทางเลือกในการแก้ไขอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
6. เพื่อให้มารดารับรู้พฤติกรรม การดูแลบุตร

หัวข้อการสอน

1. ความรู้โรคปอดบวม
2. การประเมินอาการ
3. ความรุนแรงของโรคปอดบวม
4. การดูแลรักษา การป้องกันและควบคุมโรค
5. การดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

กิจกรรมการสอน

1. บรรยาย
2. การอภิปราย การซักถาม การสะท้อนคิดและการแสดงความคิดเห็น

สื่อการสอน

1. ภาพพลิกประกอบการให้ความรู้โรคปอดบวมในเด็ก
2. วีดิทัศน์
3. คู่มือความรู้โรคปอดบวมในเด็ก

การประเมินผล

โดยการซักถาม ก่อนและหลังให้ความรู้ และสังเกตความสนใจของมารดา

สถานที่

หอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลพัทลุง

ระยะเวลาที่ใช้ในการให้ความรู้

ใช้เวลาในการดำเนินการให้ความรู้ 3 วัน วันละ 30-45 นาที

วัตถุประสงค์เชิง พฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน	การ ประเมินผล
<p>- เพื่อให้มารดา บอกความหมาย ของโรคปอด บวมในเด็กได้ ถูกต้อง</p>	<p>บทนำ</p> <p>โรคปอดบวมหรือโรคปอดอักเสบ เป็นโรคที่พบได้บ่อยและเป็น ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะมีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตาย สูง โดยเฉพาะในเด็กเล็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี จะมีความรุนแรงของโรคและ อาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และมีโอกาสการกลับเป็นซ้ำของโรคปอด บวมได้ถ้ามีการดูแลที่ไม่ถูกต้อง</p> <p>ความรู้โรคปอดบวม</p> <p>ความหมายของโรคปอดบวม</p> <p>โรคปอดบวม เป็นโรคที่เกิดการจากอักเสบของเนื้อปอด ทำให้ เยื่อถุงลมบวม และมีเสมหะมาก ไปอุดกั้นทางเดินหายใจทำให้เกิด ภาวะขาดออกซิเจนและเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ โรคนี้จัดว่ามี ความสำคัญมากเนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเป็นสาเหตุสูงสุดที่ ทำให้เกิดการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี</p>	<ul style="list-style-type: none"> - กล่าวทักทายและ แนะนำตนเอง - บอกหัวข้อและ วัตถุประสงค์ ของการให้ความรู้ - ชักถามประสบการณ์ ในการดูแลบุตรโรค ปอดบวม - นำเข้าสู่บทเรียนโดย กล่าวว่า “โรคปอดบวม เป็นโรคที่สามารถ ป้องกันได้” - ชักถามเกี่ยวกับการรับรู้ ของโรคปอดบวม - สรุปความหมายของ โรคปอดบวม (ใช้เวลาประมาณ 5 นาที) 	<ul style="list-style-type: none"> - กล่าวทักทาย - ฟังคำบรรยาย - ชักถามข้อ สงสัย - ตอบคำถาม 	<ul style="list-style-type: none"> - ภาพพลิก ประกอบ การให้ความรู้ โรคปอดบวม ในเด็ก - ภาพพลิก “ความหมาย ของโรคปอด บวม” 	<ul style="list-style-type: none"> - สังเกตความ สนใจและการ ซักถามปัญหา - มารดา สามารถบอก ความหมาย ของโรคปอด บวมในเด็กได้ ถูกต้อง

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- เพื่อให้มารดาทราบถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี</p> <p>- เพื่อให้มารดาบอกการติดต่อของโรคปอดบวมได้</p>	<p>อุบัติการณ์ของการเกิดโรคปอดบวม</p> <p>อัตราป่วยของโรคปอดบวมในเด็กจะสูงกว่าในผู้ใหญ่ และในเด็กเล็กจะพบได้บ่อยและรุนแรงกว่าในเด็กโต โดยอุบัติการณ์ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบประมาณ 30-40 ต่อประชากร 1,000 คนต่อปี แต่ในเด็กอายุมากกว่า 5 ปี พบประมาณ 10-20 ประชากร 1,000 คนต่อ</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>การติดต่อ</p> <p>การติดต่อของโรคปอดบวมจะติดต่อทางระบบหายใจ ซึ่งเชื้อจะเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจเด็กโดยการหายใจเอาเชื้อโรคที่แพร่กระจายอยู่ในอากาศเข้าไปโดยตรงจากการไอ จาม รดกันของผู้ป่วยโรคระบบหายใจ หรือการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคหวัด หรือโรคระบบทางเดินหายใจ</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>	<p>- ชักถามถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคปอดบวม</p> <p>- สรุปอุบัติการณ์การเกิดโรคปอดบวม</p> <p><u>(ใช้เวลาประมาณ 2 นาที)</u></p> <p>- บรรยายการติดต่อของโรคปอดบวม</p> <p><u>(ใช้เวลาประมาณ 2 นาที)</u></p>	<p>- ฟังคำบรรยาย</p> <p>- ชักถามข้อสงสัย</p> <p>- ตอบคำถาม</p>	<p>- ภาพพลิก “อุบัติการณ์ของโรคปอดบวม”</p> <p>- ภาพพลิก “การติดต่อของโรคปอดบวม”</p>	<p>- มารดาบอกอุบัติการณ์การเกิดโรคปอดบวมได้ถูกต้อง</p> <p>- สังเกตความสนใจและการชักถามปัญหา</p> <p>- มารดาบอกการติดต่อของโรคปอดบวมได้ถูกต้อง</p>

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม	เนื้อหา	กิจกรรมผู้สอน	กิจกรรมผู้เรียน	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>- เพื่อให้มารดาบอกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดบวม</p> <p>- เพื่อให้มารดาบอกปัจจัยเสี่ยงภายในตัวเด็กได้</p>	<p>ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดบวม</p> <p>ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวเด็กและปัจจัยภายนอกตัวเด็กได้แก่</p> <p>ปัจจัยภายในตัวเด็ก</p> <p>1. <i>อายุของเด็ก</i> เนื่องจากเด็ก จะมีระบบโครงสร้างของร่างกาย รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันโรคในเด็กยังมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการไม่เพียงพอ จึงทำให้กลไกในการทำงานของร่างกายและระบบภูมิคุ้มกันโรคไม่สมบูรณ์ ทำให้เด็กเกิดการติดเชื้อได้ง่าย</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>.</p> <p>.</p> <p>.</p>	<p>- ชักถามมารดาถึงปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดบวม</p> <p>- กล่าวกับมารดาว่า “ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคแบ่งเป็น 2 ด้าน”</p> <p>- สรุปและบรรยายปัจจัยเสี่ยงภายในตัวเด็ก (ใช้เวลาประมาณ 7 นาที)</p>	<p>- ตอบคำถาม</p> <p>- ฟังคำบรรยาย</p> <p>- ชักถามข้อสงสัย</p>	<p>- ภาพพลิก “ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดบวม”</p> <p>- ภาพพลิก “ปัจจัยภายในตัวเด็ก”</p>	<p>- มารดาสามารถบอกปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปอดบวมได้ถูกต้อง</p> <p>- มารดาสามารถบอกปัจจัยเสี่ยงภายในตัวเด็กของการเกิดโรคปอดบวมได้ถูกต้องอย่างน้อย 4 ข้อ</p> <p>- สังเกตความสนใจและกาะคำถามปัญหา</p>

ภาพพลิกประกอบแผนการสอน

ภาพพลิกประกอบแผนการสอน

“ผลของโปรแกรมการให้ความรู้
รายบุคคลต่อพฤติกรรมการดูแล
บุตรตามการรับรู้ของมารดาเด็ก
โรคปอดบวมที่ป่วยซ้ำ”

โดย นางสาว จีรภา ชุมจันทร์
นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

การให้ความรู้แก่มารดาเด็กโรคปอดบวม

วันที่ 1



ความหมายของโรคปอดบวม

โรคปอดบวม เป็นโรคที่เกิดการจากอักเสบของเนื้อปอด ทำให้เยื่อถุงลมบวม และมีเสมหะมากไปอุดตันทางเดินหายใจ ทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจนและเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้



สาเหตุของการเกิดโรคปอดบวม



โรคปอดบวมในเด็กส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส และแบคทีเรีย มักเกิดจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบนก่อนและลุกลามไปสู่หลอดลมและปอด หรืออาจเกิดจากการสำลักนมหรือน้ำ

-
-
-

คู่มือ ความรู้โรคปอดบวมในเด็ก

จัดทำโดย

นางสาวจิรภา ชุมจันทร์

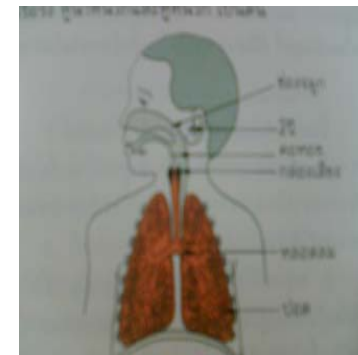
นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเด็ก

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

โรคปอดบวม คือ อะไร โรคปอดบวม หรือ โรคปอดอักเสบ

คือ โรคที่เกิดจากการอักเสบของเนื้อปอด ซึ่งจะทำให้เยื่อถุงลมบวม และมีเสมหะมาก ไปอุดตันทางเดินหายใจทำให้เกิดภาวะขาดออกซิเจน และเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้ โรคนี้จัดว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นโรคที่มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุสูงสุดที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี



แบบบันทึกการเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้

วัน เดือน ปี	เวลาที่เริ่มให้ความรู้	เวลาที่สิ้นสุดการให้ความรู้	รวมเวลาทั้งหมด	ลงชื่อมารดา

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ. สมชาย สุนทรโลหะนฤกุล
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รองศาสตราจารย์ สุธิศา ล่ำซำ
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. นางวัชรีย์ แสงมณี
พยาบาลวิชาชีพ 8 ชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 1 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวจิรภา ชุมจันทร์		
รหัสประจำตัวนักศึกษา	4910420008		
วุฒิการศึกษา			
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา	
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง	2546	

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 4 โรงพยาบาลพัทลุง อำเภอเมือง จังหวัดพัทลุง