

บทความวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบของผู้ดูแล ในโรงพยาบาล เขต 5 กระทรวงสาธารณสุข

Factors Related to Caring Behaviors among Caregivers of Children with Pneumonia at Hospitals of Zone 5 under the Ministry of Public Health

พัชราภรณ์ อารีย์ (Patcharaporn Aree)*
ศุภาพร เชยชิต (Supaporn Choeichit)**
บุษบา หีบเงิน (Busaba Heebngern)***
พรศิริ ศรีมยุรา (Phonsiri Sornmayura)***

Received: Sep 25, 2019

Revised: Oct 24, 2019

Accepted: Dec 16, 2019

บทคัดย่อ

โรคปอดอักเสบในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นผู้ดูแลของเด็กป่วยโรคปอดอักเสบที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับการรักษาที่หอผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสมุทรสาคร และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จำนวน 92 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบเท่ากับ 0.92 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

*รองศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน, e-mail: areepatcharaporn@gmail.com

**อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

***พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี



ส่วนสนับสนุน 30 ปี มหาวิทยาลัยบูรพา
• Internationalization
• Innovative Products
• Integrative Team & Networking

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.7) พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .341$, $p < .01$) และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.225$, $p < .05$) ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และช่วยให้ผู้ดูแลได้พัฒนาพฤติกรรมการดูแลและสามารถป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กนี้ได้

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแล, การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก, การรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติในการดูแล, ปอดอักเสบ, ผู้ดูแล

Abstract

Pneumonia in under 5 year old children is a key public health problem in Thailand. The purpose of this descriptive correlational study was to examine caring behaviors and factors related to caring behaviors among caregivers of children with pneumonia. The participants of this study included parents of children with pneumonia aged under five years old who attended the in-patient and out-patient-departments at the following hospitals located in zone 5 of Ministry of Public Health: Ratchaburi Hospital, Samutsakhon Hospital, and Chaophrayayommarat Hospital. The study instruments were composed of three questionnaires about the following topics: 1) the caring behaviors among caregivers of children with pneumonia 2) the perceived severity of pneumonia in children and 3) the perceived barrier of caring behaviors among caregivers of children with pneumonia. The content validity of the questionnaire of the caring behaviors among caregivers of children with pneumonia was confirmed to be valid by a panel of experts with scores of .92. The Cronbach's alpha coefficients of this questionnaire was .80. Data were analyzed using descriptive statistics, and the Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

The results of this study showed that: 70.7% of the caregivers of children with pneumonia, had a high level score of caring behaviors. There was a statistically significant positive correlation between perceived severity and caring behaviors among caregivers of children with pneumonia ($r = .341$, $p < .01$). There was a statistically significant negative correlation between perceived barrier and caring behaviors among caregivers of children with pneumonia ($r = -.225$, $p < .05$). This study provides the basic information for pneumonia prevention in the children. This information could be used to improve caring behaviors and to prevent recurrent pneumonia among these children.

Keywords: Caring Behaviors, Perceived severity of pneumonia in children, Perceived barrier of caring behaviors, Pneumonia, Caregivers



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่เกิดจากเชื้อจุลินทรีย์ทำให้มีการอักเสบของเนื้อปอด ซึ่งประกอบด้วยส่วนของหลอดลมฝอยส่วนปลาย ถุงลม รวมทั้งเนื้อเยื่อโดยรอบ (Pediatric Infectious Disease Society of Thailand, 2016) โรคปอดอักเสบยังเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั่วโลก (Scott et al., 2012) ในประเทศไทย โรคปอดอักเสบก็เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นสาเหตุการป่วยและการตายที่สำคัญในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (Kamalaporn, 2013) จากสถิติของกรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 พบจำนวนเด็กไทยที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมีอัตราสูงสุด คือ 1,975.97 ต่อประชากรแสนคน (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2015) โรคปอดอักเสบจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย สาเหตุของโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เกิดจากเชื้อไวรัส ร้อยละ 90 และในเด็กอายุ 3 สัปดาห์ถึง 4 ปีเกิดจากเชื้อไวรัสประมาณร้อยละ 60 นอกจากนี้เชื้อไวรัสและแบคทีเรียร่วมกันเป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบในเด็กประมาณร้อยละ 30 (Sinaniotis, 2005) อาการของโรคปอดอักเสบที่พบมีอาการไข้ หายใจมีลักษณะหายใจเร็ว หอบเหนื่อย หายใจมีอกบวม มีเสียงดังขณะหายใจเข้าและหายใจออก หายใจมีปีกงมูกบาน และอาจมีอาการเขียวสำหรับปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบในเด็กแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกซึ่งปัจจัยภายในที่ส่งเสริมให้เกิดโรคปอดอักเสบ เช่น ความผิดปกติหรือความพิการแต่กำเนิดของระบบทางเดินหายใจหรือหัวใจ และโรคหืด (Owayed, Campbell, & Wang, 2000) โรคปอดเรื้อรังในทารก โรคทางสมอง กลุ่มอาการสำคัญกลุ่มอาการแพ้โปรตีนในนมวัว ภาวะคลอดก่อนกำหนด (Sakulcool, 2014) น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย (Chumjun, 2008) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคมาลาเรียและภาวะขาดสารอาหาร (Lazzerini et al., 2016) ส่วนปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดโรคปอดอักเสบคือ ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ชุมชนแออัด มีฝุ่นละอองและความชื้น

ในอากาศ คับบวมหรือและควันไฟ และการดูแลสุขอนามัยแก่เด็ก เป็นต้น (Rudan et al, 2013) การเจ็บป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีนี้จะมีผลกระทบต่อเด็กและบิดามารดาหรือผู้ดูแล เนื่องจากเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีความต้องการการดูแลจากบิดามารดาหรือผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นวัยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

การเจ็บป่วยจากโรคปอดอักเสบในเด็กจึงส่งผลกระทบต่อเด็กและบิดามารดาหรือผู้ดูแล โดยผลกระทบต่อเด็กจะเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย เช่น เมื่อมีการติดเชื้อที่ปอดโดยเริ่มจากติดเชื้อที่ปอดข้างเดียวและลุกลามเป็น 2 ข้างและอาจเกิดความผิดปกติของปอดในที่สุด (Ratanachu-ek, 2012) และภาวะไข้ทำให้ร่างกายมีการเผาผลาญสารอาหารเพิ่มขึ้น หากเด็กได้รับสารอาหารเท่าเดิมหรือน้อยกว่าจะทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหารได้ (Chumjun, 2008; Katona & Katona-Apte, 2008) และภาวะขาดสารอาหารยังทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงซึ่งเป็นวัฏจักรระหว่างภาวะทุโภชนาการและการติดเชื้อ (Schaible & Kaufmann, 2007; Soto-Martinez & Penon, 2014) ยิ่งเด็กมีภาวะขาดสารอาหาร (Illness-malnutrition cycle) ก็ยิ่งทำให้เจ็บป่วยบ่อยมากขึ้น (Lazzerini et al., 2016) ก็ยิ่งทำให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กช้าลง หรือหยุดชะงัก (Ratanachu-ek, 2012) และทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี (Huang et al., 2013) สำหรับผลกระทบต่อด้านอารมณ์ เด็กที่มีความเจ็บป่วยโรคปอดอักเสบ มีความไม่สุขสบายเด็กมักเกิดความกลัวและความเครียด เนื่องจากความเข้าใจ การเรียนรู้ และการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ มีจำกัด (Wilson, 2009) สูญเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง (Ngamsuoy & Suklertrakul, 2008) และอาจมีการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ทำให้พบพฤติกรรมถดถอยหรือเคยพูดคล่องแคล่ว แต่ไม่ยอมพูดเกิดขึ้นได้ สำหรับด้านสังคมพบว่า เด็กจะมีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวลดลง การเรียนรู้ทางสังคมจึงลดลงตามไปด้วย

สำหรับด้านสติปัญญาการเจ็บป่วยในเด็กจะส่งผลกระทบต่อความคิดความเข้าใจความคิดสร้างสรรค์และการจินตนาการได้ เช่น เด็กป่วยไม่สามารถแยกจากสิ่งที่กำลังคิดออกจากความจริงได้ และเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองตามพัฒนาการด้านสติปัญญา ความสามารถในการเรียนรู้จากประสาทสัมผัส รวมถึงการเรียนรู้จากรูปธรรมและนามธรรมจะลดลงสำหรับบิดามารดาหรือผู้ดูแลนั้นการดูแลเด็กป่วยโรคปอดควมเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกายจิตใจอารมณ์และเศรษฐกิจ เช่นกันคือทำให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็กป่วย (Deerojanawong, 2007; Prapphal, 2009)มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ดูแลมีการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา มีเวลาในการดูแลตนเองน้อยลง และเหนื่อยล้าจากการเดินทางจากที่บ้านมายังโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดจากการที่เด็กเข้ารับการรักษา รวมถึงมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วยเนื่องจากผู้ดูแลมักให้ความสนใจและใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลเด็กที่ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวรู้สึกว่าคุณเองถูกทอดทิ้ง ที่น้องของผู้ป่วยเด็กอาจเกิดความกลัวหรือเกิดความอิจฉา สำหรับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจผู้ดูแลมีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการดูแล เช่น ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายขณะอยู่โรงพยาบาล และบางรายอาจต้องลาออกจากงานเพื่อมาดูแลเด็ก (Huang et al., 2013) ดังนั้นผลกระทบต่อเด็กป่วย และผู้ดูแลจะลดลงได้หากเด็กป่วยได้รับการเลี้ยงดูที่ดีหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม

พฤติกรรมดูแลเป็นการปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ โดยครอบคลุมถึงการดูแลเมื่อเกิดอาการ การควบคุม และการป้องกันโรคปอดอักเสบในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประกอบด้วย 1) การดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกและมีเสมหะ 2) การประคบ การหายใจ 3) การดูแลเมื่อเด็กมีไข้ 4) การดูแลให้อาหารและน้ำ 5) การดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย 6) ด้านการดูแลสภาพแวดล้อมเมื่อเด็กป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน 7) ด้านการดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะ

วัคซีนป้องกันนิวโมคอคคัส (Pneumococcus) ชนิดคอนจูเกต (Pneumococcal conjugate vaccine, PCV) (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2015; Senngam, 2008; Ngamsuoy, & Suklertrakul, 2008; Kelley, 2007; Van Der Kam et al., 2016; World Health Organization, 2016) พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบที่ถูกต้องนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อภายในตัวบุคคลของผู้ดูแล (Becker, 1974) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามี 2 องค์ประกอบ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วย ดังนั้นปัจจัยทั้งสองดังกล่าวอาจมีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งการศึกษาพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบยังไม่พบการศึกษาพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบในเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปีที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 5 กระทรวงสาธารณสุข ถึงแม้ว่าจากสถิติของกรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2558 พบจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ในจังหวัดเพชรบุรีป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ 618.40 ต่อประชากรแสนคน (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2015) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มนี้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม หรือให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบอีก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการ

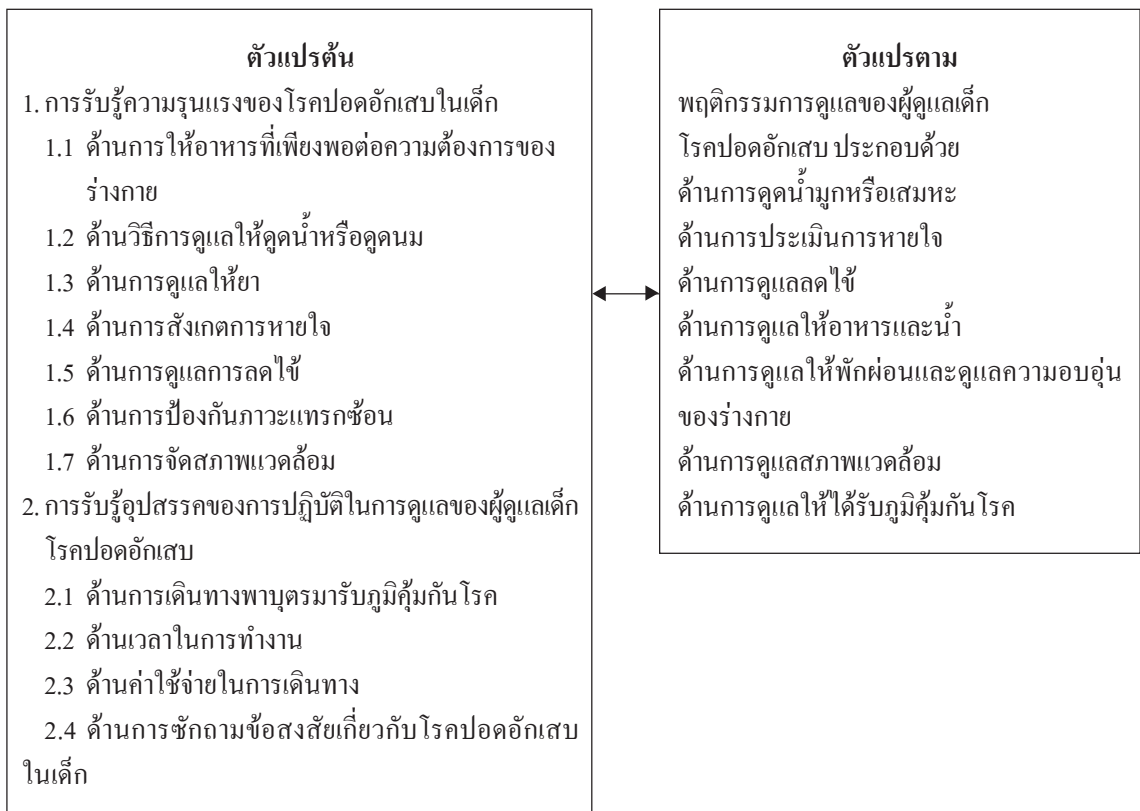
ปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี

โรคปอดอักเสบมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี

สมมุติฐานในการวิจัย

การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็ก

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของตัวแปร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ และมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยใน และนอกแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปเขต 5 กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของเด็กป่วยโรคปอดอักเสบที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยใน และผู้ป่วยนอก แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลราชบุรี โรงพยาบาลสมุทรสาคร และ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 จำนวน 92 ราย โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (Significant level) ที่ .05 และระดับอำนาจการทดสอบ (Level of power) ที่ .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (Efficiency coefficient) .30 (Polit & Beck, 2010) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยแบบเจาะจง โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทยและยินยอมให้ความร่วมมือและเข้าร่วมในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก และส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 33 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูก และมีเสมหะ ด้านการประเมินการหายใจ ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ ด้านการดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย ด้านการดูแล

สภาพแวดล้อม และด้านการดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด ประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติเป็นส่วนมาก ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติเลย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนด้านบวก ดังนี้ 4, 3, 2, และ 1 สำหรับข้อความทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลผลคะแนนทั้งคะแนนโดยรวมและรายด้านมีการแปลผลเป็น 3 ระดับ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (Burns & Grove, 2009)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก เป็นแบบสอบถามที่ (Supreeyaporn, 2017) สร้างขึ้นมีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการให้อาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ด้านวิธีการดูแลให้ดูน้ำหรือดูนม ด้านการดูแลให้ยา ด้านการสังเกตการหายใจ ด้านการดูแลการลดไข้ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านการจัดสภาพแวดล้อม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ 4 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก ไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยมากที่สุด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนด้านบวก ดังนี้ 4, 3, 2, และ 1 สำหรับข้อความทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลผลคะแนนโดยรวมมีการแปลผลเป็น 3 ระดับ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (Burns & Grove, 2009)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบเป็นแบบสอบถามที่ (Supreeyaporn, 2017) สร้างขึ้นมีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการพาบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค ด้านเวลาในการทำงาน ด้านค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และด้านการซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็กของผู้ดูแลลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณ 3 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยมาก เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนด้านบวก ดังนี้ 3, 2, และ 1 สำหรับข้อความทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลผลคะแนนโดยรวมมีการแปลผลเป็น 3 ระดับ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ (Burns & Grove, 2009)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลสาขากุมารเวชศาสตร์ด้านโรคระบบทางเดินหายใจ 3 ท่าน (Content validity index [CVI]) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.92 สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคปอดอักเสบของผู้ดูแล และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ (Supreeyapom, 2017) ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.92 และ 0.97 ตามลำดับ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่ผ่านการแก้ไขและปรับปรุงตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ และมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคปอดอักเสบของผู้ดูแล และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบนั้น (Supreeyapom, 2017) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลบุตรอายุ 1-5 ปีที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .80, และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการทำวิจัยต่อคณะกรรมการการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน และได้รับหนังสือรับรองเลขที่ บ.19/2560 และได้เสนอโครงการทำวิจัยนี้ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลราชบุรีและได้รับหนังสือรับรองเลขที่ COA-RBHEC 027/2018 เมื่อผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมแล้วได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนของการทำวิจัยและการพิทักษ์สิทธิ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตในการรวบรวมข้อมูลและได้เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง แล้วผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตรวบรวมข้อมูลหลังจากนั้นผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยมีการแนะนำตัวชี้แจง และแจ้งวัตถุประสงค์ พร้อมทั้งแจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและเมื่อได้ข้อมูลครบถ้วนผู้วิจัยได้นำไปวิเคราะห์ตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ผู้ดูแลพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแล ถูกนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลกับการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก

เด็กป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวนทั้งหมด 92 ราย เป็นเพศชาย 49 ราย (ร้อยละ 53.3) เพศหญิง 43 ราย (ร้อยละ 46.7) มีอายุระหว่าง 1 เดือนถึง 56 เดือน มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 31.79 เดือน (SD = 14.15) โดยมีอายุ 25-36 เดือนมากที่สุดร้อยละ 29.3 รองลงมาคือ อายุ 13-24 เดือน ร้อยละ 23.2 และอายุ 37-48 เดือน ร้อยละ 20.7 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบครั้งแรกร้อยละ 60.8 รองลงมาคือ เจ็บป่วยครั้งที่สอง ร้อยละ 25.0 และเจ็บป่วยมากกว่าสองครั้ง ร้อยละ 14.2 มีประวัติการได้รับนมแม่ ร้อยละ 89.1 และระยะเวลาที่ได้รับนมแม่ระหว่าง 1-32

เดือนและพบว่าได้รับนานมากกว่า 6 เดือนร้อยละ 44.5 รองลงมาคือได้รับนาน 3 เดือน ร้อยละ 17.4 และได้รับนาน 1 เดือนร้อยละ 10.9 และมีประวัติได้รับวัคซีนครบร้อยละ 97.8 อายุ (ปี) (\bar{X} = 33.13, S.D. = 9.76, MIN = 18, Max = 63)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบจำนวนทั้งหมด 92 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 84 ราย (ร้อยละ 91.3) มีอายุอยู่ระหว่าง 18 ถึง 63 ปี อายุเฉลี่ย 33.13 ปี (SD = 9.76) และส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 18-30 ปี ร้อยละ 56.5 รองลงมาคือ มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 28.3 มีความเกี่ยวข้องเป็นบิดาหรือมารดา ร้อยละ 84.8 และปู่ย่าตายายร้อยละ 15.2 เกือบทั้งหมดมีเชื้อชาติไทย (ร้อยละ 97.8) และมีสัญชาติไทย (ร้อยละ 98.9) มีสถานภาพสมรสผู้ร้อยละ 98.9 และหม้ายหรือหย่าหรือแยกร้อยละ 1.1 ได้รับการศึกษา ร้อยละ 95.7 โดยมีการศึกษาสูงสุดระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 30.4 มัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 29.3 ปริญญาตรีร้อยละ 20.7 ประถมศึกษาร้อยละ 14.1 และสูงกว่าปริญญาตรีร้อยละ 1.1 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 33.7 แม่บ้านร้อยละ 27.2 ค้าขายร้อยละ 14.1 พนักงานบริษัทเอกชนร้อยละ 9.8 เกษตรกรรมร้อยละ 6.5 รับราชการร้อยละ 4.3 ลูกจ้างรัฐบาลร้อยละ 2.2 และเกษียณอายุงานร้อยละ 2.2 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 36.8 รองลงมาคือ อยู่ในช่วง 11,000 - 15,000 บาทร้อยละ 31.5 และ 6,000-10,000 บาทร้อยละ 25.0 สมาชิกในครอบครัวที่ใช้ยาต้านยุงแบบวันมีร้อยละ 41.3 โดยใช้ในบ้านห่างจากเด็กร้อยละ 19.6 ในบ้านใกล้ๆ เด็กร้อยละ 5.4 และนอกบ้านร้อยละ 16.3 สมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่มีร้อยละ 55.4 โดยสูบบุหรี่นอกบ้านร้อยละ 33.7 รองลงมาคือสูบบุหรี่ในบ้านห่างจากเด็ก ร้อยละ 15.2 และสูบบุหรี่ในบ้านใกล้ๆ เด็กร้อยละ 6.5 บิดาเป็นผู้สูบบุหรี่มากที่สุดร้อยละ 76.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็กจากแหล่งต่าง ๆ ร้อยละ 65.2 โดยได้รับข่าวสารจากแพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุดร้อยละ 50.0

ได้รับจากสื่อต่างๆ ได้แก่ โทรทัศน์ เอกสารผ่านพับหนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต และวิทยุร้อยละ 45.8 และเพื่อนบ้านร้อยละ 4.2

ตอนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ

ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 106.00 (SD = 10.40) และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบรายด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการประเมินการหายใจด้านการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ ด้านการดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย และด้านการดูแลสภาพแวดล้อม สำหรับด้านการดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกและเสมหะ และด้านการดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกัน โรคอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กโดยรวมอยู่ในระดับสูง และมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ โดยรวม อยู่ในระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวมอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 70.7) และสำหรับรายด้านกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ (ร้อยละ 91.3) ด้านการประเมินการหายใจ (ร้อยละ 87.0) และด้านการดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย (ร้อยละ 80.4) ประมาณครึ่งหนึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ (ร้อยละ 58.7) ด้านการดูแลสภาพแวดล้อม (ร้อยละ 54.3) และด้านการดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค (ร้อยละ 43.5) และประมาณครึ่งหนึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกและมีเสมหะ (ร้อยละ 46.7) ผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบส่วนมากมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กโดยรวม อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 65.2) และส่วนใหญ่

มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวมระดับต่ำ (ร้อยละ 90.2) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตอนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ พบว่า พฤติกรรมการ

ดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .341, p < .01$) และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.225, p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 คะแนนและระดับของคะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวมและรายด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ

| ตัวแปร | คะแนน | | | | | ระดับ |
|--|-----------|-----------|-------|--------|--------|---------|
| | คะแนนเต็ม | ค่าเฉลี่ย | SD | ต่ำสุด | สูงสุด | |
| พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวม | 132 | 106.00 | 10.40 | 83 | 128 | สูง |
| พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบรายด้าน | 8 | 5.41 | 1.62 | 2 | 8 | ปานกลาง |
| การดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกและมีเสมหะ | | | | | | |
| การประเมินการหายใจ | 16 | 14.25 | 1.88 | 8 | 16 | สูง |
| การดูแลเมื่อเด็กมีไข้ | 24 | 21.23 | 2.46 | 15 | 24 | สูง |
| การดูแลให้อาหารและน้ำ | 24 | 18.48 | 3.42 | 10 | 24 | สูง |
| การดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย | 24 | 19.85 | 2.20 | 15 | 24 | สูง |
| การดูแลสภาพแวดล้อม | 28 | 21.10 | 3.01 | 14 | 28 | สูง |
| การดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค | 8 | 5.68 | 1.99 | 2 | 8 | ปานกลาง |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก | 84 | 65.03 | 6.46 | 50 | 79 | สูง |
| การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ | 24 | 11.14 | 2.15 | 8 | 20 | ต่ำ |

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวมและรายด้านเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ (n = 92)

| ตัวแปร | ระดับ | | |
|--|--------------|------------------|--------------|
| | สูง (ร้อยละ) | ปานกลาง (ร้อยละ) | ต่ำ (ร้อยละ) |
| พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลโดยรวม | 65 (70.7) | 27 (29.3) | 0 |
| พฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลรายด้าน | | | |
| การดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกและมีเสมหะ | 38 (41.3) | 43 (46.7) | 11 (12.0) |
| การประเมินการหายใจ | 80 (87.0) | 12 (13.0) | 0 |
| การดูแลเมื่อเด็กมีไข้ | 84 (91.3) | 8 (8.7) | 0 |
| การดูแลให้อาหารและน้ำ | 54 (58.7) | 37 (40.2) | 1 (1.1) |
| การดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย | 74 (80.4) | 18 (19.6) | 0 |
| การดูแลสภาพแวดล้อม | 50 (54.3) | 42 (45.7) | 0 |
| การดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค | 40 (43.5) | 38 (41.3) | 14 (15.2) |
| การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กโดยรวม | 60 (65.2) | 32 (34.8) | 0 |
| การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบโดยรวม | (1.1) | 8 (8.7) | 83 (90.2) |

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ (n = 92)

| ตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ | ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) | p-value |
|--|-------------------------------|---------|
| การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก | .341* | .001 |
| การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ | -.225** | .031 |

*p < .01, **p < .05

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์มีดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซึ่งการเจ็บป่วยครั้งนี้เป็นครั้งแรกเป็นส่วนมาก ร้อยละ 60.8 ผู้ดูแลเด็กนี้มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบในเด็กจากหลายๆ แห่ง ได้แก่ แพทย์หรือพยาบาล โภชนาจารย์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เอกสารแผ่นพับ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต เพื่อนบ้าน และวิทยุจึงทำให้ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบได้ รวมทั้งการได้รับฟังข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ เช่น โภชนาจารย์ เอกสารแผ่นพับ และวิทยุ ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และเกิดทักษะในการป้องกันโรคได้ (Plodnaimuang, 2005) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ มยุรี ยอดอินทร์ (Yordin, 2004) ที่พบว่า มารดามีพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.1 สำหรับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบรายด้าน 7 ด้าน พบว่า จำนวนของผู้ดูแลที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลรายด้านอยู่ในระดับสูงมีจำนวนเกินร้อยละ 80 มีจำนวน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินการหายใจ ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีไข้และด้านการดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบในด้านการประเมินการหายใจ ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีไข้และด้านการดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกายเป็นอย่างดี สำหรับจำนวนของผู้ดูแลที่มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลรายด้านที่อยู่ในระดับสูงมีจำนวนต่ำกว่าร้อยละ 80 ประกอบด้วย ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ ด้านการดูแลสภาพแวดล้อม ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกและเสมหะ และด้านการดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค ดังนั้นในการป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอักเสบอีก ผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบจึงควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับความรู้ในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน และมีการ

ติดตามการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน และควรให้ผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบได้รับการส่งเสริมความรู้และความตระหนักเพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้นนอกจากนี้ ผู้ดูแลเด็กมีการใช้ยากันยุงแบบควัน ร้อยละ 41.3 และมีการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว ร้อยละ 55.4 ทั้งนี้เนื่องจากภาวะมลพิษภายในบ้านจากการใช้ยากันยุงแบบควันและการสูบบุหรี่ของสมาชิกในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในเด็กและเนื่องจากเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปีมีระบบภูมิคุ้มกันโรคที่ยังทำงานได้ไม่สมบูรณ์ และควรได้รับวัคซีนป้องกันนิวโมคอคคัส ชนิดคอนจูเกตซึ่งมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคปอดอักเสบได้ดี ดังนั้นหากผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมจะช่วยลดการเกิดความเสี่ยงและการกลับเป็นโรคปอดอักเสบอีกครั้งได้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.341, p < .01$) (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กระดับสูงก็จะมีพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (Burns & Grove, 2009) นั่นคือผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นโรคนี้อาจมีความรุนแรงมากย่อมเกิดความกลัวและเกิดพฤติกรรมการดูแลขึ้นเพื่อลดความเสี่ยงของโรคและมีผลทำให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยเด็กผลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี ยอดอินทร์ (Yordin, 2004) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลัน

ระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.580, p < .05$) การศึกษาของสุพรียาพร (Supreeyaporn, 2017) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมืดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .518, p < .01$) ดังนั้นจากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถยืนยันได้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วย ถ้าบุคคลใดรับรู้ว่าเป็นโรคนั้นมีความรุนแรงจนทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและกระทบกระเทือนต่อหน้าที่ในสังคมจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้รับรู้ว่ามีภาวะคุกคามเกิดขึ้นและเกิดพฤติกรรมดูแลเพื่อลดความรุนแรงของโรคมืดทำให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยเด็ก (Becker, 1974)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.225, p < .05$) (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 95.7) ได้รับการศึกษา และกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 65.2) เคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็ก โดยได้รับจากแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากที่สุด (ร้อยละ 50.0) และได้รับจากสื่อต่าง ๆ ได้แก่ โทรทัศน์ เอกสารผ่านพับ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต และวิทยุ (ร้อยละ 45.8) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังมีฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวค่อนข้างดีโดยรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 36.8) และรองลงมา คือ อยู่ในช่วง 11,000 - 15,000 บาท (ร้อยละ 31.5) ดังนั้นเมื่อผู้ดูแลเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบจึงสามารถค้นหาข้อมูลได้ทันทีย่อมไม่เกิดข้อขัดแย้งและส่งผลดีต่อการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ ผลการศึกษาครั้งนี้พบไปในทางเดียวกับหรือการศึกษาของ มยุรี ยอดอินทร์ (Yordin, 2004) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมดูแลบุตร

ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.42, p < .05$) และการศึกษาของชญานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันสติ, และ ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล (Jaide, Sansati, & Kongsaktrakul, 2012) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในกรุงเทพมหานครมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.40, p < .05$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันการเกิดโรคปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยตระหนักถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็ก สำหรับประเด็นข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปนั้น ควรศึกษาถึงผลของการส่งเสริมหรือสนับสนุนในการลดอุปสรรคและส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดบวมต่อพฤติกรรมดูแลเด็กโรคปอดอักเสบของผู้ดูแล และการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยคริสเตียนที่สนับสนุนทำวิจัยเรื่องนี้และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก พยาบาลประจำการ และผู้ช่วยกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยราชา โรงพยาบาลราชบุรี และ โรงพยาบาลสมุทรสาคร และเจ้าหน้าที่ของมหาวิทยาลัยคริสเตียนที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือให้การวิจัยเรื่องนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and sick role behavior*. New Jersey: Chares B. Slack.
- Burns, N., & Grove, S., (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis: Elsevier.
- Chumjun, J. (2008). *Effect of individual education program on child care behaviors perceived by mothers of children aged under 5 years with recurrent pneumonia*. Master Thesis (Pediatric Nursing), Prince of Songkla University, Songkhla. Available from <http://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/5549/1/311137.pdf>. [In Thai].
- Deerojanawong, J. (2007). *Pediatric respiratory diseases: Integration of clinical sciences into practices*. Bangkok: Thai Association of Pediatric Respiratory and Critical Care Medicine. [In Thai].
- Department of Disease Control Ministry of Public Health. (2015). *Pneumonia*. Retrieved date month year from: <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/05/pneumonia.pdf>. [In Thai].
- Huang, C.-Y., Chang, L., Lie, C.-C., Huang, Y. C., Chang, L.-Y., Huang, Y.-C., . . . Huang, L.-M. (2013). Risk factors of progressive community acquired pneumonia in hospitalized children: A prospective study. *Journal of Microbiology, Immunology, and Infection*, 48(1), 36-42. doi:10.1016/j.jmii.2013.06.009
- Jaide, C., Sansati, S., & Kongsaktrakul, C. (2012). Factors related to child care workers' behavior in prevention of acute respiratory infection in Child Care Center. *Ramathibodi Nursing Journal*, 18(3), 389-403. [In Thai].
- Kamalaporn, H. (2013). Pneumonia. In A. Preutthipan, T. Chaisupmongkollarp, J. Utrarachkij, H. Kamalaporn, & T. Kuptanon (Eds.), *The essentials of pediatric respiratory care* (2nd ed., pp 413-423). Bangkok: Beyond Enterprise. [In Thai].
- Katona, P., & Katona-Apte, J. (2008). The interaction between nutrition and infection. *Clinical Infectious Disease*, 46(10), 1582-1588. doi:10.1086/587658
- Kelley, L. K. (2007). Managing acute cough in children: Evidence-based guidelines. *Journal of Pediatric Nursing*, 33(6), 515-523.
- Lizzerini, M., Seward, N., Lufesi, N., Banda, R., Sinyeka, S., Masache, G., . . . Colbourn, T. (2016). Mortality and its risk factors in Malawian children admitted to hospital with clinical pneumonia, 2001-12: A retrospective observational study. *The Lancet Global Health*, 4(1), e57-e68.
- Ngamsuoy, A., & Suklertrakul, T. (2008). Impact of illness and hospital admission on children patient. In M. Urharmnuay, S. Lamchang, J. Yenbut (Eds.), *Pediatric nursing I* (pp 15-32). Chiang Mai: Nuntapun Printing. [In Thai].
- Ogunayo, S. I., & Oyewole, A. O. (2006). Risk factors for malnutrition among rural Nigerian Children. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 15(4), 491-495.
- Owayed, A. F., Campbell, D. M., & Wang, E. E. (2000). Underlying causes of recurrent pneumonia in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154(2), 190-194.
- Pediatric Infectious Disease Society of Thailand. (2016). Diseases comewith cold weather 2: *Pneumonia*. Retrieved date month year from <http://www.pidst.net/A288.html>. [In Thai].

- Plodnaimuang, A. (2005). *The effectiveness of educative supportive program to improve perceived self-care efficacy and diabetic control in uncontrolled type 2 diabetic patients*. Master Thesis, Mahidol University, Nakhon Pathom.
- polmonia. Master Thesis (Nursing), Chiang Mai University, Chiang Mai. [In Thai].
- Polit, D. F., & Beck, C.T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research: Myths and strategies. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1451-1458. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.06.004
- Prapphal, N. (2009). Pneumonia. In N. Prapphal, J. Deerojanawong, S. Chatproedprai, V. Chongsrisawat, & S. Chomtho. (Eds.), *Common problem in pediatrics: Guideline for treatment (pp 577-588)*. Bangkok: Beyond Enterprise. [In Thai].
- Ratanachu-ek, S. (2012). *Pediatric nutrition handbook* (3rd ed.). Bangkok: Chai Jareon. [In Thai].
- Rudan, I., O'Brien, K.L., Nair, H., Liu, L., Theodoratou, E., Qazi, S...Campbell, H. (2013). Epidemiology and etiology of childhood pneumonia in 2010: estimates of incidence, severe morbidity, mortality, underlying risk factors and causative pathogens for 192 countries. *Journal of Global Health*, 3(1):010401. Retrieved date month year from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3700032/pdf/jogh-03-010401.pdf>.
- Sakulcool, R. (2014). Incidence and risk factors for recurrent pneumonia among children. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 31(1), 46-53. [In Thai].
- Schaible, U. E., & Kaufmann, S. H. (2007). Malnutrition and infection: Complex mechanisms and global impacts. *PLoS Medicine*, 4(5), e115. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040115>.
- Scott, J. A. G., Wonodi, C., Mo?si, J. C., Deloria-Knoll, M., DeLuca, A. N., Karron, R. A., & O'Brien, K. L. (2012). The definition of pneumonia, the assessment of severity, and clinical standardization in the Pneumonia Etiology Research for Child Health study. *Clinical Infectious Diseases*, 54(Suppl. 2), S109-S116.
- Senngam, K. (2008). *Pediatric critical nursing care in respiration*. Songkhla: Faculty of nursing Prince of Songkla University. [In Thai].
- Sinaniotis, C. A. (2005). Community-acquired pneumonia in children. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 11(3), 218-225.
- Soto-Martinez, M. E., & Penon, M. (2014). *Recurrent lower respiratory tract infections in children*. Retrieved date month year from <http://www.medicalobserver.com.au/news/recurrent-lower-respiratory-tract-infections-in-children>
- Srasom, C., Klunklin, P., & Thaiyapirom, N. (2011). Effectiveness of preventive interventions for acute lower respiratory tract infection among children under the age of five: A systematic review. *Nursing Journal*, 38(4), 123-142. [In Thai].
- Supreeyaporn, S. (2017). *Factors related to caring behaviors among caregivers of children with recurrent Pneumonia*. Master Thesis (Pediatric Nursing), Chiang Mai University, Chiang Mai. [In Thai].
- Van der Kam, S., Salse-Ubach, N., Roll, S., Swarthout, T., Gayton-Toyoshima, S., Jiya, N. M., ... Shanks, L. (2016). Effect of short-term supplementation with ready-to-use therapeutic food or micronutrients for children after illness for prevention of

malnutrition: A randomised controlled trial in Nigeria. *PLoS Medicine*, 13(2), 26p.<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001952>

Wilson, D. (2009). The child with respiratory dysfunction. In M. J. Hockenberry & D. Wilson (Eds.), *Wong's essentials of pediatric nursing*(8th ed.). St Louis: Mosby.

World Health Organization. (2016). *Pneumonia in children*. Retrieved date month year from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/>

Yordin, M. (2004). *Factors related to caring behaviors among mothers of Children with acute respiratory tract infection*. Master Thesis, Srinakharinwirot University, Bangkok. [In Thai].

