ผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลต่อความรู้และความสามารถในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้

วิมลวัลย์ วโรพาร *
ดวงใจ ลิมตโสภณ**
ศรีสุดา สมัดชัย***
พัชรณัฏฐ์ ฤทธิรณกันต์***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาถึงผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กอายุแรกเกิด ถึง 5 ปี ที่มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส มารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี โดยเลือกแบบสะดวก จำนวน 48 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็ก แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ และแบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ ส่วนเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของโอเร็ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณา และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($t=-12.692$, $p<.05$) และคะแนนเฉลี่ยความสามารถของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะไข้สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน แสดงให้เห็นว่า ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยนี้ สามารถนำการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้ในการส่งเสริมการดูแลลดไข้เด็กเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการเช็ดตัวและให้ยาลดไข้เด็กที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้, ผู้ดูแล, เด็กมีไข้

*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี 12000 ประเทศไทย
**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ปทุมธานี 12000 ประเทศไทย
Corresponding author, Email: Duangjai.l@rsu.ac.th
***สถาบันบำราศนราดูร นนทบุรี

Received: October 29, 2024 / Revised: April 07, 2025 / Accepted: May 23, 2025

Effects of educative supportive nursing on caregiver's knowledge and ability in caring children with fever

Vimonwan varolarn*
Duangjai Limtasopon**
Srisuda Samadchai***
Patcharanat Rithironakun***

Abstract

This study used a one-group, pre-posttest design and was quasi-experimental on caregivers' knowledge and care practices for children with fever. The objective was to examine the effectiveness of the educative-supportive nursing system and video media on knowledge and caregivers' care behaviors for children with fever. The samples were 48 caregivers who cared the children aged newborn to 5 years with fever and body temperature higher than 37.5 degrees celsius who received services at the Pediatric Outpatient Department, Bamrasnaradura Institute, Nonthaburi Province. The research instruments consisted of children's data, caregivers' data, caregivers' knowledge of children with fever questionnaire and caregivers' ability score in caring children with fever. The experimental instruments included the educative supportive nursing system and video media on reducing children's fever. The data were analyzed using descriptive statistics and paired t-tests.

The results showed that, post mean score of knowledge was significantly higher than the mean score before the educative supportive nursing and video media ($t=-12.692$, $p<.05$) The mean score of ability in caring children with fever was higher than the standard criteria. Indicating that an educative supportive nursing supports caregivers to have correct behaviors in caring for children with fevers.

This study suggests that video media on reducing fever in children should be applied for caregivers to improve knowledge and ability in caring for children correctly and effectively.

Keyword: the educative supportive nursing, caregiver, children with fever

---

*School of Nursing, Rangsit University School of Nursing, Pathum Thani 12000, Thailand
**School of Nursing, Rangsit University School of Nursing, Pathum Thani 12000, Thailand
Corresponding author, Email: Duangjai.l@rsu.ac.th
***Bamrasnaradura infectious diseases institute, Nonthaburi Province 11000, Thailand

Received: October 29, 2024 / Revised: April 07, 2025 / Accepted: May 23, 2025

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะไข้ หมายถึงอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5^{O}C เป็นอาการแสดงของร่างกายที่มีการตอบสนองเมื่อเกิดความเจ็บป่วย สาเหตุของไข้เกิดได้ทั้งจากการติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อ เด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ติดเชื้อไวรัสที่แพร่กระจายในอากาศชื้นและเย็นได้ง่าย เนื่องจากระบบภูมิต้านทานยังพัฒนาไม่สมบูรณ์ หรือมีภาวะโภชนาการไม่เพียงพอหรือมากเกินไป เกิดความไม่สมดุลของสารอาหารหลัก ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน พบในเด็กที่มีภาวะผอมและภาวะอ้วน ร้อยละ 7.7 และ 9.2 ตามลำดับ[1] รวมทั้งไม่ได้รับวัคซีนตามวัย จึงไม่มีภูมิต้านทานเมื่อเกิดการติดเชื้อ เช่น วัคซีนโรตาไวรัส (Rotarix) ป้องกันท้องเสียในวัยทารกได้ร้อยละ 95[2] นอกจากนี้อาจเกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย เช่น ภายหลังได้รับวัคซีน ดังนั้นภาวะไข้จึงเป็นอาการที่พบได้ในเด็กมากที่สุด[3] จากรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 พบว่า ภาวะไข้เป็นปัญหาอันดับ 2 หรือ 3 มาตลอด[4] ผลของไข้ทำให้เด็กได้รับความไม่สุขสบาย ร้องกวน เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หงุดหงิด งอแง ไม่เล่น ซึมลง รวมทั้งสูญเสียน้ำและเกลือแร่ออกจากร่างกาย ภาวะแทรกซ้อนสำคัญของไข้ คือ ภาวะชักจากไข้ (febrile convulsion) พบมากในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจากสมองกำลังเจริญเติบโต ศูนย์ควบคุมอุณหภูมิในสมองไวต่อการกระตุ้น พบอุบัติการณ์ร้อยละ 6.92 และมีโอกาสเกิดซ้ำได้อีกเมื่อมีไข้ ร้อยละ 13.04[5] โดยเฉพาะทารกอายุต่ำกว่า 1 ปี โอกาสเกิดชักซ้ำหลังจากชักจากไข้ครั้งแรก ร้อยละ 22.7[6] การชักซ้ำหลายครั้งมีความสัมพันธ์กับพัฒนาการด้านภาษาที่ล่าช้าในเด็กอายุ 1 ปี[7] และระหว่างชักอาจเกิดอุบัติเหตุ[8] เนื่องจากเด็กไม่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือผู้ดูแล

ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ลดไข้เด็กไม่ถูกต้อง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การประเมินและจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ส่วนใหญ่ไม่เหมาะสม การประเมินอุณหภูมิร่างกาย มีการใช้ปรอทวัดไข้เพียงร้อยละ 13.3 ส่วนใหญ่จะใช้หลังมือแตะหน้าผากหรือลำตัวเด็กทำให้ไม่ทราบระดับไข้ มีการให้ยาลดไข้ถูกต้องร้อยละ 10 และมีการประเมินอุณหภูมิหลังเช็ดตัวลดไข้เพียงร้อยละ10 เท่านั้น[9] ซึ่งการเช็ดตัวเป็นวิธีที่ง่ายและสามารถลดไข้ได้เร็วกว่าการให้ยา[10] ดังนั้นภาวะไข้ในเด็กเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองลดไข้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน คือ อาการชัก ผู้ดูแลเด็กที่ชักจากไข้สูงบางรายให้ความช่วยเหลือเด็กขณะชักไม่ถูกต้อง โดยจับเด็กอุ้ม เขย่าตัว และใส่สิ่งของเข้าปากเด็กขณะชักพบร้อยละ10[9] ผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์การดูแลเด็กที่มีไข้จะโทรถามเพื่อน ญาติ และเฝ้ารอดูอาการ ถ้าไข้ไม่ลดลงภายใน 2-3 วัน จึงพาไปพบแพทย์[11] ผู้ดูแลเด็กที่อายุน้อย ระดับการศึกษาต่ำ เศรษฐานะทางสังคมไม่ดีจะมีความวิตกกังวลสูง โดยเฉพาะในครอบครัวที่มีประวัติเด็กเคยชักจากไข้สูง จะเกิดอาการกลัวมากเมื่อเด็กมีไข้ (fever phobia)[12] เนื่องจากไม่ทราบสาเหตุการเกิดไข้ และไม่รู้ว่าจะให้การดูแลช่วยเหลืออย่างไร จึงไม่ได้ให้การดูแลเบื้องต้นก่อนพาเด็กส่งโรงพยาบาล[13] ผู้ดูแลบางรายกลัวว่า เด็กจะชักซ้ำส่งผลต่อการพัฒนาสมองและสติปัญญา จึงให้ยาลดไข้ขนาดสูงกว่าปกติ รวมทั้งระยะเวลาการให้ยา มีความถี่ขึ้น น้อยกว่า 4 ชั่วโมง[14]

สรุปได้ว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ส่วนใหญ่ยังพร่องความรู้ ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของเด็กเมื่อมีภาวะไข้ได้อย่างเหมาะสม การได้รับความรู้ และมีแบบแผนเกี่ยวกับการจัดการภาวะไข้ที่เหมาะสมตามวัยเด็กจะช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วม[15] การให้ความรู้แบบสถานการณ์จำลองเสมือนจริงแก่ผู้ปกครองในการจัดการภาวะไข้ในเด็ก[16] รวมทั้งการสอนด้วยชุดสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตัวลดไข้[17] จะช่วยพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ในการจัดการไข้ในเด็กได้ดีขึ้น การให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายและติดตามอย่างต่อเนื่องในเด็กที่มีภาวะไข้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะไข้มีความมั่นใจมากขึ้น สามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการภาวะไข้และดูแลเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันได้อย่างเหมาะสม[18] รวมทั้งโปรแกรมชุดความรู้การจัดการไข้ในเด็กสำหรับผู้ปกครองที่พัฒนาขึ้น สามารถใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองได้เป็นอย่างดีเกี่ยวกับปริมาณยาลดไข้ที่ให้ในเด็กที่มีไข้[19] เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์เรื่องการเช็ดตัวลดไข้มีผู้ผลิตน้อย ผู้วิจัยจึงมีสนใจในการผลิตสื่อวีดิทัศน์ เพราะผู้ดูแลสามารถนำไปทบทวนต่อที่บ้านได้

คลินิกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร รับตรวจเด็กตั้งแต่แรกเกิดถึง 15 ปี สถิติ พ.ศ.2564-2565 ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่ที่มาพบแพทย์ อายุต่ำกว่า 5 ปี มาตรวจด้วยอาการมีไข้ ร่วมกับโรคทางระบบหายใจพบมากที่สุด ประมาณร้อยละ 70 จึงได้รับการเช็ดตัวและให้ยาลดไข้จากเจ้าหน้าที่ก่อนพบแพทย์ เนื่องจากมีเพียงร้อยละ 20-30 ที่ผู้ดูแลเด็กให้ยาลดไข้เด็กที่บ้านก่อนมาพบแพทย์[20] จากการสอบถามบิดามารดาและผู้ดูแลพบว่า ส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 ขาดความรู้เรื่องการดูแลเด็กที่มีไข้เบื้องต้น เช่น เมื่อเด็กตัวร้อน ไม่ได้ใช้ปรอทวัดอุณหภูมิร่างกาย ใช้มือสัมผัสหน้าผากเท่านั้น ไม่ทราบขนาดยาลดไข้ที่ให้เด็กว่าต้องสัมพันธ์กับน้ำหนักตัวเด็กที่เพิ่มขึ้น ไม่ทราบว่ายาลดไข้เด็กแต่ละชนิดมีความแรงของยา (strength) แตกกต่างกัน ได้แก่ 100 มิลลิกรัมต่อ1 มิลลิลิตร หรือ 120 มิลลิกรัมต่อ 5 มิลลิลิตร และ 250 มิลลิกรัมต่อ 5 มิลลิลิตร ปริมาณยาที่ให้เด็กย่อมแตกต่างกัน ผู้ดูแลยังคงให้ปริมาณยาลดไข้เท่าเดิมที่เคยให้มาตลอด โดยไม่ได้ดูความเข้มข้นของยาที่ขวดยา ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม[9,11,14] จากการดูแลลดไข้ไม่เหมาะสมดังกล่าว มีอุบัติการณ์พบว่า เด็กบางรายกลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉินด้วยอาการชักจากไข้สูง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 24 ชั่วโมง[18] ผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่หน่วยงานจึงสนใจพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีไข้ ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem's nursing theory)[21] เป็นทฤษฎีที่กล่าวถึง การดูแลตนเอง (self-care) ว่าเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (deliberate action) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง หรือความต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยบุคคลต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง (self-care agency) หรือความ สามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent-care agency) ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลเด็ก (dependent care agent) ถ้าหากไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ โดยทำการลดไข้ และป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อนจากไข้ ผู้ดูแลนั้นมีความพร่องในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care deficit) พยาบาลจึงต้องอาศัยระบบการพยาบาล (nursing system) เพื่อช่วยปรับลดความพร่องในการดูแลเด็กให้เกิดความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลกับความต้องการการดูแล โดยระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ผ่านวิธีการช่วยเหลือของพยาบาล 4 วิธีแบ่งเป็น 1) การชี้แนะ (guiding) เป็นการให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจเลือกกระทำ เพื่อปรับความสามารถในการดูแล 2) การสนับสนุน (supporting) ด้านร่างกายและจิตใจ โดยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ รับฟัง เพื่อให้เห็นคุณค่าในความสามารถของการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล 3) การสอน (teaching) ให้ความรู้ วิธีการที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแล เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแล และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อการแนะนำ และสนับสนุน ตลอดจนเป็นการสร้างแรงจูงใจ

ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์จะแก้ไขความพร่องในการดูแลเด็กที่มีไข้ให้สามารถดูแลเด็กที่มีไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการนำระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้[22] ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ดูแลที่ขาดความรู้ ทักษะ และไม่สามารถตัดสินใจดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้อย่างเต็มที่ เป็นการพยาบาลที่มีการวางแผนอย่างเป็นระบบและมีขั้นตอน ด้วยการช่วยเหลือของพยาบาล 4 วิธีข้างต้น จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในประเทศไทยและต่างประเทศพบว่า ยังไม่มีการนำทฤษฎีโอเร็มมาใช้ในการส่งเสริมความสามารถผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ ในการตอบสนองความต้องการการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ แต่มีการศึกษาผลของการให้ความรู้ของพยาบาลต่อผู้ดูแลเด็กหรือมารดาในการส่งเสริมพฤติกรรมและการมีส่วนร่วมในการลดไข้เด็ก ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถของผู้ดูแลเด็กในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ โดยมีการจัดทำวิดีทัศน์มาใช้ในการให้ความรู้ ร่วมกับการชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจผู้ดูแล และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมผลของการศึกษาที่ได้จะใช้เป็นแนวทางในการดูแลส่งเสริมผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ ให้มีความรู้และความสามารถในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้เบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ส่งเสริมความมั่นใจของผู้ดูแลในการปฏิบัติ การลดไข้เด็กให้มีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการเกิดการชักจากไข้สูง ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและลดการกลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาล ทำให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี ครอบครัวและผู้ดูแล สามารถดำเนินชีวิต ประจำวันและการงานได้ตามปกติ นอกจากนี้พยาบาลสามารถนำสื่อวีดิทัศน์ไปใช้สอนผู้ดูแลและเผยแพร่เป็นสื่อสาธารณะต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาระดับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ ภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ ก่อนและหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้

สมมติฐานการวิจัย

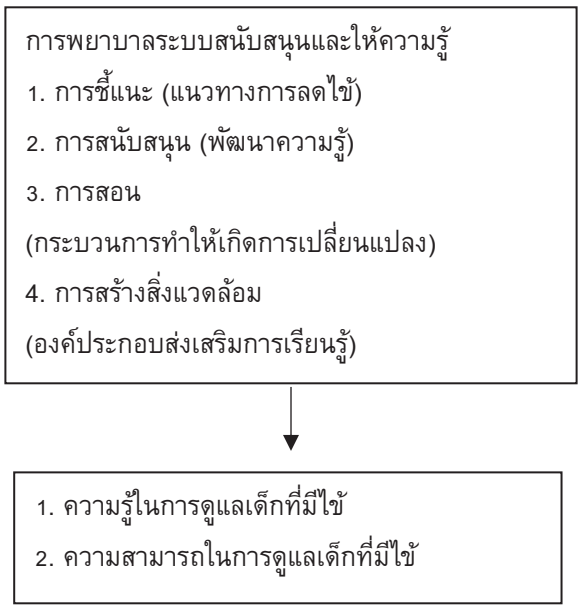
1. ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความสามารถในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานมากกว่าร้อยละ 80

2. ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนความรู้ในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ สูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาล

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทางการพยาบาลของโอเร็ม[21] โดยใช้แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ประกอบด้วย 1) การชี้แนะ เป็นการบอกแนวทาง หลักคิด เพื่อให้ผู้ดูแลทราบแนวทางในการลดไข้เด็กอย่างถูกต้อง ตระหนักถึงการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไข้ 2) การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และความสามารถในการลดไข้เด็ก เพื่อพัฒนาความรู้และความสามารถให้เพิ่มขึ้น 3) การสอน จัดกิจกรรมชนิดผู้ดูแลไม่มีส่วนร่วม (passive learning) โดยให้ความรู้จากสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งประกอบด้วย เสียงและภาพ ทำให้มองเห็น เป็นการส่งเสริมให้เกิดความจำได้ เกิดการเรียนรู้เพียงร้อยละ 30 เท่านั้น ภายหลังดูวีดิทัศน์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย ก่อนให้ผู้ดูแลลงมือปฏิบัติโดยเพื่อให้เกิดการเรียนแบบมีส่วนร่วม (active learning) ซึ่งเป็นวิธีเกิดการเรียนรู้ดีที่สุด ร้อยละ 90[23] 4) การสร้างสิ่งแวดล้อม

จัดการสอนในห้องที่เงียบสงบ และมีผู้ช่วยวิจัยให้การดูแลเด็กตั้งแต่ผู้ดูแลเริ่มตอบแบบสอบถามจนสิ้นสุดกระบวนการ เพื่อให้ผู้ดูแลไม่มีความกังวล มีสมาธิในการเรียนรู้ ตลอดระยะเวลา ประมาณ 30 นาที ก่อนพบแพทย์ อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวความคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One- Group Pre-Posttest Design)

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีภาวะไข้ มารับบริการตรวจรักษา ที่คลินิกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร จังหวัดนนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กอายุอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีภาวะไข้ โดยเลือกแบบสะดวก (convenience sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) ดังนี้ 1) บรรลุนิติภาวะมีอายุมากกว่า 20 ปี 2) มีการ

รับรู้ปกติ สื่อความหมายเข้าใจ สามารถอ่าน เขียน พูดภาษาไทยได้ 3) ดูแลเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ที่มีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส 4) ใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน และสามารถใช้ Application Line ได้ เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) เด็กติดเชื้อ Covid-19 กักตัวยังไม่ครบ 2) เด็กมีอาการของโรครุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เกณฑ์การยุติการศึกษา (discontinuation criteria) คือ 1) ในระหว่างดำเนินการทดลอง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบโปรแกรม

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) ที่ .05 อำนาจทดสอบ (power of test) เท่ากับ .95 ขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.50[24] คำนวณโดยโปรแกรม G* Power: Calculating Sample Size in a t-test ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 45 คน ป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 5 เนื่องจากเป็นการเก็บข้อมูลโดยตรงจากกลุ่มตัวอย่าง การสูญหายต่ำ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ เป็นบุตรคนที่ โรคประจำตัวของเด็ก ประวัติการชักจากไข้ ประวัติเคยนอนรักษาในโรงพยาบาล และจำนวนวันที่มีไข้ก่อนมาตรวจครั้งนี้ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับเด็ก เมื่อเด็กมีไข้ทำอย่างไร ให้ยาลดไข้เด็กอย่างไร ชนิดและขนาดความเข้มข้นของยาลดไข้เด็กที่ขายทั่วไปที่รู้จัก ลักษณะเป็นคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำตอบ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ จำนวน 18 ข้อ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม[25,26] ประกอบด้วยข้อคำถามในเนื้อหา 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้เรื่องไข้ จำนวน 6 ข้อ ด้านการให้ยาลดไข้ จำนวน 6 ข้อ และด้านการเช็ดตัวลดไข้ จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นตัวเลือก 4 ข้อ มีตัวเลือกที่ถูกต้องเพียงตัวเลือกเดียว ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-18 คะแนน แบ่งระดับคะแนนดังนี้ ถ้าได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (15-18 คะแนน) แสดงว่า มีความรู้ระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 70 -79 (12-14 คะแนน) แสดงว่า มีความรู้ระดับดี คะแนนน้อยร้อยละ 60-69 (10-11 คะแนน) แสดงว่า มีความรู้ระดับพอใช้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-9) แสดงว่า มีความรู้ระดับน้อย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90 นำไปทดสอบค่าความเที่ยงกับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ จำนวน 10 ราย ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.82 และนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 48 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลที่ปฏิบัติต่อเด็กเมื่อมีไข้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม[22-23] ซึ่งประเมินการปฏิบัติ

ของผู้ดูแล 3 ด้าน ได้แก่ วิธีการวัดไข้ จำนวน 3 ข้อ วิธีการเช็ดตัวลดไข้ จำนวน 8 ข้อ และวิธีการให้ยาลดไข้ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะการประเมิน ปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง หรือไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-16 คะแนน แบ่งระดับคะแนนเป็น 3 ระดับดังนี้ ถ้าได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (13-16 คะแนน) แสดงว่ามีความสามารถในการปฏิบัติระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 70 -79 (11-12 คะแนน) แสดงว่า มีความสามารถในการปฏิบัติระดับดี คะแนนร้อยละ 60-69 (9-10 คะแนน) แสดงว่า มีความสามารถในการปฏิบัติระดับพอใช้ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน) แสดงว่า มีความสามารถในการปฏิบัติระดับน้อย เกณฑ์มาตรฐานคือได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.89 และนำไปหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต (Interrater Reliability) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยช่วยบันทึกพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กที่มีไข้คนเดียวกันจำนวน 10 รายที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ และนำมาวิเคราะห์ความเที่ยงระหว่างผู้สังเกต ได้ค่าเท่ากับ 0.88

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เป็นชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม[21] ระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) เป็นวิธีการช่วยเหลือของพยาบาล 4 วิธีคือ 1) การชี้แนะ (guiding) เป็นการให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจเลือกกระทำ เพื่อปรับความสามารถในการดูแลเด็กที่มีไข้ 2) การสนับสนุน (supporting) ด้านร่างกาย และจิตใจ โดยให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ รับฟัง เพื่อให้เห็นคุณค่าในความสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กที่มีไข้ได้ 3) การสอน (teaching) ให้ความรู้ วิธีการที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแล โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ (VDO) เรื่อง “การลดไข้เด็กด้วยวิธีการเช็ดตัวและให้ยาลดไข้” ระยะเวลา 9.26 นาที เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลเด็กมีไข้ของผู้ดูแล 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (providing an environment) โดยจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม จัดให้อยู่ในห้องที่สงบ ให้คำแนะนำ และสนับสนุน ตลอดจนเป็นการสร้างแรงจูงใจ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต หมายเลข RSUERB2023-168 และผ่านคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย สถาบันบำราศนราดูร ที่ IRB/BIDI N040h/66 ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเสนอต่อผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร เข้าพบและชี้แจงโครงการวิจัยต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม สถาบันบำราศนราดูร ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย การปฏิบัติและสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้เซ็นยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเข้าร่วมโครงการ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ

ข้อมูลที่ได้จะรักษาเป็นความลับ และนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริงและจะมีการทำลายเอกสารหรือข้อมูลหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ในเดือนมีนาคมถึงเดือนเมษายน 2567 ดังนี้

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษา กระบวนการ ขั้นตอนการทำกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม 3 ชุดคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของของเด็ก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และ แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ (ครั้งที่ 1) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที โดยมีผู้ช่วยวิจัยให้การดูแลเด็กขณะกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม

2. ให้ความรู้กับผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ โดยให้ดูสื่อวีดิทัศน์ (VDO) เรื่อง การลดไข้เด็กด้วยวิธีการเช็ดตัวและให้ยาลดไข้ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

3. ให้คำชี้แนะผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ตัวต่อตัว ภายหลังดูสื่อวีดิทัศน์(VDO) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถาม และให้คำชี้แนะ สรุปเนื้อหาที่สำคัญ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กที่มีไข้เกิดความรู้สึกมั่นใจว่ามีความสามารถในการจัดการดูแลเด็กที่มีไข้ได้อย่างถูกต้อง และให้ทำแบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ (ครั้งที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

4. ประเมินความสามารถของผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ โดยการสร้างสถานการณ์จากข้อมูล อายุ น้ำหนักตัว ระดับไข้ ของผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในความดูแล ให้ผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ปฏิบัติการลดไข้เด็ก 3 วิธี ได้แก่ วิธีการวัดไข้ วิธีการเช็ดตัวลดไข้ และวิธีการเตรียมยาลดไข้ โดยวิธีการวัดไข้ให้ปฏิบัติกับผู้ป่วยเด็ก ส่วนวิธีการเช็ดตัวลดไข้ และวิธีการเตรียมยาลดไข้ให้ปฏิบัติกับหุ่นเด็ก เนื่องจากเด็กได้รับการเช็ดตัวลดไข้และยาลดไข้จากผู้ช่วยวิจัยแล้ว

5. ใช้คำพูดให้กำลังใจในการสนับสนุนการปฏิบัติการลดไข้เด็กของผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ ให้คำชมเชยเมื่อผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ปฏิบัติได้ถูกต้อง เปิดโอกาสให้ซักถาม และรับฟังความคิดเห็น

6. สร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ โดยผู้วิจัยจัดห้องในการเรียนรู้ในบรรยากาศที่สงบ มีความเป็นกันเอง และมีผู้ช่วยวิจัยช่วยดูแลบุตรให้ เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กเกิดความไว้วางใจ กล้าแสดงออก ผู้วิจัยมีการตั้งคำถาม สอบถามความรู้ความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ซักถามแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และแจก QR code สื่อวีดิทัศน์ ให้กลับไปดูทบทวนที่บ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็ก และของผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ และความสามารถของผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ ระหว่างกลุ่มและภายหลังทดลอง โดยการใช้ Paired Sample T-Test โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดลองทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 (เมื่อทดสอบการแจกแจง

ของข้อมูลด้วยสถิติ 0ne-Sample Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 48 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.2 เพศชาย ร้อยละ 8.9 ความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดา ร้อยละ 95.6 เป็นญาติ ร้อยละ 4.4 อายุระหว่าง 20-64 ปี เฉลี่ย 31.30 ปี (SD=7.701) การศึกษา ระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 55.6 รองลงมามัธยมศึกษา ร้อยละ 37.8 และระดับสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 6.7 มีอาชีพรับจ้างสูงสุดร้อยละ 37.8 ไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 20.0 รับราชการร้อยละ 17.8 และธุระกิจส่วนตัว ร้อยละ 13.6 เมื่อเด็กมีไข้เช็ดตัวทุกครั้งร้อยละ 64.4 เช็ดตัวบ่อยครั้ง และเช็ดตัวบางครั้ง ร้อยละ 28.9 และ 6.7 ตามลำดับ ให้ยาลดไข้ตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล มากที่สุด ร้อยละ 82.2 ให้ยาลดไข้ตามคำแนะนำข้างกล่องยา ร้อยละ 13.3 และศึกษาให้ยาลดไข้จากอินเทอร์เน็ตมีเพียงร้อยละ 4.5 ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ายาลดไข้มีความเข้มข้นหลายชนิด ร้อยละ 57.8 ทราบว่ายาลดไข้มีความแรงของยา (strength) ชนิดเดียว ได้แก่ ชนิด 120 มิลลิกรัมต่อ 5 มิลลิลิตร 250 มิลลิกรัมต่อ 5 มิลลิลิตร และ 100 มิลลิกรัมต่อ 1 มิลลิลิตร ร้อยละ 6.7, 15.5 และ 20.0 ตามลำดับ

กลุ่มผู้ป่วยเด็ก จำนวน 48 คน เป็นเพศชาย และเพศหญิง ร้อยละ 42.2 และ 57.8 ตามลำดับ อายุระหว่าง 1 เดือน ถึง 5 ปี เฉลี่ย 1.39 ปี (SD=1.612) ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรกมากที่สุด ร้อยละ 55.6 คนที่ 2, 3 และ 4 ร้อยละ 37.8, 4.4 และ 2.2 ตามลำดับ ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 91.1 ไม่มีประวัติชักจากไข้ ร้อยละ 95.6 มีประวัติชักจากไข้ 1 ครั้ง และ 3 ครั้ง ร้อยละ 2.2 และ 2.2 ตามลำดับ ไม่เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 62.2 เคยนอนรักษาในโรงพยาบาล 1 ครั้ง, 2 ครั้ง และ 3 ครั้ง ร้อยละ 28.9, 2.2 และ 6.7 ตามลำดับ ระยะเวลามีไข้ก่อนมาตรวจเฉลี่ย 2.13 วัน (SD=3.14) ส่วนใหญ่มาตรวจวันแรก ร้อยละ 55.6 วันที่ 2 ร้อยละ 26.7

2. ความรู้ในการดูแลเด็กที่มีไข้ ก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ระหว่าง 6-16 คะแนน คือมีความรู้ในระดับน้อยถึงดีมาก ค่าเฉลี่ย 11.70 คะแนน (SD = 2.17) ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ระหว่าง 12-18 คะแนน คือมีความรู้ในระดับดีถึงดีมาก ค่าเฉลี่ย 15.85 คะแนน (SD = 1.37) ผลการวิเคราะห์ เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและภายหลังการทดลอง พบว่า มีคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.69$, $p = .004$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ ก่อนและภายหลังการทดลองด้วยสถิติ pair t-tests

ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้	Mean	SD	t	p-valve
ก่อนการทดลอง	11.70	2.17	-12.692	.004
หลังการทดลอง	15.85	1.37		

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลเด็กที่มีไข้รายด้าน

ความสามารถในการดูแลเด็กที่มีไข้	Mean	SD
วิธีการวัดไข้	15.52	0.26
วิธีการเตรียมยาลดไข้	13.92	1.24
วิธีการเช็ดตัวลดไข้	14.12	0.89

3. ความสามารถในการดูแลเด็กที่มีไข้คะแนนความสามารถของผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ ภายหลังได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ อยู่ระหว่าง 13 - 16 คะแนน คือมีความสามารถในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ย 14.15 คะแนน (SD=1.27) จำนวนผู้ดูแลเด็กที่มีไข้ที่ได้คะแนนความสามารถอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 100 แยกรายด้าน ดังตารางที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลเด็กที่มีไข้อยู่ในเกณฑ์ดีมาก โดยได้คะแนนตามเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 100 สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เนื่องจากขณะได้รับความรู้จากสื่อวีดิทัศน์ ในสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สงบ มีความเป็นมิตรและเป็นกันเอง มีผู้ช่วยวิจัยช่วยดูแลบุตร ทำให้ผู้ดูแลเด็กไม่เกิดความกังวล ส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลเด็ก เกิดความไว้วางใจ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ผู้วิจัยมีการตั้งคำถาม และเน้นเนื้อหาเพื่อกระตุ้นให้เกิดความจำ จนมีความเข้าใจในเนื้อหา รวมทั้งการได้ให้ผู้ดูแลเด็กทดลองฝึกปฏิบัติจริงทำให้ได้รับประสบการณ์จริง สามารถซักถามได้โดยตรง เกิดความเข้าใจและจดจำ เกิดทักษะที่ดี มีพฤติกรรมต่อการปฏิบัติการลดไข้เด็กได้ถูกวิธี สอดคล้องกับการศึกษาของ วินยา ธนาสุวรรณ[27] พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ในการจัดการอาการไข้ในเด็ก ร่วมกับการสาธิตย้อนกลับ ทำให้สามารถจัดยาลดไข้ตามน้ำหนักเด็กได้ วิธีตวงยา การวัดอุณหภูมิร่างกาย และเช็ดตัว และวิไลยวัลน์ พนาลิกุล[15] ที่พบว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีไข้สูง โดยให้ความรู้ แนะนำ สอน สาธิต เปิดโอกาสให้ญาติซักถาม รวมทั้งมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรพยาบาลและประเมินกลับ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยเด็กไข้สูง มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็กดีขึ้น นอกจากนี้จากการศึกษาของ Najimi et al[28] พบว่า การสอนเพื่อให้มารดามีความรู้เพิ่มขึ้น เกิด

ทัศนคติที่ดี มีผลต่อการดูแลและปฏิบัติต่อเด็กที่มีไข้ได้อย่างถูกต้อง จึงเป็นการลดภาวะแทรกซ้อนการชักจากไข้ได้ด้วย

2. กลุ่มตัวอย่างภายหลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อความรู้และความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้ มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <.01 ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การได้รับความรู้ทางสื่อวีดิทัศน์ ในสถานที่สงบ ไม่มีสิ่งรบกวน ภายหลังดูวิดีทัศน์ มีโอกาสซักถามข้อสงสัย พร้อมได้รับการชี้แนะประเด็นที่สำคัญ ตามการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing system) ของโอเร็ม[19]นั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Kelly et al[29] ทำการทดลองชนิดแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) เพื่อศึกษาวิธีการเพิ่มความรู้ของบิดามารดาในการลดไข้เด็ก พบว่า การสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งประกอบด้วยภาพและเสียงเป็นวิธีการสื่อสารที่ง่าย ชัดเจน ทำให้เกิดการจำ มีความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ได้ง่ายกว่าวิธีการสอนแบบบรรยาย (lecture) หรือการอ่านจากแผ่นพับ (leaflet)

ดังนั้นการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นกระบวนการให้ความรู้อย่างครอบคลุม โดยมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีการจัดสิ่งแวดล้อมสนับสนุนการเรียนรู้ ได้รับการสอนแบบสาธิต (demonstration method) จากสื่อวีดิทัศน์ ทำให้เห็นขั้นตอนปฏิบัติได้ชัดเจน ช่วยให้เกิดความเข้าใจได้อย่างแจ่มแจ้ง ประกอบด้วยมีการฝึกปฏิบัติภายใต้การชี้แนะ สนับสนุนให้มีความคิดพิจารณา และตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติการดูแลด้วยตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเพิ่มขึ้น จึงเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กที่มีไข้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[15,21,27]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การให้ความรู้เรื่องการลดไข้เด็กด้วยสื่อการสอนวีดิทัศน์ เพื่อป้องกันภาวะแทรก ซ้อนจากอาการชัก สามารถนำไปใช้ในคลินิกกุมารเวชกรรม และแผนกฉุกเฉิน เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องเวลาในการให้ บริการพยาบาลสามารถปฏิบัติงานประจำโดยให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพร่วมด้วยในเวลาที่จำกัด โดยเน้นความแรงของยา (strength) ที่มีหลายชนิด เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบสูงถึงร้อยละ 57.8 เสี่ยงต่อเด็กได้รับยาต่ำกว่าขนาด (lower dose) หรือสูงกว่าขนาด (over dose)ได้ เป็นการส่งเสริมบทบาทการทำงานของพยาบาลให้ครอบคลุมมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ดูแลเด็กมีโอกาสได้ทบทวนความรู้ต่อเนื่องได้ที่บ้านตลอดเวลา รวมทั้งสามารถเผยแพร่ความรู้ไปยังบุคคลอื่นได้ด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีมากกว่านี้ และควรเปรียบเทียบแบบ 2 กลุ่มเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของการให้ความรู้และเสริมทักษะผู้ดูแลทั้งแผนกเด็ก

2. การประเมินประสิทธิภาพของสื่อการสอน

3. ศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลต่อการได้รับการสอนวิธีการลดไข้ในเด็กที่มีภาวะไข้

4. การติดตามประเมินความสามารถของผู้ดูแลเด็กในการลดไข้เด็กหลังจำหน่าย

5. ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะชักจากไข้ในเด็กแต่ละวัย เช่น วัยทารก (infant) วัย

เตาะแตะ (toddler) และวัยก่อนเรียน (pre-school) เพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการป้องกัน และลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะชักจากไข้

6. ศึกษาเปรียบเทียบการเช็ดตัวลดไข้ด้วยอุณหภูมิน้ำที่แตกต่างกัน มีผลต่อการลดไข้อย่างไร

References

1. National Statistical Office, Thailand. Project to survey the situation of children and women in Thailand 2019, complete report. Bangkok: National Statistical Office, Thailand. 2020. (in Thai).
2. Shakya P, Adhikari B, Nepal AS, Pandey P, Maheshwari A. Rotavirus Infection in Neonates and Young Infants. Newborn. 2022; 1(1):142-50.
3. Chen Y, Huang R, Lu Y, Zhang K. Education fever in China: Children's academic performance and parent's life satisfaction. J Happiness Stud. 2012; 22(2):927-54.
4. Epidemiological surveillance report, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2020. (in Thai).
5. Byeon JH, Kim G-H, Eun B-L. Prevalence, Incidence, and Recurrence of Febrile Seizures in Korean Children Based on National Registry Data. J Clin Neurol Seoul Korea. 2018; 14(1):43-7. doi:10.3988/jcn.2018.14.1.43
6. Itsaraphakdirat K. Prevalence and risk factors affecting the recurrence of febrile seizures after the first febrile seizure in pediatric patients at Sawan Pracharak Hospital. Region 3 Medical and Public Health Journal. 2022; 19(2):155-67. (in Thai).
7. Visser AM, Jaddoe VW, Ghassabian A, Schenk JJ, Verhulst FC, Hofman A, et al. Febrile seizures and behavioral and cognitive outcomes in preschool children: the Generation R study. Dev Med Child Neurol. 2012; 54:1006-11.
8. Setthana N. Febrile seizure. [document on internet]. Med Park Hospital; 2022 [updated 2022 Sep 22; cited 2022 Oct 24]. Available from: https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/febrile-seizures. (in Thai).
9. Charoensatsiri R. Behavior of parents in caring for children who have seizures caused by high fever. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2018; 35(1): 40-6. (in Thai).
10. Clinica E. Effect of Tepid Sponge on changes in body temperature in children under five who have fever in Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Hospital. Enferm Clin. 2019; 29(1):91-3.
11. Barutcu A, Barutcu S. Evaluation of Knowledge, Attitude and Practices of Parents Presenting to a Hospital Emergency Department with a Complaint of Fever in a Child. Signa Vitae. 2020; 16(1):123-9. DOI:10.22514/sv.2020.16.0016
12. Westin E, Levander MS. Parent's experiences of their children suffering febrile seizures. J Pediatr Nurs. 2018; 38:68-73.
13. Kelly M, McCarthy S, O'Sullivan R, Shiely F, Larkin P, Brenner M, et al. Drivers for inappropriate fever management in children: a systematic review. Int J Clin Pharm. 2016; 38(4):761-70.
14. Clericetti CM, Milani GP, Bianchetti MG, Simonetti GD, Fossali EF, Balestra AM, et al. Systematic review finds that fever phobia is a worldwide issue among caregivers and healthcare providers. Acta

Paediatr. 2019; 108:1393-7. DOI: 10.1111/apa.14739

15. Panalikul W. Effects of caregiver participation enhancing program on ability to care for pediatric patients with febrile convulsion. Nursing, Health, and Education Journal. 2020; 3(2):44-55. (in Thai).
16. Tavan A, Monemi E, Keshavarz F, Kazemi B, Nematollahi M. The effect of simulation-based education on parental management of fever in children: a quasi-experimental study. BMC Nursing. 2022; 21:168 DOI:10.1186/s12912-022-00938-7.
17. Chaiwchan T. The effectiveness of teaching with a video set, tepid sponge, by applying the protection motivation theory for caregivers of febrile children, Pediatric Surgery King Chulalongkorn Memorial Hospital. [Master of Education]. Bangkok: Srinakharinwirot University; 2019. (in Thai).
18. Chomboon S, Noonil N, Ekwarangkul S, Kuson K. The effects of discharge educating for caregivers on the revisit of children with acute febrile illness at Nakhon Si Thammarat Municipality Hospital. Kuakarun Journal of Nursing. 2019; 26(1):92-100. (in Thai).
19. Saenchai P, Panyayen J, Napaiboon U, Kapchai A, Sribunyawat N, Thongbanchob K. Childhood fever management education program for parents. Chiang Mai Medical Journal. 2017; 6(2):97-106. (in Thai).
20. Pediatric outpatient statistics report Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute 2021-2022. Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute; 2022.
21. Hanucharoenkul S. Orem Nursing Theory in Somjit Hanucharoenkul, editor, Self-Care: The Science and Art of Nursing. 6th printing. VJ Printing, 2001; p17-55. (in Thai).
22. Orem, ED. Nursing concepts of practice. St. Louis: Mosby. 2001.
23. Cloke H. Edgar Dale's Cone of Experience: A Comprehensive Guide. 2023. [updated 2023 June 1; cited 2025 April 14]. Available from: https://www.growthengineering.co.uk/what-is-edgar-dales-cone-of-experience/
24. Srisathitnarakun B. Research methods in nursing science. 5th edition; You & I Inter Media; 2010.
25. Senadisai S, Prapaipanich W. Basic nursing care. 2nd revision. 2nd printing (revised edition). Bangkok: Jut Thong; 2021.
26. Setthana N. Febrile seizure. [document on internet]. Med Park Hospital; 2022 [updated 2022 Sep 22; cited 2022 Oct 24]. Available from: https://www.medparkhospital.com/disease-and-treatment/febrile-seizures. (in Thai).
27. Thanasuwan W. Results of a caregiver education program for managing fever in children, Thabo crown Prince Hospital. J Community Health Res. 2024; 2(2):70-81. (in Thai).
28. Najimi A, Dolatabadi NK, Esmaeili AA, Sharifirad GR. The effect of educational program on knowledge, attitude and practice of mothers regarding prevention of febrile seizure in children. J Educ Health Promot. 2013; 2:26. doi:10.4103/2277-9531.112703. PMCID: PMC3778569 PMID: 24083276.
29. Kelly M, Sahm L, McCarthy S, O'Sullivan R, Mc GiLlicuddy A, Shiely F. Randomisied controlled trial of an intervention to improve parental knowledge and management practice of fever. BMC Pediatrics. 2019; 19:447.