



27 ก.ค. 2535

ประสิทธิผลของโครงการสุศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการกลับซ้ำ
ของโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก กองตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร

THE EFFECTIVENESS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM ON MOTHER'S
BEHAVIOR FOR PREVENTING RECURRENT ACUTE PHARYNGO-
TONSILLITIS IN CHILDREN, OUT PATIENT DEPARTMENT,
BHUMIBOL ADULYADEJ HOSPITAL, BANGKOK

ชกันั้นแทนการ

จาก

มโนชญ์วชิรภกร / ส.พ.นดล

ยมลลร นาวานรลกร

วทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณธิต
(สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกสุขศกษา
บัณธิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2535

Copyright by Mahidol University

22967

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิผลของโครงการสุศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการกลับซ้ำ
ของโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก กองตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร

.....
.....

ยมลิริ นาวานุรักษ์
ผู้วิจัย

.....
.....

รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, วท.บ. (เกียรตินิยม), สค.ม.,
M.P.H., Ph.D.
ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

จริยาวัตร คมพยัคฆ์, วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข),
M.P.H., Dr.P.H.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

ชะนวนทอง ธนสุภาตฺถจันทร์, ค.บ., M.P.H., Dr.P.H.
กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

.....
.....

มันตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย

.....
.....

สมจิตต์ สพรธทัศน์, ค.ม., M.P.H., Dr.P.H.
ประธานคณะกรรมการประจำหลักสูตร
วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
สาขาวิชาเอกสุศึกษา
คณะสาธารณสุขศาสตร์

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ประสิทธิภาพของโครงการสุศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการกลับซ้ำ
ของโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก กองตรวจรักษาผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร

ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุศึกษา
วันที่ 6 มีนาคม 2535

.....
ยมลรี นาวานรักษ์

ผู้วิจัย

.....
รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, วท.บ. (เกียรตินิยม), สค.ม.,

M.P.H., Ph.D.

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
จริยาวัตร คมพาศ์, วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข),

M.P.H., Dr.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
สุรีย์ จันทรโมลี, วท.บ., M.P.H.

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
พิชิต สกลพราหมณ์, วท.บ. (สุขาภิบาล),

M.P.H. (Env.H.)

รักษาการแทนคณบดี

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

.....
มนตร์ จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ยมลรี นาวานุรักษ์
วัน เดือน ปีเกิด	23 ตุลาคม 2496
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, พ.ศ.2520-2522: ครุศาสตรบัณฑิต สาขามัธยมศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2527-2529: พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, พ.ศ.2532-2534: วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน	พ.ศ. 2520-2526: หน่วยฉุกเฉิน-แพทย์เวร งานการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ พ.ศ.2526-ปัจจุบัน: หน่วยพยาบาลต้านป้องกันโรคและ ส่งเสริมสุขภาพ งานการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพ

กิติกรรมประกาศ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสำเร็จได้ด้วยความสำเร็จจากความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งโรจน์ พุ่มรีว รองศาสตราจารย์ ดร.จรรยาวัตร คมพาศน์ ดร.ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์ รองศาสตราจารย์ ดร.สมจิตต์ สุพรรณทัศน์ รองศาสตราจารย์ สุรีย์ จันทรโมลี ซึ่งได้กรุณาให้คำแนะนำตรวจและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมืออย่างดีจาก พลอากาศตรี นายแพทย์ สมเฑียร ไชยะพันธ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช นาวาอากาศเอก นายแพทย์ อรรถพร เอียรศรีพจมาน ผู้อำนวยการกองตรวจรักษาผู้ป่วยนอก นาวาเอกหญิง แพทย์หญิง กณิกา ภิรมย์รัตน์ หัวหน้ากองกุมารเวชกรรม นาวาเอกหญิง แพทย์หญิง พัทธรา จันทรรัตน์ นาวาเอกหญิง แพทย์หญิง วีระนะ ตระกูลฮุ่น แพทย์ประจำกองกุมารเวชกรรม เรืออากาศเอกหญิง ศศิณัดดา ฤทธากัญ เรืออากาศเอกหญิงจรรยาจันทร แก้วนพรัตน์ เรืออากาศเอกหญิง ภัทติมา สอาดแสงพุทธ พยาบาลประจำกองกุมารเวชกรรม เรืออากาศเอกหญิง เรืองโร เปลี่ยนสะอาด ตลอดจนเจ้าหน้าที่กองกุมารเวชกรรมทุกท่าน ที่ได้กรุณาให้ความสะดวกในการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง

ขอกราบขอบพระคุณ คุณแหวนดี อุทโท หัวหน้างานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช และคุณมิ่งเมือง สุรักภะ หัวหน้าหน่วยพยาบาลด้านป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ งานการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ที่ได้กรุณาให้โอกาสผู้วิจัยในการศึกษาต่อ

ขอกราบขอบพระคุณ คุณลลิต ทิศนาพลพินิจ และคุณบารมี พัทนะศิริ ที่ได้กรุณาสนับสนุนเงินทุนในการทำวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ คุณมาลินี ภูวนันท์ และคุณวิลาวัณย์ ประทีปแก้ว ที่ได้กรุณาช่วยเหลือวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องส่องกล้อง ตลอดจนคุณกวีไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ คุณปิยะวดี แสงใหญ่ และเพื่อน ๆ วท.ม.(สุขศึกษา) รุ่นที่ ๑๑ ทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือในขั้นตอนดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทั้ง ๒ กลุ่ม ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี และท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และพี่ ๆ ทุกคนที่ได้ให้กำลังใจ ตลอดจนขอขอบคุณ นาวาเอกไอนุหาร นาวานุรักษ์ ที่คอยให้กำลังใจและช่วยเหลือในทุก ๆ ด้าน ตลอดจน และขอขอบคุณทุกท่านที่มีได้กล่าวไว้ ณ ที่นี้ ที่ได้มีส่วนช่วยเหลือและสนับสนุนในการทำวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบสำเร็จด้วยดี

ยมลสิริ นาวานุรักษ์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ประสิทธิผลของ โครงการสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมมารดาในการ
 ป้องกันการกลับซ้ำของ โรคคอตีบและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก
 กองตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
 กรุงเทพมหานคร

ผู้วิจัย ยมลลรี นาวานรักษ์

ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษา
 คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

 รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว, วท.บ. (เกียรตินิยม), สค.ม., M.P.H., Ph.D.
 จริยาวัตร คมพยัคฆ์, วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข), M.P.H.,
 Dr. P.H.

 ชะนวนทอง ธนสุภาณูจน์, ค.บ., M.P.H., Dr. P.H.

วันที่สำเร็จการศึกษา 6 มีนาคม พ.ศ. 2535

บทคัดย่อ

ปัจจุบันโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันมีอุบัติการณ์การเกิดโรคในเด็กกลุ่ม
 อายุ 0-5 ปี สูงถึงร้อยละ 4-17 และพบว่าโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจเป็นโรคที่
 พบบ่อย และเป็นสาเหตุการตายสูงสุดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มารดาเป็นบุคคลหนึ่งที่มีส่วน
 สำคัญในการดูแลและป้องกันโรคนี้ในเด็ก การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อศึกษาประสิทธิ
 ผลของ โครงการสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการป่วยกลับซ้ำของโรคคอตีบ
 และทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก โดยนำรูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพ และทฤษฎีการ
 เรียนรู้มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมเรียนรู้สำหรับมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำ
 ดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาของเด็กอายุ 2-7 ปี ที่นำเด็กไปรับการรักษาที่โรง
 พยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร จำนวน 105 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 52 คนและ
 กลุ่มเปรียบเทียบ 53 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนสุขภาพ และการสาธิตการเช็ดตัวเด็ก
 เพื่อลดไข้ นอกจากนี้ยังได้รับเอกสารแผ่นพับ แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก และการ
 กระตุ้นเตือนทางไปรษณียบัตร เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ และแบบ
 บันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้งคือ ก่อนและหลังการทดลอง
 ระหว่างเดือนเมษายน - กรกฎาคม 2534 วิเคราะห์ข้อมูลโดยแจกแจงค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย
 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบทางสถิติด้วย Student's t-test, Paired Samples
 t-test, Z-test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient
 และ Chi-Square

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากจัดโครงการสุศึกษาคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเกี่ยวกับ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และอุปสรรคของการปฏิบัติ รวมทั้งการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็กสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสัดส่วนของการป่วยเป็นโรคกลับซ้ำในเด็กกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก และการเป็นโรคกลับซ้ำในเด็ก ส่วนอายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก

จากผลการวิจัยนี้แสดงว่าโครงการสุศึกษามีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็กได้ดีขึ้น

Thesis Title The Effectiveness of Health Education Program on
Mother's Behavior for Preventing Recurrent Acute
Pharyngo-Tonsillitis in Children, Out Patient
Department, Bhumibol Adulyadej Hospital, Bangkok

Name Yomsiri Navanuraksa

Degree Master of Science (Public Health)
major in Health Education

Thesis Supervisory Committee

Roongrote Poomriew, B.Sc., M.P.H., Ph.D.
Jariyawat Kompayak, B.Sc., M.P.H., Dr.P.H.
Chanuantong Tanasugarn, B.Ed., M.P.H., Dr.P.H.

Date of Graduation 6 March B.E.2535 (1992)

Abstract

At present, 4-17 percent of children, aged 0-5 years are reported of getting Acute Pharyngo-Tonsillitis. Also, it is found that respiratory tract infection is the most common disease and cause of death in children under 5 years of age. Mothers are key persons that can prevent their children from this disease. The main objective of this quasi-experimental research was to examine the effectiveness of health education program on mothers, behaviors in preventing recurrent Acute Pharyngo-Tonsillitis in children. Health Belief Model and Learning Theory were modified for conducting health education activities to mothers to learn how to take care their children.

The subjects were 105 mothers, having children aged 2-7 years, getting Acute Pharyngo-Tonsillitis and attended Out-Patient Department of Bhumibol Adulyadej Hospital, Bangkok. Of these subject, 52 mothers were assigned to experimental groups while the rest were in comparison group. The experimental group received

health education program, including demonstration relating to topical sponge, leaflet, child health daily report form and prompting by post card.

The instruments used for collecting data were interview schedule and child health daily report form. Data were collected before and after the experiment between April and July 1991.

Percentage distribution, arithmetic mean, standard deviation, Student's t-test, Paired Samples t-test, Z-test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Chi-Square were employed to analyse data.

The results of the study revealed that, after the experiment, the average scores of perceptions concerning susceptibility, severity, benefit and barrier to prevent children and their practice of the experimental group were significantly higher than the comparison group. The proportion of children in experimental group getting recurrent Acute Pharyngo-Tonsillitis was smaller than the comparison group. It was found that perceptions concerning susceptibility had positive relationship with practices and recurrence of this disease. Age, occupation, education of mothers and their family incomes had no relationships with their practices.

Results of this study suggest that health education program could help mothers to prevent their children from getting disease.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย
 บทคัดย่อภาษาอังกฤษ
 สารบัญ
 สารบัญตาราง

ก

ค

จ

ช

บทที่

1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

5

สมมติฐานการวิจัย

5

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

6

ขอบเขตของการวิจัย

7

ข้อจำกัดของการวิจัย

7

ข้อตกลงเบื้องต้น

7

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

8

2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เรื่องโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน

10

หลักการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ

12

ทฤษฎี และแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

13

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

23

กรอบแนวคิดในการวิจัย

28

3 วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

29

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

30

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

31

การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

34

การวิเคราะห์ข้อมูล

35

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	
ลักษณะประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง	37
ผลการวิเคราะห์คะแนนหมวดการรับรู้ทางด้านสุขภาพ	42
ผลการวิเคราะห์คะแนนหมวดการปฏิบัติ	52
ผลการวิเคราะห์สัดส่วนของการเป็นโรคกลับซ้ำในเด็ก	54
ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติ ของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก	55
ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างอายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติของ มารดาเพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคกลับซ้ำของเด็ก	57
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย	59
การอภิปรายผล	61
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	65
ข้อเสนอแนะในการทําวิจัยครั้งต่อไป	66
บรรณานุกรม	68
ภาคผนวก	73

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากรและสังคม	88
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานบริการที่เลือกใช้	90
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอาการที่นำบุตรไปตรวจ	90
4	ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความคำถาม	91
5	ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคก่อนการทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความคำถาม	93
6	ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความคำถาม	95
7	ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความคำถาม	97
8	ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็กก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความคำถาม	98
9	ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความคำถาม	99
10	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความคำถาม	101
11	ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความคำถาม	103
12	ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความคำถาม	105
13	ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำในเด็กหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความคำถาม	106

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตารางที่		หน้า
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างอายุ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง	107
15	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างอายุ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้ความรุนแรงของโรคในกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง	107
16	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างอายุ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง	108
17	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างอายุ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง	108
18	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างอายุ และการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว กับการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็กของกลุ่ม หลังการทดลอง	109
19	ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็กของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง	110

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 6 มีนโยบายที่สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่มุ่งพัฒนาคนให้ก้าวหน้า (คณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ 2530: 3) ซึ่งในการพัฒนานั้นจำเป็นต้องทำพร้อมกันในทุก ๆ ด้านทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคมการเมือง การปกครอง การเกษตร และการศึกษาโดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และมุ่งเน้นถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนแนวทางที่จะทำได้คือ การส่งเสริมสุขภาพของประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มแม่และเด็ก ซึ่งเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคสูง และมีอัตราการตายสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะในประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจเป็นโรคที่พบบ่อย และเป็นสาเหตุของการตายที่สูงสุดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คือพบเด็กป่วยด้วยโรคนี้สูงเป็น 50 เท่าของประเทศที่พัฒนาแล้ว (ธีระ รามสูต 2532: 3) และยิ่งพบว่าร้อยละ 20 ของเด็กเหล่านี้เสียชีวิต (บุศรา บองทอง 2532: 92) ซึ่งในประเทศที่พัฒนาแล้วพบเพียงร้อยละ 2 เท่านั้นสำหรับประเทศไทยพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีอัตราการตายจากโรคนี้สูงถึงร้อยละ 25 ของสาเหตุการตายทั้งหมด (สุกรี สุวรรณจุฑะ 2528: 851-852)

ในประเทศไทย โรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กยังไม่มีมาตรฐานเดียวกันในการรักษาทำให้ต้องสูญเสียทรัพยากร เวลา และกำลังคน จากสถิติผู้ป่วยเด็กที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั่วประเทศระหว่างปี 2523-2526 พบว่ามีเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ ร้อยละ 35-39 ของผู้ป่วยทั้งหมด และต้องรับไว้ในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 17-26 (ธีระ รามสูต 2532: 3) จากสถิติแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลรามธิบดีพบว่า มีเด็กร้อยละ 40-60 ป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจ และโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มนี้ คือ โรคหัดธรรมดา ร้อยละ 57-75 โรคคอตีบและทอนซิลอักเสบ ร้อยละ 4-17 และพบว่าโรคปอดบวมเป็นโรคซึ่งทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ตายเป็นอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อในเด็ก (อนุชา จิตตินันท์ และคณะ 2529: 65)

กานดา วัฒนภาส และคณะ (2532: 34) ได้ศึกษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ชุมชนเขตดินแดง กรุงเทพมหานคร พบว่า เด็กป่วยด้วยโรคนี้สูงในฤดูหนาว เริ่มตั้งแต่เดือนกันยายน และพบสูงสุดในเดือนมกราคม

โรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน เป็นโรคหนึ่งในกลุ่มของโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้แบ่งตามกายวิภาคศาสตร์ออกเป็นโรคหัตถ์ธรรมดา ใช้หัวใจใหญ่ โรคคออักเสบต่อมทอนซิลอักเสบ ต่อมอดีนอยด์โตและอักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ ไชน์สอักเสบและกล่องเสียงอักเสบ (WHO. 1978: 283-287) โรคดังกล่าวนี้ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการที่มารดาหรือผู้ดูแลเด็กยังมีการรับรู้ และการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในการดูแลเด็กขณะป่วย และการป้องกันเด็กไม่ให้เป็นโรคกลับซ้ำ โดยเฉพาะในขณะที่ยังเด็กเริ่มป่วย เช่น การเช็ดตัวเพื่อลดไข้ไม่ถูกวิธี คัดน้ำไม่เพียงพอ การให้อาหารที่ไม่เหมาะสม หรือการให้รับประทานยาไม่ถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ คือเมื่อเด็กอาการดีขึ้นก็หยุดให้ยาแก้อักเสบ โดยที่โรคนั้นยังไม่หายทำให้หายซ้ำ เชื้อโรคคือยาเกิดโรคกลับซ้ำได้ง่าย หรือเกิดโรคแทรกซ้อน เช่นบอดบวม บอดอักเสบ อาจต้องผ่าตัดต่อมทอนซิลทิ้ง เนื่องจากอักเสบบ่อยมากรักษาด้วยยาแล้วไม่ดีขึ้น ซึ่งจะทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันโรคน้อยลงเพราะไม่มีต่อมทอนซิลเป็นด่านกักเชื้อโรคด่านแรก ซึ่งจะมีผลทำให้เกิดโรคไข้รูมาติกหรือโรคคลื่นหัวใจพิการ ซึ่งจะต้องทำการรักษาตลอดชีวิตทำให้เสียทั้งเวลาและเศรษฐกิจ เด็กมีพัฒนาการด้านการเจริญเติบโตช้าหรืออาจเสียชีวิตได้

จากการประเมินทางเศรษฐกิจพบว่า เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทย มีประมาณ 5 ล้านคน เด็กเหล่านี้จะป่วยเป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจ กลุ่มที่มีอาการไม่รุนแรง ซึ่งโดยมากเป็นไข้หวัดธรรมดาเกิดจากเชื้อไวรัส ตามหลักกระบวนวิชา พบว่าเด็กแต่ละคนจะป่วยด้วยโรคนี้นับประมาณ 5 ครั้งต่อปี เท่ากับป่วย 25 ล้านครั้ง ในแต่ละครั้งประมาณค่ายาในการรักษาเป็นต้นว่า ยาลดไข้ ยาลดน้ำมูก ยาแก้ไอ และยาปฏิชีวนะเป็นเงินค่าสุดประมาณ 30 บาท ผู้ปกครองพาเด็กไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลต้องเสียเวลาในการประกอบกิจการงานหรือผู้ปกครองจะต้องเสียเวลาดูแลอย่างน้อย 5 วัน จะต้องขาดรายได้จากค่าแรงวันละอย่างต่ำ 50 บาท เป็นเงิน 250 บาท รวมกับค่ายาแล้วเป็นเงิน 280 บาทต่อการป่วย 1 ครั้ง ซึ่งเมื่อรวมทั้งหมดแล้วจะเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจคิดเป็นเงินถึง 7,625 ล้านบาทต่อปี เฉพาะข้อมูลที่ได้จากเด็กเป็นหัตถ์ธรรมดาที่มีอาการไม่รุนแรงยังเห็นได้ว่าเป็นปัญหาเศรษฐกิจที่น่าจะคำนึงถึงทีเดียว และพึงตระหนักอย่างมาก (อนุชา จิตตินันท์ และคณะ 2529: 66)

การแก้ไขสภาวะการณ์ด้านโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจนั้น จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย ทั้งจากบุคลากรในที่มีสุขภาพและจากประชาชน โดยเฉพาะมารดาหรือผู้ดูแลเด็กให้เข้ามามีบทบาทในด้านการรับรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลและป้องกัน และรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจให้อยู่ในอัตราที่เกิดที่ต่ำเสียค่าใช้จ่ายและเวลาน้อยที่สุด โครงการสุขศึกษาจะเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยให้มารดามีการ

รับรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องทั้งในการดูแลและป้องกันโรคดังกล่าว อาทิเช่น ในเรื่องการเช็ดตัวเพื่อลดไข้ที่ถูวิธีนั้น ควรเช็ดจากปลายมือปลายเท้าเข้าสู่หัวใจเพื่อให้ไข้ลดเร็ว (มาลีรัตน์ สุทธิอารมภ์ 2526: 68) การให้เด็กดื่มน้ำให้พอเพียง ประมาณ 4-6 แก้วต่อวัน การให้อาหารอ่อนย่อยง่าย (คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาล 2526: 301) หรือการให้รับประทานยาแก้ไอแก้เสบ ควรรับประทานจนหมดตามแพทย์สั่ง ไม่ควรหยุดยาเอง แม้ว่าเด็กจะมีอาการดีขึ้น เพราะเชื้อโรครยังตายไม่หมด เป็นต้น

อนุชา จิตคืนันท์ และคณะ (2529: 68) ได้ทำการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการสำหรับควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็กที่จังหวัดนครสวรรค์ การวิจัยนี้เป็นการกระทำโดยมุ่งหวังให้ประชาชนในชนบทมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก เพื่อให้มีการปฏิบัติต่อเด็กป่วยอย่างถูกต้องรวมทั้งการนำเด็กป่วยไปรักษา ณ สถานบริการที่เหมาะสม โดยใช้กิจกรรมหลักด้วยการให้ความรู้ผ่านสื่อทุกวิธี ตั้งแต่ระดับอำเภอจนถึงหมู่บ้าน และครอบครัวโดยเน้นที่ครอบครัวเป็นสำคัญ การวิจัยได้กระทำในหมู่บ้านที่ผ่านการดำเนินงานวิจัยและพัฒนาตามโครงการนครสวรรค์ เมื่อปี 2530 จำนวน 6 หมู่บ้าน และหมู่บ้านที่ไม่ผ่านการดำเนินงานวิจัยดังกล่าว 14 หมู่บ้าน ผลการวิเคราะห์เบื้องต้นพบว่า มีความแตกต่างระหว่างหมู่บ้านทั้ง 2 กลุ่มนี้ในเรื่อง ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค การติดต่อของโรค การป้องกันโรค การปฏิบัติต่อเด็กป่วยและค่าใช้จ่ายในการรักษาเด็กป่วย กล่าวคือในหมู่บ้านที่ผ่านการดำเนินงานวิจัยและพัฒนาตามโครงการนครสวรรค์ ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก และการปฏิบัติต่อเด็กป่วยดีกว่าประชาชนในหมู่บ้านที่ไม่ผ่านโครงการดังกล่าว นอกจากนี้จำนวนเงินที่ใช้ในการรักษาเด็กป่วยก็น้อยกว่าด้วย

ผู้วิจัยเห็นว่าโครงการดังกล่าวมีประโยชน์ต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก และประชาชนเป็นอย่างยิ่ง จึงได้นำแนวคิดจากการศึกษานี้มาประยุกต์ในการจัดโครงการศึกษาแก่มารดาในการดูแล และป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก โดยทดลองจัดโครงการสุศึกษาในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร โดยศึกษาประสิทธิภาพของโครงการสุศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแล และป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยมีเด็กป่วยเป็นจำนวนมาก ในปี 2532 พบเด็กป่วยด้วยโรคนี้ 7,575 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.56 ของจำนวนผู้ป่วยเด็กทั้งหมด และในปี 2533 พบเด็กป่วยด้วยโรคนี้ 7,125 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 ของจำนวนผู้ป่วยเด็กทั้งหมด (แผนกเวชระเบียนและสถิติโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช) ผู้วิจัยได้ทำการสำรวจข้อมูลเบื้องต้น โดยสัมภาษณ์มารดาเด็กที่มีอายุระหว่าง 2-7 ปีที่ป่วยด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันที่

มารับการรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช จำนวน 50 ราย จากการวิเคราะห์ พบว่า มารดาของเด็กมีอายุระหว่าง 20-35 ปี มีอาชีพรับจ้าง 28 ราย คิดเป็นร้อยละ 56 เป็นแม่บ้าน 14 ราย คิดเป็นร้อยละ 28 รับราชการ 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 16 การศึกษาระดับประถมศึกษา 18 คน คิดเป็นร้อยละ 36 ระดับมัธยมศึกษา 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 ระดับอุดมศึกษา 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 และพบว่า มารดาของเด็กมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคและความรุนแรงของโรค เช่น ไม่รู้ถึงผลที่ตามมาจากการป่วยเรื้อรัง หรือการไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์จะเกิดผลเสียเช่น โรคแทรกซ้อนอื่น ๆ จำนวน 44 ราย คิดเป็นร้อยละ 88

การรับรู้ต่อผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เช่น ขาดการรับรู้ในเรื่องผลดีของการปฏิบัติของมารดาต่อเด็กเมื่อเด็กเริ่มมีอาการป่วย ทำให้เด็กมีอาการมากถึงขั้นรุนแรง ซึ่งต้องใช้เวลาในการรักษานาน จำนวน 46 ราย คิดเป็นร้อยละ 92

การปฏิบัติในการป้องกันโรค พบว่าร้อยละ 82 ไม่ได้ดูแลร่างกายเด็กให้อบอุ่นเพียงพอ โดยเฉพาะเวลาอากาศเปลี่ยนแปลง ซึ่งเป็นสาเหตุให้เด็กป่วย หรือปล่อยให้เด็กเล่นน้ำจนเสื้อผ้าเปียก เป็นต้น ไม่ดูแลเรื่องอาหารการกิน ได้อาหารที่ไม่มีประโยชน์ หรือได้อาหารไม่ครบ 5 หมู่ ทำให้เด็กเติบโตช้า สุขภาพไม่ดี ความต้านทานโรคต่ำและเจ็บป่วยบ่อย จำนวน 41 รายคิด เป็นร้อยละ 82 ในเด็กจำนวน 50 รายนี้มีเด็กที่มีอาการกลับซ้ำบ่อย ๆ ดังนี้ เป็นทุก 1 เดือน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 เป็นทุก 2 เดือน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 เป็นทุก 3 เดือน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 20

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่ามีเด็กป่วยเป็นโรคกลับซ้ำ ประกอบกับมารดาหรือผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค และการปฏิบัติในการป้องกันโรคยังไม่ถูกต้อง จึงมีส่วนทำให้เด็กเจ็บป่วยบ่อย ผลที่ตามมา คือ ทำให้เด็กมีพัฒนาการช้า เสียเศรษฐกิจเสียเวลาในการรักษามากเพราะเชื้อโรคดื้อยา และมีโอกาสจะเป็นโรคแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ ปอดบวม (WHALEY and WING, 1979: 1217) ซึ่งถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องอาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้ แต่ถ้ามารดาหรือผู้เลี้ยงดูเด็กมีการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ และมีการป้องกันโรคที่ถูกต้องก็จะมีผลทำให้การเกิดโรคกลับซ้ำในเด็กน้อยลง ซึ่งก็จะเกิดผลดีต่อประเทศชาติ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตทางหนึ่งด้วย

จากปัญหาและพฤติกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยเห็นว่าควรจัดโครงการสุขศึกษาที่เหมาะสมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดาในการดูแล และป้องกันโรคคอและทอนซิล

อักเสบเฉียบพลันในเด็ก โดยใช้แนวคิดงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย และใช้แบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้มาประยุกต์ในการจัดโครงการสุศึกษาพร้อมทั้งมีการกระตุ้นเตือนด้วยเอกสารแผ่นพับ แบบบันทึกปฏิทินการดูแลสุขภาพเด็กและไปรษณียบัตร เพื่อให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแล และป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโครงการสุศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแล และป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1. การรับรู้ของมารดาเด็ก ในเรื่องโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความรุนแรงของโรค ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแล เด็กขณะป่วยและอุปสรรคของการปฏิบัติ
2. การปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก
3. สัดส่วนการเป็นโรคกลับซ้ำของเด็ก
4. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก และการเป็นโรคกลับซ้ำในเด็ก กับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ
5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร (อายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว) กับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก

สมมติฐานการวิจัย

1. โครงการสุศึกษามีประสิทธิผลทำให้มารดาเด็กในกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับรู้ดีกว่ามารดาของผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องต่อไปนี้

- 1.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค
- 1.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค
- 1.3 การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
- 1.4 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ
2. หลังการทดลองมารดาเด็กกลุ่มทดลองมีการรับรู้ดีกว่าก่อนการทดลองในเรื่องต่อไปนี้
 - 2.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค
 - 2.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค
 - 2.3 การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
 - 2.4 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ
3. มารดาเด็กกลุ่มทดลอง มีการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็กได้ดีกว่ามารดาเด็กกลุ่มเปรียบเทียบ
4. สัดส่วนการเป็นโรคกลับซ้ำของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
5. การปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ
6. ปัจจัยของประชากรและสังคมในด้านอายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ ได้แก่

โปรแกรมสุขศึกษาที่จัดให้กับมารดาของเด็กอายุ 2-7 ปี ที่ป่วยเป็นโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเรื่องการดูแลเด็กขณะป่วยและการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก

ตัวแปรตาม ได้แก่

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค
2. การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

3. การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
4. การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ
5. การปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก

ตัวแปรภายนอก ได้แก่

อายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา และ รายได้ของครอบครัว

ขอบเขตของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาของเด็กที่มีอายุระหว่าง 2-7 ปี ที่ป่วยด้วยโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน และมารับการรักษาที่กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และเป็นเด็กที่มารดาเลี้ยงดูด้วยตนเองทั้งวัน หรือเฉพาะเวลากลางคืน

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้ไม่สามารถควบคุมองค์ประกอบบางประการได้ เช่น ตัวแปรด้านประชากรและสังคม ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว ประสิทธิภาพด้านการดูแลเด็กป่วย และการรักษาโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ตลอดจนข่าวสารความรู้หรือการดูแลที่มารดาอาจได้รับจากแหล่งอื่นซึ่งมีอิทธิพลต่อการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การประเมินการรับรู้และการปฏิบัติของมารดา ใช้วิธีให้ตอบแบบสัมภาษณ์การรับรู้ โดยประเมินจากคำตอบในการสัมภาษณ์ ซึ่งคำตอบเหล่านั้นถือว่าตรงกับความเป็นจริง
2. การวัดพฤติกรรมการปฏิบัติของมารดา โดยให้มารดาบันทึกการปฏิบัติของมารดาลงในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ถือว่าเป็นสิ่งที่มารดาได้ปฏิบัติจริง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

มารดา คือ มารดาของเด็กอายุระหว่าง 2-7 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน และมารับการรักษาที่กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

โรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก (Acute Pharyngo-Tonsillitis) คือโรคที่มีการอักเสบบริเวณผนังคอด้านหน้า ด้านใน ส่วนหลัง และบริเวณต่อมทอนซิล

การกลับซ้ำของโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก หมายถึง การที่เด็กป่วยเป็นโรคคอ และทอนซิลอักเสบเฉียบพลันซ้ำอีก ภายในเวลา ๒-๕ สัปดาห์ หลังจากที่เป็นครั้งแรก

การรับรู้ คือ กระบวนการที่บุคคลรับสิ่งเร้าผ่านประสาทแล้วตีความหมายสิ่งเร้า โดยนำประสบการณ์เดิมมาเกี่ยวข้อง

การรับรู้ทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ และรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการวัดการรับรู้ทางด้านสุขภาพจะวัดออกมาเป็นระดับความรู้สึกและความคิดเห็น

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค คือ การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในด้านการวินิจฉัยของแพทย์ โอกาสเกิดโรคซ้ำ

การรับรู้ความรุนแรงของโรค คือ การรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในด้านทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนรุนแรง และเป็นอันตรายถึงชีวิตได้และมีผลผลทำให้เสียเวลา เศรษฐกิจ และอาจมีผลกระทบต่อการทำงานของครอบครัว และสังคม ตลอดจนความยากลำบาก และการใช้ระยะเวลาในการรักษา

การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ คือ การรับรู้ของมารดาว่าถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และเจ้าหน้าที่แล้วจะทำให้เด็กหายป่วยได้เร็วและไม่เป็นโรคกลับซ้ำและไม่เกิดโรคแทรกซ้อน

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ คือ การรับรู้ของมารดาว่าถ้าปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่อาจทำให้เสียเวลา เสียค่าใช้จ่าย กระทบกิจวัตรประจำวัน เกิดความเบื่อหน่าย แต่ก็มีประโยชน์คือทำให้เด็กหายป่วยเร็วและไม่ป่วยซ้ำอีก

ประสิทธิผล คือ ผลของการจัดโครงการสุขภาพแก่มารดา ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเรื่องการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมทั้งการดูแลเด็กขณะป่วยและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก และลดการเกิดโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันโดย

ใช้แบบสัมภาษณ์เรื่องการรับรู้ แบบบันทึกการปฏิบัติของมารดา และทบทวนสถิติการเป็นโรคกลับซ้ำเป็นเครื่องมือในการวัดประสิทธิผลของโครงการ

การให้สุศึกษาตามโครงการสุศึกษา คือ การให้สุศึกษาแก่มารดาโดยประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการเรียนรู้ โดยจัดกิจกรรมเป็นการให้สุศึกษารายบุคคลให้แก่มารดาในเรื่อง โรคคอและทอนซิลซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลเด็กในขณะป่วย และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก และให้เอกสารแผ่นพับเพื่อเตือนการปฏิบัติของมารดาขณะอยู่ที่บ้าน

การให้สุศึกษาตามปกติ คือ การที่แพทย์และเจ้าหน้าที่กองกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ให้คำแนะนำเรื่องโรคทั่ว ๆ ไป รวมทั้งโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันแก่มารดาที่นำเด็กมารับการตรวจรักษา

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาประสิทธิผลของโครงการสุศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่างมาเป็นแนวทางประกอบดังนี้

- ส่วนที่ 1 ความรู้เรื่องโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน
- ส่วนที่ 2 ทฤษฎี และแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
- ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้เรื่องโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน

โรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน (Acute Pharyngo-Tonsillitis) เป็นโรคในกลุ่มโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งประกอบด้วย (สุกรี สุวรรณวุฒ 2528: 859)

- 1. โรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน เช่น
 - 1.1 โรคหวัดธรรมดา (Common Colds, Rhinitis, Coryza)
ไข้หวัดใหญ่ (Influenza)
 - 1.2 โรคคออักเสบ (Pharyngitis)
 - 1.3 ต่อมทอนซิลอักเสบ (Tonsillitis)
 - 1.4 ต่อมอดีนอยด์โตและอักเสบ (Adenoid Hypertrophy and Adenoiditis)
 - 1.5 หูชั้นกลางอักเสบ (Otitis media)
 - 1.6 โพรงกระดูกรอบจมูกอักเสบหรือไซนัสอักเสบ (Sinusitis)
 - 1.7 กล่องเสียงส่วนบนอักเสบ (Acute Epiglottitis)
- 2. โรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน และทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ กลุ่มอาการที่เรียกว่า Croup ซึ่งพวกนี้อาจมีอาการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนล่างร่วมด้วยก็ได้
- 3. โรคติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่าง เช่น
 - 3.1 โรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน (Acute Laryngotracheobronchitis)

3.2 โรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน (Acute Bronchiolitis)

4. โรคที่มีการอักเสบของเนื้อปอด ได้แก่ โรคปอดอักเสบ (Pneumonia)

สำหรับอาการของโรคคอและทอนซิลเฉียบพลัน (Acute Pharyngo-Tonsillitis) นั้นพบมากในเด็กอายุ 4-7 ปี ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส ได้แก่ เชื้อ Adenovirus, Coxsackie A virus, Influenzavirus และ Herpes virus ส่วนสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรียพบน้อยประมาณร้อยละ 10 เชื้อที่สำคัญมี 2 ชนิด คือ Beta-hemolytic Streptococcus group A และ Corynebacterium Diphtheriae (Thomas, et. al. 1983: 1015-1021)

อาการของโรคนี้คือ คอแดงขึ้นอย่างชัดเจน บางรายแดงจัดคล้ายตำลึงสุก อาจมีลิ้นเป็นฝ้าขาว ทอนซิลโต และอาจมีจุดหนองสีขาวครีมติดที่ทอนซิล ทำให้มีไข้สูงเจ็บคอ โดยเฉพาะเวลากิน ในเด็กโตจะบ่นเจ็บคอและกลืนลำบาก ส่วนเด็กเล็กจะไม่ยอมรับประทานอาหารและอาเจียนเพราะเจ็บคอ ถ้ามีไข้สูงเด็กอาจชักหรือท้องเสียได้

การติดเชื้อไวรัสของคอและทอนซิล จะมีอาการอักเสบไม่มาก แต่ถ้ามีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติม จะมีอาการอักเสบมากและมีจุดหนอง (จันทน์วิฑูร์ เกษมสันต์ และ บุญชอบ พงษ์พาณิชย์, 2522: 1112)

นอกจากนี้ยังมีการแบ่งประเภทของโรคนี้ในเชิงปฏิบัติเพื่อให้เหมาะสมกับบุคลากรสาธารณสุขที่ต้องไปให้คำแนะนำแก่ประชาชน เพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาในระดับชุมชนและการส่งต่อผู้ป่วย โดยใช้ความรุนแรงของโรคเป็นหลัก มีการแบ่งดังต่อไปนี้ (สุกรี สุวรรณจุฑะ 2528: 859)

1. กลุ่มที่มีอาการรุนแรงน้อย (Mild) จะมีอาการน้ำมูกใสหรือคัดจมูก ไอ และมีไข้ต่ำกว่า 3 วัน
2. กลุ่มที่มีอาการรุนแรงปานกลาง (Moderate) จะมีอาการและอาการแสดงต่อไปนี้โดยอย่างหนึ่ง หรือร่วมกัน ได้แก่
 - มีน้ำมูกข้น ๆ ปนหนองในจมูกหรือมีเสมหะหลังคอ
 - น้ำหนองจากในช่องหู
 - ไอแบบมีเสมหะ
 - หายใจเร็วเกิน 50 ครั้งต่อนาที ในเด็กเล็กต่ำกว่า 1 ปี หรือเกิน 40 ครั้งต่อนาทีในเด็กเกิน 1 ปีขึ้นไป
 - ใช้นานกว่า 3 วันหรือสูงกว่า 39 องศาเซลเซียส
3. กลุ่มมีอาการรุนแรงมาก (Severe) ได้แก่ อาการและอาการแสดงอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้ และอาจร่วมกับอาการและอาการแสดงข้างต้นหรือไม่ก็ได้

- อาการไอเสียงก้อง (Barking Cough) หรือมีเสียงฮู้พตอนท้าย (Whooping)
- เสียงฮืดในลำคอ (Stridor ได้ยินชัดเวลาหายใจเข้า และมีอาการหายใจลำบาก เห็นได้จากมีหน้าอกบุ๋ม)
- ปีกจมูกบาน (Nasal Flaring)
- ริมฝีปาก และเล็บมือ เล็บเท้าเขียว (Cyanosis)
- ชัก (Convulsion)
- คุณสมหรือรับประทานอาหารได้น้อย (Poor Feeding)

หลักการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ

นายแพทย์สมชาย สู้พันธุ์วิช (2527: 116-7) ได้ให้แนวคิดในการป้องกันและควบคุมโรคนี้ว่ามารดาควรจะมีแบบแผนการเลี้ยงดูบุตรในด้านการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ เพื่อลดจำนวนการป่วยในระดับอาการรุนแรงน้อย รุนแรงปานกลาง และรุนแรงมาก โดยมีการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. การป้องกันล่วงหน้า ได้แก่ การให้ความรู้ทางสุขศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป โดยให้ปฏิบัติในสิ่งต่อไปนี้

- 1.1 รักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เช่น
 - ก. หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัดเท่าที่จะทำได้
 - ข. กินอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบถ้วนอย่างเพียงพอ
 - ค. ไม่มีคว้นบุหรี่และคว้นไฟภายในบ้าน
 - ง. ทำให้ร่างกายอบอุ่นอยู่เสมอโดยที่ใส่เสื้อผ้าหนา ๆ เวลาที่อากาศเย็น
- 1.2 เชื้อโรคจะกระจายออกจากร่างกายของคนที่เป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจโดยปะปนออกไปกับน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ การไอรดกัน การรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ โดยใช้ภาชนะร่วมกัน และการขั้วน้ำลายบนพื้นถนน อาจแพร่เชื้อโรคไปสู่ผู้อื่นได้
- 1.3 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคที่ป้องกันได้ เช่น วัคซีนป้องกันโรคคอตีบ ไอกรน และโรคหัด เป็นต้น
- 1.4 ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทั่วไปรับทราบว่าการล้างมือและการระบาคของโรคใด และควรปฏิบัติตัวอย่างไร

2. การควบคุมผู้ป่วยที่อยู่ในระดับอาการรุนแรงน้อย ไม่ให้ป่วยในระดับที่รุนแรงมาก โดยการปฏิบัติดังต่อไปนี้

- 2.1 รักษาพยาบาลตามอาการอย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น ถ้ามีอาการไข้สูงก็ให้เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่น กินยาลดไข้ และดื่มน้ำมาก
- 2.2 หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชนที่มีคนแออัด เพราะจะทำให้มีการแพร่กระจายแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้
- 2.3 นอนในที่ที่อากาศถ่ายเทได้สะดวก แสงแดดส่องได้ทั่วถึง
- 2.4 สรงน้ำบ่อย บ้วนเสมหะในภาชนะที่ปิดมิดชิด
- 2.5 ถ้าเป็นเด็กที่จำเป็นต้องไปโรงเรียน ก็ควรแนะนำให้พักการเรียนจนกว่าจะหายเป็นปกติ
- 2.6 เมื่อมีอาการป่วยเพิ่มมากขึ้น เช่น ไข้สูง หอบจนชายโครงบวม ชัก พาไปพบแพทย์ทันที

ทฤษฎี และแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้แบ่งการอธิบายในส่วนของทฤษฎี และแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยเป็น 3 ส่วน คือ รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ และแนวคิดเกี่ยวกับวิธีการทางสุศึกษา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ

รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ มีการพัฒนามาใช้อธิบายปัญหาทางโครงการสาธารณสุข ในระหว่าง ค.ศ.1950 และ 1960 ซึ่ง โรเซนสต็อก ฮอคบอม คีเกลส์ และลีเวนทอล (Resenstock, Hochbaum, Kegeles and Leventhal) เป็นบุคคลกลุ่มแรกที่นำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการอธิบายปัญหาสาธารณสุข ในระยะเริ่มแรก โรเซนสต็อก (Rosenstock 1974: 380) ได้สรุปองค์ประกอบสำคัญของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพไว้ 2 ประการคือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ โดยการที่บุคคลใดจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคนั้น เขาจะต้องมีความเชื่อว่า

1. มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค
2. โรคนั้นมีความรุนแรง

3. การปฏิบัติเพื่อหลีกเลี่ยงการเป็นโรค จะให้ผลดีในการช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรค และไม่ควรมีอุปสรรคในการปฏิบัติ เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวก ความเจ็บปวด ความอาย เป็นต้น

คาลส์ และคอบบ์ (Kals and Cobb อ้างใน Kirscht 1974: 388) ได้ปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมการเจ็บป่วย (Illness Behavior) และได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจในการปฏิบัติของบุคคลไว้ดังนี้คือ 1) แรงจูงใจทางด้านสุขภาพที่เกิดจากอาการเจ็บป่วยที่ผ่านมา และระดับความสนใจต่อสุขภาพของตน 2) ภาวะคุกคามของโรคที่มีต่ออาการ ความเจ็บป่วย และมีผลต่อการทำงานของร่างกาย 3) ประโยชน์ ผลดีหรือคุณค่าของการปฏิบัติต่อการทุเลาของโรค และ 4) อุปสรรคหรือค่าใช้จ่ายในการปฏิบัติ ซึ่งในการอธิบาย และทำนายพฤติกรรมของบุคคลที่กำลังป่วยนั้นได้อธิบายโดยอาศัยปัจจัยประชากรและสังคม ลักษณะชนิดความยุ่งยาก ระยะเวลาของการรักษา ข้อปฏิบัติสำหรับผู้ป่วย และความรุนแรงของโรค ตามวิชาการทางการแพทย์ ซึ่งรูปแบบนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากพบความสัมพันธ์ของพฤติกรรมกับปัจจัยบางประการเท่านั้น และไม่ได้มีการพัฒนาให้เป็นกรอบแนวคิดที่จะสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ได้ เบคเคอร์ (Becker 1974: 416) จึงได้รับปรับปรุงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วย ในรูปของการรับรู้และความเชื่อ โดยเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจด้านสุขภาพ และปัจจัยร่วมต่าง ๆ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษา การกระตุ้นให้ปฏิบัติตนโดยเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

องค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งได้รับการยืนยันจากผลการวิจัยว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ มีด้วยกัน 5 องค์ประกอบ คือ (Becker 1974: 409-414)

1. การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Susceptibility) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยที่มีต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยโรคของแพทย์ การคาดคะเนถึงโอกาสการเกิดโรคซ้ำ และความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการง่ายที่จะเจ็บป่วยเป็นโรคต่าง ๆ

2. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค (Perceived Severity) หมายถึง การรับรู้ที่ผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินเอง ในด้านความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย จะก่อให้เกิดความพิการ หรือทำให้เสียชีวิต มีความยากลำบากในการรักษา เนื่องจากต้องใช้ระยะ

เวลานาน โรคแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น หรือผลกระทบที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงโอกาสเกิดโรคซ้ำแต่ถ้าไม่มีการรับรู้ว่าการเจ็บป่วยนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือกระทบกระเทือนต่อฐานะและบทบาททางสังคมของผู้ป่วยแล้ว ผู้ป่วยก็จะไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

3. การรับรู้ถึงผลประโยชน์และค่าใช้จ่าย (Perceived Benefit and Cost) หมายถึง เมื่อผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ามีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคนั้นซ้ำ และรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงมากพอที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกาย หรือมีผลเสียโดยทางอ้อมแล้วผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการรักษาให้หายจากโรคนั้นแล้ว แต่ในการที่ผู้ป่วยจะยอมรับและปฏิบัติตามสิ่งใดนั้น จะต้องเป็นผลของการรับรู้ถึงวิธีการดังกล่าวเป็นทางออกที่ดีที่สุด ก่อให้เกิดผลดีมีประโยชน์ และเหมาะสมที่สุดที่จะหายจากโรคนั้น ๆ ในกรณีที่มีการปฏิบัติตามคำแนะนำมีอุปสรรค เช่น ความไม่สะดวก ความเหนื่อย การตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำจะขึ้นอยู่กับเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมนั้น โดยผู้ป่วยจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีมากกว่าผลเสีย

4. แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย มีสาเหตุจากการกระตุ้นของสิ่งเร้าที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำ สิ่งเร้าที่เป็นตัวกระตุ้นนี้อาจเป็นสิ่งเร้าภายในตัวบุคคล เช่น ความสนใจต่อสุขภาพทั่วไป หรือสิ่งเร้าจากภายนอก เช่น ข่าวสารเอกสาร คำแนะนำของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น โดยทั่วไปแล้วการประเมิแรงจูงใจของผู้ป่วยสามารถประเมินได้จากความตั้งใจของผู้ป่วยที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

5. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ด้านพฤติกรรมสังคม จากการศึกษาวิจัยพบว่า ปัจจัยร่วมที่ส่งผลในการทำนายพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมอ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย หรือ เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง ทำให้การรักษาโรคได้ผลในการบรรเทาหรือหายจากโรคนั้น ๆ ได้ เบคเคอร์และไมแมน (Becker and Maiman อังใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ 2532: 97) ได้ทำการสรุปผลการศึกษาวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และเจ้าหน้าที่อย่างเคร่งครัด พร้อมทั้งเสนอวิธีการที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำเพิ่มขึ้นดังนี้คือ

1. การให้ข้อมูล รายละเอียดของคำแนะนำที่ผู้ป่วยจะต้องปฏิบัติตามต้องชัดเจน เข้าใจง่าย โดยการพูดคุย หรือการเขียน หรือมอบเอกสารเกี่ยวกับคำแนะนำที่จะต้องปฏิบัติให้แก่ผู้ป่วย มีการอธิบายซ้ำ และชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนควรตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วยว่าถูกต้องตรงกัน

2. การปรับปรุงขั้นตอนการรักษา และการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยให้เหมาะสมและ ทำให้มีผลกระทบต่อพฤติกรรมเดิม หรือการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยน้อยที่สุด ใช้ระยะเวลาสั้นและสิ้นค่าใช้จ่ายน้อย ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยมั่นใจ และเห็นความสำคัญของการปฏิบัติ โดยการช่วยให้ผู้ป่วยมองเห็นความก้าวหน้าของการรักษา และการปฏิบัติตัวนั้น ๆ

3. การตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ได้แก่ ความสนใจในสุขภาพทั่วไปของผู้ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรค ความรุนแรงของโรค การเปรียบเทียบผลดีที่จะได้รับการปฏิบัติตามคำแนะนำกับความยากลำบาก และอุปสรรคในการปฏิบัติ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้เจ้าหน้าที่จะสามารถนำมาใช้วางแผนชักชวนให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ตรงจุดยิ่งขึ้น

4. การปรับปรุงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการให้ดีขึ้น จะมีผลทำให้ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อเจ้าหน้าที่ และบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ดีขึ้น

5. การใช้วิธีการสร้างสัญญาะหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ (Patient-Provider Contract) โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดขั้นตอนการรักษา และการปฏิบัติตนกับผู้ให้บริการมีการใช้แรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ซึ่งหมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เพื่อเครือข่ายในครอบครัว ให้มีส่วนช่วยกระตุ้น สนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยในการรักษา และปฏิบัติตามคำแนะนำทุกขั้นตอน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพในเรื่องการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลประโยชน์และค่าใช้จ่าย มาประยุกต์ใช้กับการดูแลและป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบในเด็ก โดยนำไปเป็นแนวทางในการตรวจสอบความเชื่อสุขภาพด้านต่าง ๆ และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการสร้างเนื้อหาของการให้สุศึกษาต่อไป

ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory)

ทฤษฎีการเรียนรู้ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ของ Bloom นักจิตวิทยาของสหรัฐอเมริกา (Bloom 1956 อ้างใน กฤษณา ศักดิ์ศรี 2530: 470) ซึ่งได้จำแนกพฤติกรรมการเรียนรู้ ออกเป็น 3 จำพวกใหญ่ ๆ คือ

1. พฤติกรรมด้านความรู้ (Cognitive Domain) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความจำ ความเข้าใจ การนำความรู้ไปใช้ การคิดวิเคราะห์ การคิดสังเคราะห์ และการประเมินค่าซึ่งเป็นผลของการเรียนรู้ที่เป็นความสามารถทางด้านความคิดทั้งสิ้น เมื่อ

บุคคลเรียนรู้ สร้างความคิดรวบยอด (Concept) ใหม่ ๆ ขึ้น ย่อมจะพัฒนาด้านความคิด ในสมรรถนะที่สูงขึ้น โดยเกิดความเข้าใจ นำเอาความรู้ไปใช้ ไปคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ และแก้ปัญหาในการดำรงชีวิตได้

2. พฤติกรรมด้าน เจตคติ อารมณ์ หรือด้านความรู้สึก หรือด้านจิตใจ (Affective Domain) เป็นการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์ หรือความรู้สึก ได้แก่ การทำให้ผู้เรียนเกิดความพอใจ (Like) เกิดรสนิยม (Taste) เกิดเจตคติ (Attitude) และค่านิยม (Value) หรืออื่น ๆ ในทำนองเดียวกัน เช่น ความภูมิใจ, ความศรัทธา, ความซาบซึ้ง หรือคุณค่า ฯลฯ ล้วนเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ ทั้งสิ้น มิใช่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ

3. พฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่อาศัยกล้ามเนื้อและประสาท หรือด้านทักษะ และการใช้อวัยวะต่าง ๆ (Psychomotor Domain) เป็นการเรียนรู้ให้เกิดความชำนาญ หรือทักษะในการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อ เช่น ทักษะในการอ่านการพูด การเขียน การทำการฝีมือ กีฬา การเล่นดนตรี การฟ้อนรำ การคำนวณ เป็นต้น

จากการพิจารณาพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน จะเห็นได้ว่าการเรียนรู้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกที่เรามองเห็นได้ด้วยตาเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ยังรวมไปถึงพฤติกรรมซึ่งประกอบไปด้วยกระบวนการทางจิตใจด้วย (กฤษณา ศักดิ์ศรี 2530: 471) และ วีระยุทธ วิเชียรโชติ (อ้างใน กฤษณา ศักดิ์ศรี 2530: 71) ได้เพิ่มเรื่องพฤติกรรมการเรียนรู้ จาก 3 ประการของ Bloom ขึ้นอีก 2 ด้าน คือ การเปลี่ยนแปลงด้านการจูงใจ (Drive & Motivation) เช่น การจูงใจใฝ่รู้ กับพัฒนาการทางบุคลิกภาพ (Personality Development) เช่น ความเสมอภาค ความรับผิดชอบ ความมีเหตุผล เป็นต้น จากทฤษฎีการเรียนรู้สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับการจัดโครงการสุศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็กได้ คือ เมื่อมารดามีความรู้และเข้าใจในเรื่องโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันมากขึ้น ก็จะทำให้มารดารู้จักคิดวิเคราะห์ คิดสังเคราะห์ประเมินค่าและมีพฤติกรรมในการดูแลและป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็กได้ถูกต้องมากขึ้น โดยใช้นาเวคิดเกี่ยวกับวิธีการทางสุศึกษาในแบบอื่น ๆ มาประกอบในการจัดโครงการสุศึกษาสำหรับมารดา ดังรายละเอียดต่อไป

แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการทางสุขศึกษา

วิธีการให้สุขศึกษา หมายถึง กระบวนการจัดโอกาสและประสบการณ์การเรียนรู้ เรื่องสุขภาพอนามัยอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ประชาชนได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ ความคิด ความเชื่อ ค่านิยม และการปฏิบัติตนในเรื่องสุขภาพไปในทางที่เกิดผลดีต่อสุขภาพของตนเอง สมาชิกในครอบครัว และเพื่อนบ้าน (นิภา มนูญิจู 2528: 8) เป็นกระบวนการที่มีการวางแผนไว้อย่างมีระบบ และมีจุดมุ่งหมายที่จะให้บุคคล ครอบครัว และชุมชน สามารถคิดและหาเหตุผลด้วยตนเอง รวมทั้งการเลือกและตัดสินใจที่จะปฏิบัติตนในทางที่ถูกต้องเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดีตลอดไป (บุญยง เกี่ยวการคำ 2526: 379)

วิธีการให้สุขศึกษาที่ดีที่สุดวิธีเดียวไม่มี นักสุขศึกษาควรใช้หลาย ๆ วิธีให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ และสิ่งแวดล้อม (ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2530:246) เพราะวิธีการสอนสุขศึกษาแต่ละวิธีต่างก็มีความเหมาะสม และมีประสิทธิภาพเฉพาะสำหรับแต่ละเรื่องราว และแต่ละกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้นถ้าต้องการให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความรู้ ความเชื่อ เจตคติ การปฏิบัติตัว จึงต้องใช้หลาย ๆ วิธี ต้องใช้เวลา กระบวนการสอน สื่อการสอนประกอบการจัดวิธีการสอนให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม มีโอกาสฝึกปฏิบัติ ใช้วิธีการสอนที่ผ่านประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ทำให้เข้าใจ จำได้ประทับใจ สามารถนำไปปฏิบัติตามได้ (สุรีย์ จันทรมณี 2527: 5)

ในการถ่ายทอดความรู้ ความคิด หรือประสบการณ์ แก่ผู้เรียนนั้น การใช้ภาษาเพียงอย่างเดียวย่อมทำให้เกิดผิดพลาดได้ง่าย เพราะความไม่แจ่มแจ้งชัดเจน เนื่องจากภาษาเป็นนามธรรม มองไม่เห็น แต่ถ้าสิ่งนั้นเป็นรูปธรรมก็จะทำให้เกิดความสนใจ ดังนั้นอุปกรณ์สุขศึกษาหรือสื่อการสอน จึงเป็นเครื่องมือที่ใช้ประกอบการให้สุขศึกษา เพื่อส่งเสริมให้ผู้รับความรู้ได้เรียนรู้ และเข้าใจดียิ่งขึ้น ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพิจารณาวิธีการทางสุขศึกษาและสื่อการสอนที่คิดว่าเหมาะสมในการถ่ายทอดความรู้ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดการรับรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยได้เลือกวิธีการถ่ายทอดความรู้ เพื่อให้มารดาเกิดการรับรู้ เรื่องโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก โดยการให้สุขศึกษารายบุคคล ในการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเช็ดตัวเด็ก เพื่อลดใช้นั้นผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการสาธิต และกระตุ้นเตือนโดยใช้เอกสารแผ่นพับ การใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก และท้ายสุดใช้โปรซีดียวในการกระตุ้นให้มารดาพาเด็กมาตรวจตามนัด เพื่อให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ โดยจะกล่าวถึงวิธีการทางสุขศึกษาที่นำมาใช้ในการจัดโครงการสุขศึกษาในครั้งนี้ ดังนี้

1. การให้สุศึกษารายบุคคล เป็นวิธีการถ่ายทอดความรู้ทางสุขภาพ โดยมุ่งผลของการเรียนรู้ การเกิดความเชื่อ การเปลี่ยนทัศนคติ และมีการปฏิบัติที่ถูกต้องที่ทำให้เกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดีที่ตัวบุคคลแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ ทั้งนี้เพราะปัญหาสุขภาพบางอย่างจำเป็นต้องให้ความรู้แบบรายบุคคลจึงจะได้ผล เช่น ปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เป็นต้น และตามหลักที่ว่ามนุษย์นั้นแตกต่างกัน การสอนแบบเดียวจะเหมาะสมสำหรับคนทุกคนนั้นย่อมเป็นไปได้ยาก จึงต้องมีการปรับปรุงการสอนให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและความสามารถของแต่ละบุคคล ในเวลาเดียวกันขณะทำการสอนผู้สอนย่อมมีปฏิสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับผู้เรียน ด้วยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน (สุริย์จันทร์ ไม้สี 2521: 83)

ความสำคัญของการให้สุศึกษารายบุคคลมีดังนี้ (บุญยง เกี่ยวการค้า 2527: 380)

1. สามารถให้ความรู้ความเข้าใจแก่บุคคล ได้อย่างละเอียด
2. สามารถช่วยแก้ปัญหาส่วนตัวได้ โดยการวิเคราะห์ปัญหาและให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะบุคคล
3. ผู้รับความรู้มีโอกาสซักถาม เพื่อให้เกิดความเข้าใจได้ตามต้องการ
4. สามารถชักชวนให้บุคคลทำตามในสิ่งที่ต้องการได้
5. ช่วยสอนทักษะพิเศษในเรื่องใดเรื่องหนึ่งแก่บุคคล เฉพาะรายได้
6. สามารถกระตุ้นให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยการอธิบายเหตุผลและเสนอข้อมูลที่ เป็นจริงให้รู้

2. การให้สุศึกษาโดยใช้สื่อการสอน

สื่อการสอน หมายถึง วัสดุอุปกรณ์และวิธีการประกอบการสอน เพื่อใช้เป็นสื่อกลางในการสื่อความหมายที่ผู้สอนประสงค์จะส่ง หรือถ่ายทอดไปยังผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ชัยยงค์ พรหมวงศ์ 2521: 90)

Kinder (1959: 42-46) ได้ให้ความเห็นในเรื่องการใช้สื่อการสอนไว้ว่า

1. การสอนโดยใช้สื่อการสอน จะช่วยให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ตรงมากกว่าการสอนโดยไม่ใช้สื่อการสอน และผู้เรียนที่ได้รับประสบการณ์ตรงจะเรียนได้ดีกว่าผู้เรียนที่ไม่ได้รับประสบการณ์ตรงเลย
2. ช่วยขจัดปัญหาเกี่ยวกับสถานที่หรือประสบการณ์บางอย่างที่ครูไม่สามารถจัดให้นักเรียนสัมผัสกับของจริงได้
3. ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความคิดรวบยอดชัดเจนขึ้น

4. ช่วยสร้างแรงจูงใจและเร้าความสนใจได้ดี
5. ช่วยให้ผู้เรียนได้เชื่อมโยงประสบการณ์จากรูปรธรรมไปสู่นามธรรมได้

ง่าย

6. ช่วยให้ผู้เรียนมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้สิ่งใหม่

นอกจากนี้ ชัยยงค์ พรหมวงศ์ (2521: 90) ได้แบ่งประเภทของสื่อการสอนออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ประเภทวัสดุอุปกรณ์ (Audio-Visual Materials) ได้แก่ กระดานดำ กระดานผ้าสาส์ลี รูปภาพ เครื่องบันทึกเสียง ภาพยนตร์ ฯลฯ
2. ประเภทเครื่องมือโสตทัศน (Audio-Visual Equipment) ได้แก่ เครื่องฉาย เครื่องเสียง เครื่องเล่น และเทคโนโลยีอุปกรณ์ใหม่ ๆ
3. ประเภทกิจกรรม (Instructional Activities) ได้แก่ กิจกรรมต่าง ๆ เช่น นิทรรศการ การสาธิต ทักษะศึกษา

นอกจากการให้สุศึกษาเป็นรายบุคคลแล้ว ผู้วิจัยยังได้นำวิธีการสาธิตการกระตุ้นเตือน โดยใช้เอกสารแผ่นพับแบบบันทึกปฏิบัติการดูแลสุขภาพเด็ก และโปรแกรมคอมพิวเตอร์มาใช้ในการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

การสาธิต มีผู้ให้ความหมายไว้ว่า (สุรีย์ จันทรโมลี 2525: 175 -181)

การสาธิตเป็นวิธีการสอนชนิดหนึ่ง ที่มีการจัดเตรียมการเสนอความรู้ข้อเท็จจริง หลักการ แนวทางการปฏิบัติหรือกระบวนการทำที่ถูกต้อง โดยมีเครื่องมือ อุปกรณ์ประกอบการสาธิต มีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการแสดง ให้มองเห็นกระบวนการกระทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนอย่างชัดเจน

การสาธิต หมายถึง การสอนโดยทำให้ผู้เป็นตัวอย่าง (Illustrative Teaching) โดยใช้เครื่องมือหรือวัสดุประกอบการอธิบาย (Explanation) เป็นการให้ความรู้ทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติควบคู่กันไป โดยมีผู้เรียนคอยดู เห็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกต (Learning Through Observation) โดยทำาไปครูหรือวิทยากรจะแสดงให้ชมก่อน และเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกหัดทำภายใต้การควบคุมของครู

ข้อดีของการสาธิตมีดังนี้

1. มีประโยชน์สำหรับการเรียนในด้านปฏิบัติ เป็นการลดปัญหาการลองผิดลองถูก ตลอดจนหลีกเลี่ยงการเข้าใจผิดในการปฏิบัติบางอย่าง
2. เป็นวิธีการสอนที่ผู้เรียนมีโอกาสได้เห็นของจริง ได้เห็นการปฏิบัติมุ่งที่คุณภาพ ทำให้เกิดความเชื่ออย่างสนิทใจ และจำได้

3. เป็นวิธีการสอนที่ดึงดูดความสนใจ เข้าใจให้เกิดความประทับใจ ได้รับความสนุก ผู้เรียนได้ติดตามการเรียนรู้ได้ตลอด เพราะเป็นการเสนอความรู้ที่ทำให้เนื้อหา
 ง่ายและมีความชัดเจน
4. เป็นการฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 4 เป็นวิธีการเรียนรู้ที่สามารถจัดให้ผ่าน
 ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ดี ฝึกให้รู้จักสังเกตด้วยความระมัดระวัง
5. ช่วยประหยัดเวลาในการสอนและการอธิบาย ผู้เรียนเข้าใจเนื้อหาได้รวดเร็ว เพราะเน้นการแสดงให้เห็นของจริง ตรงกับสภาวะที่ว่า "สิบปากว่าไม่เท่าตา
 เห็น"
6. สามารถนำมาให้สุศึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เน้นการตอบคำถาม
 "ทำไม" "อย่างไร"
7. ผู้เรียนมีโอกาสประเมินผลตัวเอง ได้ฝึกปฏิบัติทดสอบทําภายใต้การดูแล
 ของครู ถ้าไม่เข้าใจก็มีโอกาสซักถามได้ ผู้สอนมีโอกาสประเมินผลการสาธิตของตัวเอง
 และผู้เรียนได้

ข้อเสียของการสาธิต

ถึงแม้ว่าวิธีการสาธิตจะเป็นเครื่องมือที่สำคัญ เป็นวิธีการสอนที่มีประสิทธิภาพ
 ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนอย่างแท้จริง แต่วิธีการสอนแบบสาธิตก็มีข้อจำกัด ไม่สามารถนำ
 ไปใช้สอนได้ทุกเรื่อง ข้อเสียของการสาธิต เช่น

1. ถ้าผู้สาธิตไม่มีความรู้ความเข้าใจในจุดมุ่งหมาย เทคนิค วิธีการ ทำให้
 ผู้เรียนเกิดความสับสนได้ หรือถ้าไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้าจะทำให้เกิดความขลุกขลัก การ
 สาธิตจะดำเนินไปโดยไม่ติดต่อกัน ทำให้ผู้เรียนเกิดความเบื่อหน่าย ไม่เกิดประโยชน์ เสีย
 เวลา
2. ถ้าเนื้อหายุ่งยาก ไม่เหมาะสมกับการสาธิต ไม่สามารถสาธิตในเรื่อง
 ที่เป็นนามธรรมได้ หรือเรื่องที่มีขั้นตอนละเอียดอ่อนเกินไป
3. การสาธิตมีความยุ่งยากในการต้องจัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้
 อุปกรณ์ สถานที่ บางครั้งอาจต้องเสียค่าใช้จ่ายในการจัดเตรียม
4. การสาธิตคำนึงถึงการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ มากกว่าการเน้นการ
 ใช้กำลังความคิด การสาธิตอาจมีปัญหากถ้าอุปกรณ์ที่นำมาแสดงใหญ่โตเกินไป เคลื่อนย้าย
 ยาก หรือบางครั้งหายาก
5. จำนวนผู้เรียนถ้ากลุ่มใหญ่เกินไป ทำให้มองเห็นและได้ยินการสาธิตไม่
 ทั่วถึงในด้านการฝึกทำให้การดูแลควบคุมการฝึกปฏิบัติได้ไม่ทั่วถึง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการสาธิตมาใช้ในเรื่องการสอน การขีดตัวเด็กเพื่อลดใช้ โดยมีวัตถุประสงค์ให้มารดาได้เห็นและเข้าใจขั้นตอน ตลอดจน วิธีการที่ถูกต้องและสามารถปฏิบัติได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ใช้เอกสารแผ่นพับ และแบบบันทึก ปฏิทินการดูแลสุขภาพเด็กเป็นสื่อกลางในการสื่อความหมาย ให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมี ประสิทธิภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

เอกสารแผ่นพับ

เป็นอุปกรณ์ที่ควรแจกหลังจากให้ความรู้หรือสอน เรื่องใดเรื่องหนึ่งเสร็จ แล้วเพื่อให้เตือนความจำ หรือเป็นคู่มือของผู้เรียนต่อไป เป็นอุปกรณ์ที่เหมาะสมในการให้ สู้ศึกษาแก่ประชาชนจำนวนมาก ให้รู้โดยทั่วกันอย่างรวดเร็ว(มานี ชูไทย 2523: 53)

แบบบันทึกปฏิทินการดูแลสุขภาพเด็ก

เป็นแบบบันทึกประกอบรูปภาพ โดยให้มารดาบันทึกอาการของเด็กในแต่ละวัน หรือในแต่ละสัปดาห์ว่าเด็กมีอาการอย่างไร และมารดาปฏิบัติอย่างไรในการดูแลเด็ก เพื่อ เตือนให้มารดาหัดสังเกต และบันทึกอาการของเด็ก พร้อมทั้งจดจำวิธีการปฏิบัติในการดูแล เด็ก

การกระตุ้นเตือน (Prompting)

การกระตุ้นเตือน เป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมที่พึงปรารถนาได้ โดย การเตือนความจำให้บุคคลนั้นได้เริ่มกระทำพฤติกรรม การกระตุ้นนั้นจะกระทำด้วยตนเอง หรือบุคคลอื่นได้เช่นกัน ซึ่งอาจจะเป็นการเตือนทางโทรศัพท์ โทรทัศน์ หรือการเตือน ตนเองด้วยข้อความสั้น ๆ ก็ได้ จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันมีข้อความสั้น ๆ เตือนให้ประพฤติ ปฏิบัติในสิ่งที่ถูกที่ควรมากมายไม่ว่าจะเป็นทางด้านสุขภาพหรือความปลอดภัย ตัวอย่างเช่น "บุหรี่เป็นภัยต่อชีวิตเป็นพิษต่อสังคม" "ดับไฟทุกครั้ง ก่อนออกจากห้อง" "เชื้อเพลิงไวไฟ ห้ามสูบบุหรี่" หรืออาจจดเป็นข้อความสั้น ๆ ไว้เตือนตนเองก็ได้ เช่น การนัดหมายธุระ ต่าง ๆ ซึ่งไม่ได้ปฏิบัติเป็นกิจวัตร อาจจะมีได้ หรือบุคคลที่ต้องการจะลดความอ้วน มัก จะเขียนข้อความ "กินมากอ้วนมาก" ติดไว้ที่ตู้เย็นหรือตู้กับข้าวเพื่อเตือนให้ตนเองหลีกเลี่ยง การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา หรือรับประทานอาหารมากเกินไป (DiMatteo and DiNicola 1982: 231-232)

การเตือนเพื่อเพิ่มการมาตามนัด และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และ เจ้าหน้าทีที่ ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ (2532: 165) ได้รวบรวมจากผล การวิจัยหลายเรื่อง พบว่าในคลินิคคนไข้เรื้อรัง การส่งคำเตือนโดยการเขียนจดหมาย

หรือการโทรศัพท์ สามารถทำให้จำนวนผู้ป่วยมาตามนัดเพิ่มขึ้นร้อยละ 13.20 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาถึงการกระตุ้นเตือนด้วยวิธีอื่น ๆ อีก เช่น การสอนประกอบการใช้ปฏิทินกำหนดการรับประทานยาเม็ด ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้ดี และเมื่อพิจารณาถึงค่าใช้จ่ายที่ต้องเสียไปในการนัดผู้ป่วยครั้งหนึ่ง ๆ รวมทั้งเวลาของแพทย์ด้วยแล้ว จึงถือได้ว่าการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยผิดนัด เป็นวิธีการที่มีความสำคัญและมีผลต่อค่าใช้จ่ายอย่างมาก

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการกระตุ้นเตือน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ โดยคาดหวังว่าวิธีการกระตุ้นเตือนซึ่งจะกล่าวต่อไปนี้จะทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น คือ

1. กระตุ้นเตือนโดยใช้เอกสารแผ่นพับ เพื่อเตือนความจำมารดาเกี่ยวกับการดูแลเด็กในขณะป่วย และการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก
2. ทำให้มารดามีความรู้สึกว่า ได้มีส่วนร่วมในการรักษา โดยให้มารดาบันทึกอาการของเด็ก และการปฏิบัติของมารดาในการดูแลเด็กในแต่ละวันและแต่ละสัปดาห์ กลับมาให้ดูในวันนัด
3. กระตุ้นเตือนให้มารดาพาเด็กมาตรวจตามนัดโดยใช้ประโยชน์บัตร

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยขอเสนอผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทย และต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบความ เชื่อด้านสุขภาพ และงานวิจัยเกี่ยวกับโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

งานวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบความ เชื่อด้านสุขภาพ

พวงพยอม การภิญโญ (2526: 121-122) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับการให้ความร่วมมือของผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และวชิรพยาบาลผลการวิจัย พบว่า

1. ความเชื่อด้านสุขภาพโดยส่วนรวมและการรับรู้ถึงประโยชน์ ของการรักษาของผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิง มีความแตกต่างกันทางสถิติ การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรค ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ
2. ความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุ และรายได้ต่างกัน ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

3. การรับรู้ถึงผลประโยชน์ของการรักษาของผู้ป่วย ที่มารักษาในระยะ เวลา 1-5 ปี มีความแตกต่างกันทางสถิติ

4. การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และเจ้าหน้าที่ มีความสัมพันธ์ทาง บวกกับความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมทรง ศุภศิลป์ (2526: 1) ศึกษาปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติ กรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดา และบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านอายุ การศึกษา รายได้ครัวเรือนต่อปี จำนวนบุตรที่มีชีวิต ประสบการณ์ที่เคยเห็นและเคยเป็นอุจจาระร่วง ตลอดจนการได้รับความแนะนำเรื่องโรค อุจจาระร่วงจากแหล่งต่าง ๆ ไม่มีอิทธิพลต่อความเชื่อโอกาสการเกิดโรค และความรุนแรง ของโรค

นฤมล สีนสุพรรณ (2528: 88-99) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของ มารดาในการพาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรคในชนบท จังหวัดขอนแก่นพบว่า มารดาที่ไม่พาบุตรไป รับวัคซีน หรือไปรับวัคซีนไม่ครบเนื่องจากมารดาขาดความรู้ถึงความสำคัญของการฉีดวัคซีน ไม่รู้จัก ไม่เคยเห็น และไม่ทราบความรุนแรงของโรค นอกจากนี้การที่จำนวนเด็กป่วย ในหมู่บ้านมีน้อย การบริการที่ไม่ดีของเจ้าหน้าที่ และอาชีพการงานของมารดา มีความ สัมพันธ์กับการที่บุตรจะได้รับวัคซีนครบหรือไม่ โดยเด็กที่ได้รับวัคซีนครบคือ กลุ่มที่มารดามี การรับรู้ถึงความสำคัญของวัคซีน เคยมีประสบการณ์บุตรเจ็บป่วย รับรู้ถึงความยากลำบาก และความรุนแรงของโรค และเป็นมารดาที่เศรษฐกิจค่อนข้างดี จากผลสรุปดังกล่าว ผู้วิจัย ได้เสนอแนะว่า การให้สุขศึกษาควรเน้นผลดีของการรับวัคซีน และผลเสียของการไม่ได้รับ หรือได้รับวัคซีนไม่ครบ มีการให้เห็นตัวอย่างของโรคต่าง ๆ และสถิติการป่วยด้วย

นิตยา เพ็ญศิริณา (2529: 109-11) ได้ทำการทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยโรคหน้าหนาว เรื่องที่ติดผู้ป่วยนอก รพ. พระมงกุฎเกล้า และรพ. รามาธิบดี โดยเน้นให้ผู้ป่วยเห็นถึงความรุนแรงของโรค โอกาส เสียที่จะเกิดโรค และผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ ภายหลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วย กลุ่มที่ได้รับการสอนสุขศึกษาตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีความเชื่อต่อความรุนแรง ของโรค ความเชื่อต่อผลดีจากการปฏิบัติ แรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำ ในระดับที่ดี กว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เจริญ อัสวประพล (2533: 101-102) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมกำบังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ จังหวัดสระบุรี จำนวน 125 คน โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เป็นหลักร่วมกับการสนทนากลุ่มย่อย และการกระตุ้นเตือนต่าง ๆ เช่น การจัดนิทรรศการ การใช้สไลด์ประกอบการบรรยาย เทปโทรทัศน์ สติกเกอร์ พบว่า ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษามีส่วนในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกำบังโรค ทั้งด้านความรู้ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ตลอดจนการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมกำบังโรค โดยเฉพาะการใช้ตัวแบบ การจัดนิทรรศการ การสร้างความสนใจให้กับทหารเกณฑ์มาก ซึ่งผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะว่า สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ ด้วย

บุษง โภทวิเชียร (2533: ข) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็กในชุมชนเขตบางเขน กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค และการรับรู้ต่อผลดีในการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อผลดีในการปฏิบัติ

Becker และคณะ (1974: 410) ทำการศึกษาพฤติกรรมมารดาผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหัดพบว่า ความเชื่อต่อการง่ายในการเป็นโรคทั่วไปของเด็ก ความเชื่อมั่นในความถูกต้องของการวินิจฉัยของแพทย์ และความเชื่อว่าเด็กมีโอกาสเกิดการติดเชื้อของหูซ้ำอีก มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติของมารดาในการให้บุตรรับประทานยา

Eissen และคณะ (1985: 185-199) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติ การตามคำแนะนำกับเพศ สถิติปัญหา การศึกษา และสถานภาพสมรสของผู้ป่วย ซึ่งได้ทดลองจัดโปรแกรมสุขศึกษาตามแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในเรื่องการจัดสรรภักให้แก่วัยรุ่นพบว่า อายุ เพศ เชื้อชาติ มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติในการจัดสรรภักของวัยรุ่น

งานวิจัยเกี่ยวกับการกระตุ้นเตือน

ลาวัลย์ มัสโฮตี (2532: 99-101) ศึกษาในนักศึกษาสตรีวิทยาลัยครู โดยนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการกระตุ้นเตือน โดยนำโปรชณีย์บัตรมาใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองพบว่า นักศึกษากลุ่มที่ได้รับการกระตุ้นเตือน มีการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ และความสม่ำเสมอของการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีกว่า นักศึกษากลุ่มที่ไม่ได้รับการกระตุ้นเตือน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุตุมพร บุรินทรากิบาล (2532: ข-ค) ในสตรีที่มีบุตรโดยการนำรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการกระตุ้นเตือนโดยโปรชณีย์บัตรมาใช้ในการจัดโปรแกรมสุขศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีความเข้าใจและมารับการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกมากขึ้น และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

งานวิจัยเกี่ยวกับโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ

ภาสกร อัครเสวี และคณะ (2531: 57) ได้ศึกษาโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังพบว่า มีอัตราความชุกของโรคระหว่างร้อยละ 27.2 - 37.9 การแก้ปัญหของประชาชนพบว่า ในเขตเมืองมีการใช้บริการจากสถานพยาบาลร้อยละ 54.1 เขตชนเมืองมีร้อยละ 40.9 และเขตชนบทใช้บริการจากสถานพยาบาลร้อยละ 32.4 ทั้งนี้เขตชนบทประชาชนมีการปรึกษา ผสส./อสม.ร้อยละ 24.1 ซึ่งมากกว่าเขตชนเมือง ซึ่งมีเพียงร้อยละ 0.45

กานดา วัชโนภาส และคณะ (2532: 34) ได้ศึกษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชุมชนเขตเมือง กรุงเทพมหานคร พบว่า อัตราการเกิดโรคทางเดินหายใจทั้งหมด 11.2 ครั้งต่อคนต่อปี เป็นอาการอ่อน บานกลาง และรุนแรง 9.0, 2.15, และ 0.07 ครั้งต่อคนต่อปีตามลำดับ อัตราการเกิดโรคพบมากในเด็กอายุ 6 ถึง 11 เดือน เด็กชายต่อเด็กหญิง 1.07: 1 พบได้สูงในเดือนพฤศจิกายน ถึง เดือนมกราคม รายได้ของหัวหน้าครอบครัว แม่ที่มีประวัติแพ้ การทำงานนอกบ้าน การอยู่กันอย่างหนาแน่นมากกว่า 7 คนขึ้นไป และการขาดสารอาหารในเด็กเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการเกิดโรคทางเดินหายใจสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ในรายที่มีอาการรุนแรง นอกจากปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวแล้ว การสูบบุหรี่ของคนในบ้านเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจในระดับรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งผลจากการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทูปาสีและคณะ (Tupasi, et.al. 1988: 615-23) ที่พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิด

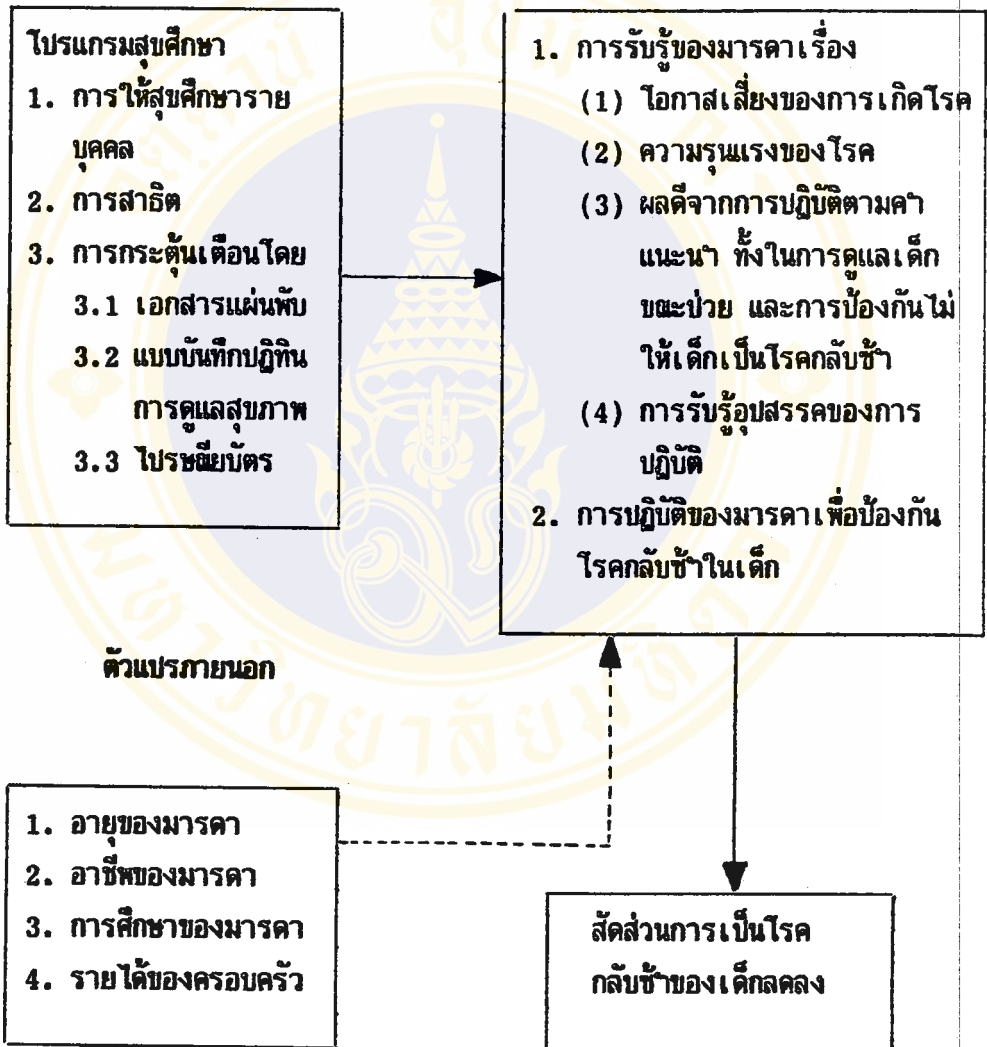
อัตราป่วยในโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก คือ ฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวต่ำ เด็กขาดสารอาหารและการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว

โดยสรุปผู้วิจัยได้นำแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการจัดโครงการสุศึกษา โดยมีแนวคิดที่ว่าถ้ามารดาเด็กมีการรับรู้และตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ความรุนแรงของโรค ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ถูกต้องแล้ว จะมีผลให้มารดามีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลและป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก และมีผลทำให้เด็กป่วยหรือการเกิดโรคกลับช้าน้อยลง ผู้วิจัยจึงขอสรุปกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรตาม



บทที่ 3

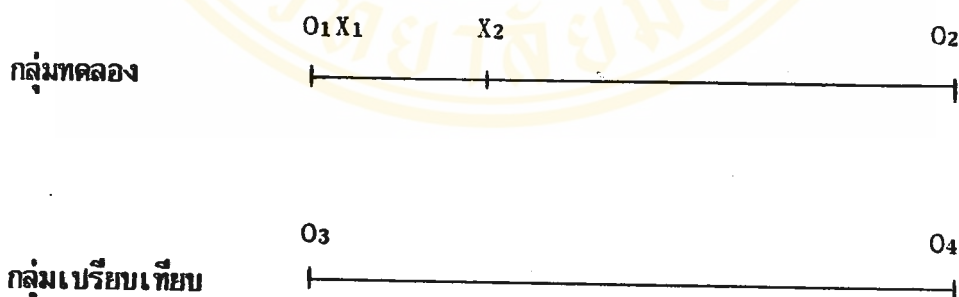
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยผู้วิจัยจะแยกนำเสนอ โดยแบ่งเป็น 5 ส่วนตามลำดับดังนี้

- ส่วนที่ 1 รูปแบบการวิจัย
- ส่วนที่ 2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- ส่วนที่ 4 การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล
- ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 52 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 53 คน กลุ่มทดลองมีการดำเนินการตามโครงการสุศึกษาที่ผู้วิจัยได้จัดขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีการดำเนินการตามปกติของกองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช มีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม โดยใช้แบบสัมภาษณ์และแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก ดังรูปแบบการวิจัยข้างล่างนี้



กำหนดให้

- O_1, O_3 = การเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในเรื่อง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ อุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
- X_1 = การจัดกิจกรรมสุขศึกษาให้กลุ่มทดลองในเรื่อง โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ อุปสรรคของการปฏิบัติ และการดูแลเด็กในขณะป่วย โดยจัดกิจกรรมที่ กองกุมารเวชกรรม กองตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช
- X_2 = การจัดกิจกรรมสุขศึกษาให้กลุ่มทดลองในเรื่องการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก โดยใช้สถานที่เดิม
- O_2 = การเก็บข้อมูลภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
- O_4 = การเก็บข้อมูลภายหลังการทดลองในกลุ่มเปรียบเทียบ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นมารดาของเด็กอายุระหว่าง 2-7 ปี ที่ป่วยด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน และมารับการรักษาที่โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2534 มารดาเป็นผู้เลี้ยงดูเด็กเองทั้งวัน หรือเลี้ยงดูเด็กเฉพาะในเวลากลางวัน และมีความสามารถเรียนรู้ได้ปกติ อ่านออกเขียนได้

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยเลือกสลับวันกัน เพราะว่าในกรณีที่มารดาพาบุตรมาตรวจด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันพร้อมกัน 2 คน มารดาจะได้รับการจัดกิจกรรมสุขศึกษาเหมือนกัน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 70 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 70 คน เมื่อจัดกิจกรรมสุขศึกษาจนครบขั้นตอนแล้ว ปรากฏว่ามารดาที่เข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอนเหลือเพียง 105 คน เป็นกลุ่มทดลอง 52 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 53 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น ๒ ส่วนคือ เครื่องมือในการจัดโครงการสุ-ศึกษา และเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

3.1 เครื่องมือในการจัดโครงการสุศึกษา ประกอบด้วย

3.1.1 แผนการสอนเรื่องการดูแลและป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็กสำหรับกลุ่มทดลอง (ภาคผนวก ก)

3.1.2 เอกสารแผ่นพับ เรื่องโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก 2 ชุด ซึ่งสร้างขึ้นโดยประยุกต์มาจากเอกสารของหน่วยพยาบาลด้านป้องกันโรคและส่งเสริมเกี่ยวกับการดูแลเด็กในขณะที่ป่วยเป็นโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน และการปฏิบัติเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กป่วยเป็นโรคซ้ำ (ภาคผนวก ข)

3.1.3 แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง (ภาคผนวก ข)

3.1.4 อุปกรณ์สาริตการเช็ดตัวเด็กเพื่อลดไข้อย่างถูกวิธีแก่มารดา และให้มารดาลองฝึกปฏิบัติ

3.1.5 ไพรอซีมบัตริเตนให้มารดาพาเด็กมาตรวจตามนัด

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ชุด โดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์มารดาซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ของมารดา และเด็ก เรื่องการรับรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา อายุเด็ก รายได้ของครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วยของเด็ก

ส่วนที่ 2 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของมารดาต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของมารดาต่อผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 5 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรับรู้ของมารดาต่ออุปสรรคในการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 6 เป็นข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติของมารดาในการดูแลเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก จำนวน 6 ข้อ

สำหรับแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 2-5 สร้างขึ้นโดยประยุกต์แบบวัดทัศนคติชนิดมาตราส่วนประเมินค่าของ Likert (Likert scale) ชนิด 3 ตัวเลือก โดยให้มารดาเลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียวในแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1. ข้อความที่แสดงการรับรู้ในทางบวก ที่จะส่งเสริมให้มารดามีการปฏิบัติตนได้ถูกต้อง (Positive statement) ให้คะแนนดังนี้

ถ้าเลือกตอบ เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ไม่เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน

2. ข้อความที่แสดงการรับรู้ในทางลบ หรือที่ไม่ส่งเสริมให้มารดาปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง (Negative statement) ให้คะแนนดังนี้

ถ้าเลือกตอบ เห็นด้วย ให้ 1 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ไม่แน่ใจ ให้ 2 คะแนน

ถ้าเลือกตอบ ไม่เห็นด้วย ให้ 3 คะแนน

สำหรับแบบสัมภาษณ์ส่วนที่ 6 ซึ่งเป็นเรื่องเกี่ยวกับการปฏิบัติของมารดาหลังได้รับโครงการสุขศึกษา มีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

ถ้ามารดาปฏิบัติตามถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ถ้ามารดาไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน

ชุดที่ 2 แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก แบ่งเป็น

1. แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กภายใน 7 วัน หลังการได้รับโครงการโดยให้มารดาบันทึกทุกวัน

2. แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กสำหรับมารดาเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กเป็นโรคกลับซ้ำ โดยบันทึกสัปดาห์ละครั้งถ้าเด็กมีอาการปกติ และบันทึกทุกวันเมื่อเด็กมีอาการผิดปกติ เป็นเวลา 21 วัน หลังการสอนสุขศึกษาครั้งที่ 2

แบบบันทึกในชุดที่ 2 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ถ้ามารดาบันทึกการดูแลเด็กได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน

ถ้ามารดาบันทึกการดูแลเด็กไม่ถูกต้อง ให้ 0 คะแนน



การสร้างเครื่องมือ

การสร้างและพัฒนาคุณภาพของแบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ศึกษาทฤษฎีและการวิจัยที่เกี่ยวข้องร่วมกับศึกษาข้อมูลพื้นฐานจากการสัมภาษณ์มารดาที่มีเด็กอายุ 2-7 ปี ที่มารับการตรวจรักษาที่กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กรุงเทพมหานคร

2. กำหนดโครงสร้างของเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก และประยุกต์เนื้อหาของเอกสารแผ่นพับจากเอกสารของหน่วยพยาบาลด้านป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลศิริราช

3. สร้างข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ และข้อปฏิบัติในแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของเด็ก

4. นำแบบสัมภาษณ์แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กและเอกสารแผ่นพับที่ประยุกต์ขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ และอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์ตรวจและแก้ไข เพื่อให้มีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาพิจารณา ปรับปรุงแก้ไข ก่อนที่จะนำเครื่องมือไปทดสอบ

5. ทำการทดสอบเครื่องมือ โดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้สัมภาษณ์มารดาที่มีเด็กอายุระหว่าง 2-7 ปี ที่ป่วยด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ที่มารับการตรวจรักษาที่กองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แล้วทำการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ทั้งชุด และหาค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามแต่ละข้อ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

5.1 การวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสัมภาษณ์มาทำการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ของความสม่ำเสมอภายใน (Coefficient of Internal Consistency) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ผลการวิเคราะห์พบว่า ความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งชุดมีค่า 0.69

5.2 การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Power of Discrimination) โดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ Student's t-test ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ข้อคำถามที่มีค่า t ตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไปถือว่ามีความอำนาจจำแนกอยู่ในเกณฑ์ที่ใช้ได้พบว่า มีข้อคำถามที่มีค่า t สูงกว่า 1.75 อยู่ 28 ข้อ ส่วนอีก 12 ข้อ ได้นำมาปรับปรุงภาษาของข้อความบางข้อ แล้วนำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และผู้เชี่ยวชาญให้ตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาอีกครั้งหนึ่งก่อนนำไปใช้

4. การทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มทดลอง

เมื่อเด็กได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขอความร่วมมือโดยสัมภาษณ์มารดาตามแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
2. ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการสอนสุขศึกษารายบุคคลแก่มารดา เรื่องโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็กเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรค อาการ โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ความรุนแรงของโรค ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ อุปสรรคของการปฏิบัติ และการดูแลเด็กขณะป่วย โดยจัดกิจกรรมที่กองกุมารเวชกรรม กองตรวจรักษาผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ใช้เวลาประมาณ 25 นาที
3. สาธิตการเช็ดตัวเพื่อลดไข้อย่างถูกวิธี และให้มารดาฝึกปฏิบัติการเช็ดตัวเด็ก ใช้เวลาประมาณ 15 นาที
4. แจกเอกสารแผ่นพับชุดที่ 1 ซึ่งมีเนื้อหาสอดคล้องกับการรับรู้ทั้ง 4 หมวด
5. ให้แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก 7 แผ่น พร้อมทั้งอธิบายวิธีการบันทึกและให้มารดาลองฝึกบันทึกให้ดู และขอความร่วมมือในการบันทึกอาการของเด็กทุกวัน วันละแผ่นเป็นเวลา 7 วัน
6. ให้ใบนัดพบแพทย์ในอีก 7 วันต่อมา พร้อมนำแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กมาด้วย
7. เมื่อมารดานำเด็กมาพบแพทย์ตามนัดแล้ว ผู้วิจัยขอพบมารดาอีกครั้งพร้อมทั้งตรวจดูแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก และจัดกิจกรรมการสอนสุขศึกษารายบุคคลแก่มารดาอีกครั้งหนึ่ง โดยเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก พร้อมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับชุดที่ 2 ซึ่งมีเนื้อหาการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก โดยใช้สถานที่เดียวกับข้อ 2 ใช้เวลาประมาณ 20 นาที
8. ให้แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก 3 แผ่น โดยขอความร่วมมือกับมารดาในการบันทึกอาการของเด็ก ถ้าเด็กมีอาการปกติให้บันทึกสัปดาห์ละ 1 แผ่น และให้มาพบแพทย์อีก 3 สัปดาห์ถัดไป โดยผู้วิจัยส่งไปรษณียบัตรกระตุ้นเตือนการบันทึกของมารดาทุกสัปดาห์ แต่ถ้าเด็กมีอาการป่วยอีกก่อนวันนัดให้กลับมาพบแพทย์ทันที
9. ให้ใบนัดพบแพทย์อีก 3 สัปดาห์ถัดไป
10. เมื่อมารดานำเด็กมาพบแพทย์ตามนัดครั้งที่ 2 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์มารดาตามแบบสัมภาษณ์ในส่วนที่ 2-6 และดูแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กอีกครั้งหนึ่ง

กลุ่มเปรียบเทียบ

เมื่อเด็กได้รับการตรวจจากแพทย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขอความร่วมมือโดยสัมภาษณ์มารดาตามแบบสัมภาษณ์ชุดเดียวกับกลุ่มทดลอง
2. ให้ไปนัดพบแพทย์ในอีก 3 สัปดาห์ต่อมา
3. เมื่อมารดานำเด็กมาพบแพทย์ตามนัด ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์มารดาอีกครั้งหนึ่ง

เหมือนกลุ่มทดลอง

4. เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการสอนสุขศึกษารายบุคคลแก่มารดา เหมือนกับที่ทำในกลุ่มทดลอง พร้อมทั้งแจกเอกสารแผ่นพับทั้ง 2 ชุดให้แก่มารดา

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ได้ทำการตรวจสอบให้คะแนนลงรหัสแล้ว นำไปคำนวณด้วยเครื่องสมองกล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS (Statistical Package for the Social Science)

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติดังต่อไปนี้คือ

1. ลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ
2. ทดสอบสมมติฐาน เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทางด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วยสถิติ Student's t-test
3. ทดสอบสมมติฐาน เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ทางด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มตัวอย่างของแต่ละกลุ่ม ด้วยสถิติ Paired Samples t-test
4. หาค่าสัดส่วนการป่วยเป็นโรคกลับซ้ำในเด็กโดยใช้สถิติ Z-test
5. ทดสอบสมมติฐาน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีในการปฏิบัติตามคำแนะนำ และอุปสรรคของการปฏิบัติกับการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็กและการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)
6. ทดสอบสมมติฐาน เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ

และการปฏิบัติกับการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

7. ทดสอบสมมติฐานเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของมารดา กับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็กโดยใช้สถิติ Chi-Square

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความแตกต่างทางสถิติของการวิจัยครั้งนี้ ใช้ความเชื่อมั่นในระดับร้อยละ 95 ($\alpha = 0.05$) เป็นเกณฑ์ในการยอมรับหรือปฏิเสธสมมติฐานการวิจัย โดยแสดงเครื่องหมายดังนี้

- * หมายความว่า ค่า p-value ระหว่าง 0.01 - 0.05
- ** หมายความว่า ค่า p-value ระหว่าง 0.001 - 0.01
- *** หมายความว่า ค่า p-value ระหว่าง 0.001 หรือน้อยกว่า 0.001

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนที่กล่าวมาแล้ว จึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อเสนอผลการวิเคราะห์ของการวิจัยครั้งนี้ โดยการแบ่งการพิจารณารายละเอียดออกเป็น 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

- ส่วนที่ 1 ลักษณะประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง
- ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนหมวดการรับรู้ทางด้านสุขภาพ
- ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนหมวดการปฏิบัติ
- ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์สัดส่วนของการเป็นโรคกลับซ้ำในเด็ก
- ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติ
- ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้ทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก

ส่วนที่ 1: ลักษณะประชากรและสังคมของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ลักษณะประชากรและสังคมของมารดาและเด็ก (ดังตารางที่ 1)

อายุของมารดา: มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 63 โดยมารดากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 26-35 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65 และ 61 ตามลำดับ รองลงมา มีอายุระหว่าง 36-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 27 และ 28 ตามลำดับ

อายุของเด็ก: เด็กที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 44 โดยเด็กในกลุ่มทดลองมีอายุระหว่าง 2-4 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมา มีอายุระหว่าง 4-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 39 ส่วนเด็กในกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุระหว่าง 4-6 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49 รองลงมา มีอายุระหว่าง 2-4 ปี คิดเป็นร้อยละ 42

ระดับการศึกษา: มารดากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 43 โดยมารดากลุ่มทดลองจบศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมา จบมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 27 ส่วนมารดาในกลุ่มเปรียบเทียบจบศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 รองลงมา จบมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 24

อาชีพของมารดา: กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 31 มารดากลุ่มทดลองมีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36 อาชีพรองลงมาคือเป็นแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 29 มารดากลุ่มเปรียบเทียบมีเป็นแม่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32 อาชีพรองลงมาคือ อาชีพรับจ้าง และรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 26

รายได้ของครอบครัว (ต่อเดือน): เฉลี่ยรายได้ของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีรายได้เดือนละ 5,001-10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 44 โดยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เดือนละ 5,001-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42 และ 45 ตามลำดับ

จำนวนครอบครัวที่อาศัยในบ้าน (ครอบครัว): กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่เพียงครอบครัวเดียวในบ้าน คิดเป็นร้อยละ 65 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบอาศัยอยู่เพียงครอบครัวเดียว มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 71 และ 59 ตามลำดับ รองลงมาอาศัยอยู่ด้วยกัน 2 ครอบครัวทั้ง 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 21 และ 28 ตามลำดับ

จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน): กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีจำนวนสมาชิกในบ้านน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 67 โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีจำนวนสมาชิกในบ้านน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75 และ 60 ตามลำดับ รองลงมา มีจำนวนสมาชิกในบ้าน 6-10 คน ทั้ง 2 กลุ่ม คิดเป็นร้อยละ 21 และ 30 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากร และสังคม

คุณลักษณะประชากร และสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุของมารดา(ปี)						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 25	3	6	5	9	8	8
26 - 35	34	65	32	61	66	63
36 - 45	14	27	15	28	29	27
45 ปีขึ้นไป	1	2	1	2	2	2
รวม	52	100	53	100	105	100
อายุของเด็ก(ปี)						
2 - 4	23	44	22	42	45	43
4 - 6	20	39	26	49	46	44
6 - 7	9	17	5	9	14	13
รวม	52	100	53	100	105	100
ระดับการศึกษาของมารดา						
ประถมศึกษา	26	50	20	38	43	43
มัธยมศึกษา	14	27	13	24	26	26
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	5	10	4	7	9	9
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	-	-	3	6	3	3
ปริญญาตรี	7	13	12	23	18	18
ปริญญาโท	-	-	1	2	1	1
รวม	52	100	53	100	105	100

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากรและสังคม

คุณลักษณะประชากร และสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพของมารดา						
แม่บ้าน	15	29	17	32	32	30
ค้าขาย	2	4	1	2	3	3
รับจ้าง	19	36	14	26	33	31
รับราชการ	13	25	14	26	27	26
รัฐวิสาหกิจ	3	6	5	10	8	8
เกษตรกรกรม	-	-	2	4	2	2
รวม	52	100	53	100	105	100
รายได้ของครอบครัว(บาท)						
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000	16	21	8	15	24	23
5,001 - 10,000	22	42	24	45	46	44
10,001 - 15,000	7	13	7	13	14	13
15,001 - 20,000	6	12	9	17	15	14
20,001 - 25,000	1	2	1	2	2	2
25,001 - 30,000	-	-	2	4	2	2
55,001 - 60,000	-	-	2	4	2	2
รวม	52	100	53	100	105	100

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะประชากรและสังคม

คุณลักษณะประชากร และสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครอบครัวในบ้าน(ครอบครัว)						
1	37	71	31	59	68	65
2	11	21	15	28	26	24
3	2	4	6	11	8	8
4	2	4	1	2	3	3
รวม	52	100	53	100	105	100
จำนวนสมาชิกภายในครอบครัว(คน)						
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5	39	75	32	60	71	67
6 - 10	11	21	16	30	27	26
11 - 15	2	4	4	8	6	6
16 - 20	-	-	1	2	1	1
รวม	52	100	53	100	105	100

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนหมวดการรับรู้ทางด้านสุขภาพ

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ทางด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

2.1.1 รวมหมวดการรับรู้

เมื่อพิจารณาการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากคะแนนของแบบสอบถามตามหมวดการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ จำนวนทั้งหมด 34 ข้อ คะแนนการรับรู้รวมที่จะเป็นไปได้อยู่ระหว่าง 34-102 โดยพบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้รวม 89.13 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.01 ภายหลังจากทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 97.80 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.49 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้รวมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 88.88 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.61 ภายหลังจากทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 90.92 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.04 เมื่อทำการทดสอบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้รวมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวม ทัศนคติการรับรู้ทางด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง/การรับรู้รวม	N	\bar{x}	S.D.	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	52	89.13	5.01			
หลังการทดลอง	52	97.80	3.49	12.28	51	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	53	88.88	4.61			
หลังการทดลอง	53	90.92	5.04	4.15	52	0.001**

2.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ทางด้านสุขภาพก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

2.2.1 รวมทัศนคติการรับรู้

ก่อนการทดลองคะแนนการรับรู้รวมของทั้งสองกลุ่ม มีค่าใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 89.13 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.01 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 88.89 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.61 เมื่อทำการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย การรับรู้รวมทั้งสองกลุ่ม ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 6

2.2.2 แยกวิทยานิพนธ์การรับรู้

เมื่อทำการวิเคราะห์จำแนกตามหมวดการรับรู้ในแต่ละด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ทั้งสี่ด้านดังกล่าวของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม มีค่าใกล้เคียงกันคือ

2.2.2.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 27.13 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.80 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 26.85 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.30 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2.2.2.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 21.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.26 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 21.15 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.30 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2.2.2.3 การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 28.37 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.70 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 28.26 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.18 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน

2.2.2.4 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ก่อนการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.87 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.87 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ทางด้านสุขภาพรวม และการรับรู้ในแต่ละหมวดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลอง

หมวดการรับรู้ทางด้านสุขภาพ	N	\bar{x}	S.D	t-value	df	p-value
การรับรู้รวม						
กลุ่มทดลอง	52	89.13	5.01	0.26	103	0.80
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	88.89	4.61			
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค						
กลุ่มทดลอง	52	27.13	1.80	0.69	96.57	0.49
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	26.85	2.30			
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค						
กลุ่มทดลอง	52	21.60	0.26	1.12	103	0.26
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	21.15	0.30			
การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ						
กลุ่มทดลอง	52	28.37	2.70	0.21	103	0.83
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	28.26	2.18			
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ						
กลุ่มทดลอง	52	12.87	2.60	0.53	103	0.60
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	12.58	2.87			

2.3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้รายหมวดทางด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการทดลอง

2.3.1 การรับรู้แยกรายหมวด

2.3.1.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคก่อนการทดลองกับภายหลังการทดลอง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคจากคะแนนในแบบสอบถามจำนวน 10 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 10-30 คะแนน ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 27.13 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.80 ภายหลังการทดลองพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 29.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.84 เมื่อทำการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 26.84 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.39 ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 27.37 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.05 เมื่อทำการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

2.3.2.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคก่อนการทดลองกับภายหลังการทดลอง การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคจากคะแนนในแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 8-24 คะแนน ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 21.60 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 23.77 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.89 เมื่อทำการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 21.15 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.16 ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 21.83 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.15 เมื่อทำการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

2.3.2.3 การรับรู้ต่อผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำก่อนการทดลองกับภายหลังการทดลอง การรับรู้ต่อผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ จากคะแนนในแบบสอบถาม จำนวน 11 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 11-33 คะแนน ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 28.37 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.71 ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 32.17 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.28 เมื่อทำการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 28.26 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.18 ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 29.13 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.16 เมื่อทำการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

2.3.2.4 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติก่อนการทดลองกับภายหลังการทดลอง การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ จากคะแนนในแบบสอบถาม จำนวน 5 ข้อ มีคะแนนอยู่ระหว่าง 5-15 คะแนน ในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.04 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 27.6 ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 12.87 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเพิ่มขึ้นเป็น 2.60 เมื่อทำการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.62 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.69 ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยลดลงเป็น 12.58 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.87 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแยกรายหมวดการรับรู้ทางด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง/การรับรู้ในแต่ละหมวด	N	\bar{x}	S.D	t-value	df	p-value
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	52	27.13	1.80			
หลังการทดลอง	52	29.00	1.84	6.69	51	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	53	26.84	2.39			
หลังการทดลอง	53	27.37	2.05	2.37	52	0.022*

ตารางที่ 4 (ต่อ) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรวมหดกับการรับรู้ทางด้านสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง/การรับรู้ในแต่ละหมวด	N	\bar{x}	S.D.	t-value	df	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรค						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	52	27.13	1.80			
หลังการทดลอง	52	29.00	1.84	6.69	51	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	53	21.15	2.16			
หลังการทดลอง	53	21.83	2.15	2.59	52	0.012*
การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติ						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	52	28.37	2.71			
หลังการทดลอง	52	32.17	1.28	9.26	51	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	53	28.26	2.18			
หลังการทดลอง	53	29.13	2.16	3.47	52	0.001**

ตารางที่ 4 (ต่อ) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายหมวดกับการรับรู้ทางด้านสุขภาพ ในกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง/การรับรู้ในแต่ละหมวด	N	\bar{x}	S.D.	t-value	df	p-value
การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	52	12.04	2.76	3.13	51	0.003**
กลุ่มเปรียบเทียบ	52	12.87	2.60			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	53	12.62	2.69	-0.19	52	0.85
หลังการทดลอง	53	12.58	2.87			

2.4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ทางด้านสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มตัวอย่าง

2.4.1 รวมหมวดการรับรู้

ภายหลังการให้โครงการศึกษาในกลุ่มทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้รวมเพิ่มขึ้นเป็น 97.81 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.49 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 90.92 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.05 เมื่อทำการทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

2.4.2 แยกหมวดการรับรู้

2.4.2.1 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค ภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 29.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.84 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 27.38 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.05 เมื่อทำการทดสอบพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

2.4.2.2 การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคพบว่า ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 23.77 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 21.83 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.15 เมื่อทำการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

2.4.2.3 การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ภายหลังการทดลองในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 32.17 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.28 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 29.13 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.16 เมื่อทำการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

2.4.2.4 การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 12.87 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.60 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ย 12.58 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.87 เมื่อทำการทดสอบพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ทางด้านสุขภาพรวม และการรับรู้ในแต่ละหมวด ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการทดลอง

หมวดการรับรู้ทางด้านสุขภาพ	N	\bar{x}	S.D	t-value	df	p-value
การรับรู้รวม						
กลุ่มทดลอง	52	97.81	3.49	8.11	103	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	90.92	5.05			

ตารางที่ 5 (ต่อ) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ทางด้านสุขภาพรวม และการรับรู้ในแต่ละหมวดระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังจากทดลอง

หมวดการรับรู้ทางด้านสุขภาพ	N	\bar{x}	S.D.	t-value	df	p-value
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค						
กลุ่มทดลอง	52	29.00	1.84	4.26	103	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	27.38	2.05			
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค						
กลุ่มทดลอง	52	23.77	0.70	6.20	103	0.004**
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	21.83	2.15			
การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ						
กลุ่มทดลอง	52	32.17	1.28	8.76	103	0.001***
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	29.13	2.16			
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ						
กลุ่มทดลอง	52	12.87	2.60	0.53	103	0.601
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	12.58	2.87			

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์คะแนนรวมการปฏิบัติ

3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

ในด้านการปฏิบัติของมารดาต่อเด็กเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก โดยการตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ถ้าปฏิบัติทุกครั้งให้ 1 คะแนน และถ้าปฏิบัติบางครั้งหรือไม่ปฏิบัติเลยให้ 0 คะแนน ก่อนการทดลอง ในกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติของมารดาเป็น 5.76 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 5.84 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.41 เมื่อทำการทดสอบพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ภายหลังจากการทดลองในกลุ่มทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของมารดาเป็น 6 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.05 เมื่อทำการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติของมารดา	N	\bar{x}	S.D	t-value	df	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	52	5.76	0.54	-0.84	103	0.400
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	5.84	0.41			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	52	6.00	0.00	2.42	103	0.02*
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	5.87	0.05			

3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก ภายในกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง ก่อนและหลังการทดลอง

ในกลุ่มทดลองพบว่า ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติของมารดา เป็น 5.76 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.54 ภายหลังการทดลองพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติของมารดาเพิ่มขึ้นเป็น 6.00 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.00 เมื่อทำการทดสอบพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.01$

ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ก่อนการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติของมารดาเป็น 5.84 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.41 ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติของมารดาเพิ่มขึ้นเป็น 5.86 คะแนน ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.39 เมื่อทำการทดสอบพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก ภายในกลุ่มตัวอย่างทั้งสอง ก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติของมารดา	N	\bar{x}	S.D	t-value	df	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	52	5.76	0.54	3.05	51	0.004**
หลังการทดลอง	52	6.00	0.00			
กลุ่มเปรียบเทียบ						
ก่อนการทดลอง	53	5.84	0.41	0.33	52	0.742
หลังการทดลอง	53	5.86	0.39			

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์สัดส่วนของการเป็นโรคกลับซ้ำในเด็ก

ในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองมีเด็กป่วยจำนวน 52 คน หลังการทดลองมีเด็กป่วยเป็นโรคกลับซ้ำ จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 9.62 สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลองมีเด็กป่วย จำนวน 53 คน หลังการทดลองมีเด็กป่วยเป็นโรคกลับซ้ำ จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 35.84

4.1 การเปรียบเทียบสัดส่วนของการเป็นโรคกลับซ้ำในกลุ่มทดลองเท่ากับ 0.09 และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าสัดส่วนเท่ากับ 0.36 เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าสัดส่วนของการเป็นโรคกลับซ้ำในเด็กระหว่างกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบสัดส่วนการเป็นโรคกลับซ้ำในเด็ก ระหว่างกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	N	จำนวนที่เป็นซ้ำ	ค่าสัดส่วน	Z-test	p-value
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	52	5	0.09	-3.292	0.001**
กลุ่มเปรียบเทียบ	53	19	0.36		

ส่วนที่ ๔ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ทางด้านสุขภาพกับการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก

5.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็กของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง

จากการวิเคราะห์พบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ส่วนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็กของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการทดลอง

การรับรู้	การปฏิบัติของมารดา			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	r	p-value	r	p-value
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	0.29	0.012*	0.05	0.349
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค	0.17	0.109	-0.01	0.451
การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ	-0.01	0.477	0.08	0.265
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ	0.08	0.277	-0.19	0.085

5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ กับการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็กของกลุ่มตัวอย่างภายหลังการทดลอง

จากผลการวิเคราะห์พบว่า หลังการทดลองในกลุ่มทดลอง การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคกลับซ้ำในเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.01$ แต่การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคกลับซ้ำในเด็ก ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคกลับซ้ำของเด็ก

ตารางที่ 10 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ กับการป่วยเป็นโรคกลับซ้ำในเด็กของกลุ่มตัวอย่าง ภายหลังการทดลอง

การรับรู้	การป่วยเป็นโรคกลับซ้ำ			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	r	p-value	r	p-value
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	0.32	0.009**	0.10	0.225
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค	0.02	0.423	0.10	0.223
การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ	-0.05	0.343	0.10	0.219
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ	0.05	0.357	0.11	0.201

ส่วนที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ทางด้านสุขภาพ และการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการป่วยเป็นโรคกลับซ้ำของเด็ก

6.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว กับการรับรู้ทางด้านสุขภาพ

จากผลการวิเคราะห์พบว่า หลังการทดลอง อายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัวในกลุ่มทดลอง ไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก ส่วนในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า อายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ดังตารางที่ 16 ในภาคผนวก ง

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มุ่งศึกษาประสิทธิผลของโครงการสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มทดลองจำนวน 52 คนและกลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 53 คน เลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการเลือกสลับวันกัน และประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์ มาใช้ประกอบในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเปรียบเทียบการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง รวม 4 สัปดาห์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม แต่เฉพาะกลุ่มทดลองเท่านั้นที่ได้รับการสอนสุขศึกษาของโครงการสุขศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ตามปกติจากหน่วยงานของโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช

โครงการสุขศึกษาประกอบด้วย การสอนรายบุคคล การสาธิต การเช็ดตัวเด็กเพื่อลดไข้อย่างถูกวิธี เอกสารแผ่นพับเรื่องโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน และบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก พร้อมทั้งกระตุ้นมารดาโดยใช้โปสเตอร์ ซึ่งเป็นการเน้นให้มารดามีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ การดูแลเด็กในขณะป่วย และการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก เพื่อให้จำนวนเด็กป่วยด้วยโรคกลับซ้ำลดลง

ข้อมูลในการวิจัยด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก เก็บรวบรวมโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ก่อนการทดลอง 1 ครั้ง และหลังการทดลองอีก 1 ครั้ง ใช้เวลาในการดำเนินโครงการสุขศึกษาเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ซึ่งในระหว่างการดำเนินโครงการจะมีการสอนสุขศึกษาแก่มารดา 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 1 และ 2 พร้อมแจกเอกสารแผ่นพับและแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก และกระตุ้นเตือนมารดาด้วยโปสเตอร์ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และแบบบันทึกของมารดามาทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติร้อยละ วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มตัวอย่างและระหว่างกลุ่มตัวอย่างในเรื่องการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และ

การปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก โดยใช้ Paired Samples t-test และ Student's t-test วิเคราะห์สัดส่วนของการเป็นโรคกลับซ้ำในเด็กโดยใช้ Proportion test (Z-test) หาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) การหาความสัมพันธ์ของอายุ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) และหาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของมารดากับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก โดยใช้ Chi-Square

สรุปผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบการรับรู้รวมทางด้านสุขภาพทั้ง 4 หมวด
 - 1.1 ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้รวมทางด้านสุขภาพทั้ง 4 หมวดของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน
 - 1.2 ภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้รวมทางด้านสุขภาพทั้ง 4 หมวดในกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$
 - 1.3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้รวมทางด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$
2. การเปรียบเทียบการรับรู้แยกรายหมวด
 - 2.1 ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

2.2 ภายหลังจากทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

2.3 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ สำหรับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ส่วนคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติของกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบความแตกต่างกัน

2.4 การศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติของมารดาต่อเด็กเพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็กของกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง และเมื่อศึกษาเปรียบเทียบการปฏิบัติของมารดาระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มพบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติเพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ หลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

2.5 การศึกษาสัดส่วนของการป่วยเป็นโรคกลับซ้ำ เด็กในกลุ่มทดลองมีสัดส่วนการเป็นโรคกลับซ้ำน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

2.6 การศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก และการป่วยเป็นโรคกลับซ้ำในเด็ก ในกลุ่มทดลองหลังการทดลองพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก และการเป็นโรคกลับซ้ำในเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ และที่ระดับ $p < 0.01$ ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็กและการเป็นโรคกลับซ้ำในเด็ก สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ไม่มีความ

สัมพันธ์กับการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็กและการป่วยเป็นโรคกลับซ้ำในเด็ก

2.7 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก กับ ปัจจัยทางประชากร เช่น อายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ อาชีพ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว สำหรับในกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับอายุ อาชีพ และรายได้ของครอบครัว ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรค มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการศึกษาของมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$

การอภิปรายผล

สมมติฐานข้อ 1 ข้อ 2 หลังการทดลองการรับรู้ของกลุ่มทดลองดีกว่าก่อนการทดลองในเรื่องการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบในเรื่องการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ส่วนการรับรู้ต่ออุปสรรคไม่พบความแตกต่างกัน

การเปรียบเทียบการรับรู้ทั้ง 4 หมวด

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้รวมทั้ง 4 หมวด อยู่ในระดับที่ไม่แตกต่างกัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน และเคยมีประสบการณ์ในการเจ็บป่วยด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน และเคยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล จึงทำให้การรับรู้รวมทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

การเปรียบเทียบการรับรู้แยกรายหมวด

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค

ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.1 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรครภายในกลุ่มแต่ละกลุ่มภายหลังการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2.1 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ทั้งนี้เนื่องจากระดับการศึกษาของมารดาในกลุ่มเปรียบเทียบดีกว่ากลุ่มทดลอง รวมทั้งการได้รับการสอนสุขศึกษาจากกองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช ประกอบกับรายได้ของครอบครัวในกลุ่มเปรียบเทียบดีกว่ากลุ่มทดลองทำให้กลุ่มเปรียบเทียบสามารถจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเกี่ยวกับการป้องกันโรคได้ดีกว่า ซึ่งมีผลทำให้คุณภาพชีวิตดีกว่ากลุ่มทดลอง จึงทำให้มารดาของกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคได้ดีแต่ก็ไม่ดีเท่ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับโครงการสุขศึกษาโดยตรงจากผู้วิจัย ซึ่งแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุตสมพร บุรินทรากิบาล (2532: 96-99) พบว่า ภายหลังการให้โครงการสุขศึกษาแก่ผู้มารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ บุชนง โภทวีเชียร (2533: 99) พบว่า โครงการสุขศึกษาที่ประยุกต์รูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพมาไว้แนะนำมารดาเด็กที่ป่วยด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน มีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในกลุ่มทดลองสูงกว่าเล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.2 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรครภายในกลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2.2 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ทั้งนี้เนื่องจากก่อนการ

ทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งสองส่วนมากมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคสูง และเมื่อกลุ่มทดลองได้เข้าโครงการศึกษาของผู้วิจัยได้มีการเน้นให้มีการรับรู้เกี่ยวกับอันตรายของโรค ซึ่งมีผลทำให้เด็กมีภูมิคุ้มกันโรคต่ำและเกิดโรคกลับซ้ำได้ง่าย และทำให้การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กช้าหรืออาจจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนที่ร้ายแรง เช่น หลอดลมอักเสบ ปอดอักเสบ ปอดบวม และอาจถึงตายได้ หลังการทดลองจึงทำให้การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคสูงขึ้นกว่าเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบซึ่งมีการศึกษาและรายได้ของครอบครัวดีกว่ากลุ่มทดลอง รวมทั้งได้รับความรู้และข่าวสารจากกองกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลภูมิอศุลยเดช จึงทำให้การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคในกลุ่มเปรียบเทียบสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เพ็ญศิริภา (2529: 112-113) ที่ได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้กับผู้ป่วยหน้าหนาว เช่นเดียวกับการศึกษาของ เจริญ อัสวประพล (2533: 11) และมะลิวรรณ วงศ์วัฒนไพบูลย์ (2533: ข) นำมาใช้ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับทหารเกณฑ์

การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลองพบว่า การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำไม่แตกต่างกัน และภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.3 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำภายในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มภายหลังการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2.3

ทั้งนี้เพราะโครงการศึกษาที่ผู้วิจัยจัดขึ้นทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ที่เพิ่มขึ้นกว่าไม่ได้สอนหรือสอนตามปกติ (นิตยา เพ็ญศิริภา 2529, เจริญ อัสวประพล 2532, ลาวัลย์ มัสไอตี 2532 และสุนันทา นนทกุล 2532) การสอนสุขภาพควรรักษาหลาย ๆ แบบร่วมกันเพื่อให้เกิดความรู้ที่ที่ดีที่สุด (สุรีย์ จันทโรโมลี 2524: 26, บุญยง เกี่ยวการค้า 2526: 379, ประภาเพ็ญ สุวรรณ 2530: 246-257) และแสดงให้เห็นว่าการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Becker และคณะ โดยการนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า การทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ ทั้งนี้เพราะมารดาในกลุ่มเปรียบเทียบมีการศึกษาสูงกว่ามารดา กลุ่มทดลองจึงสามารถประยุกต์ความรู้ที่ได้รับจากแพทย์ และตามวัฒนธรรมของคนไทยมีความ เชื่อถือในตัวแพทย์และคำแนะนำของแพทย์ จึงทำให้มารดาในกลุ่มเปรียบเทียบมีการรับรู้ต่อผลดี ของการปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้นตามไปด้วย

การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มก่อนการทดลอง พบว่า การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำไม่แตกต่างกัน และภายหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เล็กน้อย แต่ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อ 1.4 และเมื่อ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ภายในกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่ม ระหว่างการทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติสูงกว่า ก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 2.4 ส่วน กลุ่มเปรียบเทียบพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ยลดลงเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากกลุ่ม เปรียบเทียบส่วนใหญ่มารดาเป็นแม่บ้าน ซึ่งคาดว่าจะมีเวลาพอในการดูแลเด็กขณะป่วยและพา เด็กมารักษาที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัดได้ดีกว่ามารดาที่มีอาชีพรับจ้าง และหลังจาก การจัดกิจกรรมตามโครงการสุขศึกษาของผู้วิจัย โดยเน้นให้กลุ่มทดลองมีความตระหนักใน อุปสรรคของการปฏิบัติ พร้อมทั้งชี้แจงเหตุผลของการปฏิบัติของมารดาในการป้องกันโรคกลับ เข้าในเด็ก ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขุมมา ไซติพิทุธิกุล ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคหูดน้ำหนวกเรื้อรัง ณ คลินิก โสตสัมพัสและการพูดโรงพยาบาลรามธิบดี (2532: 77) และมาลินี ภวานันท์ ศึกษา ประสิทธิภาพของโครงการสุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิปากขอ ในนักเรียนชั้นประถมศึกษา ตอนปลายอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา (2534: 86)

การเปรียบเทียบการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก

ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็กสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.01$ และ $p < 0.05$ ตามลำดับ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อ 3 ทั้งนี้เพราะกลุ่มทดลองได้รับโครงการสุขศึกษาโดยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

เกี่ยวกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติรวมทั้งการสาธิตวิธีการเช็ดตัวเด็กเพื่อลดไข้อย่างถูกวิธี การแจกเอกสารแผ่นพับ และการกระตุ้นเตือนมารดาด้วยโปรแกรมวีซีดีให้มีการบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติของมารดา กิจกรรมดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโครงการสุขภาพช่วยให้นักทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การปฏิบัติในการป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็กมากกว่าก่อนดำเนินการโครงการสุขภาพ และถูกต้องมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Becker และ Maiman (1980: 113-131) กล่าวว่าการศึกษาแก่ผู้ป่วยโดยมีการตรวจสอบความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนชักชวนให้ผู้ป่วยปฏิบัติการให้ข้อมูลรายละเอียดที่ชัดเจน มีการย้ำสิ่งที่สอนไปแล้ว และให้เอกสารประกอบ จะทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามคำแนะนำได้ถูกต้องมากขึ้น และสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ Miller (1985: 802-804) ในเรื่องวิธีการให้สุขภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง จำเป็นต้องมีการให้ข้อมูลที่ชัดเจนและเฉพาะเจาะจง มีการย้ำสิ่งที่สอนไปแล้ว และการให้เอกสารที่มีรูปแบบ อ่านง่าย น่าสนใจ และมีเนื้อหาที่จำเป็น และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุซบง โกฎิวีเยียร์ (2533: 103)

การเปรียบเทียบสัดส่วนของการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก

ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีสัดส่วนของการป่วยเป็นโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็กต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าการให้โครงการสุขภาพตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสาธิตการเช็ดตัวเพื่อลดไข้อย่างถูกวิธี และการกระตุ้นเตือนโดยใช้โปรแกรมวีซีดีเตือนให้มารดาบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กตามกำหนดเวลา และนำเด็กมาตรวจตามนัด ทำให้มารดากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็กถูกต้องมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ บุซบง โกฎิวีเยียร์ (2533: 104) และปิยะวดี แสงใหญ่ ซึ่งได้ศึกษาโครงการสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับหญิงอาชีพพิเศษในเขตกรุงเทพมหานคร (2534: ข)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การจัดโครงการสุขภาพที่ประยุกต์แนวความคิดรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้การสอนรายบุคคลประกอบการสาธิตการเช็ดตัวเด็กเพื่อลด

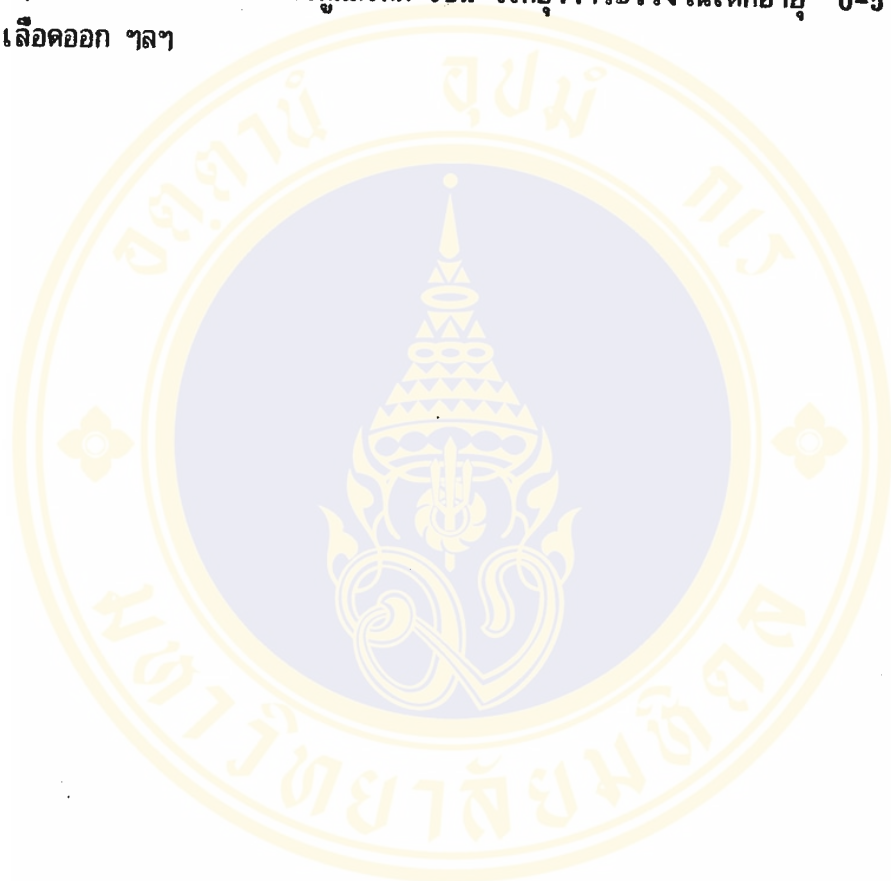
ใช้อย่างถูกวิธี การแจกเอกสารแผ่นพับ และการกระตุ้นเตือน โดยใช้ไปรษณียบัตรเพื่อให้ มารดาบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กตามระยะเวลาที่กำหนด และให้นำเด็กมาตรวจตามนัด ทำให้มารดาเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปฏิบัติในการดูแลเด็กในขณะที่ป่วยด้วยโรคคอ และทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน การปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก และการนำเด็กมาตรวจตามนัด ซึ่งมีผลทำให้สัดส่วนของการเกิดโรคกลับซ้ำน้อยลงในกลุ่ม ทดลอง วิธีการให้สูติศึกษาดังกล่าวข้างต้นน่าจะนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดบริการให้สูติศึกษา สำหรับกลุ่มเป้าหมายนี้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ต่อไป แต่มีข้อเสียคือ ในการจัดโครงการ สูติศึกษาที่ผู้วิจัยทำนั้นใช้เครื่องมือหลายอย่าง และการนัดผู้ป่วยมาพบเป็นระยะ ๆ ตลอดจน การบันทึกในแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก อาจทำให้เกิดความยุ่งยาก ไม่สะดวก และ เสียเวลาสำหรับมารดาบางราย สำหรับการที่จะนำโครงการนี้ไปใช้ในโรงพยาบาลอื่น ๆ เช่น โรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยจำนวนมากอาจต้องประยุกต์ให้เหมาะสมกับแต่ละสถานที่ และการ ศึกษของผู้รับบริการ การสอนรายบุคคลอาจเปลี่ยนเป็นการสอนรายกลุ่มและเลือกใช้สื่อ เช่น วีดีโอเทปแทน ยกเว้นในรายที่มีอาการรุนแรงมาก ๆ และมารดามีการศึกษาน้อย อาจ ต้องสอนเป็นรายบุคคล

2. การจัดโครงการสูติศึกษาโดยผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเอง มีผลทำให้สัดส่วน ของการเป็นโรคกลับซ้ำในเด็กของกลุ่มทดลองลดลงมาก ดังนั้นผู้วิจัยมีความเห็นว่าเจ้าหน้าที่ ในหน่วยสูติศึกษาเป็นผู้ดำเนินการเองจะเกิดผลดี และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพราะการจัด โครงการสูติศึกษาเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เมื่อมารดา สามารถเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สัดส่วนของเด็กป่วยก็จะลดลง เด็กจะมีพัฒนาการที่ดีได้ตามอายุ มีสุขภาพดี ซึ่งนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นนิมิตรหมายที่ดีว่าประเทศเราจะมีประชากรที่มี คุณภาพ และเป็นการลดการสูญเสียทางเศรษฐกิจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเด็ก ที่ป่วยอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการทาวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการวิจัยเรื่องเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจใน เด็ก ครั้งต่อไปควรดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึงเดือนมกราคม เพราะจะ เป็นช่วงที่พบผู้ป่วยโรคนี้มาก เพื่อสะดวกและประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูล
2. การจัดกิจกรรมสูติศึกษาอาจจะเปลี่ยนรูปแบบ โดยประเมินจากผู้รับบริการ ว่าต้องการทราบอะไรบ้าง และให้ความรู้ตามที่เขาต้องการ

3. แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก ควรจะมีช่องสำหรับให้มารดาบันทึกอาการอื่น ๆ นอกเหนือจากที่ระบุไว้ และเป็นการฝึกให้มารดามีความสังเกตอาการของเด็กมากยิ่งขึ้น
4. โครงการสุศึกษาที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับโรคอื่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็ก เช่น โรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 0-5 ปี โรคไข้เลือดออก ฯลฯ



บรรณานุกรม

- กฤษณา ศักดิ์ศรี. จิตวิทยาการศึกษา กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์นิยมวิทยา, 2530.
- กานดา วัฒนภาส และคณะ. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บัณฑิตการพิมพ์, 2529.
- _____ . "การศึกษาโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี ในชุมชนเขตเมืองกรุงเทพมหานคร" เอกสารสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 2 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2532 : 33-34.
- คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาล. "การพยาบาลผู้ป่วยมีไข้." หลักการพยาบาล. กองงานวิทยาลัยพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เจริญกิจ, 2526 : 301.
- จันทร์นิวัธ เกษมสันต์ และบุญชอบ พงษ์พาณิชย์. กุมารเวชศาสตร์. (เล่ม ๒) กรุงเทพมหานคร : โครงการตำรา-ศิริราช. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2522.
- เจริญ อัสวประผล. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ของทหารเกณฑ์ จังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ชัยยงค์ พรหมวงศ์. มิตีที่ 3. นวัตกรรมและเทคโนโลยีทางการศึกษา. ภาควิชาไฮด์ทัศนศึกษา คณะครุศาสตร์. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2521.
- ธีระ รามสูต. "นโยบายกรมควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจเด็กในประเทศไทย" ในเอกสารการสัมมนาระดับชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- นฤมล สีนสุพรรณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดาในการพาเด็กไปรับภูมิคุ้มกันโรคในชนบท ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริณญามหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์ การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2528.
- นิตยา เพ็ญศิริมา. ประสิทธิผลของการจัดโปรแกรมสุขศึกษา สำหรับผู้ป่วยโรคหุ้่น้ำหนักเรื้อรัง ดึงผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลรามธิบดี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2529.

- นิภา มนูญิจุ. การวิจัยทางสุขศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : อักษรบัณฑิต, เมติคัลมีเดีย, 2527.
- บุญยง เกี่ยวการค้า. "วิธีการสุขศึกษา." ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสุขศึกษา หน่วยที่ 8-15. สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า 379-380 กรุงเทพมหานคร : อรุณการพิมพ์, 2522.
- บุศรา ปองทอง. "สถานการณ์ปัจจุบัน ARIC ในประเทศไทย" ในเอกสารการสัมมนา ระดับชาติ ครั้งที่ 2 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ ในเด็ก. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2532.
- บุษบง โกฎิวิเชียร. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อพฤติกรรมของมารดาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบหายใจในเด็ก ชุมชนเขตบาง-เขน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "พฤติกรรมสุขภาพ การเรียนรู้ ค่านิยม." ในเอกสารการสอน สุขศึกษา หน่วยที่ 1-7. มสธ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สัมพันธ์พาณิชย์, 2527.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. "วิธีการสุขศึกษา." ในเอกสารการสอนสุขศึกษาหน่วยที่ 8-15. มสธ. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ป.สัมพันธ์พาณิชย์. 2530.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร : คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 6 พ.ศ.2529 - 2534 (เอกสารโรเนียว เย็บเล่ม)
- แผนกเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช พ.ศ.2533 (เอกสารโรเนียว เย็บเล่ม)
- พวงพยอม การภิญโญ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาล อายุรศาสตร์ และศัลยศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- พัฒนาชุมชน, กรม. "รายงานการสำรวจสภาวะเริ่มแรกของประชาชนในเขตโครงการขยาย เขตการพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย." กรุงเทพมหานคร : กองวิจัยและประเมินผล กระทรวงมหาดไทย, ม.ป.ป. (อัดสำเนา).

- ภาสกร อัครเสวี และคณะ. "การปฏิบัติพยาบาล การดูแลตนเองที่บ้านสำหรับโรคระบบทางเดินหายใจ และบทเรียนสำเร็จรูปด้วยตนเองแบบโปรแกรม." รายงานการวิจัย. เชียงใหม่. ศูนย์วิจัยโรคเขต 10, 2531 : 57-60.
- มะลิวรรณ วงศ์วัจนไพฑูริย์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ทหารเกณฑ์ กองทัพอากาศ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- มานี ชูไทย. วิธีการสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เจริญผล, 2523.
- มาลินี ภูวนันท์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคพยาธิปากขอในนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534.
- มาลีรัตน์ สุทธิอารมภ์. การพยาบาลไส้ติ่ง นาสิก ลาริงซ์วิทยา. ภาควิชาศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (ม.ป.พ.) หน้า 68.
- ลาววัลย์ มัสโคดี. ประสิทธิภาพของการสอนสุขศึกษาเรื่อง การตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้วีดีโอเทปและเอกสารแผ่นพับ ร่วมกับการกระตุ้นเตือนในนักศึกษาวิทยาลัยครูสวนดุสิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สมชาย ลักขณาภักษ์. ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันกามโรคที่ถูกต้องในนักเรียน นักศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527.
- สมชาย และกาญจนา สุพันธ์วิช. การป้องกันและการควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพมหานคร: ธนการพิมพ์, 2527: 116-117.
- สมทรง ศุภศิลป์. ความเชื่อและปัจจัยทางสังคม-เศรษฐกิจที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของมารดาและบุตรในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2526.
- สุขุมมา ไชติพิทธิกุล. ประสิทธิภาพของการจัดโปรแกรมสุขศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง ณ คลินิกโสตสัมผัสและหูตึง โรงพยาบาลรามธิบดี กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

- สุนันทา นนทิกุล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ อ.เมือง จ.พะเยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขภาพศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.
- สุกรี สุวรรณจู่ทะ. "โรคติดเชื้อของระบบหายใจและการควบคุม." ในเอกสารการสอนชุดวิชาการส่วนบุคคลและชุมชน. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2528 : 838-959.
- สุรีย์ จันทรมโนลี. สุขภาพในโรงพยาบาล. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : (ม.ป.พ.), 2521.
- _____. วิธีการทางสุขภาพศึกษา. ภาควิชาสุขภาพศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร : (ม.ป.พ.), 2525.
- _____. วิธีการทางสุขภาพศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : เจริญวิทยการพิมพ์. 2527.
- อนุชา จิตตินันท์ และคณะ. "โครงการวิจัยและพัฒนาารูปแบบการป้องกันรักษาและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันของระบบทางเดินหายใจในเด็ก". ในเอกสารการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 2 เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลัน ระบบหายใจในเด็ก. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2523 : 65-68.
- อุสมพร บุรินทรากิจบาล. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพต่อการมารับบริการตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีบุตร จังหวัดนครศรีธรรมราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาสุขภาพศึกษา. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2532.
- Becker, Marshall H. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior." Health Education Monographs. 2 (Winter 1974) : 410 - 414.
- Becker, Marshall H., and Maiman, Lois A. "Strategies for Enhancing Patient Compliance." Journal of Community Health. 6 (Winter, 1980): 113-131.
- Bloom, Benjamin S.(editor). Taxonomy of Education Objective The Classification of Educational Goals Handbook I: Cognitive Domain. New York: David Mckey Company, Inc., 1956.
- Dielman, et.al. "Dimension of Children's Health Beliefs." Health Education Quarterly. (full, 1980): 7, 3: 219-238.

- DiMatteo, Robin M. and DiNicola, Dante D. Achieving Patient Compliance: The Psychology of Medical Practitioner's Role. New York: Pergaman Press, 1982.
- Eisen Marrin, et.al. "A Health Belief to Adolescents Fertilities Control: Some Pilot Program Findings." Health Education Quarterly. 12(Summer 1985): 185-210.
- Kinder, S.J. Audio-Visual Materials and Technique. (2 nd edition) New York: American Company, 1959.
- Kirscht, Jonh P. "The Health Belief Model and Illness Behavior." Health Education Monographs. 2 (Winter 1974): 387-405.
- Miller, Ann. "When is the time Ripe for Teaching." American Journal of Nursing. 85 (July, 1985): 801-804.
- Resenstock, Irwin M. "The Health Belief Model and Sick Role Behavior." Health Education Monographs. 2 (Winter 1974): 354-386.
- Thomas F. Boat, et.al. "Acute Pharyngitis and Acute Tonsillitis." Nelson Textbook of Pediatrics. (12 the edition) W.E.Saunder Co. 1983.
- Tupasi, et.al. "Determinants of morbidity and mortality due to Acute Respiratory infection." Journal Infection Disease. 1988: 615-621.
- Whaley and Wing. "Conditions with Distrubed respiratory function." Nursing Care of Infants and Children. London, 1979: 1212-1217.



ครั้งที่ 1

แผนการสอน เรื่อง โรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็กวัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มารดาบอกโรคของระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยได้
2. เพื่อให้มารดาสามารถบอกอาการของเด็กที่เป็นโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันได้
3. เพื่อให้มารดาสามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลเด็กที่ป่วยด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันได้
4. เพื่อให้มารดาสามารถบอกและบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กได้ถูกต้อง

แนวคิด

โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาความเจ็บป่วยที่สำคัญมากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในประเทศไทยพบว่า เด็กป่วยด้วยโรคนี้ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมด และเด็กอาจพิการหรือเสียชีวิตได้ถ้าไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง แต่จำนวนเด็กพิการหรือเสียชีวิตจะลดลงได้ ถ้าบิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กให้ความเอาใจใส่อย่างถูกวิธี

ระบบทางเดินหายใจของคนเราแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

1. ระบบทางเดินหายใจส่วนบน เริ่มตั้งแต่ จมูกไปจนถึงโพรงจมูกทั้งหลายที่เรียกว่า ไชน์ส ล่าคอ ลงไปถึงกล่องเสียง
2. ระบบทางเดินหายใจส่วนล่างจะอยู่ต่ำกว่ากล่องเสียงลงไป ได้แก่ หลอดลมส่วนต้นและส่วนปลายปอด ซึ่งเต็มไปด้วยถุงลมเล็ก ๆ มากมาย

โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยได้แก่ โรคหวัดธรรมดา ไข้หวัดใหญ่ โรคคอและทอนซิลอักเสบ หูชั้นกลางอักเสบ ไชน์สอักเสบและกล่องเสียงอักเสบ ซึ่งเกิดจากการได้รับเชื้อแบคทีเรียหรือไวรัส หากเป็นบ่อย ๆ หรือเรื้อรังอาจทำให้เกิดโรคหลอดลมโป่งพอง หรือหอบหืด เมื่อโตขึ้นได้ นอกจากนี้ในขณะที่ป่วยเด็กมักทานอาหารไม่ค่อยได้ ทำให้เกิดโรคขาดอาหารได้

โรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจจะมีอาการแสดงเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มอาการไม่รุนแรง คือ เป็นไข้หวัดธรรมดา มีไข้ต่ำ ๆ ไอ จาม น้ำมูกไหล เจ็บคอเล็กน้อย ทานอาหารได้ หายใจปกติ

2. กลุ่มอาการปานกลาง เด็กจะเป็นไข้หวัด มีโรคแทรก มักมีไข้สูงเกิน 3 วัน หรือไอเกิน 7 วัน หายใจเร็วมากกว่า 50 ครั้ง/นาที อาจมีฝ้าขาวในคอหรือมีหูน้ำหนวก

3. กลุ่มอาการรุนแรง เด็กมักเป็นไข้หวัดนานมาก่อน หรือมีไข้ ไอ หายใจลำบากเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีอาการชายโครงบุ๋มในตอนหายใจเข้า

สำหรับในโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก มักเริ่มด้วยอาการของหวัด น้ำมูกไหล ไอมีเสมหะ อาเจียน มีไข้ เจ็บคอ ต่อมทอนซิลโตและเป็นหนอง เด็กจะซิม เบื่ออาหาร เนื่องจากเจ็บคอกินลำบาก ถ้ามีไข้สูงอาจชักได้

การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก

1. เมื่อมีไข้สูง ควรเช็ดตัวให้เด็กด้วยน้ำธรรมดา หรือน้ำอุ่น ควรเช็ดตัวประมาณ 10-15 นาที และหยุดพักตามข้อพับ ซอกคอ รักแร้ การเช็ดแขนขา ควรเช็ดจากปลายมือปลายเท้าเข้าหาหัวใจ ไข้จะลดลงเร็วขึ้น และในขณะที่เช็ดตัวควรให้เด็กดื่มน้ำด้วย ถ้าตัวยังร้อนจัดให้ยาลดไข้

2. ให้เด็กดื่มน้ำอุ่นมาก ๆ อาจให้น้ำหวาน หรือน้ำผลไม้ก็ได้ อย่างน้อยควรให้เด็กดื่มน้ำวันละ 4-6 แก้ว

3. ให้อาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก น้ำซุป นม เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนมากขึ้น โดยปกติเด็กที่ไม่สบายมักทานอาหารได้น้อย มารดาไม่ควรบังคับเด็ก ควรให้ทีละน้อย แต่บ่อยครั้ง เพื่อไม่ให้เด็กขาดอาหาร

4. ให้ความอบอุ่นกับเด็กพอสมควร ไม่ต้องห่มผ้าหนา เพราะจะทำให้เด็กตัวร้อนและชักได้

5. ดูแลให้เด็กได้รับประทานยาให้ถูกต้องทั้งขนาดและเวลา เช่น ยาแก้ไอ รับประทานก่อนอาหาร 30 นาที และต้องรับประทานจนหมด ยาลดไข้และยาลดน้ำมูกให้หยุดรับประทานเมื่อเด็กไม่มีอาการแล้ว

6. ให้เด็กอยู่ในบ้านที่มีอาการถ่ายเทได้ดี

7. ถ้ามีเด็กหลายคนในบ้าน ควรแยกเด็กป่วยออกจากเด็กดี โดยแยกที่นอน ข้าวของเครื่องใช้ เช่น จานชาม ช้อนส้อม แก้วน้ำ เป็นต้น

เวลาที่ใช้ 40 นาที

- อุปกรณ์**
- เอกสารแผ่นพับ เรื่อง โรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน ฉบับที่ 1
 - แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก

- กิจกรรมที่นำมาใช้ประกอบ**
- การสาธิตการเช็ดตัวเด็กเพื่อลดไข้อย่างถูกวิธี
 - แนะนำการใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กโดยให้บันทึกทุกวัน

การประเมินผล การซักถามและการฝึกปฏิบัติของมารดา



ครั้งที่ 2

แผนการสอน เรื่อง โรคคอตีบและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสอบถามมารดาถึงการให้การดูแลรักษาพยาบาลเด็กที่ป่วยด้วยโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน
2. เพื่อให้มารดาสามารถให้การดูแล เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็กได้
3. เพื่อให้มารดาสามารถบันทึกพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็กได้ถูกต้อง

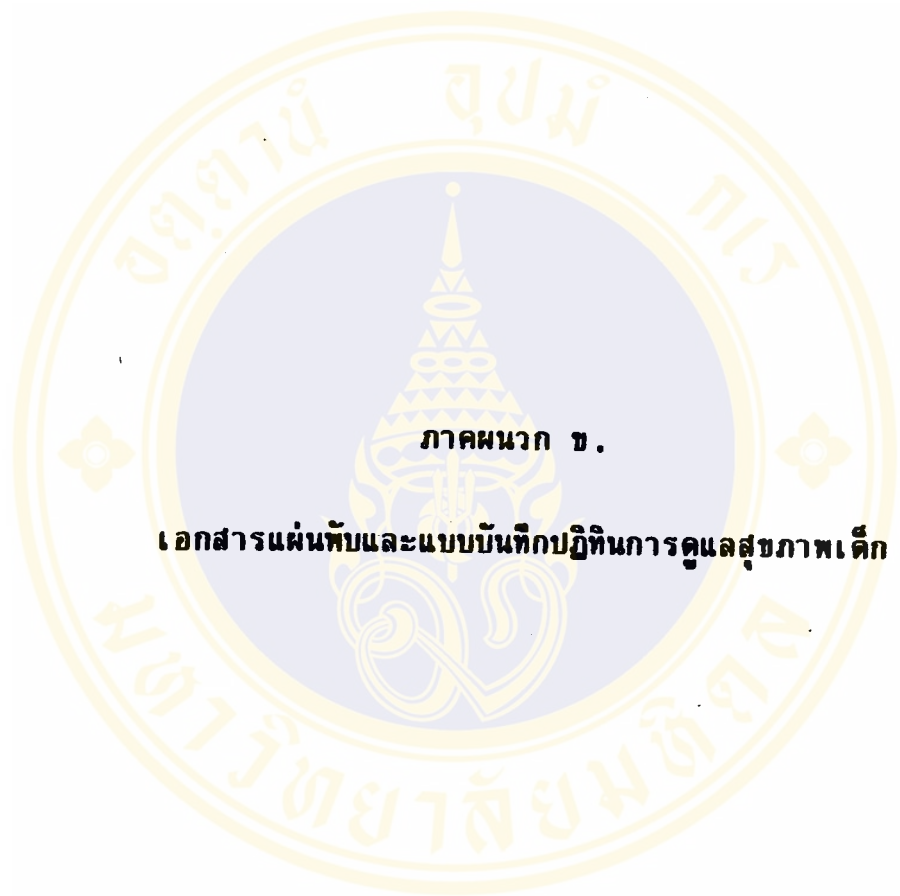
แนวคิด

ทบทวนมารดาถึงการให้การดูแลรักษาพยาบาลเด็กที่ป่วยด้วยโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน เกี่ยวกับหัวข้อต่อไปนี้

1. การเช็ดตัว เพื่อลดไข้อย่างถูกวิธี
2. การให้น้ำและอาหารที่เหมาะสม
3. การให้ความอบอุ่นแก่ร่างกายเด็ก
4. การรับประทานยา
5. การจัดสถานที่ในบ้านและการแยกเด็กป่วยออกจากเด็กดี

การดูแลเพื่อป้องกันการเกิดโรคและทอนซิลอักเสบกลับซ้ำในเด็ก

1. อย่าให้เด็กคลุกคลีกับคนที่ เป็นหวัด เพราะจะทำให้เด็กติดหวัดซึ่งเป็นอาการนำไปสู่การเป็นโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันได้
2. ใส่เสื้อผ้าให้เด็กอบอุ่นเวลาอากาศเย็น เพื่อป้องกันการเป็นหวัด ในขณะที่อากาศร้อนก็ควรใส่เสื้อผ้า ง่ายๆ ให้เด็กเวลานอน ไม่ควรให้เด็กนอนโดยไม่ใส่เสื้อผ้า
3. เมื่อเด็กเริ่มมีอาการหวัด ไอ เจ็บคอ ควรรีบนำไปพบแพทย์ ไม่ควรซื้อยาแก้ไอให้เด็กรับประทานเอง เพราะเด็กอาจได้ยาที่ไม่ถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่ หรืออาจทำให้เชื้อโรคคอตีบ และรักษายากขึ้น
4. ให้เด็กได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผักและผลไม้ เพื่อช่วยให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง และเติบโตเร็ว
5. ให้เด็กได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี
6. ไม่ควรสูบบุหรี่ หรือมีควันไฟภายในบ้าน

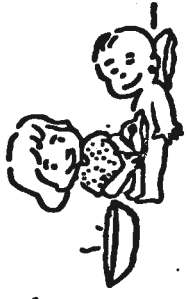
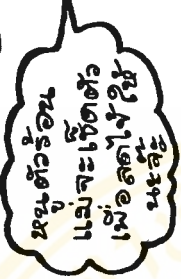
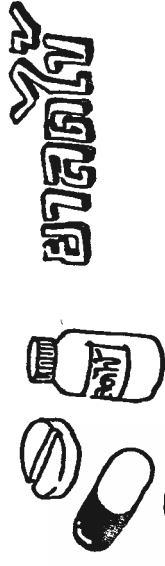


โรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน เป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะในเด็ก โรคนี้ติดต่อกันได้ง่ายมาก ง่ายเลย เช่น การไอหรือจามรดกัน หรือโดยการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่ใช้ภาชนะร่วมกัน

อาการ อาจมีอาการของหวัด น้ำมูกไหล ไอ มีเสมหะ อาเจียน มีไข้ เจ็บคอ



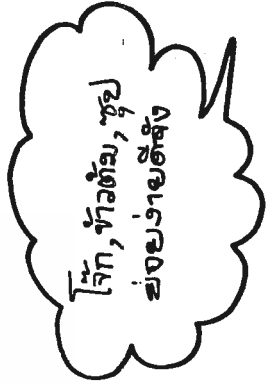
ทอนซิลอักเสบ และเป็นทอนซิลอักเสบ เมื่ออาหารเบียดจากเจ็บคอกินลำบาก ถ้ามีไข้สูงอาจมีอาการชักได้



1. ให้เด็กดื่มน้ำมากๆ อาจให้น้ำหวาน หรือน้ำผลไม้ก็ได้ อย่างน้อยควรให้เด็กดื่มน้ำวันละ 4-8 แก้ว
2. ให้อาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก น้ำซุป นม เพื่อให้ร่างกายได้พักผ่อนมากขึ้น

การดูแลเด็กในขณะที่ป่วยด้วยโรคนี้

1. ดูแลเรื่องไข้ การให้ยาลดไข้ และเช็ดตัว ให้เด็กด้วยน้ำธรรมดา หรือน้ำอุ่น ควรเช็ดตัวประมาณ 10-15 นาที และหยุดหากตามข้อสัน ซอกคอ รักแร้ ในขณะที่ยังมีไข้ให้เด็กควรให้เด็กดื่มน้ำด้วย ไข่จะลดลงเร็วขึ้น



การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กป่วยเป็นโรคคอ และ
ทอนซิลอักเสบซ้ำอีก มารดาควรปฏิบัติดังนี้

1. อย่าให้เด็กคลุกคลีกับคนที่ เป็นหวัด



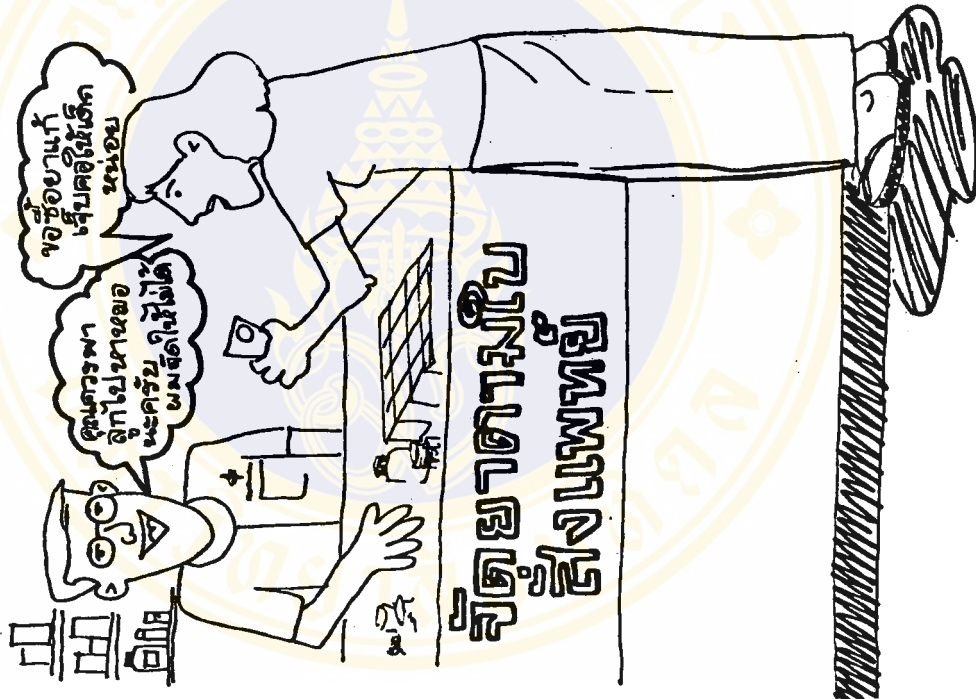
2. ใส่เสื้อผ้าให้เด็กอบอุ่น เวลาอากาศเย็น เพื่อ
ป้องกันการเป็นหวัด ในขณะที่อากาศร้อนก็ควรใส่เสื้อบางๆ

ให้เด็กเวลานอน ไม่ควรให้เด็กนอนโดยไม่ใส่เสื้อ

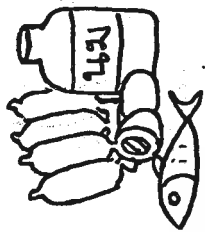


3. เมื่อเด็กเริ่มมีอาการหวัด ให้อุ้มคอ คารวรับ
นำเด็กไปพบแพทย์ ไม่ควรซื้อยามาแก้เด็กเอง ให้เด็กรับประทาน
เอง เพราะเด็กอาจได้ยาที่ไม่ถูกต้องกับโรคที่เป็นอยู่ หรืออาจ

ทำให้เชื้อโรคค้อยา และรักษาหายากขึ้น



ชีวิตยามตาหมีใบ สิ่งแพะพวย



4. ให้เด็กได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เช่น
เนื้อสัตว์ ไข่ นม ผักและผลไม้ เพื่อช่วยให้เด็กมีสุขภาพ
แข็งแรง และเติบโตเร็ว














5. ให้เด็กได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในที่มี

ปฏิทินการดูแลสุขภาพเด็ก

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ เลขที่ _____

อาการ

 ปกติ	 โหมก โหน้อย	 ใส ข้น มีน้ำมูก
 ตัวร้อนจัด ตัวรุ่ม ๆ	 เจ็บคอ มีฝ้าขาว ในคอ	 เจ็บหู หูน้ำหนวก
 หอบ	 ชายโครงนูน	 ชัก
 อาเจียน	 เบื่ออาหาร	

การดูแลลูก

ใส่เสื้อผ้า ให้อบอุ่น 	กินอาหารที่มี ประโยชน์ 	ไม่มีควันบุหรี่ ควันไฟ 
ไม่พาเด็ก ไปในที่แออัด 	เช็ดตัว ลดไข้ 	ดื่มน้ำมาก ๆ ดื่มน้ำวันละ 4-6 แก้ว 
อาหารอ่อนนุ่มย่อยง่าย, ข้าวต้ม, โจ๊ก 	อยู่ในที่ ๆ อากาศถ่ายเทได้ดี 	

อาการหอบ, ชายโครงนูน, ไข้สูง, ชัก พาไปพบแพทย์



ภาคผนวก ค .

แบบสัมภาษณ์มารดาในเรื่อง

การดูแลและป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็ก

แบบสัมภาษณ์มารดาในเรื่อง
การดูแลและป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบ เจ็บปื้นในเด็ก

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

เลขที่.....

1. ชื่อมารดา.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
2. ชื่อเด็ก.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
3. เด็กเพศ () ชาย () หญิง
4. จำนวนครอบครัวในบ้าน.....ครอบครัว
5. จำนวนสมาชิกทั้งหมดในครอบครัว.....คน
6. รายได้ของทุกคนในครอบครัว (กลุ่มตัวอย่าง) รวมกันประมาณ.....บาท/เดือน
7. การศึกษาสูงสุดของมารดา
() ไม่ได้เรียน
() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา
() ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช., ปวท.)
() ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส., อนุปริญญา)
()ปริญญาตรี
() อื่น ๆ (ระบุ).....
8. การศึกษาสูงสุดของบิดา
() ไม่ได้เรียน
() ประถมศึกษา
() มัธยมศึกษา
() ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช., ปวท.)
() ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส., อนุปริญญา)
()ปริญญาตรี
() อื่น ๆ (ระบุ).....
9. อาชีพหลักในปัจจุบัน (อาชีพที่ใช้เวลาส่วนมากในแต่ละวัน) ของมารดา
() แม่บ้าน
() ค้าขาย
() รับจ้าง (ระบุ).....
() รับราชการ (ระบุ).....
() อื่น ๆ (ระบุ).....

10. อาชีพหลักในปัจจุบัน (อาชีพที่ใช้เวลาส่วนมากในแต่ละวัน) ของบิดา
- () พ่อบ้าน
- () ค้าขาย
- () รับจ้าง (ระบุ).....
- () รับราชการ (ระบุ).....
- () อื่น ๆ (ระบุ).....
11. ใน 4 อาทิตย์ที่ผ่านมาเด็กป่วย.....ครั้ง
12. ใน 4 อาทิตย์ที่ผ่านมา บุตรของท่าน(ผู้ป่วย) มีอาการต่อไปนี้หรือไม่ และท่านปฏิบัติอย่างไร

กลุ่มอาการ	การปฏิบัติของมารดาในการดูแลเด็ก				การดูแลเด็กด้วยตนเอง (ระบุ)
	ไม่ได้ทำอะไร	ไปสถานบริการของรัฐ (ระบุ)	ไปสถานบริการของเอกชน (ระบุ)	อื่น ๆ (ระบุ)	
1. กลุ่มอาการน้อย - ไข้ (ตัวร้อนไม่มาก) - ไอบ้างเล็กน้อย - คัดจมูกหรือน้ำมูกไหล					ไข้..... ไอ..... คัดจมูก.....

กลุ่มอาการ	การปฏิบัติของมารดาในการดูแลเด็ก				การดูแลเด็ก ด้วยตนเอง (ระบุ)
	ไม่ได้ทำ อะไร	ไปสถาน บริการ ของรัฐ (ระบุ)	ไปสถาน บริการ ของเอกชน (ระบุ)	อื่น ๆ (ระบุ)	
2. กลุ่มอาการ ปานกลาง - ใช้เป็น ๆ หายๆ เกิน 3 วัน - หายใจเร็ว - มีอาการเจ็บคอ - มีอาการเจ็บหู					ใช้..... หายใจเร็ว..... เจ็บคอ..... เจ็บหู.....
3. กลุ่มอาการรุนแรง - ใช้สูงตลอดเวลา เกิน 3 วัน - ไอบ่อย - หอบจนชายโครง บวม - ริมฝีปากซีด - ชักเกร็ง					ใช้สูง..... ไอบ่อย..... หอบจนชายโครง บวม..... ริมฝีปากซีด..... ชักเกร็ง.....
4. ไม่มีอาการใด ๆ ในกลุ่มอาการ ดังกล่าว					

ตอนที่ 2-5 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ทางด้านสุขภาพเรื่องโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลัน
ในเด็ก

ตอนที่ 2 การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
<ol style="list-style-type: none"> 1. อากาศเปลี่ยนแปลง ไม่ได้เกี่ยวข้องกับการเป็นหวัด 2. ใช้หวัดติดต่อได้ถ้ามีอาการไอหรือจามรดกัน 3. เด็กมีโอกาสเป็นหวัดซ้ำได้บ่อยครั้ง 4. อากาศเย็นทำให้เด็กเป็นหวัดได้ง่าย 5. การใช้ช้อนป้อนอาหารร่วมกันหรือตม้น้ำแก้วเดียวกันทำให้เด็กติดหวัดได้ 6. โรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันในเด็กมักมีอาการของหวัดนำมาก่อน 7. โรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรม 8. โรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคที่ป้องกันได้ 9. เด็กที่ป่วยด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันแล้วจะไม่ใช่โรคนี้ซ้ำอีก 10. วัคซีนสามารถป้องกันโรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันได้ 			

ตอนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
<ol style="list-style-type: none"> 1. การเป็นหวัดถือว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง 2. เด็กที่มีไข้สูงมีโอกาสชักได้ 3. เด็กที่ชักบ่อย ๆ จะทำให้สมองเสื่อมได้ 4. เด็กที่ป่วยด้วยโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบ เจ็บพลัน ถ้าปล่อยไว้ไม่รักษาอาจทำรักษา อาจทำให้เป็นโรคปอดบวมหรือล้มเหลวใจพิการได้ 5. ในเด็กเล็ก ๆ โรคปอดบวมอาจทำให้เสียชีวิต ได้ 6. เด็กที่ป่วยด้วยโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบบ่อย ๆ จะเติบโตช้ากว่าเด็กปกติ 7. เด็กที่ป่วยด้วยโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบ เจ็บพลันบ่อย ๆ อาจต้องตัดต่อมทอนซิลทิ้ง 8. เด็กที่ตัดต่อมทอนซิลทิ้ง จะเจ็บป่วยง่าย เนื่อง จากไม่มีด่านกักกันเชื้อโรค เพราะต่อมทอนซิล เป็นด่านกักกันเชื้อโรคด่านแรก 			

ตอนที่ 4 การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
<ol style="list-style-type: none"> 1. เมื่อเด็กเริ่มเป็นหวัด มารดาควรซื้อยาแก้อักเสบให้เด็กรับประทาน 2. ใช้หวัดจะหายได้เองโดยไม่ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ 3. ในขณะที่เด็กเป็นหวัด ควรให้เด็กดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 4-6 แก้ว เพราะน้ำช่วยละลายเสมหะ และช่วยบรรเทาอาการไข้ 4. การดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดในระยะที่เป็นหวัด ไอ และเจ็บคอ จะป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้น 5. เมื่อเด็กเริ่มเป็นหวัด ควรรีบพาไปพบแพทย์ 6. การเช็ดตัวให้เด็กเวลาไข้สูง จะทำให้ไข้ลดลงและป้องกันไม่ให้เด็กชัก 7. การเช็ดตัวเด็กให้เช็ดจากส่วนปลายของร่างกายเข้าหาลำตัวจะทำให้ไข้ลดลงเร็วกว่าเช็ดจากลำตัวออกไปหาส่วนปลาย 8. ยาแก้อักเสบควรให้เด็กรับประทานจนหมด แม้ว่าอาการของเด็กจะดีขึ้น เพราะจะทำให้หายจากโรคได้ 9. ยาแก้ไ้ควรหยุดให้เด็กรับประทานเมื่อเด็กไม่มีอาการไข้ 10. เมื่อเด็กอาการดีขึ้น และน้ำมูกแห้งแล้ว ควรหยุดให้เด็กรับประทานยาลดน้ำมูก 11. โรคคอและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันเป็นโรคที่รักษาเองที่บ้านได้ 			

ตอนที่ 5 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
<ol style="list-style-type: none"> 1. การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบ เป็นการรบกวนการทำงานประจำวันของท่าน 2. การพาเด็กมารักษาที่โรงพยาบาลเป็นการเพิ่มรายจ่ายของครอบครัว 3. การพาเด็กมารักษาที่โรงพยาบาลทำให้เสียเวลา 4. การดูแลเด็กที่ป่วยทำให้ท่านเกิดความเบื่อหน่าย เพราะได้พักผ่อนน้อยลง 5. ท่านไม่มีเวลาพาเด็กมาตรวจตามแพทย์นัดอีก 			

ตอนที่ 6 การปฏิบัติของมารดาต่อเด็กเพื่อป้องกันไม่ให้ป่วยเป็นโรคซ้ำอีก	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย
<p>เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กเป็นโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบซ้ำอีก มารดาควรปฏิบัติดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ใส่เสื้อผ้าให้เด็กอบอุ่นเวลาอากาศเย็น เพื่อป้องกันการเป็นหวัด 2. เวลาอากาศร้อนควรให้เด็กนอนโดยสวมเสื้อบาง ๆ ไม่ควรนอนโดยไม่สวมเสื้อผ้า 3. เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบ เจ็บปาลัน ควรให้เด็กรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก 4. อาหารพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม ผัก และผลไม้ จะช่วยให้เด็กที่ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง และเติบโตเร็ว 5. เด็กควรอยู่ในบ้านที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก 6. ไม่ควรพาเด็กไปในที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ตลาด ศูนย์การค้า เพราะจะทำให้เด็กติดโรคได้ง่าย 			

ตอนที่ 7 การปฏิบัติของมารดา หลังการให้สูติศึกษา

1. การพาเด็กมาตรวจตามนัด

ครั้งที่ 1	() มา	ครั้งที่ 2	() มา
	() ไม่มา		() ไม่มา
2. การบันทึกตามแบบบันทึกที่กำหนดให้

() ไม่บันทึก	
() บันทึกถูกต้อง	
() บันทึกไม่ถูกต้อง	



ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำนวนตามคุณลักษณะประชากรและสังคม

คุณลักษณะประชากรและสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศของเด็ก						
ชาย	24	46	27	51	51	49
หญิง	28	54	26	49	54	51
รวม	12	100	53	100	105	100
อายุของเด็ก(ปี)						
2 - 4	23	44	22	42	45	43
4 - 6	20	39	26	49	46	44
6 - 7	9	17	5	9	14	13
รวม	52	100	53	100	105	100
ระดับการศึกษาของบิดา						
ประถมศึกษา	12	23	10	19	22	21
มัธยมศึกษา	19	37	15	28	34	32
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	12	23	9	13	21	18
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	2	3	4	8	6	6
ปริญญาตรี	7	14	16	30	23	22
ปริญญาโท	-	-	1	2	1	1
รวม	52	100	53	100	105	100

ตารางที่ 1 (ต่อ) จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะประชากรและสังคม

คุณลักษณะประชากรและสังคม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพของบิดา						
พ่อบ้าน	1	2	-	-	1	1
ค้าขาย	1	2	3	6	4	4
รับจ้าง	10	19	16	30	26	24
รับราชการ	31	60	25	47	56	53
ธุรกิจส่วนตัว	1	2	1	2	2	2
รัฐวิสาหกิจ	8	15	7	13	15	14
เกษตรกร	-	-	1	2	1	2
รวม	52	100	53	100	105	100

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามสถานบริการที่เลือกใช้

สถานที่ที่ไปใช้บริการ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		ร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไปสถานบริการของรัฐ	34	65	35	66	69	66
ไปสถานบริการเอกชน	17	33	17	32	34	32
ไปสถานบริการของรัฐและเอกชน	1	2	1	2	2	2
รวม	52	100	53	100	105	100

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามกลุ่มอาการที่หน้าบุตรไปตรวจ

กลุ่มอาการที่หน้าบุตรไปตรวจ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		ร้อยละ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มอาการน้อย	33	63	33	62	66	63
กลุ่มอาการปานกลาง	19	37	20	38	39	37
กลุ่มอาการรุนแรง	-	-	-	-	-	-
รวม	52	100	53	100	105	100

ตารางที่ 4 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนตามข้อคำถาม

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. อากาศเปลี่ยนแปลงไม่ได้ เกี่ยวข้องกับกำเริบหวัด	2.90	0.40	2.79	0.60	0.69	0.492
2. ใช้หวัดติดต่อดี ถ้ามีการ ไอหรือจามรดกัน	2.98	0.13	3.00	0.00	-1.01	0.315
3. เด็กมีโอกาสเป็นหวัดซ้ำ ได้น้อยครั้ง	3.00	0.00	2.86	0.48	1.98	0.051
4. อากาศเย็นทำให้เด็กเป็น หวัดได้ง่าย	2.92	0.33	2.86	0.48	0.68	0.497
5. การใช้ช้อนป้อนอาหาร ร่วมกัน หรือค้อน้ำแก้ว เดียวกัน ทำให้เด็กติด หวัดได้	2.53	0.82	2.71	0.69	-1.20	0.232
6. โรคคอและทอนซิลอักเสบ เจ็บพลันในเด็กก็มี อาการของหวัดนำมาก่อน	2.51	0.77	2.66	0.64	-1.01	0.315
7. โรคคอและทอนซิลอักเสบ เจ็บพลัน เป็นโรคติดต่อ ทางพันธุกรรม	2.63	0.71	2.32	0.89	1.98	0.050

ตารางที่ 4 (ต่อ) ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค
ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อ
คำถาม

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาส เสี่ยงของการเกิดโรค				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
8. โรคคอและทอนซิลอักเสบ เจ็บพลัน เป็นโรคที่ ป้องกันได้	2.51	0.77	2.71	0.66	-1.40	0.164
9. เด็กที่ป่วยด้วยโรคคอและ ทอนซิลอักเสบเจ็บพลัน แล้วจะไม่ใช่โรคน้ำอึก	2.98	0.13	2.62	0.74	3.46	0.001**
10. วัคซีนสามารถป้องกัน โรคคอและทอนซิล อักเสบเจ็บพลันได้	2.13	0.88	2.28	0.79	-0.90	0.368

ตารางที่ 5 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคก่อนการทดลอง จากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. การเป็นหวัดถือว่าเป็นการป่วยที่ไม่รุนแรง	2.96	0.27	2.73	0.65	2.31	0.024*
2. เด็กที่มีไข้สูงมีโอกาสชักได้	3.00	0.00	2.96	0.27	0.99	8.324
3. เด็กที่ชักบ่อย ๆ จะทำให้สมองเสื่อมได้	2.80	0.44	2.84	0.49	-0.45	0.654
4. เด็กที่ป่วยด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบเจ็บพลิ้น ถ้าปล่อยไว้ไม่รักษาอาจทำให้เป็นโรคปอดบวมหรือล้มหัวใจพิการได้	2.55	0.75	2.67	0.58	-0.93	0.356
5. ในเด็กเล็ก ๆ โรคปอดบวมอาจทำให้เสียชีวิตได้	2.98	0.13	2.84	0.53	1.74	0.087
6. เด็กที่ป่วยด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบเจ็บพลิ้นบ่อย ๆ จะเติบโตช้ากว่าเด็กปกติ	2.53	0.77	2.39	0.86	0.89	0.372

ตารางที่ 5 (ต่อ) ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคก่อนการทดลองจากกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนตามข้อความ

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
7. เด็กที่ป่วยด้วยโรคคอและทอนซิลอักเสบเจ็บพลันบ่อย ๆ อาจต้องตัดต่อมทอนซิลทั้ง	2.75	0.65	2.62	0.76	0.92	0.362
8. เด็กที่ตัดต่อมทอนซิลทั้ง จะเจ็บป่วยง่าย เนื่องจากไม่มีด่านกักกันเชื้อโรค เพราะต่อมทอนซิลเป็นด่านกักกันเชื้อโรคด่านแรก	2.00	0.90	2.05	0.88	-0.32	0.747

ตารางที่ 6 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของ การปฏิบัติตามคำแนะนำ				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. เมื่อเด็กเริ่มเป็นหวัดมารดาควรซื้อยาแก้อักเสบให้เด็กรับประทาน	2.59	0.79	2.67	0.72	-0.56	0.578
2. ใช้หวัดจะหายได้เองโดยไม่ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ	2.78	0.60	2.81	0.55	-0.20	0.841
3. ในขณะที่เด็กเป็นหวัด ควรให้ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 4-6 แก้ว เพราะน้ำช่วยละลายเสมหะ และช่วยบรรเทาอาการไข้	2.96	0.27	2.94	0.30	0.32	0.750
4. การดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ในระยะที่เป็นหวัด ไอ และเจ็บคอ จะป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้น	2.96	0.27	2.94	0.30	0.32	0.750
5. เมื่อเด็กเริ่มเป็นหวัด ควรรีบพาไปพบแพทย์	2.32	0.94	2.30	0.89	0.14	0.889
6. การเช็ดตัวให้เด็กเวลามีไข้สูง จะทำให้ไข้ลดลง และป้องกันไม่ให้เกิดชัก	2.84	0.53	3.00	0.00	-2.08	0.040*

ตารางที่ 6 (ต่อ) ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนตามข้อคำถาม

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของ การปฏิบัติตามคำแนะนำ				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
7. การเช็ดตัวเด็กให้เช็ดจาก ปลายของร่างกายเข้าหา ลำตัวจะทำให้ใช้ลดลง เร็วกว่าเช็ดจากลำตัว ออกไปหาส่วนปลาย	1.26	0.68	1.26	0.62	0.04	0.969
8. ยาแก้ไอเสบควรให้เด็ก รับประทานจนหมด แม้ว่า อาการของเด็กจะดีขึ้น เพราะจะทำให้หายจาก โรคได้	2.53	0.85	2.09	0.98	2.47	0.015*
9. ยาแก้ไอควรหยุดให้เด็ก รับประทานเมื่อเด็กไม่มี อาการไอ	2.61	0.79	2.81	0.59	-1.43	0.156
10. เมื่อเด็กอาการดีขึ้นและ น้ำมูกแห้งแล้ว ควรหยุด ให้เด็กรับประทานยาลด น้ำมูก	2.48	0.87	2.62	0.79	-0.87	0.385
11. ไรศคอและทอนซิลอักเสบ เจ็บพลันเป็นโรคที่รักษา เองที่บ้านได้	2.98	0.13	2.79	0.56	2.35	0.022

ตารางที่ 7 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ ก่อนการทดลอง
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรค ของการปฏิบัติ				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรค คอและทอนซิลอักเสบเป็น การรบกวนการทำงาน ประจำวันของท่าน	2.61	0.79	2.69	0.72	-0.56	0.578
2. การพาเด็กมารักษาที่โรง พยาบาลเป็นการเพิ่ม รายจ่ายของครอบครัว	2.00	1.01	2.09	1.00	-0.48	0.632
3. การพาเด็กมารักษาที่ โรงพยาบาลทำให้เสีย เวลา	2.15	0.99	2.50	0.86	-1.95	0.054
4. การดูแลเด็กที่ป่วยทำให้ ท่านเกิดความเบื่อหน่าย เพราะได้พักผ่อนน้อยลง	2.30	0.96	2.43	0.91	-0.69	0.491
5. ท่านไม่มีเวลาพาเด็กมา ตรวจตามแพทย์นัดอีก	2.96	0.27	2.88	0.46	1.00	0.320

ตารางที่ 8 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก ก่อนการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันโรคกลับซ้ำในเด็ก				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. ใส่เสื้อผ้าให้เด็กอบอุ่นเวลา อากาศเย็น เพื่อป้องกันการ เป็นหวัด	0.96	0.19	1.00	0.00	-1.44	0.152
2. เวลาอากาศร้อนควรให้เด็ก นอนโดยสวมเสื้อบาง ๆ ไม่ ควรนอนโดยไม่สวมเสื้อผ้า	0.94	0.23	1.00	0.00	-1.78	0.077
3. เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคคough และทอนซิลอักเสบเจ็บพลา นควรให้เด็กรับประทาน อาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก	0.94	0.23	0.94	0.23	-0.02	0.981
4. อาหารพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม ผักและผลไม้ จะช่วยให้ เด็กที่ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง และเติบโตเร็ว	0.96	0.19	0.98	0.13	-0.60	0.553
5. เด็กควรอยู่ในบ้านที่มี อากาศถ่ายเทได้สะดวก	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	1.000
6. ไม่ควรพาเด็กไปในที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ตลาด ศูนย์การค้า เพราะจะทำให้ เด็กติดโรคได้ง่าย	0.96	0.19	0.92	0.26	0.81	0.418

ตารางที่ 9 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. อากาศเปลี่ยนแปลงไม่ได้ เกี่ยวข้องกับการเป็นหวัด	3.00	0.00	2.81	0.55	2.44	0.016*
2. ใช้หวัดติดต่อกันได้ ถ้ามีการไอหรือจามรดกัน	2.96	0.27	3.00	0.00	-1.01	0.315
3. เด็กมีโอกาสเป็นหวัดซ้ำได้บ่อยครั้ง	2.96	0.27	2.90	0.40	0.83	0.411
4. อากาศเย็นทำให้เด็กเป็นหวัดได้ง่าย	2.96	0.27	2.86	0.48	1.22	0.225
5. การใช้ช้อนป้อนอาหารร่วมกัน หรือดื่มน้ำแก้วเดียวกัน ทำให้เด็กติดหวัดได้	2.98	0.13	2.88	0.46	1.40	0.165
6. โรคคอและทอนซิลอักเสบ เจ็บหลันในเด็กมักมีอาการของหวัดนำมาก่อน	2.76	0.58	2.75	0.55	0.13	0.896
7. โรคคอและทอนซิลอักเสบ เจ็บหลัน เป็นโรคติดต่อทางพันธุกรรม	2.88	0.47	2.45	0.82	3.31	0.001**
8. โรคคอและทอนซิลอักเสบ เจ็บหลัน เป็นโรคที่ป้องกันได้	2.69	0.70	2.77	0.60	-0.63	0.527

ตารางที่ 9 (ต่อ) ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนตามข้อคำถาม

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
9. เด็กที่ป่วยด้วยโรคคอตและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันแล้วจะไม่ใช่โรคนั้นซ้ำอีก	3.00	0.00	2.71	0.66	3.08	0.003**
10. วัคซีนสามารถป้องกันโรคคอตและทอนซิลอักเสบเฉียบพลันได้	2.78	0.57	2.20	0.84	4.15	< 0.000***

ตารางที่ 10 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนตามข้อคำถาม

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. การเป็นหวัดถือว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง	3.00	0.00	2.71	0.69	2.96	0.004**
2. เด็กที่มีไข้สูงมีโอกาสชักได้	3.00	0.00	3.00	0.00	0.00	1.000
3. เด็กที่ชักบ่อย ๆ จะทำให้สมองเสื่อมได้	3.00	0.00	2.96	0.19	1.41	0.160
4. เด็กที่ป่วยด้วยโรคคอตและทอนซิลอักเสบเจ็บพ่น ถ้าปล่อยไว้ไม่รักษาอาจทำให้เป็นโรคปอดบวมหรือล้มหัวใจพิการได้	2.94	0.23	2.66	0.61	3.10	0.003**
5. ในเด็กเล็ก ๆ โรคปอดบวมอาจทำให้เสียชีวิตได้	2.98	0.13	2.96	0.27	0.44	0.663
6. เด็กที่ป่วยด้วยโรคคอตและทอนซิลอักเสบบ่อย ๆ จะเติบโตช้ากว่าเด็กปกติ	2.94	0.30	2.66	0.67	2.75	0.007**

ตารางที่ 10 (ต่อ) ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนตามข้อความ

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
7. เด็กที่ป่วยด้วยโรคคอตีบและทอนซิลอักเสบเจ็บพล้นบ่อย ๆ อาจต้องตัดต่อมทอนซิลทิ้ง	3.00	0.00	2.64	0.71	3.64	0.001**
8. เด็กที่ตัดต่อมทอนซิลทิ้งจะเจ็บป่วยง่าย เนื่องจากไม่มีด่านกักกันเชื้อโรค เพราะต่อมทอนซิลเป็นด่านกักกันเชื้อโรคด่านแรก	2.90	0.40	2.22	0.80	5.48	0.001**

ตารางที่ 11 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของ การปฏิบัติตามคำแนะนำ				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. เมื่อเด็กเริ่มเป็นหวัด มารดาควรซื้อยาแก้ไอเสบ ให้เด็กรับประทาน	2.92	0.38	2.71	0.69	1.89	0.062
2. ใช้หวัดจะหายได้เองโดยไม่ต้องให้การดูแลเป็นพิเศษ	3.00	0.00	2.96	0.19	1.41	0.160
3. ในขณะที่เด็กป่วยหวัด ควรให้เด็กดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 4-6 แก้ว เพราะน้ำช่วยละลายเสมหะ และช่วยบรรเทาอาการไอ	3.00	0.00	2.94	0.30	1.34	0.183
4. การดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ในระยะที่เป็นหวัด ไอ และเจ็บคอ จะป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้น	3.00	0.00	2.98	0.13	0.99	0.324
5. เมื่อเด็กเริ่มเป็นหวัด ควรรีบพาไปพบแพทย์	2.84	0.50	2.33	0.91	3.52	0.001**
6. การเช็ดตัวให้เด็กเวลามีไข้สูง จะทำให้ไข้ลดลง และป้องกันไม่ให้เกิดชัก	3.00	0.00	2.98	0.13	0.99	0.324

ตารางที่ 11 (ต่อ) ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ
หลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตามข้อความ

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่อผลดีของ การปฏิบัติตามคำแนะนำ				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
7. การเช็ดตัวเด็กให้เช็ดจาก ส่วนปลายของร่างกายเข้า หาลำตัวจะทำให้ใช้ลดลง เร็วกว่าเช็ดจากลำตัวออก ไปหาส่วนปลาย	2.48	0.87	1.30	0.60	8.01	0.001**
8. ยาแก้อักเสบควรให้ รับประทานจดหมด แม้ว่า อาการของเด็กจะดีขึ้น เพราะจะทำให้หายจาก โรคได้	2.92	0.38	2.56	0.82	2.86	0.006**
9. ยาแก้ไอควรหยุดให้เด็ก รับประทานเมื่อเด็กไม่มี อาการไอ	3.00	0.00	2.81	0.59	2.31	0.023*
10. เมื่อเด็กอาการดีขึ้นและ น้ำมูกแห้งแล้ว ควรหยุด ให้เด็กรับประทานยาลด น้ำมูก	3.00	0.00	2.67	0.72	3.18	0.002**
11. ไรคคอบและทอนซิลอักเสบ เจ็บพลิ้นเป็นโรคที่รักษา เองที่บ้านได้	3.00	0.00	2.84	0.41	2.65	0.009**

ตารางที่ 12 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ หลังการทดลอง
ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวนตามข้อคำถาม

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ต่ออุปสรรค ของการปฏิบัติ				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. การดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรค คอและทอนซิลอักเสบเป็น การรบกวนการทำงาน ประจำวันของท่าน	2.69	0.72	2.54	0.84	0.94	0.349
2. การพาเด็กมารักษาที่โรง พยาบาลเป็นการเพิ่มราย จ่ายของครอบครัว	2.34	0.94	2.20	0.98	0.73	0.465
3. การพาเด็กมารักษาที่โรง พยาบาลทำให้เสียเวลา	2.30	0.96	2.43	0.91	-0.69	0.491
4. การดูแลเด็กที่ป่วยทำให้ ท่านเกิดความเบื่อหน่าย เพราะได้พักผ่อนน้อยลง	2.53	0.85	2.43	0.91	0.61	0.545
5. ท่านไม่มีเวลาพาเด็กมา ตรวจตามแพทย์นัดอีก	2.98	0.13	2.96	0.27	0.44	0.663

ตารางที่ 13 ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรค
 ไข้ในเด็กหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ จำแนกตาม
 ข้อคำถาม

ข้อความ	คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรค				t-value	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ			
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
1. ใส่เสื้อผ้าให้เด็กอบอุ่นเวลา อากาศเย็น เพื่อป้องกันการ เป็นหวัด	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	1.000
2. เวลาอากาศร้อนควรให้เด็ก นอนโดยสวมเสื้อบาง ๆ ไม่ ควรนอนโดยไม่สวมเสื้อผ้า	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	1.000
3. เมื่อเด็กป่วยด้วยโรคคอและ ทอนซิลอักเสบ เจ็บปื้นควร ให้เด็กรับประทานอาหาร อ่อนย่อยง่าย เช่น ข้าวต้ม โจ๊ก	1.00	0.00	0.92	0.26	2.04	0.044*
4. อาหารพวกเนื้อสัตว์ ไข่ นม ผักและผลไม้ จะช่วยให้เด็ก ที่ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง และ เติบโตเร็ว	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	1.00
5. เด็กควรอยู่ในบ้านที่มีอากาศ ถ่ายเทได้สะดวก	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	1.00
6. ไม่ควรพาเด็กไปในที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ตลาด ศูนย์การค้า เพราะจะทำให้ เด็กติดโรคได้ง่าย	1.00	0.00	0.94	0.23	1.75	0.083

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคในกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง

ปัจจัยภายนอก	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	r	p-value	r	p-value
หลังการทดลอง				
อายุของมารดา	-0.192	0.086	-0.082	0.281
การศึกษาของมารดา	-0.015	0.456	-0.122	0.191
รายได้ของครอบครัว	0.247	0.370	-0.022	0.437

ตารางที่ 15 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง อายุ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัวกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคในกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง

ปัจจัยภายนอก	การรับรู้ความรุนแรงของโรค			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	r	p-value	r	p-value
หลังการทดลอง				
อายุของมารดา	0.037	0.399	0.089	0.263
การศึกษาของมารดา	-0.246	0.039	0.081	0.095
รายได้ของครอบครัว	0.114	0.211	-0.127	0.090

ตารางที่ 16 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างอายุ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำในกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง

ปัจจัยภายนอก	การรับรู้ผลดีจากการปฏิบัติตามคำแนะนำ			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	r	p-value	r	p-value
หลังการทดลอง				
อายุของมารดา	0.027	0.423	0.004	0.489
การศึกษาของมารดา	0.056	0.345	0.182	0.095
รายได้ของครอบครัว	-0.015	0.459	0.032	0.410

ตารางที่ 17 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างอายุ การศึกษาของมารดา และรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง

ปัจจัยภายนอก	การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	r	p-value	r	p-value
หลังการทดลอง				
อายุของมารดา	0.105	0.230	-0.146	0.148
การศึกษาของมารดา	0.077	0.292	-0.402	0.001**
รายได้ของครอบครัว	0.054	0.353	0.152	0.138

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างอายุ และการศึกษาของมารดา รายได้ของครอบครัว กับการปฏิบัติของมารดา เพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็กของกลุ่ม หลังการทดลอง

ปัจจัยภายนอก	การปฏิบัติของมารดา			
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	r	p-value	r	p-value
หลังการทดลอง				
อายุของมารดา	0.15	0.128	0.14	0.148
การศึกษาของมารดา	0.07	0.288	0.01	0.458
รายได้ของครอบครัว	0.17	0.104	0.12	0.191



ตารางที่ 19 ความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพกับการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ และการปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็กของกลุ่มตัวอย่าง หลังการทดลอง

การรับรู้/การปฏิบัติ	อาชีพของมารดา					
	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ		
	x ²	df	p-value	x ²	df	p-value
หลังการทดลอง						
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของ						
การเป็นโรค	0.197	1	0.657	0.248	1	0.618
การรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค	1.675	1	0.196	0.437	1	0.508
การรับรู้ต่อผลดีของการปฏิบัติ						
ตามคำแนะนำ	1.305	1	0.253	0.621	1	0.105
การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติ	0.000	1	1.000	0.034	1	0.852
การปฏิบัติของมารดาเพื่อป้องกันการเกิดโรคกลับซ้ำในเด็ก	0.044	1	0.832	0.000	1	1.000