

ผลของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วง
เฉียบพลันของผู้ดูแล



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2564
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF THE CONTINUITY OF NURSING CARE ON CAREGIVERS' CARE
BEHAVIORS FOR CHILDREN UNDER FIVE WITH ACUTE DIARRHEA



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2021

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็ก
	อายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล
โดย	น.ส.พัชรพร คำภูมิ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล โรจนาวี
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล โรจนาวี)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)	

พัชรพร คำภูมิ : ผลของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล. (THE EFFECT OF THE CONTINUITY OF NURSING CARE ON CAREGIVERS' CARE BEHAVIORS FOR CHILDREN UNDER FIVE WITH ACUTE DIARRHEA) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.สุวิมล โรจนาวี, อ.ที่ปรึกษาร่วม : รศ. ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดซ้ำ เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลภายหลังจำหน่ายเด็กจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์และ 2 สัปดาห์ การพยาบาลอย่างต่อเนื่องนี้พัฒนามาจากโมเดลความต่อเนื่องในการดูแลของ Haggerty (Haggerty, et al., 2003) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี จำนวน 56 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างเป็นระบบ ร่วมกับการจับคู่ด้วยระดับการศึกษาและประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลถูกเก็บรวบรวมโดยแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลของ มลวิภา เสียงสุวรรณ (มลวิภา เสียงสุวรรณ, 2547) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องมีพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังจำหน่ายเด็กจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์และ 2 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2564

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม

6077162436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: CONTINUITY OF NURSING CARE, CAREGIVERS' CARE BEHAVIORS, ACUTE
DIARRHEA

Pacharaporn Kampumee : THE EFFECT OF THE CONTINUITY OF NURSING CARE
ON CAREGIVERS' CARE BEHAVIORS FOR CHILDREN UNDER FIVE WITH ACUTE
DIARRHEA. Advisor: Asst. Prof. Suwimon Rojnawee, Ph.D. Co-advisor: Assoc. Prof.
WARAPORN CHAIYAWAT, D.N.S.

A quasi-experimental, two groups repeated measures design was employed to study the effect of the continuity of nursing care on care behaviors of caregivers of children under the age of 5 with diarrhea on the 1st and 2nd week after discharge. The continuity of nursing care was developed based on the Haggerty's model of continuity of care (Haggerty, et al., 2003). Fifty-six caregivers of children under the age of 5 admitted to King Narai Hospital, Lopburi province, with acute diarrhea were assigned to the experimental and control group by random assignment plus matched pair according to caregivers' educational level and experience in caring for children with diarrhea.

Caregivers' care behaviors were collected by the childcare behaviors interview of Siengsuwan (Siengsuwan, 2004) Data were analyzed by descriptive statistics and the Repeated Measures Analysis of Variance.

Results showed that caregivers of children under the age of 5 with diarrhea who received the continuity of nursing care performed better care behaviors than those receiving the conventional nursing care both on the 1st and 2nd week after discharge, at the level of statistical significance of .05

Field of Study: Nursing Science

Academic Year: 2021

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้อย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ทั้งสองท่าน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิมล โรจนาวี และรองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้ความรู้ ให้คำปรึกษา และคำแนะนำ ซึ่งเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนช่วยตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความทุ่มเท เอาใจใส่ผู้วิจัยอย่างเต็มที่ตลอดมา ผู้วิจัยซาบซึ้งในความเมตตา ความเสียสละ ความเอื้ออาทร ที่ท่านอาจารย์ทั้งสองมอบให้ตลอดการทำวิทยานิพนธ์ จึงขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์ทั้งสองเป็นอย่างสูง มา ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ประนอม รอดคำดี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชาธิกร กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย ที่กรุณาให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่กรุณาให้คำปรึกษา และข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ ทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์อันมีค่าของท่าน รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารในการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนรุ่นพี่ และเพื่อนนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ ทุกคนที่คอยช่วยเหลือ คอยเกื้อหนุนให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา

ขอกราบขอบพระคุณพยาบาล และเจ้าหน้าที่ ประจำโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี ที่ให้ความรู้ ให้กำลังใจ และอำนวยความสะดวกต่อการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้กรุณาเสียสละเวลาในการเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ซึ่งทุกท่านมีส่วนร่วมในความสำเร็จของงานวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุน “ทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิต” เป็นทุนในการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ และรำลึกถึงพระคุณของบิดา มารดา ผู้ให้กำเนิด อบรมสั่งสอน ให้สติปัญญา และความมมมานะ ตลอดจนสนับสนุนกำลังใจ และทุนทรัพย์ในการศึกษา ซึ่งสำคัญต่อความสำเร็จในครั้งนี้ คุณค่า และประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านขอให้มีความสุขที่แข็งแรง มีความสุขตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย	7
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	10
1. พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะอูจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล	11
2. พัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เกี่ยวข้องกับโรคอูจจาระร่วงเฉียบพลัน... 21	
3. โรคอูจจาระร่วงเฉียบพลัน	21
4. การพยาบาลเด็กโรคอูจจาระร่วงเฉียบพลัน	28
5. ความต่อเนื่องในการดูแล.....	30

6. การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง.....	32
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	34
8. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	38
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	39
ประชากรกลุ่มตัวอย่าง.....	40
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	40
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	41
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	43
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	57
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	60
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	66
สรุปผลการวิจัย.....	66
อภิปรายผลการวิจัย.....	67
ข้อเสนอแนะ.....	71
บรรณานุกรม.....	72
ภาคผนวก.....	80
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย	81
ภาคผนวก ข ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	83
ภาคผนวก ค การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือวิจัย.....	85
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)	90
ภาคผนวก จ เอกสารข้อมูลคำอธิบาย และเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	106
ภาคผนวก ฉ เอกสารขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัย	117



ภาคผนวก ข การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น.....	120
ประวัติผู้เขียน.....	125



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	ตารางแสดงการประเมินอาการขาดน้ำ จำแนกตามความรุนแรงของ Center for Disease Control and Prevention (CDC) scale (World Health Organization, 1995)	26
ตารางที่ 2	ตารางแสดงการประเมินอาการขาดน้ำ จำแนกตามความรุนแรงขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2014).....	26
ตารางที่ 3	จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล..	42
ตารางที่ 4	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กฯ ของผู้ดูแล ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) หลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์).....	61
ตารางที่ 5	ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กฯของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง	62
ตารางที่ 6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กฯ ของผู้ดูแล ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาของการทดลอง.....	62
ตารางที่ 7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กฯของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	65
ตารางที่ 8	ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กฯ ของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์.....	65

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 แผนภูมิสรุปลำดับขั้นตอนดำเนินการวิจัย.....	59
ภาพที่ 2 กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็ก ๆ ของผู้ดูแลของกลุ่ม ทดลอง และกลุ่มควบคุม.....	64



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลที่ถูกต้องและเหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เนื่องจากเด็กไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ และถึงแม้เด็กในวัย 3-5 ปี สามารถฝึกฝนพฤติกรรมการล้างมืออย่างถูกวิธีได้ (ณภัทร ไวกุรินทร์, 2552) แต่ยังคงเป็นช่วงเริ่มต้นของพัฒนาการ (ขวัญจิต เพ็งแป้น, 2562) และเมื่อเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะขาดน้ำ อิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล ไข้สูง ทำให้จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาลผู้ดูแลจะต้องติดตามเฝ้าระวังอาการขาดน้ำของเด็กอย่างใกล้ชิด และต้องป้อนสารละลายน้ำเกลือแร่เพื่อทดแทนสารน้ำที่เสียไป ต้องรักษาความสะอาดของกันเด็กหลังขับถ่าย รวมถึงสังเกตลักษณะ สี จำนวนครั้งที่ถ่ายอุจจาระ กำจัดอุจจาระ และดูแลความไม่สุขสบายอื่นๆ เช่น มีไข้ ปวดท้อง เป็นต้น (Lee, 2012) และเนื่องจากอาการอุจจาระร่วงอาจยังคงหลงเหลือ หรือกำเริบขึ้นมาใหม่ได้เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เด็กจึงจำเป็นต้องได้รับความต่อเนื่องในการดูแล หากผู้ดูแลผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงที่ไม่ถูกต้อง หรือพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมไม่คงอยู่อย่างต่อเนื่อง อาจส่งผลให้เด็กมีอาการรุนแรงขึ้น หรือกลับมาป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงซ้ำได้ ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลคำแนะนำ และค้นหารูปแบบการให้การพยาบาลที่ทำให้ผู้ดูแลเด็กมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพอย่างคงทนถาวร เพื่อลดโอกาสที่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงมีอาการรุนแรงขึ้น หรือกลับมาป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงซ้ำได้

จากการศึกษาพฤติกรรมดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ พฤติกรรมที่ไม่ล้างมือ เช่น ก่อนการเตรียมอาหาร เตรียมขวดนม หรือหลังเปลี่ยนผ้าอ้อม การเตรียมน้ำดื่มไม่เหมาะสม และกำจัดอุจจาระของเด็กไม่เหมาะสม เช่น มีถังขยะแบบไม่มีฝาปิดมิดชิด กำจัดขยะมูลฝอยในบ้านไม่สม่ำเสมอ (พงศ์นรินทร์ สุริยะโจง, สามารถ ใจเตี้ย และสายหยุด มูลเพชร, 2561; อลงกฎ ดอนละ, 2562) การให้สารละลายน้ำเกลือแร่ไม่เหมาะสม เช่น การเจือจางสารละลายน้ำเกลือแร่เองในสัดส่วนที่ไม่ถูกต้อง หรือการไม่ให้สารละลายน้ำเกลือแร่ (Nir, Nadir, Schechter & Kline-Kremer, 2013) ส่งผลให้เด็กมีอาการอุจจาระร่วงรุนแรงมากขึ้น และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในประเทศไทยปี พ.ศ. 2559-2563 คือ ยังคงมีรายงานอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเพิ่มขึ้นและลดลงสลับกันปีเว้นปี (กวิณา เกิดสูง, 2562) โดยพบผู้ป่วยเฉลี่ย 400,00 รายต่อปี ซึ่งกลุ่มอายุของผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ กลุ่มอายุแรกเกิด-4 ปี (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และสอดคล้องกับสถิติของหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี พบว่า สถิติการเข้ามารับการรักษา ด้วยโรคอุจจาระร่วง ในปีงบประมาณ 2560-2563 เป็นโรคที่พบบ่อย 5 อันดับแรก จากการสำรวจอุบัติการณ์การเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า เด็กในวัยนี้มีการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง โดยเฉลี่ย 2-3 ครั้งต่อคนต่อปี (พรทิพย์ ศิริบุญณพัฒนา, 2556) จึงกล่าวได้ว่า ในช่วง

ชีวิตเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนกระทั่งอายุครบ 5 ปี เด็ก 1 คน อาจมีการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้ถึง 10-15 ครั้ง

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีโอกาสและความถี่ในการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้มากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากเด็กวัยนี้มักมีพฤติกรรมกรอหยิบสิ่งของต่างๆ เข้าปาก สิ่งของเหล่านั้นหรือมือของเด็กอาจปนเปื้อนเชื้อโรค (สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ, 2562) ประกอบกับระบบทางเดินอาหารที่สั้นกว่าผู้ใหญ่เมื่อได้รับเชื้อโรคเข้าไปแล้วมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย อีกทั้งเด็กไม่สามารถเลือกรับประทานอาหาร แหล่งน้ำดื่ม หรือป้องกันตนเองต่อการติดเชื้อได้อย่างเต็มที่ จึงส่งผลให้เด็กเกิดภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลันจนอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนเป็นสาเหตุให้เสียชีวิต ได้แก่ ภาวะขาดน้ำ และอิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล (World Health Organization, 2019) เนื่องจากในเด็กมีความเสี่ยงต่อเสียสมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์มากกว่าผู้ใหญ่ จากการที่เด็กมีพื้นที่ผิวกายมากเมื่อเทียบกับน้ำหนักตัว ส่งผลให้มีการสูญเสียน้ำทางผิวหนังได้มาก (ภารตี ขาวรินทร์, ทิพพาวรรณ เตียวประเสริฐ, ปุณณิกัสส์ อริยะปรานต์ และสมฤดี กิรตวนิชเสถียร, 2564) นอกจากนี้ยังพบว่าการไอและการขับเสมหะของเด็กวัยนี้ยังไม่มีประสิทธิภาพ เด็กมักจะกลืนเสมหะ ทำให้เชื้อลงมาที่กระเพาะอาหารและเกิดอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้ (สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

การป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก มักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการแก้ไขโดยเร็วที่สุด คือ ภาวะขาดน้ำ อิเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล และภาวะไข้สูง ทำให้การรักษาขณะอยู่โรงพยาบาลการรักษามุ่งเน้นไปที่การแก้ไขภาวะวิกฤตดังกล่าวเป็นสำคัญ ในวันแรกที่เด็กเข้ารับการรักษา ผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลแผนการรักษาจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ และได้รับการพยาบาลเกี่ยวกับการให้ข้อมูลคำแนะนำเรื่องการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงต่อที่บ้าน โดยประเมินความรู้ของผู้ดูแล ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมกรอดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ได้แก่ การล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสเด็ก การให้สารละลายน้ำเกลือแร่แทนทางปากและการให้อาหาร การดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณทวารหนักและก้น การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ความสะอาดของอาหารและภาชนะที่ใช้ การเตรียมอาหาร/นม รวมถึงการกำจัดอุจจาระที่ถูกวิธี โดยข้อมูลเหล่านี้จะถูกให้ และเน้นย้ำอีกครั้งในวันที่เด็กได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งเป็นทักษะในด้านการปฏิบัติที่จำเป็นต้องปฏิบัติจริง เพื่อให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงที่ถูกต้องเหมาะสม จากนั้นเมื่อเด็กมีอาการดีขึ้น เช่น ไม่มีไข้ อุจจาระน้อยกว่า 3 ครั้ง/วัน (สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ, 2562) ลักษณะอุจจาระปกติหรือใกล้เคียงปกติ ไม่อาเจียน แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้าน โดยเฉลี่ยระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2-3 วัน แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเด็กกลับบ้านยังคงต้องการความต่อเนื่องในการดูแล เนื่องจากอาการอุจจาระร่วงอาจยังคงหลงเหลือ หรือกำเริบขึ้นมาใหม่ได้ แต่เนื่องด้วยบริบทของการจำหน่ายเด็กจากโรงพยาบาล พยาบาลและผู้ดูแลมีกิจกรรมที่จำเป็นต้องปฏิบัติ อาทิ พยาบาลต้อง ตรวจสอบแผนการรักษาจากแพทย์ การตรวจสอบค่าใช้จ่าย การเขียนใบสั่งยา การจัดยา และการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ในขณะที่ผู้ดูแลต้องดำเนินการเกี่ยวกับการเตรียมตัวกลับบ้าน การไปซื้อยา และติดต่อผู้มารับกลับบ้าน ทำให้ความสนใจในข้อมูลที่พยาบาลให้คำแนะนำลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรอดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (รัตนภรณ์ แบ่งทิศ และวรรณวิการ์ ใจกล้า, 2565) เนื่องด้วย

ข้อจำกัดของเวลา บางครั้งเมื่อกลับไปบ้านแล้วผู้ดูแล/จำข้อมูล หรือขั้นตอนการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงไม่ได้ ขาดแหล่งข้อมูลเพื่อให้บทวน ทำให้เด็กไม่ได้รับการพยาบาลที่ต่อเนื่อง เกิดอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาล

การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นการดูแลที่สำคัญสำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เนื่องจากจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และมีพฤติกรรม ที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างยั่งยืน เป็นกระบวนการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อการเข้าถึงความต้องการ และความคาดหวังทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งในส่วนของพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งจากพยาบาลคนเดียว หรือกลุ่มเดียวอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการการดูแลให้เฉพาะเจาะจง และคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล มีการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล และเป็นการดูแลตลอดเวลา (Care provided overtime) ซึ่งเป็นความต่อเนื่องในการดูแลในระยะยาว หรือเป็นลำดับเหตุการณ์ที่มีความต่อเนื่องกันในระยะเวลาสั้นๆ ความต่อเนื่องในการพยาบาลนั้น เป็นการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงการดูแลจากอดีตสู่ปัจจุบัน และอนาคต เนื่องจากแนวคิดนี้มีความเกี่ยวข้องกับความต้องการของข้อมูล สัมพันธภาพ และการบริหารจัดการ โดยผู้ให้บริการคนเดิม หรือทีมเดิมต่อเนื่องตลอดเวลา (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry, 2003) เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเชื่อมโยงกันในช่วงที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปยังสถานที่ หรือระดับการดูแลที่แตกต่างไปจากเดิม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และความปลอดภัยกับผู้ป่วย อันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านต่างๆ กล่าวคือด้านทรัพยากรสุขภาพ และการเข้ารับการรักษาอย่างฉุกเฉินหรือเร่งด่วนลดลง (Hussey, Schneider, Rudin, Fox, Lai & Pollack, 2014; Eva, DuGoff, Karen Bandeen-Roche & Gerard, 2016; Sveréus, Larsson, & Rehnberg, 2017) จำนวนวันในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเข้ารับการรักษาซ้ำลดลง รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแล และการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดลง (Hussey, Schneider, Rudin, Fox, Lai & Pollack, 2014)

จากที่กล่าวข้างต้น เนื่องจากการรักษาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่โรงพยาบาล มีระยะเวลาโดยเฉลี่ย 2-3 วัน เมื่อเด็กกลับบ้านยังคงต้องการความต่อเนื่องในการดูแล เนื่องจากอาการต่างๆ อาจจะยังคงหลงเหลือ หรืออาจกำเริบขึ้นมาใหม่ได้ ซึ่งถือว่าเป็นระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional care) จำเป็นต้องมีการประสานงานกับทีมที่ดูแลต่อที่ดี และต่อเนื่อง ได้แก่ ทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาล หรือหน่วยงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงที่ถูกต้อง ซึ่งในระยะเปลี่ยนผ่านนี้หากไม่มีความต่อเนื่องในการดูแลหรือส่งต่อข้อมูล อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความสับสน และเด็กได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม ซึ่งมีผลกระทบให้เกิดการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงซ้ำ (Coleman, Parry, Chalmers, Chugh & Mahoney, 2007) ดังนั้น การออกแบบกิจกรรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันแก่ผู้ดูแล จึงเป็นการดูแลตั้งแต่แรกรับเข้าการรักษาต่อเนื่องไปจนขณะอยู่ที่บ้าน ให้การพยาบาลเฉพาะบุคคล (Individualized nursing care) มีการส่งต่อข้อมูลของผู้เด็กและผู้ดูแล อาทิ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ เป็นข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับลักษณะของผู้รับบริการ เช่น ความชื่นชอบส่วนบุคคล ค่านิยม ความรู้ เป็นต้น เพื่อให้การดูแลเกิดความต่อเนื่อง เป็นความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) มีการดูแลด้วยพยาบาลเป็นการดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งจากพยาบาลคนเดียว หรือกลุ่มเดียวอย่างต่อเนื่อง และมีความยืดหยุ่นตาม

บริบทของเด็กและผู้ดูแล เป็นความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) นอกจากนี้ สิ่งสำคัญของการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้รับบริการจะได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการคนเดิมเสมอ สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การดูแล ซึ่งเป็นการดูแลในปัจจุบันและเชื่อมโยง ไปถึงการให้การดูแลในอนาคต เป็นความต่อเนื่องความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) ร่วมกับการใช้สื่อการสอนแบบอินโฟกราฟิกมาใช้ประกอบการให้คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูสื่อการสอน และติดต่อทีมผู้ดูแล ทีมเดิมได้อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ซึ่งผลลัพธ์ของความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจะได้รับการพยาบาลต่อเนื่องอย่างครอบคลุม และผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลเด็กต่อเองที่บ้านได้ โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้องและเด็กได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่าง เป็นปัจเจกบุคคล โดยมีเป้าหมาย คือ เด็กได้รับความต่อเนื่องในการดูแล ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมดูแล เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ต่อเนื่องและถูกต้อง ถึงแม้ระยะเวลาจะผ่านไป ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซ้ำของเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) เป็นกระบวนการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพื่อการเข้าถึงความต้องการ และความคาดหวังทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งในส่วนของการพยาบาล ความต่อเนื่องในการดูแล หรือความต่อเนื่องในการพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งจากพยาบาลคนเดียว หรือกลุ่มเดียวอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการการดูแลให้เฉพาะเจาะจง และคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล มีการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล และเป็นการดูแลตลอดเวลา (Care provided overtime) ซึ่งเป็นความต่อเนื่องในการดูแลในระยะยาว หรือเป็นลำดับเหตุการณ์ที่มีความต่อเนื่องกันในระยะเวลาสั้นๆ ความต่อเนื่องในการพยาบาลนั้น เป็นการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงการดูแลจากอดีตสู่ปัจจุบัน และอนาคต (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield,

Adair & McKendry, 2003) ความต่อเนื่องในการดูแลแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry, 2003) ดังนี้

1. ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) คือ การใช้ข้อมูลของผู้รับบริการ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อวางแผนการให้การดูแลในปัจจุบันและอนาคต ภายใต้เงื่อนไขเฉพาะบุคคล ความต่อเนื่องด้านข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่จะเชื่อมโยงการดูแลจากผู้ให้บริการรายหนึ่งกับผู้ให้บริการรายอื่นๆ ในทีม เช่น ข้อมูลการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คำแนะนำหรือข้อมูลในการรักษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการเชื่อมโยงข้อมูลในอดีตสู่การประยุกต์ใช้สำหรับการดูแลในปัจจุบัน ซึ่งอาจจะเป็นข้อมูลในรูปแบบแฟ้มประวัติ หรือจากความทรงจำของผู้ให้บริการ โดยต้องผ่านการตีความข้อมูลนั้นเสมอ ความต่อเนื่องด้านข้อมูลประกอบด้วย 2 ชนิด ดังนี้

1.1 การส่งต่อข้อมูล (Transfer of information) เป็นการส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการจากผู้ให้บริการรายหนึ่งไปสู่อีกรายหนึ่ง เพื่อเชื่อมการดูแลให้เป็นการดูแลตลอดเวลา ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือในการให้การดูแลระหว่างทีมผู้ให้บริการ ซึ่งการส่งต่อข้อมูลแบบต่อเนื่องเป็นอีกหนึ่งความท้าทายของการพัฒนาระบบการดูแล เนื่องจากการส่งต่อข้อมูลไม่ใช่เพียงการส่งต่อระหว่างผู้ให้บริการ แต่อาจเป็นการส่งต่อข้อมูลระหว่างแผนก หรือระหว่างองค์กร

1.2 การส่งต่อข้อมูลสะสมเกี่ยวกับผู้รับบริการ (Accumulate knowledge of patient) เป็นการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ใช่ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา แต่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ เป็นข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับลักษณะของผู้รับบริการ เช่น ความชื่นชอบส่วนบุคคล ค่านิยม ความรู้เกี่ยวกับคุณค่าของผู้รับบริการ บริบททางสังคมและสิ่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้จากการที่ผู้ให้บริการรายหนึ่งดูแลใกล้ชิดผู้รับบริการ และส่งต่อให้แก่ผู้ให้บริการรายอื่น เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลให้เกิดประสิทธิภาพ และความพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการ

2. ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) คือ การมุ่งเน้นการบริหารจัดการระบบการดูแลเมื่อมีการส่งต่อผู้รับบริการไปยังผู้ให้บริการทางสุขภาพสาขาอื่นหรือแผนกอื่นให้มีความต่อเนื่องไม่ซ้ำซ้อน ไม่ใช่เวลานาน และไม่เกิดความผิดพลาด ซึ่งต้องมีความยืดหยุ่นและประยุกต์ให้เหมาะสม ความต่อเนื่องด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย 2 ชนิด ดังนี้

2.1 ความสม่ำเสมอของการดูแล (Consistency of care) เป็นการวางแผนเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความต่อเนื่องในการดูแลระหว่างการได้รับการดูแลรักษาปัจจุบัน โดยตระหนักถึงความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ รวมถึงภาวะสุขภาพขณะที่กำลังเผชิญ และกำหนดเป้าหมายของการดูแล เช่น การวางแผนการพยาบาล หรือการวางแผนแนวทางการดูแล (Continuum of care or care pathways) จะต้องมีการจัดลำดับ และจัดสรรเวลาในการให้การดูแลอย่างเหมาะสม

2.2 ความยืดหยุ่น (Flexibility) เป็นการวางแผนการให้การดูแลที่มีความยืดหยุ่นและจำเพาะบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือความต้องการของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างทันท่วงที

3. ความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การดูแล ซึ่งเป็นการดูแลในปัจจุบันและเชื่อมโยงไปถึงการให้การดูแลในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแลแบบปฐมภูมิ โดยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการสามารถติดต่อกันได้ตลอดเวลา หากเป็นไปได้ผู้รับบริการควรได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการคนเดิม

เสมอ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเกิดความรู้อีกที่รับผิดชอบต่อผู้รับบริการอย่างยั่งยืน ความต่อเนื่องด้านสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 2 ชนิด ดังนี้

3.1 สัมพันธภาพต่อเนื่องระหว่างผู้รับบริการและให้บริการ (Ongoing patient-provider relationship) ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลา (Trust and time) และสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการสร้างความเชื่อใจไว้วางใจ (พีรนนท์ วิศาลสกุลวงษ์, 2557) รวมถึงลักษณะของการให้การดูแล เช่น การดูแลในระยะเวลาสั้นๆ ในการเจ็บป่วยวิกฤติ หรือความต่อเนื่องในการดูแลเป็นระยะเวลานาน เช่น การดูแลของพยาบาลเยี่ยมบ้าน สร้างความมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบในการดูแลเด็กพร้อมกับทีมผู้ดูแล

3.2 ความสม่ำเสมอของผู้ให้บริการ (Consistency of personnel) ความสม่ำเสมอของผู้ให้บริการจะให้ความสำคัญกับการได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการคนเดิม ตลอดการดูแลในแผนกนั้นๆ หรือโรคนั้นๆ จะส่งเสริมให้เกิดการวางแผนการดูแลที่ดีภายใต้ข้อมูลที่ครบถ้วนและละเอียดอ่อนมากกว่า และไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการค้นหาข้อมูล เนื่องจากผู้รับบริการอาจไม่ต้องการเล่าประวัติหรือเรื่องราวเดิมซ้ำแล้วซ้ำอีก

การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้ง 3 ด้านดังกล่าวจะเกิดขึ้นพร้อมกับองค์ประกอบหลักคือ (1) การที่ผู้รับบริการคนหนึ่งได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการคนเดิมหรือทีมเดิม (Care experienced by an individual) โดยบูรณาการการดูแลให้เฉพาะเจาะจงและคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล มีการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และ (2) การดูแลแบบต่อเนื่องตลอดเวลา (care provided overtime) ซึ่งเป็นความต่อเนื่องในการดูแลในระยะยาว หรือเป็นลำดับ เหตุการณ์ที่มีความต่อเนื่องกันในระยะเวลาสั้นๆ หากขาดองค์ประกอบใดไปจะไม่ใช่การดูแลแบบต่อเนื่อง ดังนั้น การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องนี้เป็นการเชื่อมโยงการดูแลจากอดีตสู่ปัจจุบันและในอนาคต เนื่องจากแนวคิดเกี่ยวข้องกับการต่อเนื่องของข้อมูล สัมพันธภาพ การบริหารจัดการโดยผู้ให้บริการคนเดิม หรือทีมเดิมต่อเนื่องตลอดเวลา

การนำแนวคิดความต่อเนื่องในการดูแล (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry, 2003) มาออกแบบกิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันนั้น จะทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับความต่อเนื่องในการดูแลจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผ่านกระบวนการใช้ข้อมูลในอดีต และปัจจุบันของเด็กและผู้ดูแล เพื่อวางแผนการดูแลในปัจจุบันและอนาคตอย่างเป็นปัจเจกบุคคล ทีมผู้ดูแลเป็นทีมเดิม มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่เด็กอยู่ที่โรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล เป็นการวางแผนการพยาบาล โดยมีการจัดลำดับ และจัดสรรเวลาในการจัดกิจกรรมอย่างเหมาะสม ประกอบด้วย การให้ข้อมูลคำแนะนำ การให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะโดยการทดลองปฏิบัติจริง มีการสอน และสาธิต โดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการปฏิบัติทุกขั้นตอน มีความยืดหยุ่นในการจัดตารางเวลาในการจัดกิจกรรมตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลตนเองมีประโยชน์ ซึ่งมีความสำคัญต่อบทบาทของการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้กับผู้ป่วยเด็กมากขึ้น ใช้สื่อการให้ความรู้ ข้อมูลคำแนะนำในรูปแบบอินโฟกราฟิก ซึ่งเป็นการประมวลผลข้อมูล ตัวเลข ตัวหนังสือ มานำเสนอเป็นภาพนิ่ง (น้ามนต์ เรืองฤทธิ์, 2560) ที่ทำให้ช่วยเพิ่มความน่าสนใจ ทำให้สามารถเข้าใจเนื้อหาความรู้ และจดจำได้ง่ายขึ้น (ณัฐพงษ์ สายพิณ, 2560) รวมทั้งมีช่องทางการ

ติดต่อสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลกับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อกับทีมที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กได้ตลอดเวลาที่ต้องการ ทั้งขณะอยู่ในโรงพยาบาล และภายหลังที่เด็กถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลับไปดูแลต่อที่บ้าน เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และนำไปสู่การมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้องและเหมาะสมได้

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันหลังได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดีกว่าก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
2. พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) ทำการวัดก่อน และหลังการทดลองแบบมีการวัดซ้ำ (Two groups pre-test post-test with repeated measures design) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

ตัวแปรต้น คือ การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลกระทำกับผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องไปถึงการดูแลต่อที่บ้าน โดยมีจุดมุ่งหมายให้เด็กได้รับความต่อเนื่องในการดูแล ผ่านการให้ความรู้ และการฝึกทักษะในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันปฏิบัติในทุกขั้นตอนของกิจกรรม ดังนี้

1.1 ขั้นการสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับเด็กผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องให้ผู้ดูแลทราบ

1.2 ขั้นความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสะสม (Accumulate knowledge of patient) ผ่านแบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล นำข้อมูลของเด็กและผู้ดูแลทั้งในอดีตและปัจจุบัน ในการนำมาวางแผนการให้การดูแลในปัจจุบันและอนาคต ภายใต้เงื่อนไขเฉพาะ โดยบันทึกข้อมูลผ่าน Google

form เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไว้ใช้ในการส่งต่อข้อมูล (Transfer of information) ให้ทีมผู้ดูแล (พยาบาล หน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่)

1.3 **ขั้นความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity)** โดยพยาบาลร่วมกับผู้ดูแลในการสร้างข้อตกลงการวางแผนในการจัดลำดับความต้องการข้อมูลในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และจัดสรรเวลาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น (Flexibility) ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะโดยการทดลองปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงจริง รวมถึงการสอน และการสาธิต หากผู้ดูแลยังคงปฏิบัติไม่ถูกต้อง และผู้วิจัยจะเน้นย้ำจนผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และจะดำเนินการส่งต่อข้อมูลนี้ให้แก่ทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่) เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอของการดูแล (Consistency of care)

1.4 **ขั้นความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity)** โดยผู้ดูแลสามารถติดต่อทีมผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นทีมเดิม ตั้งแต่เด็กเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปดูแลที่บ้าน ได้ตลอดเวลาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account และมีการใช้สื่อการให้ความรู้ในรูปแบบอินโฟกราฟิก

2. การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการที่พยาบาลกระทำกับผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงวันจำหน่ายจากโรงพยาบาล ได้แก่ การประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเรื่องการสังเกตและการประเมินภาวะขาดน้ำ การเตรียมและการให้สารละลายเกลือแร่ การเตรียมอาหารและน้ำดื่ม การให้อาหารเด็กระหว่างมีอาการอุจจาระร่วง การล้างมือก่อนป้อนอาหารให้เด็กและหลังการขับถ่าย และการกำจัดอุจจาระของเด็กที่ถูกสุขลักษณะ

3. ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลในครอบครัว หรือญาติที่ใกล้ชิด ที่เป็นผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันตลอดระยะเวลาที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นผู้ดูแลหลักเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

4. พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลต่อเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ได้แก่ 1) การดูแลเมื่อเด็กมีไข้ อาทิ การเช็ดตัวลดไข้ การระบายความร้อน 2) การดูแลเมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วง อาทิ การสังเกตลักษณะและนับจำนวนครั้งของอุจจาระ การให้สารละลายเกลือแร่ การทำความสะอาดกันเด็กหลังการขับถ่าย การล้างมือภายหลังทำความสะอาดกันเด็ก การกำจัดอุจจาระ การสังเกตภาวะขาดน้ำ การสังเกตอาการที่ต้องพาเด็กกลับมาตรวจที่โรงพยาบาล 3) การดูแลเด็กเรื่องอาหาร และน้ำดื่ม อาทิ การล้างมือก่อนเตรียมอาหาร การล้างมือให้เด็ก การเตรียมภาชนะใส่อาหารที่สะอาด การเตรียมอาหารและน้ำให้เด็ก การเก็บอาหารที่รับประทานไม่หมด 4) การเตรียมสารละลายเกลือแร่ อาทิ การล้างมือก่อนผสมสารละลายเกลือแร่ วิธีการผสมสารละลายเกลือแร่ วิธีการให้สารละลายเกลือแร่ 5) การดูแลเด็กเรื่องการให้ยา อาทิ การให้ยาซ้ำเมื่อเด็กมีอาการอาเจียน การให้ยากับการดื่มนม และ 6) การดูแลเมื่อเด็กกันแดง อาทิ การใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป การจัดท่านอนที่เหมาะสม โดยประเมินจากแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ดัดแปลงจาก มลวิภา เสี่ยงสุวรรณ (2547)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพ และบริการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม และมีความต่อเนื่องตั้งแต่เข้ารับการรักษาต่อเนื่องไปที่บ้าน ให้มีการฟื้นหายเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง รวมถึงไม่เกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซ้ำในระยะยาว

2. เป็นแนวทางในการนำรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่องไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับความต่อเนื่องในการดูแล อาทิ เด็กด้วยโรคเรื้อรัง เด็กคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น

3. เป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมทางการแพทย์ ที่ใช้เทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยเด็ก



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า และรวบรวมวรรณกรรมตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็ก
2. พัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
3. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
 - 3.1 การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
 - 3.2 สาเหตุของการเกิดโรค
 - 3.3 พยาธิกำเนิด
 - 3.4 ผลกระทบของการเกิดโรคอุจจาระร่วง
 - 3.5 การประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ
 - 3.6 การรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
4. การพยาบาลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน
5. ความต่อเนื่องในการดูแล
6. การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 7.1 งานที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม
 - 7.2 งานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล
8. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีภาวะอูจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

1.1 ความหมายของพฤติกรรม

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง การกระทำ หรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจ และภายนอก อาจทำไปโดยรู้ตัว ไม่รู้ตัว อาจจะเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ ผู้อื่นอาจสังเกตการกระทำนั้นได้ และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525; วิถี แจ่มกระจ่าง, 2541) ปฏิบัติ และกิจกรรมที่มนุษย์แสดงออกทางรูปธรรม นามธรรมตลอดเวลา สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส วาจา และการกระทำ สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ซึ่งเป็นการกระทำที่สังเกตได้ด้วยประสาทสัมผัส หรืออาจใช้เครื่องมือช่วย และพฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายในจิตใจ บุคคลอื่นไม่สามารถสังเกตได้ (สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2529; เฉลิมพล ต้นสกุล, 2541)

พฤติกรรมการดูแล หมายถึง การกระทำของผู้ดูแลที่แสดงออกมาให้เห็น หรือรับรู้ ในลักษณะของความคิด ความเข้าใจ และการตั้งใจปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่อยู่ในความดูแล เพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี โดยการป้องกันโรค การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ตลอดจนการกระทำเพื่อการฟื้นฟูหายจากโรค (ยศรวีร์ กิริติภควัต, 2553)

เนื่องจากเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีนั้นจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแล เนื่องจากอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการ ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลอื่น ได้แก่ บิดา มารดา หรือผู้ดูแล

ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอูจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอูจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่แสดงออกถึงพฤติกรรมการป้องกัน และพฤติกรรมการดูแลเด็ก เป็นการปฏิบัติที่แสดงออกมาให้เห็น หรือรับรู้ได้ในลักษณะความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ หรือความตั้งใจกระทำหรือไม่กระทำ การแสดงออกในลักษณะของการปฏิบัติ หรือไม่ปฏิบัติต่อบุคคลในความดูแลที่ป่วยด้วยโรคอูจจาระร่วงเฉียบพลัน การปฏิบัติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอูจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1.1 การดูแลเด็กเมื่อมีไข้

(1) การเช็ดตัวลดไข้ โดยเฉพาะเพื่อป้องกันภาวะชกจากไข้สูง ซึ่งมักเกิดในเด็กอายุ 3 เดือน ถึง 5 ปี (สรีพร ชมบุญ, นัยนา หนูนิล, สายฝน เอกวางกูร และเกียรติจักร กุศล, 2565) หรือ 6 เดือน ถึง 5 ปี (จักรกฤษ ปิจดี, มณฑนาวิ เมธาพัฒนา และณัฐธัญญา ประสิทธิ์ศาสตร์, 2564) จำเป็นต้องได้รับการดูแล ดังนี้

(ก) ประเมินภาวะไข้โดยวัดอุณหภูมิกายทุก 4 ชั่วโมง และสังเกตอาการแสดงอื่นๆ เช่น ตัวร้อน หน้าแดง มึนงง สับสน กระสับกระส่าย และร้องกวน เป็นต้น

(ข) หากพบเด็กมีไข้ต่ำ (อุณหภูมิกาย 37.5-37.9 องศาเซลเซียส การดูแลเพื่อลดไข้ดำเนินการ ดังนี้

เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุณหภูมิห้อง/น้ำอุ่น 15-20 นาที การเช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี เมื่อเด็กมีไข้ ส่งผลให้เด็กมีอุณหภูมิกายต่ำลง ลดโอกาสการเกิดภาวะชกจากไข้สูง (ศรีไพร โภคาพานิช

, 2563) การเช็ดตัวลดไข้ต้องป้องกันไม่ให้เด็กมีอาการหนาวสั่น เพราะเป็นการเพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงาน ส่งผลให้หลอดเลือดหดตัว ไม่สามารถระบายความร้อนออกจากร่างกายได้ดี

(ค) หากพบเด็กมีไข้สูง (อุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 38 องศาเซลเซียส) การดูแลเพื่อลดไข้ดำเนินการเช่นเดียวกับเมื่อเด็กมีไข้ต่ำ และให้ยาลดไข้ตามแผนการรักษา ได้แก่ Acetaminophen ในปริมาณ 15 mg/kg/ครั้ง ห่างกันทุก 4-6 ชั่วโมง หรือ Ibuprofen 5 mg/kg/ครั้ง ห่างกันทุก 8 ชั่วโมง ติดตามอุณหภูมิภายหลังเช็ดตัวลดไข้ 30 นาที หรือหลังให้ยาลดไข้ 1 ชั่วโมง

(2) การระบายความร้อน

(ก) ให้สารน้ำอย่างเพียงพอ เพื่อชดเชยภาวะขาดน้ำจากภาวะไข้ โดยดูแลให้เด็กได้รับสารน้ำทางปากอย่างเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย หรือควบคุมการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อลดการเกิดภาวะขาดน้ำจากภาวะไข้ และเป็นการระบายความร้อนออกทางปัสสาวะ

(ข) สวมเสื้อผ้าบาง ไม่ห่มผ้าให้เด็กหนาจนเกินไป เพื่อระบายความร้อนออกจากร่างกายทางผิวหนัง

1.1.2 การดูแลเมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วง

(1) การสังเกตลักษณะและนับจำนวนครั้งของอุจจาระ ซึ่งอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) หมายถึง อาการที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งต่อวัน หรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน ยกเว้นทารกแรกเกิด (ไพโรจน์ จงบุญญิตเจริญ, 2557) ร่วมกับอาการใดอาการหนึ่ง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หรือมีไข้ต่ำๆ ประมาณ 38 องศาเซลเซียส โดยมีระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน (Villar et al., 2012)

(2) การให้สารละลายเกลือแร่

(ก) การให้สารละลายเกลือแร่ (ORS) เพื่อป้องกัน และรักษาภาวะขาดน้ำ

วิธีการให้สารน้ำทางปาก (Oral rehydration therapy; ORT) เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ (prevention of dehydration) เมื่อมีการสูญเสียน้ำกับอิเล็กโทรไลต์ไปกับอุจจาระ แม้ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำปริมาณมากเพียงครั้งเดียว ก็ควรเริ่มให้การรักษาด้วยการให้สารละลายเกลือแร่ การรักษาภาวะขาดน้ำ (Treatment of dehydration) ตามความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ

การให้สารละลายเกลือแร่ (ORS) สำหรับผู้ป่วยขาดน้ำน้อยถึงปานกลางในการแก้ไขภาวะขาดน้ำ (deficit) มีความสำคัญมาก

ในรายที่ขาดน้ำน้อย ให้สารละลายเกลือแร่ 50 มล./กก. ใน 4 ชั่วโมงแรก และให้ maintenance 100 มล./กก. จนครบ 24 ชั่วโมง

ในรายที่ขาดน้ำปานกลาง ให้สารละลายเกลือแร่ 100 มล./กก. ใน 4 ชั่วโมงแรก และให้ maintenance 100 มล./กก. จนครบ 24 ชั่วโมง

การให้สารละลายเกลือแร่ เพื่อทดแทนส่วนของ concurrent หรือ ongoing loss โดยให้แทนปริมาตรต่อปริมาตรที่สูญเสียไปจากการถ่ายอุจจาระ การเก็บตวง และวัดปริมาตรอุจจาระที่ถ่าย หรือชั่งน้ำหนักที่ลดลงเป็นวิธีที่ต้องพยายามทำเพื่อให้ทราบปริมาณ concurrent loss

กรณีที่ทำไม่ได้ ให้สารละลายเกลือแร่ 10 มล./กก. ต่อการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 1 ครั้ง หรือ ½ แก้วในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี 1 แก้วในเด็กอายุ 2 ปีขึ้นไป

ถึงแม้ว่าการให้สารละลายเกลือแร่จำเป็นต้องให้สารละลายเกลือแร่จำนวนมาก เมื่อคำนวณจากน้ำหนักตัวเด็ก หรือเด็กมีอาการอาเจียนร่วมด้วย จำเป็นต้องให้ทีละน้อยแต่บ่อยครั้ง เพื่อการดูดซึมเกลือแร่ที่ดี ดังนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้เกลือแร่โดยวิธีการป้อนด้วยช้อน หรือใช้กระบอกฉีดยาขนาด 5-10 มิลลิลิตร ทุก 1-5 นาที ให้ซ้ำๆ (ฐิติมา สุขเลิศตระกูล, 2561)

การประเมินผล ORT ให้ดูภาวะขาดน้ำ ถ้าอาการขาดน้ำหายไป ผู้ป่วยสดชื่นเล่นได้ แม้จะถ่ายอุจจาระอยู่บ้างถือว่าได้ผล กรณีถ่ายอุจจาระมากถึง 10 มล./กก./ชั่วโมง หรือมากกว่า 1 ครั้งต่อ 2 ชั่วโมง ต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะขาดน้ำอย่างใกล้ชิด ถ้าถ่ายอุจจาระมากกว่า 20 มล./กก./ชั่วโมง (High stool output) จำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แต่มีรายงานการรักษา high stool output ได้ผลโดยให้สารน้ำทาง nasogastric tube สารน้ำที่ไม่เหมาะสม (Nonphysiologic ORS) ไม่ควรใช้ เช่น น้ำอัดลม สารน้ำที่เตรียมเองที่บ้าน ในปัจจุบัน WHO-ORS ที่เดิมใช้อยู่ (Original) ได้ลดเกลือทำให้ total osmolarity ลดลง

(3) การทำความสะอาดกันเด็กหลังการขับถ่าย ซึ่งอุจจาระ และปัสสาวะเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความระคายเคืองต่อผิวหนังบริเวณรอบรูทวารหนักได้ การทำความสะอาดกันเด็กภายหลังการขับถ่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ (จุฑารัตน์ คงเพชร, 2557) โดยมีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เช็ดด้วยกระดาษทิชชูเปียก หรือล้างด้วยน้ำสะอาด

ขั้นตอนที่ 2 ซับด้วยกระดาษทิชชูแห้ง หรือผ้าสะอาด

ขั้นตอนที่ 3 หากสภาพผิวหนังปกติไม่มีผื่น ทาวาสลีนบริเวณที่สวมใส่ผ้าอ้อม ผิวหนังเริ่มมีรอยแดง ทาด้วยซิงค์ออกไซด์ ผิวหนังมีผื่นแดง ทาด้วยยาเดสิติน (Desitin) ผิวหนังติดเชื้อรา ทาด้วยยาต้านเชื้อราและยาเดสิติน (Desitin) ผิวหนังมีแผลเปิด ทาด้วยยาสะโตมาฮีซีฟชนิดผง (Stomahesive) และผิวหนังมีแผลเปิดร่วมกับติดเชื้อราและป้ายทับด้วยทริปเปิ้ลเพส ทาด้วยยาต้านเชื้อราและป้ายทับด้วยทริปเปิ้ลเพส

(4) การล้างมือภายหลังทำความสะอาดกันเด็ก การล้างมืออย่างถูกวิธี โดยการล้างก่อนเตรียมอาหาร ก่อนป้อนอาหารเด็ก หลังการทำความสะอาดกันเด็ก และหลังการขับถ่าย ซึ่งการล้างมืออย่างถูกวิธีเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ทำให้มีสุขภาวะที่ดี ป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อที่เกิดจากการสัมผัสด้วยมือ (จิรวรรณ เชื้อตาเล็ง, ผ่องศรี ศรีมรกต และวิหัส สืบชัยลังกา, 2560)

(ก) การล้างมืออย่างถูกวิธีใช้เวลา 15 วินาที ต้องล้างด้วยน้ำ และสบู่ 7 ขั้นตอน ทำ 5 ครั้งสลับกันทั้ง 2 ข้าง สามารถลดเชื้อโรคได้ร้อยละ 90 โดยปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ฝ่ามือถูกัน

ขั้นตอนที่ 2 ฝ่ามือถูหลังมือ และซอกนิ้ว

ขั้นตอนที่ 3 ฝ่ามือถูฝ่ามือ และซอกนิ้ว

ขั้นตอนที่ 4 หลังนิ้วมือถูซอกฝ่ามือ

ขั้นตอนที่ 5 ถูนิ้วหัวแม่มือโดยรอบด้วยฝ่ามือ

ขั้นตอนที่ 6 ถูปลายนิ้ว ถูขวางฝ่ามือ

ขั้นตอนที่ 7 ถูรอบข้อมือ

(5) การกำจัดอุจจาระที่ถูกต้องลักษณะ โดยการใส่สวมถุงสุญญากาศ และการกำจัดอุจจาระที่เหมาะสม คือ มีการทำความสะอาดสวมเป็นประจำ กำจัดอุจจาระให้เหมาะสม โดยเฉพาะเด็กเล็กให้ทิ้งลงในโถส้วม ส่วนเด็กที่ซบถายได้เองให้ซบถายใส่กระโถน หรือโถส้วม หรือใส่ถุงขยะที่มีฝาปิดมิดชิด

(6) การสังเกตภาวะขาดน้ำ การประเมินภาวะขาดน้ำของเด็ก ซึ่งเป็นองค์ประกอบหลักในการประเมินความรุนแรงของโรคอุจจาระร่วง โดยสามารถใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของภาวะขาดน้ำของ CDC scale (World Health Organization, 1995) ดังตารางที่ 1 หรือแนวทางขององค์การอนามัยโลก ดังตารางที่ 2 ทั้งนี้การประเมินภาวะขาดน้ำที่ชัดเจนที่สุด คือ การประเมินน้ำหนักตัวที่ลดลง หากทราบน้ำหนักตัวก่อนเด็กมีอาการอุจจาระร่วง นอกจากนี้ อาการแสดงอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่ การสังเกตลักษณะทั่วไป การนับจำนวนครั้งของการหายใจ การประเมินชีพจร การสังเกตเยื่อปากรและลิ้น การสังเกตกระหม่อมหน้า (ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน) การสังเกตกระบอกตา การประเมินการกระหายน้ำ การประเมินปริมาณน้ำตา การประเมินลักษณะการคืนกลับของหลอดเลือดบริเวณปลายนิ้ว (Capillary refill) อุณหภูมิของผิวหนัง และการสังเกตความถี่ของปัสสาวะ เพื่อประกอบการให้สารน้ำทดแทนแก่เด็ก

(7) การสังเกตอาการที่ต้องพาเด็กกลับมาตรวจที่โรงพยาบาล

(ก) เกิดภาวะอุจจาระร่วงซ้ำ อาการที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งต่อวัน หรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน ยกเว้นทารกแรกเกิด (ไพโรจน์ จงบุญญิตเจริญ, 2557) ร่วมกับอาการใดอาการหนึ่ง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หรือมีไข้ต่ำๆ ประมาณ 38 องศาเซลเซียส โดยมีระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน (Villar et al., 2012)

(ข) มีภาวะขาดน้ำ โดยสามารถใช้เกณฑ์ในการประเมินระดับของภาวะขาดน้ำของ CDC scale (World Health Organization, 1995)

วิธีการ	การประเมินอาการขาดน้ำ		
	ขาดน้ำเล็กน้อย	ขาดน้ำปานกลาง	ขาดน้ำรุนแรง
1. น้ำหนักตัวลดลง	3-5%	5-10%	> 10%
2. อาการ และอาการแสดง			
ลักษณะทั่วไป	สบาย ปกติ	กระสับกระส่าย	อ่อนปวกเปียก
การหายใจ	ปกติ	เร็ว	เร็ว และลึก
ชีพจร	ปกติ	เร็ว	เบาเร็ว หรือคลำไม่ได้
ความดันโลหิต	ปกติ	postural hypotension หรือปกติ	ต่ำ หรือวัดไม่ได้
เยื่อปากร และลิ้น	เปียก	แห้ง	แห้งมาก
กระหม่อมหน้า (ในเด็กอายุ < 18 เดือน)	ปกติ	บวม (depress)	บวมมาก
กระบอกตา	ปกติ	ลึกโหล	แห้ง และลึกโหลมาก
กระหายน้ำ	น้อย หรือปกติ	มากกว่าปกติ	ดื่มน้ำได้น้อย หรือไม่สามารถดื่มน้ำได้
น้ำตา	มีน้ำตา	ไม่ค่อยมีน้ำตา	ไม่มีน้ำตา
skin turgor	ผิวหนังกลับคืนเร็ว (good)	ผิวหนังตั้งคองอยู่ < 2 วินาที (fair)	ผิวหนังตั้งคองอยู่ ≥ 2 วินาที (poor)
สัมผัสผิวหนัง	อุ่น	อุ่น หรือเย็น	เย็น
3. ปัสสาวะ			

วิธีการ	การประเมินอาการขาดน้ำ		
	ขาดน้ำเล็กน้อย	ขาดน้ำปานกลาง	ขาดน้ำรุนแรง
ความถี่	ปกติ	น้อย	ไม่ปัสสาวะเกิน 6 ชั่วโมง
ปริมาณ	ปกติ	< 1 mL/kg/hr.	< 0.5 mL/kg/hr.
ความถี่เฉพาะ	< 1.020	1.021-1.030	> 1.030
4. capillary refill	< 2 วินาที	2-3 วินาที	3-4 วินาที

1.1.3 การดูแลเด็กเรื่องอาหาร และน้ำดื่ม

(1) การล้างมือก่อนเตรียมอาหาร การล้างมือให้เด็ก เช่นเดียวกันกับหัวข้อที่ 1.1.2 หัวข้อย่อยที่ 4 เรื่องการล้างมือภายหลังทำความสะอาดกันเด็ก

(2) การเตรียมภาชนะใส่อาหารที่สะอาด การเตรียมอาหารและน้ำให้เด็ก โดยการให้อาหารที่สะอาด คือ จัดอาหารที่สะอาด ทำอาหารปรุงสุกใหม่ ใส่ภาชนะที่สะอาด ไม่จัดอาหารสุกๆ ดิบๆ ให้เด็กรับประทาน รวมถึงผลไม้ที่ไม่ได้ปอกเปลือก โดยเก็บอาหารในภาชนะที่ปิดอาหารให้มิดชิด เพื่อป้องกันแมลงวัน

(3) การเตรียมอาหารและน้ำให้เด็ก การเลือกลักษณะของอาหารเป็นอาหารอ่อนย่อยง่ายได้ตามปกติ หรือให้รับประทาน คือ การไม่งดอาหารในขณะมีอาการของโรคอุจจาระร่วง โดยสามารถให้ได้ตามที่เด็กต้องการ หรือประมาณ 5-7 ครั้งต่อวัน เช่น ข้าวต้ม แกงจืด ไข่ต้ม ปลาต้ม หรืออาหารโป๊สเซียมสูง เช่น ก๋วยหอย สับประรด นอกจากนี้ การให้นม สำหรับเด็กที่ยังกินนมมารดา สามารถให้นมมารดาต่อได้ (สุวรรณชัย วัฒนาวิจิตรชัย, 2562) ซึ่งการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา

(4) การเก็บอาหารที่รับประทานไม่หมด สำหรับเด็กจำเป็นต้องได้รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่เสมอ ส่วนนมแม่หากเด็กไม่หมด จำเป็นต้องเก็บรักษาอย่างถูกวิธี (Mohbacher & Stock, 2006; Lawrence & Lawrence, 2016) เพื่อให้เด็กได้รับนมมารดาที่สะอาด ไม่ปนเปื้อนเชื้อ ดังนี้

(ก) อุณหภูมิห้อง มากกว่า 25 องศาเซลเซียส: 1 ชั่วโมง

(ข) อุณหภูมิห้อง น้อยกว่า 25 องศาเซลเซียส: 4 ชั่วโมง

(ค) กระจกน้ำแข็ง: 24 ชั่วโมง

(ง) ช่องใต้ช่องแช่แข็ง (ทั้งตู้เย็น 1 ประตู และตู้เย็น 2 ประตู): 2 วัน

(จ) ช่องแช่แข็ง ตู้เย็น 1 ประตู: 2 สัปดาห์

(ฉ) ช่องแช่แข็ง ตู้เย็น 2 ประตู: 3 เดือน

(ช) ตู้แช่แข็งอุณหภูมิ -17 องศาเซลเซียสลงไป: 6-12 เดือน

สำหรับเด็กที่กินนมผสม หรือใช้ขวดนม ต้องทำความสะอาด (WHO, 2007) ดังนี้

(ก) การทำความสะอาดขวดนม

ขั้นตอนที่ 1 ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสะอาด และสบู่ จากนั้นเช็ดมือให้แห้ง

ขั้นตอนที่ 2 ล้างขวดนมด้วยผลิตภัณฑ์ล้างขวดนม โดยแยกชิ้นส่วนของขวดนมทั้งหมด ทำความสะอาดทั้งด้านใน และด้านนอกของขวดนม

ขั้นตอนที่ 3 ข้างผลิตภัณฑ์ล้างขวดนมออกด้วยน้ำสะอาด

(ข) การต้มขวดนมเพื่อฆ่าเชื้อโรค

ขั้นตอนที่ 1 เติมน้ำสะอาดลงในหม้อต้มน้ำ

ขั้นตอนที่ 2 นำชิ้นส่วนของขวดนมต้มในน้ำเดือด เป็นระยะเวลา 15-20 นาที โดยปิดฝาให้สนิท

(ค) การเตรียมชงนม

ขั้นตอนที่ 1 เช็ดทำความสะอาดพื้นผิวที่ใช้ในการเตรียมนมผสม

ขั้นตอนที่ 2 ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสะอาด และสบู่ จากนั้นเช็ดมือให้แห้ง

ขั้นตอนที่ 3 ต้มน้ำสะอาดให้เดือด

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบปริมาณ และบรรจุภัณฑ์ของนมผสม เพื่อความสะอาด และปริมาณที่พอเหมาะต่อการกิน 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 5 เทน้ำร้อนลงในขวดนม โดยที่น้ำอุณหภูมิไม่ต่ำกว่า 70 องศาเซลเซียส หรือไม่ทิ้งน้ำไว้นานกว่า 30 นาทีหลังเดือด ในปริมาณที่เหมาะสมต่อการผสม 1 ครั้ง

ขั้นตอนที่ 6 เติมนมผสมลงในขวดนมตามปริมาณที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 7 ประกอบชิ้นส่วนของขวดนมทั้งหมด และปิดจุกนมด้วยฝาขวดนม เขย่าให้นมผสมละลายในน้ำ

ขั้นตอนที่ 8 เปิดน้ำไหลผ่าน หรือแช่ขวดนมลงในน้ำเย็น หรือน้ำอุณหภูมิห้อง โดยให้น้ำอยู่ใต้ระดับฝาขวด เพื่อลดอุณหภูมิของนมในขวดนม

ขั้นตอนที่ 9 เช็ดขวดนมให้แห้ง ด้วยกระดาษ หรือผ้าสะอาด

ขั้นตอนที่ 10 ตรวจสอบอุณหภูมิของนมในขวดนม โดยการหยดนมเล็กน้อยที่หลังมือ หรือข้อมือด้านในก่อนที่จะให้เด็กกิน

ขั้นตอนที่ 11 ให้เด็กกินภายใน 2 ชั่วโมง หากเหลือให้ทิ้ง ไม่นำมาให้เด็กกินซ้ำ

1.1.4 การเตรียมสารละลายเกลือแร่

(1) การล้างมือก่อนผสมสารละลายเกลือแร่ เช่นเดียวกับกับหัวข้อที่ 1.1.2 หัวข้อย่อยที่ 4 เรื่องการล้างมือหลังทำความสะอาดกันเด็ก

(2) วิธีการผสมสารละลายเกลือแร่ การเตรียมและให้สารละลายเกลือแร่ เป็นการให้ของเหลวแก่เด็กมากกว่าปกติเพื่อป้องกัน และรักษาภาวะขาดน้ำ ตามความต้องการของร่างกายของเด็กตามระดับของภาวะขาดน้ำ หรือทุกครั้งที่ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ สามารถให้สารละลายเกลือแร่ที่สามารถหาได้ที่บ้าน (Hartman et al, 2019) การเตรียมสารละลายเกลือแร่ให้เด็ก ทำได้ 2 แบบดังนี้

(ก) การเตรียมโดยใช้เกลือแร่ซองสำเร็จรูป เตรียมโดยการนำเกลือแร่ของสำเร็จรูป ผสมน้ำต้มสุกที่เย็นแล้วตามปริมาณที่ระบุข้างซอง ใช้ช้อนสะอาดคนให้เกลือแร่ละลายเข้ากัน (สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย, 2562)

(ข) การเตรียมเกลือแร่ผสมเอง เตรียมโดยการเตรียมน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว ปริมาณ 750 มิลลิลิตร ผสมน้ำตาล 2 ช้อนโต๊ะปาดเรียบ และเกลือครึ่งช้อนชาปาดเรียบ ใช้ช้อนสะอาดคนส่วนผสมละลายเข้ากัน (สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย, 2562)

1.1.5 การดูแลเด็กเรื่องการให้ยา

(1) การให้ยาซ้ำเมื่อเด็กมีอาการอาเจียน เมื่อเด็กมีอาการอาเจียนภายใน 10 นาที หลังการให้ยา ให้เด็กหยุดพัก และให้ยาซ้ำอีกครั้ง เน้นย้ำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ดังนี้ 1)

ยาปฏิชีวนะพิจารณาให้เฉพาะเด็กที่มีอาการอุจจาระร่วงจากการติดเชื้อ อาทิ Shigella spp. Salmonella spp. เป็นต้น 2) การให้ยาปฏิชีวนะโดยไม่มีเจตจำนงจะก่อให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ 3) การให้ยาปฏิชีวนะ มีโอกาสทำให้เด็กเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ, 2562) 4) ผสมยาด้วยน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว 5) เก็บยาภายหลังผสมในตู้เย็นช่องธรรมดา อุณหภูมิไม่เกิน 25 องศาเซลเซียส ความคงตัวของยาอยู่ได้ 14 วัน (นัยนา สันติยานนท์, 2551)

(2) การให้ยากับการดื่มนม ไม่ให้ยาพร้อมนม และเว้นระยะของการให้นม อย่างน้อย 2 ชั่วโมง เพื่อให้เด็กได้รับประสิทธิภาพจากยาสูงสุด (Hwan & Ko, 2017)

1.1.6 การดูแลเมื่อเด็กก้นแดง

(1) การใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ในภาวะปกติควรเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปทุก 3-4 ชั่วโมง ในภาวะอุจจาระร่วง สวมใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้น้อยที่สุด เปิดบริเวณที่เปียกชื้นให้สัมผัสอากาศ ระหว่างเด็กนอนหลับ (Wondem, 2010) หากผ้าอ้อมสำเร็จรูปเปียกชื้นให้เปลี่ยนทันที (จุฑารัตน์ คงเพชร, 2557)

(2) การจัดท่านอนที่เหมาะสม จัดให้เด็กนอนตะแคง หรือตะแคงกึ่งคว่ำ เพื่อเปิดบริเวณที่เปียกชื้นให้สัมผัสอากาศระหว่างเด็กนอนหลับ (Wondem, 2010)

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ได้แก่ 1) การดูแลเมื่อเด็กมีไข้ อาทิ การเช็ดตัวลดไข้ การระบายความร้อน 2) การดูแลเมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วง อาทิ การสังเกตลักษณะและนับจำนวนครั้งของอุจจาระ การให้สารละลายเกลือแร่ การทำความสะอาดก้นเด็ก หลังการขับถ่าย การล้างมือภายหลังทำความสะอาดก้นเด็ก การกำจัดอุจจาระ การสังเกตภาวะขาดน้ำ การสังเกตอาการที่ต้องพาเด็กกลับมาตรวจที่โรงพยาบาล 3) การดูแลเด็กเรื่องอาหาร และน้ำดื่ม อาทิ การล้างมือก่อนเตรียมอาหาร การล้างมือให้เด็ก การเตรียมภาชนะใส่อาหารที่สะอาด การเตรียมอาหารและน้ำให้เด็ก การเก็บอาหารที่รับประทานไม่หมด 4) การเตรียมสารละลายเกลือแร่ อาทิ การล้างมือก่อนผสมสารละลายเกลือแร่ วิธีการผสมสารละลายเกลือแร่ 5) การดูแลเด็กเรื่องการให้ยา อาทิ การให้ยาลูกอมเมื่อเด็กมีอาการอาเจียน การให้ยากับการดื่มนม 6) การดูแลเมื่อเด็กก้นแดง อาทิ การใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป การจัดท่านอนที่เหมาะสม (มลวิภา เสียงสุวรรณ, 2547)

1.2 การประเมินพฤติกรรม ทำให้สามารถเลือกเทคนิคในการปรับเปลี่ยน หรือการส่งเสริมพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ และเป็นการประเมินประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

การประเมินพฤติกรรมสามารถประเมินได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม

1.2.1 การประเมินโดยตรง ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรม การสังเกตและบันทึกพฤติกรรมตนเอง การสังเกตสามารถใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา หรือขาดทักษะในการอ่าน การพูด การฟัง และการเขียน เป็นวิธีที่ทำให้เราสามารถบอกถึงลักษณะของพฤติกรรม โดยไม่ต้องผ่านกระบวนการตีความ แต่การสังเกตอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่ปฏิบัติตามธรรมชาติของกลุ่มตัวอย่าง (Hawthone effect) อีกทั้งการที่จะได้ข้อมูลที่ครบถ้วนตามประเด็นที่ต้องการ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการสังเกตที่ต่อเนื่อง ซึ่งยากที่จะได้ผลสรุปที่น่าเชื่อถือ

1.2.2 การรายงานการประเมินทางอ้อม ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การรวบรวมข้อมูลจากบุคคล การรายงานการประเมินตนเอง ซึ่งมีข้อดีอยู่หลายประการ โดยเฉพาะประหยัด ครอบคลุมด้านต่างๆ ที่ต้องการจะประเมิน จะทำให้ได้ข้อมูลตามประเด็นที่ต้องการ ข้อมูลที่รวบรวมได้จึงง่ายในการนำมาประมวล หรือวิเคราะห์ผล แต่มีข้อจำกัดอยู่หลายประการด้วยกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในแง่ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ทั้งนี้เพราะว่าการประเมินโดยใช้การรายงานตนเองนั้นอาจได้รับผลกระทบจากการบิดเบือนข้อมูลของผู้ตอบ ความปรารถนาของสังคม และความคาดหวังของผู้ตอบแบบรายงานตนเอง นอกจากนี้สิ่งที่ได้จากการประเมินนั้นอาจจะเป็นแค่การรับรู้ของพฤติกรรมของผู้ตอบแบบรายงานตนเองเท่านั้น โดยไม่ได้สะท้อนให้เห็นถึงการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมที่แท้จริง

การศึกษาครั้งนี้ใช้การประเมินแบบทางอ้อม คือ 1) การให้ผู้ดูแลรายงานตนเอง ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถาม เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้ในการดูแลรักษาและป้องกันโรคอุจจาระร่วง แบบสอบถามทัศนคติทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก และแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน 2) ใช้แบบสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล เพื่อหลีกเลี่ยงความไม่เป็นธรรมชาติ หรือการปฏิบัติที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากความต้องการจริงๆ จากการสังเกต (Hawthone effect) นอกจากนี้แบบสอบถามยังทำให้ได้ข้อมูลที่ต้องการภายในระยะเวลาสั้น และเพื่อเป็นการลดโอกาสในการตอบคำถามที่บิดเบือนความจริงของผู้ดูแลเด็ก ความปรารถนาของสังคม และความคาดหวังของผู้ดูแลเด็กในการตอบแบบสอบถาม ผู้ช่วยวิจัยจะแจ้งให้ผู้ดูแลทราบว่าคำตอบที่ได้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างแต่อย่างใด คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด

1.3 ปัญหาพฤติกรรมดูแลเด็กภาวะอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก

จากการศึกษาการศึกษาความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันอุจจาระร่วงในเด็ก (รัชณี อีระวิทย์เลิศ, สุกัญญา จงถาวรสถิตย์ และปิ่นนภ นรเศรษฐพันธ์, 2552) พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการล้างทำความสะอาดขวดนม ขวดน้ำ จุกนม ฝาครอบไม่ถูกวิธี ร้อยละ 94.40 จากการศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย (พินิจ ศรีใส, 2552) พบว่า ผู้ดูแลไม่ใช้ภาชนะปกปิดขวดนม ขงนมไว้ครั้งเดียวให้เด็กดื่มเรื่อยๆ จนหมด และการศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน (พงค์นรินทร์ สุริยะโจง, สามารถ ใจเตี้ย และสายหยุด มูลเพชร, 2561) พบว่า ส่วนใหญ่ใช้น้ำดื่มจากน้ำประปาหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 44.20 ไม่ปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนนำมาดื่ม ร้อยละ 81.20 ผู้ดูแลไม่ต้มน้ำให้สุกก่อนนำมาให้เด็กดื่ม ร้อยละ 65

ผลศึกษาการศึกษาความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันอุจจาระร่วงในเด็ก (รัชณี อีระวิทย์เลิศ, สุกัญญา จงถาวรสถิตย์ และปิ่นนภ นรเศรษฐพันธ์, 2552) พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการกำจัดอุจจาระของเด็กไม่ถูกวิธี ร้อยละ 30.40 การศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน (พงค์นรินทร์ สุริยะโจง, สามารถ ใจเตี้ย และสายหยุด มูลเพชร, 2561) พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมของการกำจัดอุจจาระของ

เด็กไม่เหมาะสม ได้แก่ มีถึงขยะแบบไม่มีฝาปิดมิดชิด ร้อยละ 56.90 กำจัดขยะมูลฝอยในบ้านไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 76.50 ทำให้เด็กเกิดภาวะอุจจาระร่วง คิดเป็นร้อยละ 1.6 และเกิดภาวะอุจจาระร่วงมากกว่าบ้านที่ผู้ดูแลจำกัดอุจจาระตามหลักสุขาภิบาล 36.30 เท่า

จากการศึกษาโปรแกรมการมีส่วนร่วม และการให้ความรู้ในด้านโภชนาการของโรคอุจจาระร่วง (Davila, Trepka, Newman, Huffman & Dixon, 2009) พบว่า ผู้ดูแลยังคงมีพฤติกรรมไม่ล้างมือก่อนการเตรียมอาหาร เตรียมขวดนม หรือหลังเปลี่ยนผ้าอ้อม และไม่ล้างมือเวลาจับเนื้อสัตว์ก่อนการเตรียมอาหาร การศึกษาความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอทุ่งหัวช้าง จังหวัดลำพูน (พงค์นรินทร์ สุริยะโจง, สามารถ ใจเตี้ย และสายหยุด มูลเพ็ชร, 2561) พบว่า มีการล้างมือก่อนการปรุงอาหาร หรือขงนมให้เด็กทุกครั้ง ร้อยละ 75.40

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มารดาส่วนน้อยที่ให้ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้รับน้ำทดแทนในขณะที่มีอาการของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เช่น จากการศึกษาของ Merga และ Alemayehu (2015) พบว่า เพียงร้อยละ 13.70 ของมารดาที่ให้สารน้ำทดแทนทางปากกับผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันขณะมีอาการ ร้อยละ 38.80 เข้าใจว่าการให้สารน้ำทดแทนทางปากยิ่งทำให้อาการของโรคอุจจาระร่วงรุนแรงมากขึ้น การศึกษาของ Naveed และ Padmavathy (2017) หรือหยุดให้อาหารเหลวทันทีที่เด็กมีการถ่ายอุจจาระเหลวมากขึ้น (Ansari, Ibrahim, Hassali, Shankar, Koirala & Thapa, 2012) พบว่า ร้อยละ 56.50 ของมารดาให้สารละลายเกลือแร่แก่ผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในขณะที่มีอาการถ่ายอุจจาระ และจากการศึกษาของ Sillah และคณะ (2013) พบว่ามีเพียงร้อยละ 4 ของมารดาให้สารน้ำทดแทนแก่เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

1.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กที่มีภาวะอุจจาระร่วงของผู้ดูแล

1.4.1 พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความรู้ (Ogbeyi, Onyemochi & Ogbonna 2016; Workie, Sharifabdilahi & Addis, 2018) และจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลตรัง (อัศรีย พิษัยรัตน์, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว และจันทร์เพ็ญ เลิศนวนวัฒนาม, 2563) พบว่า ความรู้การป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทศนคติ (Workie Workie, Sharifabdilahi & Addis, 2018) ความเชื่อ (Anasari et al., 2012) เกี่ยวกับเรื่องราวดังกล่าว เช่น การศึกษาของ Workie และคณะ (2018) ทำการศึกษาเรื่องความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกัน และการจัดการอาการของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วง พบว่า ทศนคติที่ไม่ดี นำไปสู่การป้องกันโรคและการจัดการอาการอุจจาระร่วงของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่ดีเช่นกัน

อีกทั้งอิทธิพลของธรรมเนียม และวัฒนธรรมมีผลต่อแบบแผนการเลี้ยงดูเด็ก จากการศึกษาของ Anasari และคณะ (2012) พบว่า มารดาส่วนใหญ่เชื่อว่าโรคอุจจาระร่วงเกิดจากปรากฏการณ์เหนือธรรมชาติ และถึงแม้มารดารับรู้ว่าการถ่ายอุจจาระเหลวแม้เพียงเล็กน้อยก็อาจเป็นอันตรายต่อเด็กได้ แต่ไม่พาเด็กไปรักษาที่โรงพยาบาลเนื่องจากผู้ใหญ่ในครอบครัวเชื่อว่าวิธีการรักษาแบบดั้งเดิมช่วยให้เด็กหายจากโรคอุจจาระร่วงได้

นอกจากปัจจัยเหล่านี้แล้วยังมีปัจจัยส่วนบุคคลอื่นๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ได้แก่

1.4.2 อายุของผู้ดูแล เป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะทั้งทางด้านจิตใจ การรับรู้ และความสามารถในการเข้าใจ หรือตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัว และทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่างๆ ของชีวิตได้ อายุจึงมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแล โดยความสามารถนี้จะค่อยๆ เพิ่มมากขึ้นตามอายุจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีความสามารถสูงสุด และค่อยๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1991)

การศึกษาปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมที่อิทธิพลต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งของประเทศอินโดนีเซีย (Magdalena, Rantetampang, Pongtiku & Mallongi, 2019) พบว่า อายุของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคอุจจาระร่วงของเด็ก และการศึกษาของ Rumbo และคณะ ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุ 1-5 ปี พบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ จึงถือว่า อายุของผู้ดูแล ไม่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

1.4.3 ระดับการศึกษา บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้มาได้มากกว่า มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล รู้จักนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Whetstone, Olew & Anne, 1989)

จากการศึกษาการปฏิบัติในการจัดการอาการอุจจาระร่วงและผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็ก (Akinyemi, Fagbamigbe, Omoluabi, Agunbiade & Adebayo, 2018) พบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับปฏิบัติในการจัดการอาการอุจจาระร่วง และจากการศึกษาของ Sillah และคณะ (2013) พบว่าระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของมารดาในด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงถือว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

1.4.4 ประสบการณ์ในการดูแล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล เพราะประสบการณ์ในอดีตจะมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมปฏิบัติของบุคคลในปัจจุบัน (Maimann et al., 1982)

จากการศึกษาของ Akinyemi และคณะ (2018) เรื่องการปฏิบัติในการจัดการอาการอุจจาระร่วงและผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็ก พบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มีการปฏิบัติในการจัดการอาการของผู้ป่วยเด็กได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วง

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงถือว่า ประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

จากที่กล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล คือ ปัจจัยด้านระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ใน

การศึกษาครั้งนี้ จึงนำปัจจัยดังกล่าวมาเป็นตัวควบคุม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด

2. พัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

พัฒนาการและพฤติกรรมของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (บานชื่น เบนจสุวรรณ, 2551) โดยแบ่งตามช่วงอายุ ดังนี้

แรกเกิด-2 เดือน เด็กจะตอบสนองด้วยระบบประสาทอัตโนมัติ (Primitive reflexs) ได้แก่ rooting sucking และ swallowing

2-4 เดือน สนใจ และมีปฏิสัมพันธ์ในระหว่างการรับประทานอาหารมากขึ้น สามารถไอเพื่อป้องกันการสำลักอาหารได้ มักจะนำนิ้วมือเข้าปาก

4-6 เดือน สามารถควบคุมการทรงตัวของศีรษะได้ดี สามารถใช้มือคว้าสิ่งของ และหยิบของเข้าปากได้

6-8 เดือน นั่งได้ดี บดเคี้ยวอาหารอ่อนได้ ถือกวนตนเองได้

8-10 เดือน เริ่มใช้นิ้วมือได้ดีขึ้น หยิบอาหารเป็นชิ้นเข้าปากได้ เริ่มชอบอาหารที่มีรสชาติ

10-12 เดือน ใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ได้ดี สามารถหยิบของชิ้นเล็กเข้าปากได้ เริ่มเรียนรู้การทิ้งของและอาหารลงพื้น สังเกตว่าสิ่งของหรืออาหารนั้นมีการเคลื่อนที่จากที่สูงลงที่ต่ำ

12-15 เดือน ต้องการรับประทานอาหารด้วยตนเอง เริ่มถือถ้วยหรือแก้วน้ำได้โดยใช้ 2 มือประคอง ชอบเล่นอาหาร

15-18 เดือน ชอบเคลื่อนไหวหรือเดิน เล่นโดยการทิ้งอาหารลงพื้น เพื่อดูการตอบสนองของบิดามารดา

18-24 เดือน เริ่มรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง โดยการใช้นิ้วร่วมกับนิ้วมือ เริ่มมีพฤติกรรมต่อต้านหรือปฏิเสธ

2-3 ปี เริ่มใช้ส้อมในการรับประทานอาหารได้ รับประทานอาหารเป็นเวลา ชอบการช่วยเตรียมอาหารและเก็บโต๊ะอาหาร

3-4 ปี ใช้ช้อนและส้อมได้ดี สามารถล้างมือด้วยตนเองได้

4-5 ปี สามารถแสดงความต้องการอยากรับประทานอาหารที่ต้องการ โดยเฉพาะขนม ชอบการช่วยล้างจานและช่วยเตรียมอาหาร

เด็กวัยก่อนเรียน คือ เด็ยวัย 3-6 ปี มีพัฒนาการและสติปัญญาเพียงพอที่จะเรียนรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้จากการสัมผัสได้ จากพัฒนาการเรื่องของการล้างมืออย่างถูกวิธี แต่ยังคงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดูแล เนื่องจากเด็กสามารถเรียนรู้ หรือมีพัฒนาการและสติปัญญาในระดับสูงสุดสำหรับเด็กวัยนี้ คือ เด็กอายุ 6 ปี (ฉันทพร ไวปรินทะ, 2552)

3. โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

3.1 การเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

อุจจาระร่วง (Diarrhea) คือ การถ่ายอุจจาระที่มีความถี่บ่อย ปริมาณ หรือความเหลว เพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับภาวะปกติของบุคคล จำแนกตามระยะเวลาของการเกิดอาการ ได้แก่

acute diarrhea ระยะเวลาน้อยกว่า 14 วัน persistent diarrhea ระยะเวลา 14 ถึง 29 วัน และ chronic diarrhea ระยะเวลามากกว่า 30 วัน (เสกสิต โอสธากุล, 2559)

อุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute diarrhea) หมายถึง อาการที่มีการถ่ายอุจจาระเหลวจำนวน 3 ครั้งต่อวัน หรือมากกว่า หรือถ่ายมีมูกเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง หรือถ่ายเป็นน้ำมากกว่า 1 ครั้งขึ้นไปใน 1 วัน ยกเว้นทารกแรกเกิด (ไพโรจน์ จงบัญญัติเจริญ, 2557) ร่วมกับอาการใดอาการหนึ่ง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หรือมีไข้ต่ำๆ ประมาณ 38 องศาเซลเซียส โดยมีระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน (Villar et al., 2012)

3.2 สาเหตุของการเกิดโรค (ไพโรจน์ จงบัญญัติเจริญ, 2557)

3.2.1 การติดเชื้อ ไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัว และปรสิต โดยเชื้อแต่ละชนิดมีอาการ และอาการแสดง ดังนี้

(1) Rotavirus มักเกิดกับเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ส่วนใหญ่เป็น G1-G4 เชื้อแพร่กระจายได้ดีในช่วงฤดูหนาว เมื่อเด็กได้รับเชื้ออาจมีอาการ หรือไม่มีอาการก็ได้ ในรายที่มีอาการจะเกิดหลังได้รับเชื้อ 1-2 วัน ส่วนใหญ่มีไข้ปานกลาง อาเจียนเป็นอาการเด่น ในเด็กที่กินนมเป็นอาหารหลักจะปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ มีลม หรือมีฟอง อาจมีกลิ่นเหม็นเปรี้ยว ซึ่งเมื่อถ่ายอุจจาระบ่อยๆ อุจจาระที่เป็นกรดจะระคายผิวหนัง เป็นผื่นแดงบริเวณรอบๆ ทวารหนัก ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของการขาดน้ำระดับปานกลางถึงระดับมากได้

(2) Salmonella อาการของผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อกลุ่ม non-typhoidal เชื้อ Salmonella ที่พบได้บ่อยที่สุด คือ gastroenteritis ส่วนใหญ่พบในทารกแรกเกิดถึง 6 เดือน เป็นได้ทุกฤดูกาล ช่วงระยะเวลาฟักตัวของโรคอยู่ระหว่าง 5 ชั่วโมงถึง 5 วัน ส่วนใหญ่อาการจะเริ่มปรากฏขึ้นประมาณ 12-36 ชั่วโมง หลังจากได้รับเชื้อ ในกรณีที่ได้รับเชื้อจำนวนมาก หรือถ้าบุคคลไวต่อเชื้อมากเป็นพิเศษ อาการจะปรากฏขึ้นโดยเร็วกว่าปกติ อาการเริ่มด้วยไข้สูงปานกลางถึงมาก ทารกมักร้องกวนจากการปวดท้อง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำสีเหลือง กลิ่นเหม็นมากคล้ายกลิ่นไข่เน่า ต่อมาอาจมีมูกเลือดปนได้ อาการรุนแรงเพราะเชื้อ Salmonella ผ่านเยื่อบุเข้ากระแสเลือดได้บ่อย และแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย ก่อให้เกิดโรค โดยทั่วไปอาการจะปรากฏอยู่นาน 2-5 วัน หากนำอุจจาระไปตรวจวิเคราะห์ในช่วงนี้ มักพบเชื้อเป็นจำนวนมาก เมื่อเวลาผ่านไปจำนวนเชื้อจะลดลง

(3) Shigella มักพบในเด็กตั้งแต่ 12 เดือนขึ้นไป ในทารกอายุน้อยกว่า 6 เดือนพบได้แต่น้อย เพราะยังไม่มี receptor ต่อเชื้อ Infectious dose เพียง 10-100 ตัว เชื้อก่อโรคโดยลุกลามไปที่ลำไส้ใหญ่ และสร้าง Shiga toxin (Cytotoxic และ neurotoxic) ผู้ป่วยจะมีไข้สูง เด็กเล็กบางคนเกิดภาวะชัก ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือด มีกลิ่นเหม็นเหมือนหัวกุ้งเน่า มีอาการปวดเบ่ง (Tenesmus) จึงถ่ายอุจจาระออกมาทีละนิด แต่บ่อยครั้ง และอาจทำให้เกิด prolapse rectum ได้

(4) E.coli เป็นแบคทีเรียที่มีหลายสายพันธุ์ ซึ่งบางสายพันธุ์เป็น normal flora ในลำไส้คน แต่บางสายพันธุ์ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงได้ อาการแรกเริ่ม คือ ปวดท้อง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ และตามมาด้วยอุจจาระปนมูกเลือด มีการศึกษาพบว่าในการระบาดของ Enterohaemorrhagic Escherichia coli (EHEC) แต่ละครั้งจะมีผู้เสียชีวิตประมาณร้อยละ 1 และร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยมีภาวะ HUS ร่วมด้วยโดยจะเกิด 2-14 วันหลังเริ่มอุจจาระร่วง (เสกสิต โอสธากุล, 2559)

(ก) Enteropathogen *Escherichia coli* (EPEC) ทำให้เกิดโรคอุจจาระร่วงระบาดในทารกแรกเกิดใน nursery หรือทารกใน day care โดยเชื้อจะเกาะติด และทำลาย brush border ของ enterocyte ทำให้เยื่อบุลำไส้สูญเสียการดูดซึมทั้งอิเล็กโทรไลต์ และอาหารเชื้อโรคใช้เวลาฟักตัว 6-48 ชั่วโมง ทำให้เกิดอาการไข้ ถ่ายอุจจาระเหลวปนน้ำหลายครั้ง เชื้อ EPEC เป็นสาเหตุสำคัญของ persistent diarrhea ในเด็กในประเทศกำลังพัฒนา ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนการใช้ยาปฏิชีวนะรักษา EPEC

(ข) Enterotoxigenic *E. coli* (ETEC) ทำให้เกิดโรคโดยการสร้าง enterotoxin 2 ชนิด (Heat labile (LT) และ heat stable (ST) toxin) โดย LT toxin มีโครงสร้างคล้าย cholera toxin กระตุ้นเอนไซม์ adenylate cyclase และเพิ่มการสร้าง cAMP ส่วน ST toxin กระตุ้นเอนไซม์ guanylate cyclase ทำให้มีการสร้าง cGMP มากขึ้น ทั้ง LT และ ST toxin กระตุ้นให้เกิด chloride secretion และขับน้ำออกจากเยื่อบุลำไส้บริเวณ intestinal crypt ทำนองเดียวกับ cholera toxin แต่มีความรุนแรงน้อยกว่า เชื้อชนิดนี้ติดต่อผ่านทางน้ำ และอาหารที่ปนเปื้อน ใช้เวลาฟักตัว 14-30 ชั่วโมง

ผู้ป่วยจะถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ บางรายมีไข้ และอาเจียน ETEC เป็นสาเหตุสำคัญของโรคอุจจาระร่วงในทารกในประเทศที่กำลังพัฒนา และโรคอุจจาระร่วงในผู้เดินทาง (Traveller's diarrhea) ยาปฏิชีวนะไม่มีบทบาทในการรักษาอุจจาระร่วงจาก ETEC

(ค) Localized adherent *E. coli* (LA-EC) สร้าง cytotoxin ทำให้เกิดอุจจาระร่วงส่วนใหญ่หายได้เอง

(ง) Diffuse adherent *E. coli* (DA-EC) และ Enteroaggregative *E. coli* (EAaggEC) เชื้อทั้ง 2 ชนิด ทำให้เกิดโรคโดยสร้าง cytotoxin และการเกาะติด brush border ของ enterocyte เชื้อทั้งสองชนิดทำให้เกิดอุจจาระร่วงเฉียบพลันในทารกซึ่งส่วนใหญ่มักหายเอง บางรายงานพบว่าเป็นสาเหตุของ persistent diarrhea ในทารก

(จ) Enteroinvasive *E. coli* (EIEC) พบได้น้อย ก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่แบ่งตัวบุกรุกเยื่อบุลำไส้จนเกิดการอักเสบ และตามด้วยอาการแบบ dysentery ที่ลำไส้ใหญ่เช่นเดียวกับโรค shigellosis การรักษาต้องใช้อยาปฏิชีวนะ

(ฉ) Enterohemorrhagic *E. coli* (EHEC) มีรายงานพบในยุโรป และอเมริกา เกิดจากการกินเนื้อที่ไม่สุก EHEC ก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่ลำไส้ใหญ่จาก Shiga like toxin (SLT) ผู้ป่วยจะปวดท้องมาก และถ่ายเป็นเลือด ทำให้เกิดการอักเสบของเยื่อบุลำไส้ใหญ่ Type O157:H7 สามารถก่อให้เกิด hemolytic uremic syndrome ใช้เวลาในการฟักตัว 3-9 วัน

อาการแรกเริ่ม คือ ปวดท้อง อาเจียน ถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ และตามมาด้วยอุจจาระปนมูกเลือด มีการศึกษาพบว่าในการระบาดของ EHEC แต่ละครั้งจะมีผู้เสียชีวิตประมาณร้อยละ 1 และร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยมีภาวะ HUS ร่วมด้วยโดยจะเกิด 2-14 วันหลังเริ่มอุจจาระร่วง ปัจจัยเสี่ยงในการเกิด HUS คือ ผู้ป่วยอายุน้อย หรือสูงอายุ ถ่ายอุจจาระเป็นเลือด ไข้ ผลตรวจ complete blood count พบเม็ดเลือดขาวสูง และการได้ยาลับยั้งการเคลื่อนไหวของลำไส้มาก่อน ยาปฏิชีวนะไม่มีบทบาทในการรักษาโรคอุจจาระร่วงจาก EHEC

(5) *Vibrio cholera* เกิดได้ทุกอายุตั้งแต่แรกเกิด อาจพบมีการระบาด ผู้ป่วยเกิดอาการภายหลังได้รับเชื้อ 12-24 ชั่วโมง จะถ่ายเป็นน้ำสีขาวเหมือนน้ำขาวข้าวครึ่งละมวกๆ ทำให้เกิดอาการขาดน้ำอย่างรวดเร็ว และรุนแรงจนช็อกได้ อาจมีไข้เพราะขาดน้ำ การดูลักษณะสดด้วยกล้องจุลทรรศน์อาจเห็นเชื้อเคลื่อนไหวแบบผีพุ่งไต้ (shooting star)

(6) *Vibrio parahaemolyticus* พบในเด็กโตซึ่งมักได้รับเชื้อจากอาหารทะเล มีอาการแบบอาหารเป็นพิษ ปวดท้องมาก อาเจียน ถ่ายเป็นน้ำ อาจมีไข้ตามมา

(7) *Campylobacter jejuni* พบเชื้อในอุจจาระได้ทุกอายุ ทั้งที่มีอาการ และเป็นพาหะ ผู้ป่วยที่มีอาการจะเกิดจากเชื้อก่อให้เกิดพยาธิสภาพที่ลำไส้ส่วน ileum และลำไส้ใหญ่ ผู้ป่วยมักมีไข้ไม่สูง ถ่ายเป็นน้ำ หรือมีอาการถ่ายเป็นมูกเลือด

3.2.2 สาเหตุอื่นๆ เช่น สารพิษ ยา การดูดซึมลดลง Disaccharidase deficiency Bile acids Fatty acids inflammatory medication เป็นต้น

3.3 พยาธิกำเนิด

กลไกการเกิดอุจจาระร่วงพบได้เป็น 4 แบบ (สมิตร สุตรา, 2556)

3.3.1 Osmotic diarrhea เกิดเนื่องจากสารอาหารซึ่งดูดซึมได้ในลำไส้ เช่น น้ำตาลแลคโตส ไม่สามารถดูดซึมได้เนื่องจากการทำลายผนังลำไส้ที่ใช้ในการดูดซึมอาหาร ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส สารอาหารซึ่งไม่ดูดซึมจะดึงน้ำเข้าหาตัว และทำให้เกิดอุจจาระร่วง

3.3.2 Secretory diarrhea เกิดเนื่องจากการหลั่งสารน้ำจำนวนมากนำไส้ ซึ่งอาจเกิดจากการติดเชื้อโรค หรือไม่ใช่การติดเชื้อก็ได้ กลไกเกิดจาก enterotoxin ของเชื้อ นอกจากนั้น peptides ในลำไส้ เช่น vasoactive intestinal peptide (VIP) และสารบางอย่าง เช่น bile acid, fatty acids ก็อาจทำให้เกิดอาการอย่างเดียวกันได้

3.3.3 Motility related การเคลื่อนไหวของลำไส้ทั้งช้า และเร็วซึ่งเกิดเนื่องจากพยาธิสภาพบางอย่าง เป็นสาเหตุของภาวะอุจจาระร่วงได้ การเคลื่อนไหวช้า เช่น การอักเสบของลำไส้ หรือจากการอุดตันบางส่วน อาจเกิดภาวะ bacteria overgrowth ผลทำให้เกิด bile acid deconjugation ทำให้เกิดอุจจาระร่วงได้ การเคลื่อนไหวเร็ว เช่น irritable bowel ก็สามารถทำให้เกิดอาการในลักษณะเดียวกันได้

3.3.4 Inflammation การอักเสบของลำไส้ ทำให้มีการทำลายผนังลำไส้ มีการสูญเสียสารน้ำเกลือแร่ โปรตีน และเลือด เช่น การติดเชื้อ salmonella, shigella และ enterohemorrhagic E.coli

3.4 ผลกระทบของการเกิดโรคอุจจาระร่วง

ภาวะอุจจาระร่วงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่สำคัญต่อร่างกายของผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 ประการ ได้แก่ การเกิดภาวะขาดสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ในช่วงแรก ซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ และภาวะขาดสารอาหารในช่วงหลัง ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของเจริญเติบโตในระยะยาว

3.4.1 การขาดสารน้ำ ในช่วงแรกอาจเกิดจากอาเจียน หรือถ่ายอุจจาระมาก นอกจากนี้ยังมีการสูญเสียน้ำ และเกลือแร่ทางเหงื่อในรายที่มีไข้สูง ทางการหายใจในรายที่มีอาการหอบ ทำให้ร่างกายสูญเสียน้ำ และอิเล็กโทรไลต์เป็นจำนวนมาก ซึ่งอาจรุนแรงเล็กน้อย หรือรุนแรงมาก จนทำให้เกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ การสูญเสียของเหลว และอิเล็กโทรไลต์จากน้ำภายนอกเซลล์ นอกจากนั้นยังทำให้สูญเสียต่าง (base) ในรูปแบบของไบคาร์บอเนต (HCO_3^-) ทำให้ร่างกายมีสภาพเป็นกรด (สุมิตร สุตรา, 2556)

3.4.2 การดูดซึมสารอาหาร เกิดความผิดปกติในลำไส้เล็ก และมีการสูญเสียโปรตีนจำนวนมากในลำไส้ใหญ่ ในกรณีที่มีการอักเสบของลำไส้ ร่างกายจะมีการหลั่ง cytokines จำนวนมาก ทำให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร และอ่อนเพลีย รวมทั้งเมแทบอลิซึมของร่างกายเพิ่มขึ้น มีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อภาวะโภชนาการของผู้ป่วย และการเจริญเติบโต เนื่องจากพบบ่อยที่สุดในวัยเด็ก และทารก อาการของโรคทำให้มีการสูญเสียน้ำ อิเล็กโทรไลต์ และสารอาหาร ทำให้เด็กเบื่ออาหาร และการดูดซึมสารอาหารลดลง มีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กได้ถึงร้อยละ 10-80 ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดภาวะขาดสารอาหาร หรือทุพโภชนาการ ซึ่งมีผลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการตามมาได้ (สุมิตร สุตรา, 2556)

3.4.3 เกิดภาวะชกจากไข้ โดยเฉพาะเด็กช่วงอายุ 3 เดือน – 5 ปี เนื่องจากการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ส่งผลให้เด็กมีไข้ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบประสาท และเกิดภาวะชกได้ (สรีพร ชมบุญ, นัยนา หนูนิล, สายฝน เอกวารงกูร และเกียรติกำจร กุศล, 2562)

3.5 การประเมินอาการ และอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ อาการขาดน้ำเป็นอาการสำคัญที่ทำให้เด็กเสียชีวิตได้ ซึ่งมีการประเมินภาวะขาดน้ำที่มีความนิยมใช้อยู่ 2 รูปแบบ

3.5.1 Center for Disease Control and Prevention (CDC) scale (Schnadower et al, 2013) แบ่งความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ตารางที่ 1 ตารางแสดงการประเมินอาการขาดน้ำ จำแนกตามความรุนแรงของ Center for Disease Control and Prevention (CDC) scale (World Health Organization, 1995)

วิธีการ	การประเมินอาการขาดน้ำ		
	ขาดน้ำเล็กน้อย	ขาดน้ำปานกลาง	ขาดน้ำรุนแรง
1. น้ำหนักตัวลดลง	3-5%	5-10%	> 10%
2. อาการ และอาการแสดง			
ลักษณะทั่วไป	สบาย ปกติ	กระสับกระส่าย	อ่อนปวกเปียก
การหายใจ	ปกติ	เร็ว	เร็ว และลึก
ชีพจร	ปกติ	เร็ว	เบาเร็ว หรือคลำไม่ได้
ความดันโลหิต	ปกติ	postural hypotension หรือปกติ	ต่ำ หรือวัดไม่ได้
เยื่อปาก และลิ้น	เปียก	แห้ง	แห้งมาก
กระหม่อมหน้า (ในเด็กอายุ < 18 เดือน)	ปกติ	บวม (depress)	บวมมาก
กระบอกตา	ปกติ	ลึกโหล	แห้ง และลึกโหลมาก
กระหายน้ำ	น้อย หรือปกติ	มากกว่าปกติ	ดื่มน้ำได้น้อย หรือไม่สามารถดื่มน้ำได้
น้ำตา	มีน้ำตา	ไม่ค่อยมีน้ำตา	ไม่มีน้ำตา
skin turgor	ผิวหนังกลับคืนเร็ว (good)	ผิวหนังตั้งคงอยู่ < 2 วินาที (fair)	ผิวหนังตั้งคงอยู่ ≥ 2 วินาที (poor)
สัมผัสผิวหนัง	อุ่น	อุ่น หรือเย็น	เย็น
3. ปัสสาวะ			
ความถี่	ปกติ	น้อย	ไม่ปัสสาวะเกิน 6 ชั่วโมง
ปริมาณ	ปกติ	< 1 mL/kg/hr.	< 0.5 mL/kg/hr.
ความถี่เฉพาะ	< 1.020	1.021-1.030	> 1.030
4. capillary refill	< 2 วินาที	2-3 วินาที	3-4 วินาที

3.5.2 แนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2014) แบ่งความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ เป็น 3 ระดับ ดังนี้

ตารางที่ 2 ตารางแสดงการประเมินอาการขาดน้ำ จำแนกตามความรุนแรงขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2014)

อาการ และอาการแสดง	ภาวะขาดน้ำ
พบอาการอย่างน้อย 2 อาการ: - ซึมลง หรือหมดสติ - ตาลึกโหล - ดื่มน้ำน้อย หรือไม่สามารถดื่มน้ำได้ - ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ผิวหนังคืนตัวช้ามาก	ขาดน้ำรุนแรง
พบอาการอย่างน้อย 2 อาการ: - กระสับกระส่าย กระวนกระวาย - ตาลึกโหล - กระหายน้ำมาก - ความตึงตัวของผิวหนังลดลง ผิวหนังคืนตัวช้า	ขาดน้ำบางส่วน
ไม่พบอาการของการขาดน้ำ ทั้งการขาดน้ำบางส่วน และการขาดน้ำรุนแรง	ไม่ขาดน้ำ

3.6 การรักษาโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

การรักษาผู้ป่วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ประกอบด้วย (ไพโรจน์ จงบัญญัติเจริญ, 2557)

3.6.1 การให้สารละลายเกลือแร่ (ORS) เพื่อป้องกัน และรักษาภาวะขาดน้ำ

วิธีการให้น้ำทางปาก (Oral rehydration therapy; ORT) เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ (Prevention of dehydration) เมื่อมีการสูญเสียน้ำกับอิเล็กโทรไลต์ไปกับอุจจาระ แม้ถ่ายอุจจาระ

เป็นน้ำปริมาณมากเพียงครั้งเดียว ก็ควรเริ่มให้การรักษาดูแลด้วยการให้สารละลายเกลือแร่ การรักษาภาวะขาดน้ำ (Treatment of dehydration) ตามความรุนแรงของภาวะขาดน้ำ

การรักษาภาวะขาดน้ำด้วยสารละลายเกลือแร่ทางปาก

1) การให้สารละลายเกลือแร่ (ORS) สำหรับผู้ป่วยขาดน้ำน้อยถึงปานกลางในการแก้ไขภาวะขาดน้ำ (deficit) มีความสำคัญมาก

(1) ในรายที่ขาดน้ำน้อย ให้สารละลายเกลือแร่ 50 มล./กก. ใน 4 ชั่วโมงแรก และให้ maintenance 100 มล./กก. จนครบ 24 ชั่วโมง

(2) ในรายที่ขาดน้ำปานกลาง ให้สารละลายเกลือแร่ 100 มล./กก. ใน 4 ชั่วโมงแรก และให้ maintenance 100 มล./กก. จนครบ 24 ชั่วโมง

2) การให้สารละลายเกลือแร่ เพื่อทดแทนส่วนของ concurrent หรือ ongoing loss โดยให้แทนปริมาตรต่อปริมาตรที่เสียไปจากการถ่ายอุจจาระ การเก็บตวง และวัดปริมาตรอุจจาระที่ถ่าย หรือชั่งน้ำหนักที่ลดลงเป็นวิธีที่ต้องพยายามทำเพื่อให้ทราบปริมาณ concurrent loss กรณีที่ทำไม่ได้ ให้สารละลายเกลือแร่ 10 มล./กก. ต่อการถ่ายอุจจาระเป็นน้ำ 1 ครั้ง หรือ ½ แก้วในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี 1 แก้วในเด็กอายุ 2 ปีขึ้นไป

การประเมินผล ORT ให้ดูภาวะขาดน้ำ ถ้าอาการขาดน้ำหายไป ผู้ป่วยสดชื่น เล่นได้ แม้จะถ่ายอุจจาระอยู่บ้างถือว่าได้ผล กรณีถ่ายอุจจาระมากถึง 10 มล./กก./ชั่วโมง หรือมากกว่า 1 ครั้งต่อ 2 ชั่วโมง ต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะขาดน้ำอย่างใกล้ชิด ถ้าถ่ายอุจจาระมากกว่า 20 มล./กก./ชั่วโมง (High stool output) จำเป็นต้องให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ แต่มีรายงานการรักษา high stool output ได้ผลโดยให้สารน้ำทาง nasogastric tube สารน้ำที่ไม่เหมาะสม (Nonphysiologic ORS) ไม่ควรใช้ เช่น น้ำอัดลม สารน้ำที่เตรียมเองที่บ้าน ในปัจจุบัน WHO-ORS ที่เดิมใช้อยู่ (Original) ได้ลดเกลือทำให้ total osmolarity ลดลง

3.6.2 การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ข้อบ่งชี้ High stool output ถ่ายอุจจาระร่วง ≥ 20 มล./กก./ชั่วโมง

วิธีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำแบ่งเป็น 3 ระยะ 1) การให้สารน้ำในระยะแรก (Initial fluid) เพื่อรักษา intravascular circulation blood volume ให้กลับมาปกติเร็วที่สุดโดยให้ normal saline solution หรือ Ringer's lactate solution 2) การให้สารน้ำทดแทน deficit เพื่อให้ extracellular fluid volume เป็นปกติใน 8 ชั่วโมง 3) ระยะให้สารน้ำ maintenance เพื่อให้ intracellular fluid volume เป็นปกติใน 16 ชั่วโมง การให้สารน้ำทดแทน deficit และ maintenance มารถคำนวณให้รวมกันภายใน 2 ชั่วโมงได้

วิธีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ หลักการรักษา hypovolemic shock ควรแก้ไขภาวะนี้โดยเร็วที่สุด ให้ initial fluid 40 มล./กก./ชั่วโมง หรือให้ intravenous push จนกว่าชีพจร ความดันโลหิต และความรู้สึกตัวกลับมาเป็นปกติ ส่วนที่เหลือแบ่งให้หมดใน 24 ชั่วโมง

ในระหว่างให้สารน้ำจะต้องบันทึกจำนวนของสารน้ำที่ผู้ป่วยได้รับ การเปลี่ยนแปลงสภาพของผู้ป่วย จำนวนอุจจาระ และอาเจียนระหว่างนั้น (concurrent loss) เพื่อคำนวณให้เพิ่มเติม โดยหลักการให้พยายามทดแทน concurrent loss ให้ได้ปริมาตรต่อปริมาตรที่เสียไป และให้สารน้ำชนิดเดียวกับที่เสียไป

3.6.3 การให้อาหาร (Maintenance of nutrition by early feeding) เมื่อ rehydration แล้ว ควรให้อาหารเพื่อช่วยลดการเกิดภาวะทุพโภชนาการ การให้ ORT ผสมแป้ง หรือ glucose polymer ทำให้อุจจาระออกน้อยลง กรณีกินนมแม่ สามารถให้กินต่อไปได้แม้โรคอุจจาระร่วงเกิดจากการได้รับเชื้อ rotavirus

การให้ ORS เพื่อแก้ภาวะขาดน้ำในเวลา 4-6 ชั่วโมง และให้นมผสมปกติตามหลังทันทีที่แก้ภาวะขาดน้ำแล้ว การให้เด็กได้รับสารอาหารเร็ว นอกจากจะได้ประโยชน์จากการได้รับสารอาหารแล้ว ยังทำให้หายจากอุจจาระร่วงเร็วขึ้น เด็กโตแนะนำให้ข้าวต้ม โจ๊ก (ปรุงเอง) ตามแต่จะรับได้ตั้งแต่หลัง 4 ชั่วโมงแรกที่แก้ภาวะ dehydration พร้อมกับให้เพิ่มอีก 1 มื้อ ในกรณีที่ภาวะดูซึม แลคโตสบกพร่อง จำเป็นต้องใช้นมสูตรที่ไม่มีแลคโตส ผู้ป่วยที่มีปัญหา lactose intolerance จะมีอาการอุจจาระร่วงมากขึ้นเมื่อดื่มนมที่มีแลคโตส การให้นมที่ไม่มีน้ำตาลแลคโตสควรให้กรณีที่ตรวจพบอุจจาระเป็นกรด และ reducing substance positive ในช่วงที่มีอุจจาระร่วง

3.6.4 การให้ยาปฏิชีวนะ อุจจาระร่วงส่วนใหญ่หายเองได้ โดยการป้องกัน และรักษาภาวะขาดน้ำร่วมกับการให้อาหารที่เหมาะสม ส่วนยาปฏิชีวนะ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้ในรายที่ถ่ายอุจจาระเป็นมูกเลือดที่เกิดจาก Shigella ส่วนที่เกิดจาก Salmonella จะให้ยาปฏิชีวนะในเด็กอายุน้อยกว่า 3 เดือน ในรายที่ภูมิคุ้มกันบกพร่อง และในรายที่มีอาการติดเชื้อนอกทางเดินอาหารเท่านั้น

4. การพยาบาลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

เมื่อผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญสำหรับกระบวนการฟื้นฟูหายของผู้ป่วย เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด (สุปาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช, 2560)

จากการสังเกตการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป กิจกรรมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะอุจจาระร่วงเฉียบพลันเมื่อเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีดังต่อไปนี้

4.1 การประเมินแรกรับ คือ การซักประวัติที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เช่น ลักษณะ สี ปริมาณ จำนวนครั้งของอาเจียนและการถ่ายอุจจาระก่อนมาโรงพยาบาล เวลาที่ปัสสาวะครั้งสุดท้าย การได้รับสารน้ำทางปากหรือทางอื่นๆก่อนมาโรงพยาบาล เป็นต้น

4.2 การตรวจร่างกายและการประเมินสภาพ คือ การประเมินสัญญาณชีพ ประเมินภาวะขาดน้ำ ประเมินความวิตกกังวลของมารดา

4.3 การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล เป็นการดูแลเด็กและผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับ ตลอดจนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ประกอบด้วยการรักษา การให้ข้อมูลและคำแนะนำแก่ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตั้งแต่วันแรกที่เด็กเข้ารับการรักษ เพื่อให้ผู้ดูแลดูแลเด็กที่ตั้งแต่อายุโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปดูแลที่บ้าน โดยประเมินความรู้ของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยเน้นย้ำพฤติกรรมดังกล่าวอีกครั้งในวันที่เด็กได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.3.1 การพยาบาลเพื่อแก้ไขภาวะขาดน้ำ แก้ไขโดยการให้สารน้ำทดแทนตามระดับความรุนแรงของภาวะขาดน้ำของผู้ป่วยเด็กแต่ละราย และติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ

(1) มีภาวะขาดน้ำระดับน้อย ในเด็กเล็กให้คำแนะนำในการให้นมแม่และนมผสมตามปกติ ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ให้ ORS ทางปาก 10 มล./กก. ต่อการถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง (ปริมาณสูงสุด 240 มล. ต่อครั้ง) เด็กอายุมากกว่า 2 ปี ให้ ORS ทางปาก 100-200 มล. ต่อการถ่ายอุจจาระ 1 ครั้ง โดยให้ป้อนด้วยช้อน ไม่แนะนำให้ดูดจากขวด

(2) มีภาวะขาดน้ำระดับปานกลาง ให้ ORS ทางปาก 50-100 มล./กก./4 ชั่วโมง ประเมินสัญญาณชีพทุก 2 ชั่วโมง ประเมินปัสสาวะ ติดตามผลอิเล็กทรอนิกส์ หากมีความผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาทันที

(3) มีภาวะขาดน้ำระดับรุนแรง ซึ่งอาจเกิดภาวะช็อค จึงจำเป็นต้องดูแลให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำและประเมินอัตราการไหลให้เหมาะสม ประเมินสัญญาณชีพทุก 1 ชั่วโมง บันทึกสารน้ำเข้า-ออกจากร่างกาย ติดตามผลอิเล็กทรอนิกส์ หากมีความผิดปกติ รายงานแพทย์เพื่อปรับเปลี่ยนแผนการรักษาทันที ในรายที่มีอาการเหนื่อยหอบ ดูแลให้ออกซิเจนตามความเหมาะสมกับสภาวะของผู้ป่วย

4.3.2 การป้องกันภาวะขาดสารอาหาร หากผู้ป่วยมีภาวะขาดน้ำระดับน้อยถึงระดับปานกลาง ในเด็กเล็กสามารถให้นมแม่และนมผสมได้ตามปกติ ในเด็กโตหากรับประทานอาหารได้ ให้รับประทานอาหารอ่อนย่อยง่าย เช่น โจ๊ก ในรายที่มีภาวะขาดน้ำระดับรุนแรง ดูแลให้ได้รับสารน้ำและอิเล็กทรอนิกส์ตามแผนการรักษา ในรายที่สามารถชั่งน้ำหนักได้ ให้ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยเด็กทุกวัน

4.3.3 ดูแลป้องกันการระคายเคืองผิวหนังบริเวณรอบทวารหนัก โดยแนะนำให้ใช้ผ้าอ้อม แทนการใช้ผ้าอ้อมสำเร็จรูป โดยผู้ดูแลเปลี่ยนผ้าอ้อมทุกครั้งหลังจากที่เด็กขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ทำความสะอาดด้วยน้ำอุ่นและน้ำสบู่อ่อน ซับผิวหนังให้แห้งด้วยผ้าสะอาด แนะนำให้ทา Zinc paste หรือ Cold cream ตามแผนการรักษา จัดทำอนตะแคงหรือคว่ำ เพื่อให้ผิวหนังบริเวณทวารหนักและก้นได้สัมผัสอากาศ ไม่อับชื้น

4.3.4 ดูแลให้ได้รับความสุขสบาย โดยแนะนำให้ทาวาสลินบริเวณริมฝีปากเมื่อริมฝีปากแห้ง และเนื่องจากเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงจะมีอาการอาเจียนและปวดท้องจากการที่ลำไส้เคลื่อนไหวน่ามากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรลดการรบกวนผู้ป่วยเด็กโดยไม่จำเป็น ให้ผู้ดูแลอยู่ใกล้ชิดกับเด็ก และอนุญาตให้หน้าของเล่น หรือสิ่งของที่เด็กชอบวางไว้บนเตียง เพื่อลดความกลัวและความวิตกกังวลของเด็ก

4.3.5 ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยการแยกผู้ป่วยออกจากผู้ป่วยอื่นๆ ล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วยและบริเวณรอบเตียงผู้ป่วย แยกของใช้ เสื้อผ้า และของปนเปื้อนอุจจาระและทำลายเชื้ออย่างถูกวิธี

4.3.6 วางแผนจำหน่าย โดยประเมินความรู้ของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็ก เรื่องการล้างมือก่อน และหลังการสัมผัสผู้ป่วย การให้สารน้ำทดแทนทางปากและการให้อาหาร การดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณทวารหนักและก้น และให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำเรื่องความสะอาดของอาหารและภาชนะที่ใช้ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย รวมถึงการกำจัดอุจจาระที่ถูกวิธี

ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลดังที่กล่าวข้างต้น มีความสอดคล้องกับการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของ Hockenberry และ Wilson (2018) เนื่องจากการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดที่พยาบาลต้องเร่งดำเนินการแก้ไขโดยเร็วที่สุดคือ ภาวะขาดน้ำ ทำให้กิจกรรมการพยาบาลขณะอยู่โรงพยาบาลโดยส่วนใหญ่มุ่งเน้นไปที่การแก้ไขภาวะขาดน้ำ และภาวะแทรกซ้อนเป็นสำคัญ ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนวันในการนอนโรงพยาบาลระยะสั้น โดยวันนอนเฉลี่ย 2-3 วัน ในบริบทของการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การให้ข้อมูลคำแนะนำโดยส่วนใหญ่ของข้อมูลทั้งหมด ผู้ดูแลได้รับจะเป็นวันที่ผู้ป่วยเด็กได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้ระยะเวลาไม่เพียงพอต่อการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็ก

เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเมื่อได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางคลินิกผ่านพ้นภาวะวิกฤต และมีอาการคงที่ ซึ่งผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลต่อที่บ้านได้ และยังคงต้องได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพมีความรู้ในการดูแล รวมถึงผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กเมื่อมีอาการอุจจาระร่วง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงซ้ำได้

ในปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการไร้รอยต่อ” มีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้ารับบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึงเป็นธรรม มีคุณภาพ ได้มาตรฐาน (ดวงดาว ศรียากุล และคณะ, 2563) จากการทบทวนวรรณกรรม วรรณกรรมส่วนใหญ่ที่จัดทำขึ้น เป็นกระบวนการจัดการเรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง นำไปสู่การดูแลต่อเนื่องในระยะยาว ไม่เฉพาะเจาะจงกับเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ทำให้เด็กและผู้ดูแลไม่ได้รับการติดตามเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอย่างต่อเนื่อง

5. ความต่อเนื่องในการดูแล

ความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) เป็นกระบวนการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางเพื่อการเข้าถึงความต้องการ และความคาดหวังทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล ซึ่งในส่วนของพยาบาล ความต่อเนื่องในการดูแล หรือความต่อเนื่องในการพยาบาล เป็นการดูแลผู้ป่วยรายหนึ่งจากพยาบาลคนเดียว หรือกลุ่มเดียวอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการการดูแลให้เฉพาะเจาะจง และคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล มีการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล และเป็นการดูแลตลอดเวลา (Care provided overtime) ซึ่งเป็นความต่อเนื่องในการดูแลในระยะยาว หรือเป็นลำดับเหตุการณ์ที่มีความต่อเนื่องกันในระยะเวลาสั้นๆ ความต่อเนื่องในการพยาบาลนั้น เป็นการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงการดูแลจากอดีตสู่ปัจจุบัน และอนาคต เนื่องจากแนวคิดนี้มีความเกี่ยวข้องกับ ความต่อเนื่องของข้อมูล สัมพันธภาพ และการบริหารจัดการ โดยผู้ให้บริการคนเดิม หรือทีมเดิม ต่อเนื่องตลอดเวลา (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry, 2003) เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเชื่อมโยงกันในช่วงที่ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปยังสถานที่ หรือระดับการดูแลที่แตกต่างไปจากเดิม เพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง และความปลอดภัยกับผู้ป่วย Haggerty และคณะ (2003) ได้แบ่งประเภทของความต่อเนื่อง (Continuity) ออกเป็น 3 ด้าน

5.1 ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) คือ การใช้ข้อมูลของผู้รับบริการ ทั้งในอดีตและปัจจุบัน เพื่อวางแผนการให้การดูแลในปัจจุบันและอนาคต ภายใต้เงื่อนไขเฉพาะบุคคล ความต่อเนื่องด้านข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญที่จะเชื่อมโยงการดูแลจากผู้ให้บริการรายหนึ่งกับผู้ให้บริการรายอื่นๆ ในทีม เช่น ข้อมูลการตรวจรักษา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ คำแนะนำหรือข้อมูลในการรักษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการเชื่อมโยงข้อมูลในอดีตสู่การประยุกต์ใช้สำหรับการดูแลในปัจจุบัน ซึ่งอาจจะเป็นข้อมูลในรูปแบบแฟ้มประวัติ หรือจากความทรงจำของผู้ให้บริการ โดยต้องผ่านการตีความ ข้อมูลนั้นเสมอ ความต่อเนื่องด้านข้อมูลประกอบด้วย 2 ชนิด ดังนี้

5.1.1 การส่งต่อข้อมูล (Transfer of information) เป็นการส่งต่อข้อมูลของผู้รับบริการ จากผู้ให้บริการรายหนึ่งไปสู่อีกรายหนึ่ง เพื่อเชื่อมการดูแลให้เป็นการดูแลตลอดเวลา ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือในการให้การดูแลระหว่างทีมผู้ให้บริการ ซึ่งการส่งต่อข้อมูลแบบต่อเนื่องเป็นอีก หนึ่งความท้าทายของการพัฒนาระบบการดูแล เนื่องจากการส่งต่อข้อมูลไม่ใช่เพียงการส่งต่อระหว่างผู้ให้บริการ แต่อาจเป็นการส่งต่อข้อมูลระหว่างแผนก หรือระหว่างองค์กร

5.1.2 การส่งต่อข้อมูลสะสมเกี่ยวกับผู้รับบริการ (Accumulate knowledge of patient) เป็นการส่งต่อข้อมูลที่ไม่ใช่ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา แต่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ เป็นข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับลักษณะของผู้รับบริการ เช่น ความชื่นชอบส่วนบุคคล ค่านิยม ความรู้เกี่ยวกับคุณค่าของผู้รับบริการ บริบททางสังคมและสิ่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้จากการที่ผู้ให้บริการรายหนึ่งดูแลใกล้ชิดผู้รับบริการ และส่งต่อให้แก่ผู้ให้บริการรายอื่น เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลให้เกิดประสิทธิภาพ และความพึงพอใจสูงสุดของผู้รับบริการ

5.2 ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) คือ การมุ่งเน้นการบริหารจัดการระบบการดูแลเมื่อมีการส่งต่อผู้รับบริการไปยังผู้ให้บริการทางสุขภาพสาขาอื่นหรือแผนกอื่นให้มีความต่อเนื่องไม่ซ้ำซ้อน ไม่ใช่เวลานาน และไม่เกิดความผิดพลาด ซึ่งต้องมีความยืดหยุ่นและประยุกต์ให้เหมาะสม ความต่อเนื่องด้านการบริหารจัดการ ประกอบด้วย 2 ชนิด ดังนี้

5.2.1 ความสม่ำเสมอของการดูแล (Consistency of care) เป็นการวางแผนเพื่อให้ผู้รับบริการได้รับความต่อเนื่องในการดูแลระหว่างการได้รับการดูแลรักษาปัจจุบัน โดยตระหนักถึงความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ รวมถึงภาวะสุขภาพขณะที่กำลังเผชิญ และกำหนดเป้าหมายของการดูแล เช่น การวางแผนการพยาบาล หรือการวางแผนแนวทางการดูแล (Continuum of care or care pathways) จะต้องมีการจัดลำดับ และจัดสรรเวลาในการให้การดูแลอย่างเหมาะสม

5.2.2 ความยืดหยุ่น (Flexibility) เป็นการวางแผนการให้การดูแลที่มีความยืดหยุ่นและจำเพาะบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับสถานการณ์หรือความต้องการของผู้รับบริการที่เปลี่ยนแปลงได้อย่างทันท่วงที

5.3 ความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) สัมพันธภาพเชิงวิชาชีพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้การดูแล ซึ่งเป็นการดูแลในปัจจุบันและเชื่อมโยงไปถึงการให้การดูแลในอนาคต ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแลแบบปฐมภูมิ โดยทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการสามารถติดต่อกันได้ตลอดเวลา หากเป็นไปได้ผู้รับบริการควรได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการคนเดิมเสมอ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความเข้าใจซึ่งกันและกัน เกิดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และเกิด

ความรู้สึกรับผิดชอบต่อผู้รับบริการอย่างยั่งยืน ความต่อเนื่องด้านสัมพันธภาพ ประกอบด้วย 2 ชนิด ดังนี้

5.3.1 สัมพันธภาพต่อเนื่องระหว่างผู้รับบริการและให้บริการ (Ongoing patient-provider relationship) ซึ่งขึ้นอยู่กับระยะเวลา (trust and time) และสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการสร้างความเชื่อใจไว้วางใจ (พีรนนท์ วิศาลสกุลวงษ์, 2557) รวมถึงลักษณะของการให้การดูแล เช่น การดูแลในระยะเวลาสั้นๆ ในการเจ็บป่วยวิกฤติ หรือความต่อเนื่องในการดูแลเป็นระยะเวลานาน เช่น การดูแลของพยาบาลเยี่ยมบ้าน สร้างความมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบในการดูแลเด็กร่วมกับทีมผู้ดูแล

5.3.2 ความสม่ำเสมอของผู้ให้บริการ (Consistency of personnel) ความสม่ำเสมอของผู้ให้บริการจะให้ความสำคัญกับการได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการคนเดิม ตลอดการดูแลในแผนกนั้นๆ หรือโรคนั้นๆ จะส่งเสริมให้เกิดการวางแผนการดูแลที่ดีภายใต้ข้อมูลที่ครบถ้วนและละเอียดอ่อนมากกว่า และไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการค้นหาข้อมูล เนื่องจากผู้รับบริการอาจไม่ต้องการเล่าประวัติหรือเรื่องราวเดิมซ้ำแล้วซ้ำอีก

การดูแลแบบต่อเนื่องทั้ง 3 ด้านดังกล่าวจะเกิดขึ้นพร้อมกับองค์ประกอบหลักคือ (1) การที่ผู้รับบริการคนหนึ่งได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการคนเดิมหรือทีมเดิม (Care experienced by an individual) โดยบูรณาการการดูแลให้เฉพาะเจาะจงและคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคล มีการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และ (2) การดูแลแบบต่อเนื่องตลอดเวลา (care provided overtime) ซึ่งเป็นความต่อเนื่องในการดูแลในระยะยาว หรือเป็นลำดับ เหตุการณ์ที่มีความต่อเนื่องกันในระยะเวลาสั้นๆ หากขาดองค์ประกอบใดไปจะไม่ใช่การดูแลแบบต่อเนื่อง ดังนั้น การดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องนี้เป็นการเชื่อมโยงการดูแลจากอดีตสู่ปัจจุบันและในอนาคต เนื่องจากแนวคิดเกี่ยวข้องกับการต่อเนื่องของข้อมูล สัมพันธภาพ การบริหารจัดการโดยผู้ให้บริการคนเดิม หรือทีมเดิมต่อเนื่องตลอดเวลา

6. การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นการที่พยาบาลให้การพยาบาลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องไปยังการดูแลต่อที่บ้าน โดยมีจุดมุ่งหมายให้เด็กได้รับความต่อเนื่องในการดูแล ผ่านการให้ความรู้ และการฝึกทักษะในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันปฏิบัติในทุกขั้นตอนของกิจกรรม ดังนี้

6.1 ขั้นการสร้างสัมพันธภาพ พยาบาลแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับเด็กผู้ดูแล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องให้ผู้ดูแลทราบ

6.2 ขั้นความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสะสม (Accumulate knowledge of patient) ผ่านแบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล นำข้อมูลของเด็กและผู้ดูแลทั้งในอดีตและปัจจุบัน ในการนำมาวางแผนการให้การดูแลในปัจจุบันและอนาคต ภายใต้เงื่อนไขเฉพาะ โดยบันทึกข้อมูลผ่าน

Google form เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไว้ใช้ในการส่งต่อข้อมูล (Transfer of information) ให้ทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่)

6.3 ชั้นความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) โดยพยาบาลร่วมกับผู้ดูแลในการสร้างข้อตกลงการวางแผนในการจัดลำดับความต้องการข้อมูลในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และจัดสรรเวลาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น (Flexibility) ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะโดยการทดลองปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงจริง รวมถึงการสอน และการสาธิต หากผู้ดูแลยังคงปฏิบัติไม่ถูกต้อง และผู้วิจัยจะเน้นย้ำจนผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และจะดำเนินการส่งต่อข้อมูลนี้ให้แก่ทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่) เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอของการดูแล (Consistency of care)

6.4 ชั้นความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) โดยผู้ดูแลสามารถติดต่อทีมผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นทีมเดิม ตั้งแต่เด็กเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปดูแลต่อบ้าน ได้ตลอดเวลาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account และมีการใช้สื่อการให้ความรู้ในรูปแบบอินโฟกราฟิก

แอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account เป็นช่องทางการติดต่อ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดตั้งระบบไลน์เฉพาะบุคคล ทำงานเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

1) ส่งข้อความอัตโนมัติด้วยคำหลัก (Keyword reply) โดยจะตอบกลับตามคำหลักที่กำหนดตั้งค่าไว้ แบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ ความหมายของโรคและอาการแสดง สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง ผลกระทบจากการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การประเมินอาการของการขาดน้ำ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล และอาการที่ต้องพาเด็กมาโรงพยาบาล ใช้สื่อความรู้ เป็นรูปภาพในรูปแบบอินโฟกราฟิก และข้อความคำอธิบาย

2) ส่งข้อความแบบ 1 ต่อ 1 กับผู้วิจัยสำหรับขอ คำปรึกษาแบบเฉพาะบุคคล หากผู้ดูแลสงสัยสามารถติดต่อ ผู้ดูแลระบบได้โดยตรง ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่) เป็นผู้ส่ง ข้อความตอบกลับด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล และผู้ดูแลสามารถขอข้อมูลความรู้ หรือติดต่อทีมผู้ดูแลได้ตลอดเวลา (Privacy)

สื่อการให้ความรู้ในรูปแบบอินโฟกราฟิก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง เป็นสื่อการให้ความรู้ สำหรับการให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ดูแล ประกอบด้วย 6 หัวข้อ ได้แก่ 1) ความหมายของโรคและอาการแสดง ประกอบด้วย 1 ภาพ 1 ชุดข้อความคำอธิบาย 2) สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วย 2 ภาพ 2 ชุดข้อความคำอธิบาย 3) ผลกระทบจากการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ประกอบด้วย 2 ภาพ 2 ชุดข้อความคำอธิบาย 4) การประเมินอาการของการขาดน้ำ ประกอบด้วย 1 ภาพ 1 ชุดข้อความคำอธิบาย 5) พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ประกอบด้วย 13 ภาพ 13 ชุดข้อความคำอธิบาย และ 6) อาการที่ต้องพาเด็กมาโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1 ภาพ 1 ชุดข้อความคำอธิบาย โดยผู้วิจัยจัดทำเป็นข้อความอัตโนมัติด้วยคำหลัก (Keyword reply) เป็นระบบในการส่งรูปภาพในรูปแบบอินโฟกราฟิก และข้อความคำอธิบาย ในแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง

7.1.1 รัชณี ธีระวิทยเลิศ, สุกัญญา จงถาวรสถิตย์ และปิ่นนภ นรเศรษฐพันธ์ (2552) ศึกษาการศึกษาความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันอุจจาระร่วงในเด็ก พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการณ์ล้างทำความสะอาดขูดนม ขวดน้ำ จุกนม ฝาครอบไม่ถูกวิธี ร้อยละ 94.40 ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการณ์กำจัดอุจจาระของเด็กไม่ถูกวิธี ร้อยละ 30.40

7.1.2 พินิจ ศรีใส (2552) ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอยะรังชัย จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้ดูแลไม่ใช้ภาชนะปกปิดขูดนม ขนมนมไว้ครั้งเดียวให้เด็กดื่มเรื่อยๆ จนหมด และ

7.1.3 พงศ์นรินทร์ สุริยะโจง, สามารถ ใจเตี้ย และสายหยุด มูลเพชร (2561) การศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอยะรังชัย จังหวัดลำพูน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้น้ำดื่มจากน้ำประปาหมู่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 44.20 ไม่ปรับปรุงคุณภาพน้ำก่อนนำมาดื่ม ร้อยละ 81.20 ผู้ดูแลไม่ต้มน้ำให้สุกก่อนนำมาให้เด็กดื่ม ร้อยละ 65 ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการณ์กำจัดอุจจาระของเด็กไม่เหมาะสม ได้แก่ มีถังขยะแบบไม่มีฝาปิดมิดชิด ร้อยละ 56.90 กำจัดขยะมูลฝอยในบ้านไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 76.50 ทำให้เด็กเกิดภาวะอุจจาระร่วงคิดเป็นร้อยละ 1.6 และเกิดภาวะอุจจาระร่วงมากกว่าบ้านที่ผู้ดูแลกำจัดอุจจาระตามหลักสุขาภิบาล 36.30 เท่า มีการล้างมือก่อนการปรุงอาหาร หรือขนมนมให้เด็กทุกครั้ง ร้อยละ 75.40

7.2 งานที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล

7.2.1 มลวิภา เสียงสุวรรณ (2547) ศึกษาผลของการเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมนต่อพฤติกรรมการณ์ดูแลเด็กของผู้ดูแล เลือกลูกตัวอย่างโดยการสุ่มแบบบังเอิญ เป็นผู้ดูแลเด็กอายุ 1-3 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวนกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการณ์ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการเตรียมเจ้าหน้าที่โดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการเตรียมเจ้าหน้าที่ตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

7.2.2 อรรพรรณ มาอ่อน (2552) ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เลือกลูกตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย จำนวนกลุ่มละ 15 คน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการณ์ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลกลุ่มทดลองภายหลังการศึกษาสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการณ์ดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

7.2.3 สุวรรณา มณีวงศ์ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนเจ้าหน้าที่ต่อพฤติกรรมการณ์ป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จำนวนกลุ่มละ 15 คน โดยจับคู่ที่มีความคล้ายคลึงกัน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการณ์ป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และค่าเฉลี่ยความต่าง

ของคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

7.3.1 ชูลีพร ยิ้มสุขไพฑูรย์ (2547) ศึกษาผลของการใช้แผนการจำหน่ายทารกโรคอุจจาระร่วงที่เน้นความต่อเนื่องในการดูแล ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล และพฤติกรรมการดูแลทารกที่บ้าน เลือกกกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลทารกโรคอุจจาระร่วงที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนด จำนวนกลุ่มละ 25 คน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกโรคอุจจาระร่วงที่บ้านของผู้ดูแล กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.3.2 สมพร เลิศวิริยเสถียร และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ (2561) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิด Continuity of care (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry, 2003) ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 10 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 28 คน ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม จำนวน 40 คน และผู้ดูแล จำนวน 45 คน ผลการวิจัยพบว่า การใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuous care model) แบ่งเป็น 3 ชนิด ได้แก่ ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) และความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) ซึ่งผลลัพธ์ของความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) ทำให้พยาบาลมีความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความพึงพอใจของพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด คุณภาพการบริการบรรลุเป้าหมายโดยสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผิวหนังรอบทวารเทียม มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และเพิ่มความสามารถในการดูแลทวารเทียมของผู้ป่วย

7.3.3 Baird และคณะ (2016) ศึกษาการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เป็นผู้ดูแล จำนวน 7 คน และพยาบาลจากหอผู้ป่วยวิกฤตกุมารเวชกรรม จำนวน 12 คน ศึกษาข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต และการเขียนตอบ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการการพยาบาลอย่างต่อเนื่องและต้องการให้พยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลอย่างเป็นปัจเจกบุคคล

7.3.4 D'haenens และคณะ (2019) ศึกษาผลของความต่อเนื่องในการดูแลต่อสุขภาพแม่และเด็กในช่วงหลังคลอด โดยการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic review) ทำการค้นคว้าฐานข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 2000-2018 กลุ่มเป้าหมาย คือ มารดาที่มีสุขภาพดี หรือทารกแรกเกิดคลอดด้วยอายุครรภ์ 37-42 สัปดาห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อวัดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของมารดาและทารก หรือสุขภาพจิต พบงานวิจัย จำนวน 10 เรื่อง เป็นการวิจัยโดยใช้การทดลองแบบสุ่ม (Randomized controlled trials) จำนวน 2 เรื่อง เป็นการวิจัยโดยการสังเกต (Observational studies) จำนวน 8 เรื่อง แบ่งความต่อเนื่องในการดูแลเป็น 3 ชนิด ได้แก่ ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) และความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) ซึ่งผลลัพธ์ของความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) จากการศึกษาส่วนมากเป็นทางบวก และพบปัจจัยรบกวน (Confounding factor) ได้แก่ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม

7.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสื่ออินโฟกราฟิก

7.4.1 พัชรา วาณิชวศิน (2558) ศึกษาศักยภาพของอินโฟกราฟิก (Infographic) ในการเพิ่มคุณภาพการเรียนรู้ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นว่า สื่ออินโฟกราฟิกช่วยเพิ่มความน่าสนใจ ความเข้าใจและการจดจำมากยิ่งขึ้น เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพ มีความชัดเจน และสามารถทำให้บรรลุวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ต้องการได้ นอกจากนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการใช้สื่ออินโฟกราฟิกในระดับมากที่สุด

7.4.2 พนมวรรณ ผลสาส์ (2562) ศึกษาเรื่องการพัฒนาสื่ออินโฟกราฟิก ตามทฤษฎีการถ่ายโยงความรู้ เรื่องการออมเพื่ออนาคต สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนด้วยสื่อการสอนอินโฟกราฟิกสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อสื่ออินโฟกราฟิกอยู่ในระดับมากที่สุด

7.4.3 สุภาพร นະมานะกะ ศยามน อินสะอาด และสุพจน์ อิงอาจ (2562) ศึกษาการพัฒนาสื่อการสอนอินโฟกราฟิกแบบภาพนิ่ง เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบว่า สื่อการสอนอินโฟกราฟิกแบบภาพนิ่งมีคุณภาพระดับดีมาก โดยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนภายหลังการเรียนด้วยสื่ออินโฟกราฟิกแบบภาพนิ่งสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และผู้เรียนมีผลความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด

7.4.5 พิลาศศิริ เสริมพงษ์ และพิชญานา ยวงสร้อย (2564) ศึกษาการพัฒนาสื่ออินโฟกราฟิก ให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนตามมาตรฐานวิถีชีวิตใหม่ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยใช้ชุดสื่ออินโฟกราฟิกสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และความพึงพอใจของผู้เรียนต่อการใช้ชุดสื่ออินโฟกราฟิกอยู่ในระดับมากที่สุด

7.4.6 ธัญญา สกุลชัง และกรวิภา สรรพกิจจางง (2565) ศึกษาการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน วิชาสังคมศึกษา เรื่อง หลักธรรมคำจูนโลก ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ระหว่างการสอนโดยใช้อินโฟกราฟิกกับการสอนแบบปกติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองใช้การสอนแบบอินโฟกราฟิกมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้การสอนแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการเรียนด้วยสื่ออินโฟกราฟิกอยู่ในระดับมากที่สุด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ สาเหตุเกิดจากพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลที่ไม่ถูกต้องทั้งในด้านการป้องกันและการรักษา และปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติ ซึ่งหากผู้ดูแลมีความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มีพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กที่ไม่ถูกต้อง จากสาเหตุและปัจจัยดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดความต่อเนื่องในการดูแล (Continuity of care) ของ Haggerty และคณะ (2003) มาพัฒนาการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Continuity in nursing care) แบ่งการพยาบาลอย่างต่อเนื่องเป็น 3 ชนิด ได้แก่ ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) และความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) ร่วมกับการใช้สื่อการสอนแบบอินโฟกราฟิกมาใช้ประกอบการให้คำแนะนำผ่านแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูสื่อการสอนและติดต่อทีมผู้ดูแลที่เดิมได้อย่างต่อเนื่อง และตลอดเวลา ซึ่งผลลัพธ์ของความต่อเนื่อง

ในการดูแล (Continuity of care) คือ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจะได้รับการดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างครอบคลุม และผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลเด็กต่อเนืองที่บ้านได้ โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้อง และผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเป็นปัจเจกบุคคล



8. กรอบแนวคิดการวิจัย

การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry, 2003) (ตั้งแต่วันแรกที่รับเข้าไว้ในโรงพยาบาล ถึง 1 สัปดาห์หลังจำหน่าย)

1. ขั้นการสร้างสัมพันธ์ภาพ พยาบาลแนะนำตัว และสร้างสัมพันธ์ภาพกับเด็กผู้ดูแล ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องให้ผู้ดูแลทราบ
2. ขั้นความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสะสม (Accumulate knowledge of patient) ผ่านแบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล นำข้อมูลของเด็กและผู้ดูแลทั้งในอดีตและปัจจุบัน ในการนำมาวางแผนการให้การดูแลในปัจจุบันและอนาคต ภายใต้เงื่อนไขเฉพาะ โดยบันทึกข้อมูลผ่าน Google form เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไว้ใช้ในการส่งต่อข้อมูล (Transfer of information) ให้ทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่)
3. ขั้นความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) โดยพยาบาลร่วมกับผู้ดูแลในการสร้างข้อตกลงการวางแผนในการจัดลำดับความต้องการข้อมูลในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และจัดสรรเวลาร่วมกัน เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น (Flexibility) ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะโดยการทดลองปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงจริง รวมถึงการสอน และการสาธิต หากผู้ดูแลยังคงปฏิบัติไม่ถูกต้อง และผู้วิจัยจะเน้นย้ำจนผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และจะดำเนินการส่งต่อข้อมูลนี้ ให้แก่ทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่) เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอของการดูแล (Consistency of care)
4. ขั้นความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) โดยผู้ดูแลสามารถติดต่อทีมผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นทีมเดิม ตั้งแต่เด็กเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ได้ตลอดเวลาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account และมีการใช้สื่อการให้ความรู้ในรูปแบบอินโฟกราฟิก

พฤติกรรม
การดูแลเด็ก
โรคอุจจาระร่วง
เฉียบพลัน
ของผู้ดูแล
หลังจำหน่าย 1
สัปดาห์ และ 2
สัปดาห์

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ทำการวัดก่อนและหลัง การทดลองแบบมีการวัดซ้ำ (Two groups pre-test post-test with repeated measures designs) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของ ผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วง เฉียบพลัน และระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรค อุจจาระร่วงเฉียบพลันกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

รูปแบบการวิจัย	กลุ่มทดลอง	O ₁	X	O ₃	O ₄
	กลุ่มควบคุม	O ₂		O ₅	O ₆
X	หมายถึง	การพยาบาลอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน			
O ₁	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลเด็กฯของผู้ดูแลระยะก่อนการทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง)			
O ₂	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลเด็กฯของผู้ดูแล ก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ			
O ₃	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลเด็กฯ ของผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาล อย่างต่อเนื่อง ระยะหลังการทดลองทันทีหลัง (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์)			
O ₄	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลเด็กฯ ของผู้ดูแลที่ได้รับการพยาบาล อย่างต่อเนื่องระยะหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์)			
O ₅	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลเด็กฯ ของผู้ดูแล หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์			
O ₆	หมายถึง	พฤติกรรมการดูแลเด็กฯ ของผู้ดูแล หลังได้รับการพยาบาลตามปกติ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์			

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 26 คน รวมเป็น จำนวน 56 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นบิดา มารดา หรือญาติของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้

1.1 ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น

1.2 เด็กที่อยู่ในความดูแลมีอาการของการขาดน้ำเล็กน้อย (Mild dehydration) หรือไม่มีอาการขาดน้ำ (No dehydration)

2. เป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก และอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันกับเด็ก

3. อายุ 18 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป

4. สามารถสื่อสารฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

5. มีโทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์ที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. เด็กที่อยู่ในความดูแลมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น มีอาการขาดน้ำระดับรุนแรง (Severe dehydration) สัญญาณชีพเปลี่ยนแปลง เป็นต้น

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมวิจัย (Termination criteria)

ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ไม่สามารถเข้าร่วมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องได้ครบทุกขั้นตอน เนื่องจากมีความวิตกกังวล ไม่สนใจ หรือไม่มีสิทธิในการรับฟัง ในขณะที่เข้าร่วม

การจับคู่ (Matching)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการจับคู่ (Matched pair) กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำปัจจัยดังกล่าวมาเป็นตัวควบคุมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มละ 30 คน (Gray, Grove & Sutherland, 2017) รวม 60 คน แต่เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ทำให้จำนวนเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลให้ตลอดระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 56 คน ถึงแม้ว่า

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไม่ครบ 60 คน แต่ผู้วิจัยสามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติที่เหมาะสมได้

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงรุนแรงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างเป็นระบบ (Random assignment) ด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลรายละเอียดดังนี้

- เมื่อมีผู้ดูแลและเด็กมีลักษณะตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้เข้ามารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ผู้วิจัยทำสลาก 2 แผ่น โดยแผ่นที่ 1 เขียนว่า กลุ่มทดลอง และแผ่นที่ 2 เขียนว่ากลุ่มควบคุม

- ผู้ดูแลคนแรกที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เข้ามา ผู้วิจัยทำการจับสลากผู้ป่วยเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม โดยคนแรกจับสลากได้กลุ่มควบคุม

- เมื่อมีผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์เข้ามารับรักษาที่หอผู้ป่วยอีก ผู้วิจัยพิจารณาว่ามีระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ตรงหรือใกล้เคียงกับผู้ดูแลที่ได้รับการจับสลากเข้ากลุ่มไว้แล้วหรือไม่ โดยให้แต่ละคู่มีลักษณะเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันในเรื่องระดับการศึกษา (ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช./ปวส.และปริญญาตรี) และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (มี และไม่มี)

- ถ้ามีลักษณะตรงกันก็จะจัดเข้าคู่กัน หากมีระดับและประสบการณ์ไม่ตรงกับผู้ดูแลที่ได้สุ่มเข้ากลุ่มไว้ ผู้วิจัยทำการจับสลากผู้ป่วยเด็กรายนั้นเข้ากลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุม เพื่อคอยผู้ดูแลรายต่อไป และกระทำเช่นนี้ไปเรื่อยๆ เป็นเวลา ประมาณ 8 เดือน ได้ผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 56 คน

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะส่วนบุคคลไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 20-30 ปี มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับมัธยมศึกษา มีรายได้ของครอบครัว/เดือนอยู่ระหว่าง 6,000-15,000 บาท มีประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ร้อยละ 50 และระดับของภาวะขาดน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ไม่มีภาวะขาดน้ำ ส่วนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีภาวะขาดน้ำระดับเล็กน้อย เมื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n = 26 คน)		กลุ่มควบคุม (n = 30 คน)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศของผู้ดูแล				
ชาย	0	0	4	13.33
หญิง	26	100.00	26	86.67
2. อายุของผู้ดูแล				
ต่ำกว่า 20 ปี	3	11.54	4	13.34
20-30 ปี	19	73.07	16	53.33
31-40 ปี	3	11.54	2	6.67
มากกว่า 40 ปี	1	3.85	8	26.66
3. ระดับการศึกษาของผู้ดูแล				
ประถมศึกษา	2	7.69	6	20.00
มัธยมศึกษา	15	57.70	13	43.33
ปวช./ปวส.	4	15.38	5	16.67
ปริญญาตรี	5	19.23	6	20.00
4. รายได้ของครอบครัว/เดือน				
6,000 - 15,000 บาท	14	53.84	15	50.00
15,001 - 25,000 บาท	2	7.69	9	30.00
25,001 - 35,000 บาท	6	23.08	4	13.34
35,001 - 45,000 บาท	2	7.69	1	3.33
45,001 - 55,000 บาท	1	3.85	1	3.33
55,001 - 65,000 บาท	1	3.85	0	0.00
5. ประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล				
เคย	13	50.00	15	50.00
ไม่เคย	13	50.00	15	50.00
6. ระดับของภาวะขาดน้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน				
ไม่มีภาวะขาดน้ำ	10	38.46	12	40.00
มีภาวะขาดน้ำระดับเล็กน้อย	7	26.92	16	53.33
มีภาวะขาดน้ำระดับปานกลาง	9	34.62	2	6.67

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยดำเนินการทำหนังสือจากคณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล ซึ่งได้รับใบรับรองผลการพิจารณา

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี รหัสงานวิจัย KNH 12/2564 ในวันที่ 20 เมษายน 2564 (ตั้งเอกสารในภาคผนวก ข) ผู้วิจัยประสานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เพื่อขออนุญาตคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสำหรับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล หรือการบำบัดรักษาที่ได้รับแต่อย่างใด นอกจากนี้ ในระหว่างการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ เป็นการนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อ และนามสกุลที่แท้จริง เมื่อสงสัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา เมื่อชี้แจงรายละเอียดต่างๆ แล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมงานวิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในใบยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยไม่ได้เป็นบุคลากรที่ทำงานประจำอยู่ในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และผู้วิจัยไม่ได้สวมใส่เครื่องแบบพยาบาลวิชาชีพขณะเก็บข้อมูลวิจัย เพื่อไม่ให้เกิดความเข้าใจผิดและทำให้ผู้ป่วยเกิดความเกรงใจในการที่จะเข้าร่วมการวิจัย ผู้ดูแลมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการทำวิจัย ไม่ว่าจะผู้ป่วยเด็กและผู้ปกครองจะเข้าร่วมหรือไม่ก็ตามจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ

จากการศึกษาพบว่า ไม่มีผู้ปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ มี 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลเด็ก

อายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง แบ่งเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก อาชีพ การศึกษา รายได้ ประสบการณ์ในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การได้รับข้อมูลความรู้ในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแล และบันทึกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ประกอบด้วย อายุ เพศ น้ำหนักตัว ระดับของการขาดน้ำ ลำดับพี่น้อง และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงในอดีตบันทึกข้อมูลโดยทีมผู้ดูแล จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแผนการเลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วย ประเภทของอาหารและน้ำที่เด็กได้รับในแต่ละวัน การดูแลความสะอาดอาหารและน้ำสำหรับเด็ก การดูแลความสะอาดร่างกายเด็ก การดูแลด้านความสะอาดของผู้ดูแล การดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อม การดูแลเด็กเมื่อเด็กมีอาการท้องเสีย และการป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนจากอาการถ่ายเหลวในเด็กที่ผู้ดูแลเคยปฏิบัติ โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแล ตรวจร่างกายร่วมกับพยาบาล และบันทึกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินสภาพเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วย ข้อมูลด้านการประเมินอาการทั่วไป และการตรวจร่างกายเด็กในระบบที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย เพื่อประเมินภาวะขาดน้ำ และภาวะแทรกซ้อนจากโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของเด็ก โดยผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแล ตรวจร่างกายร่วมกับพยาบาล และบันทึกข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล ของมลวิภา เสียงสุวรรณ (2547) วัดพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลครอบคลุมพฤติกรรมดูแลรักษา และการป้องกันการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในเด็ก ได้แก่ 1) การดูแลเมื่อเด็กมีไข้ อาทิ การเช็ดตัวลดไข้ การระบายความร้อน 2) การดูแลเมื่อเด็กมีอาการอุจจาระร่วง อาทิ การสังเกตลักษณะและนับจำนวนครั้งของอุจจาระ การให้สารละลายเกลือแร่ การทำความสะอาดก้นเด็กหลังการขับถ่าย การล้างมือภายหลังทำความสะอาดก้นเด็ก การกำจัดอุจจาระ การสังเกตภาวะขาดน้ำ การสังเกตอาการที่ต้องพาเด็กกลับมาตรวจที่โรงพยาบาล 3) การดูแลเด็กเรื่องอาหาร และน้ำดื่ม อาทิ การล้างมือก่อนเตรียมอาหาร การล้างมือให้เด็ก การเตรียมภาชนะใส่อาหารที่สะอาด การเตรียมอาหารและน้ำให้เด็ก การเก็บอาหารที่รับประทานไม่หมด 4) การเตรียมสารละลายเกลือแร่ อาทิ การล้างมือก่อนผสมสารละลายเกลือแร่ วิธีการผสมสารละลายเกลือแร่ วิธีการให้สารละลายเกลือแร่ 5) การดูแลเด็กเรื่องการให้ยา อาทิ การให้ยาฆ่าเชื้อเมื่อเด็กมีอาการอาเจียน การให้ยากับการดื่มนม 6) การดูแลเมื่อเด็กก้นแดง อาทิ การใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูป การจัดทำนอนที่เหมาะสม โดยผู้ตอบจะต้องเลือกข้อความให้ตรงกับพฤติกรรมของผู้ตอบให้มากที่สุด ข้อคำถามจะประกอบด้วยข้อความทางบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อความทางลบ จำนวน 6 ข้อ กำหนดรูปแบบการประเมินเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

ทำทุกครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์ในข้อนั้นๆ เกิดขึ้น
ทำเป็นส่วนมาก	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น แทบทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์ในข้อนั้นๆ เกิดขึ้น
ไม่ค่อยได้ทำ	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งเมื่อมีเหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้น
ไม่เคยทำเลย	หมายถึง	ไม่เคยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยเมื่อมีเหตุการณ์ในข้อนั้นๆ เกิดขึ้น

เกณฑ์ในการให้คะแนน ลักษณะของข้อความซึ่งประกอบด้วยข้อความทั้งเชิงบวก และเชิงลบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ทำทุกครั้ง	4	1
ทำเป็นส่วนมาก	3	2
ไม่ค่อยได้ทำ	2	3
ไม่เคยทำเลย	1	4

โดยแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

ร้อยละ	คะแนน	พฤติกรรมการดูแลเด็ก
< 60	<72	ระดับไม่ดี
60-79	72-95	ระดับปานกลาง
80-100	96-120	ระดับดี

การคิดคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล คือ ค่าคะแนนสูง หมายถึง ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็ก ๆ ที่ถูกต้องเหมาะสมมาก ส่วนค่าคะแนนน้อย หมายถึง ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลเด็ก ๆ ที่ถูกต้องเหมาะสมน้อย ซึ่งมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 30-120 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแผนการเลี้ยงดูเด็ก จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินสภาพเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 5 ข้อ และส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล จำนวน 24 ข้อ ซึ่งได้มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) และมีการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ดัดแปลงขึ้นทั้งหมดเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาสอดคล้องกับทฤษฎี ความเหมาะสมของข้อรายการ และการใช้ภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กในระบอบทางเดินอาหาร จำนวน 2 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรกระบบทางเดินอาหาร จำนวน 3 คน

ตรวจสอบความถูกต้องความครอบคลุมของเนื้อหาสาระตามแนวคิดและทฤษฎีของข้อรายการ ตามคำจำกัดความของตัวแปรที่การวิจัยกำหนด ตามวิธีการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของ Polit, Hungler & Beck (2006) โดยถือเกณฑ์ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ควรมีค่าเท่ากับหรือมากกว่า .80 ขึ้นไป หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.1 แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล มีการแก้ไขภาษาที่ใช้ในข้อความเล็กน้อยเพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจมากขึ้น เช่น เพิ่มตัวเลือกอาชีพเพิ่มข้อความเรื่องการได้รับข้อมูลข่าวสาร โดยมีตัวเลือกเกี่ยวกับช่องทางการแสวงหาความรู้ของผู้ดูแลที่เกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

1.2 แบบสอบถามแผนการเลี้ยงดูเด็ก มีการแก้ไขภาษาที่ใช้ในข้อคำถามเล็กน้อย เพื่อให้ผู้ตอบเข้าใจมากขึ้น เช่น ตัดข้อคำถามเรื่องยี่ห้อของนมผสม เนื่องจากไม่มีผลต่อการดำเนินการกระบวนการตามการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก ปรับหัวข้อคำถาม ข้อที่ 2 “การดูแลความสะอาดอาหารและน้ำสำหรับเด็ก” เป็น “การดูแลความสะอาดภาชนะบรรจุอาหาร ขวดนม ขวดน้ำ และขั้นตอนการเตรียมนม หรืออาหาร น้ำดื่ม สำหรับเด็ก” เพื่อให้ข้อคำถามมีความชัดเจนมากขึ้น

1.3 แบบประเมินสภาพเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีการแก้ไขภาษาที่ใช้ในข้อคำถามเล็กน้อยเพิ่มให้ผู้ตอบเข้าใจมากขึ้น เช่น ปรับตัวเลือกในข้อที่ 1 น้ำหนักของเด็กในตัวเลือกที่ 3-5 เป็น “3. ลดลง.....เปอร์เซ็นต์” เพื่อให้ได้ข้อมูลตามจริง

1.4 ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ภาคการดูแลเด็กของผู้ดูแล การแก้ไขภาษาที่ใช้ในข้อคำถามเล็กน้อยเพิ่มให้ผู้ตอบเข้าใจมากขึ้น เช่น ปรับข้อคำถามที่ 1 ปรับข้อความจาก “ใช้ผ้าชุบน้ำ....” เป็น “ใช้ผ้าชุบน้ำอุณหภูมิปกติ/น้ำอุ่น....” ค่า CVI เท่ากับ .95

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การพยาบาลอย่างต่อเนื่องในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ประกอบด้วย

1) แผนการพยาบาลในการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดความต่อเนื่องในการดูแล (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry, 2003) เป็นแผนการพยาบาลที่จัดให้กับผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งเด็กถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล กลับไปดูแลต่อที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับความต่อเนื่องในการดูแลจากผู้ดูแล ให้มีการฟื้นฟูเป็นปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และลดเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซ้ำ มีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1.1) ศึกษาแนวคิดความต่อเนื่องในการดูแล และพฤติกรรมดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง จากตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.2) กำหนดกิจกรรมของการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดการความต่อเนื่องในการดูแลของ Haggerty และคณะ (2003) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ดังนี้

การที่พยาบาลให้การพยาบาลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องไปยังการดูแลต่อที่บ้าน โดยมีจุดมุ่งหมายให้เด็กได้รับความต่อเนื่องในการดูแล ผ่านการให้ความรู้ และการฝึกทักษะในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ พยาบาลและผู้ดูแลร่วมกันปฏิบัติในทุกขั้นตอนของกิจกรรม ดังนี้

1.1 ความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลสะสม (Accumulate knowledge of patient) ผ่านแบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล นำข้อมูลของเด็กและผู้ดูแลทั้งในอดีตและปัจจุบัน ในการนำมาวางแผนการให้การดูแลในปัจจุบันและอนาคต ภายใต้เงื่อนไขเฉพาะ โดยบันทึกข้อมูลผ่าน Google form เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไว้ใช้ในการส่งต่อข้อมูล (transfer of information) ให้ทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่)

1.2 ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) โดยพยาบาลร่วมกับผู้ดูแลในการสร้างข้อตกลงการวางแผนในการจัดลำดับความต้องการข้อมูลในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และจัดสรรเวลาพร้อมกัน เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น (Flexibility) ตอบสนองความต้องการเฉพาะบุคคล โดยการจัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลได้ฝึกทักษะโดยการทดลองปฏิบัติ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงจริง รวมถึงการสอน และการสาธิต หากผู้ดูแลยังคงปฏิบัติไม่ถูกต้อง และผู้วิจัยจะเน้นย้ำจนผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยผู้ดูแลเด็กสามารถเข้าถึงการดูแล เช่น เปลี่ยนแปลงช่วงเวลาในการจัดกิจกรรม การปฏิบัติ การสอน การสาธิต การขอรับคำปรึกษา การยกเลิกนัด เป็นต้น และจะดำเนินการส่งต่อข้อมูลนี้ ให้แก่ทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่) เพื่อให้เกิดความสม่ำเสมอของการดูแล (Consistency of care)

1.3 ความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) โดยผู้ดูแลสามารถติดต่อทีมผู้ดูแลเด็กซึ่งเป็นทีมเดิม ตั้งแต่เด็กเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ได้ตลอดเวลาผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account และมีการใช้สื่อการให้ความรู้ในรูปแบบอินโฟกราฟิก ซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบ (Admin) ประกอบไปด้วย ผู้วิจัย พยาบาลเยี่ยมทีมเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่ เป็นสัมพันธ์ภาพต่อเนื่องระหว่างผู้ดูแลและผู้ให้การดูแล (Ongoing patient-provider relationship) โดยการจัดทีมผู้ดูแลเป็นทีมเดิมตั้งแต่เด็กเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับไปดูแลต่อที่บ้าน สำหรับ Line official account มีรายละเอียดดังนี้

1.3.1 แอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account เป็นช่องทางการติดต่อ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดตั้งระบบไลน์เฉพาะบุคคล โดยมีการทำงาน ดังนี้

1.3.1.1 ผู้วิจัยส่ง QR code ให้ผู้ดูแลเพิ่มเพื่อนใน line official account ชื่อ “ป้องกันเด็กท้องเสีย” ในวันแรกที่พบกับผู้วิจัย

1.3.2 ผู้วิจัยแนะนำวิธีการใช้เมนูต่างๆ ในแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account ประกอบด้วยการขอข้อมูลคำแนะนำ และช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่

1.3.3 ส่วนของการขอข้อมูลคำแนะนำเรื่องการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงผู้ดูแลต้องพิมพ์ข้อความตามคำที่กำหนด ซึ่งระบบจะใช้วิธีการจับคำสำคัญ keyword เพื่อให้ระบบตอบกลับข้อความอัตโนมัติ เช่น เมื่อต้องการทราบอาการของโรคอุจจาระร่วง พิมพ์คำว่า “ท้องเสีย” ระบบตอบกลับข้อความอัตโนมัติจะส่งรูปภาพรูปแบบอินโฟกราฟิก 1 ภาพ และชุดข้อความคำอธิบาย 1 ชุด ผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ รูปแบบ Line official account

1.3.4 เมื่อผู้ดูแลพิมพ์คำสำคัญเข้ามา ระบบจะส่งข้อความอัตโนมัติด้วยคำหลัก (Keyword reply) โดยจะตอบกลับตามคำหลักที่กำหนดตั้งค่าไว้ แบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ ความหมายของโรคและอาการแสดง สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง ผลกระทบจากการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การประเมินอาการของการขาดน้ำ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล และอาการที่ต้องพาเด็กมาโรงพยาบาล ใช้สื่อความรู้ เป็นรูปภาพในรูปแบบอินโฟกราฟิก และข้อความคำอธิบาย

1.3.4.1 สื่อการให้ความรู้ในรูปแบบอินโฟกราฟิก ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง เป็นสื่อการให้ความรู้ สำหรับการให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ดูแล ประกอบด้วย 6 หัวข้อ ได้แก่ 1) ความหมายของโรคและอาการแสดง ประกอบด้วย 1 ภาพ 1 ชุดข้อความคำอธิบาย 2) สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง ประกอบด้วย 2 ภาพ 2 ชุดข้อความคำอธิบาย 3) ผลกระทบจากการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ประกอบด้วย 2 ภาพ 2 ชุดข้อความคำอธิบาย 4) การประเมินอาการของการขาดน้ำ ประกอบด้วย 1 ภาพ 1 ชุดข้อความคำอธิบาย 5) พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ประกอบด้วย 13 ภาพ 13 ชุดข้อความคำอธิบาย และ 6) อาการที่ต้องพาเด็กมาโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1 ภาพ 1 ชุดข้อความคำอธิบาย โดยผู้วิจัยจัดทำเป็นข้อความอัตโนมัติด้วยคำหลัก (Keyword reply) เป็นระบบในการส่งรูปภาพในรูปแบบอินโฟกราฟิก และข้อความคำอธิบายในแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account (มีรายละเอียดดังตารางในภาคผนวก ง)

1.3.5 ในกรณีที่ผู้ดูแลไม่ได้พิมพ์คำสำคัญ แต่เป็นการขอคำปรึกษาแบบเฉพาะบุคคล ทีม admin จะส่งข้อความตอบกลับไปยังผู้ดูแลด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล และผู้ดูแลสามารถขอข้อมูลความรู้ หรือติดต่อทีมผู้ดูแลได้ตลอดเวลา (Privacy)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การพยาบาลอย่างต่อเนื่องในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

1. ตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ผ่านการแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คนเดิมกับที่ตรวจสอบเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหา ภาษาที่ใช้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ คำจำกัดความ ความเหมาะสมของกิจกรรม หลังจากนั้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ความครอบคลุมของเนื้อหา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมของรูปแบบกิจกรรม และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และปรับเนื้อหา/ภาพให้เข้าใจง่ายขึ้น เช่น

- ปรับภาพอุปกรณ์ที่ใช้ในการเตรียมสารละลายเกลือแร่เป็นภาชนะภายในบ้าน และเพิ่มคำบรรยายเกี่ยวกับภาชนะภายในบ้านที่สามารถประยุกต์ใช้ทดแทนได้

- ปรับการตั้งชื่อ Line official account จากชื่อ “Diarrhea prevention” เป็น “ป้องกันเด็กท้องเสีย”

- ภาพอินโฟกราฟิก No.002 ควรใช้คำว่า “อาหาร นม น้ำดื่มที่ไม่สะอาด หรือปนเปื้อนเชื้อ” แทนคำว่า “อาหาร นม น้ำดื่ม ปนเปื้อนเชื้อ” และควรใช้คำว่า “มือ / ภาชนะที่ไม่สะอาด การกำจัดอุจจาระไม่ถูกสุขลักษณะ” แทนคำว่า “มือ / ภาชนะที่ไม่สะอาด การกำจัดอุจจาระไม่เหมาะสม”

ชุดที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง

ส่วนที่ 1 แบบประเมินการทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีทักษะในการพฤติกรรมดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง (World Health Organization, 2014) เป็นแบบตรวจสอบรายการ ประเมินในวันที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ลักษณะคำตอบเป็นปฏิบัติ/ไม่ได้ปฏิบัติ จำนวน 30 ข้อ ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ปฏิบัติ	1	0
ไม่ได้ปฏิบัติ	0	1

โดยพิจารณาตามเกณฑ์ว่าผู้ดูแลต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยพิจารณาตามเกณฑ์ว่าผู้ดูแลต้องมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแล ร้อยละ 80 ขึ้นไป จากการประเมินทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง จำนวน 10 คน ที่ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 80 ผู้วิจัยจึงดำเนินการทบทวนวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แก่ผู้ดูแลซ้ำอีกครั้ง โดยการสาธิต และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จากนั้นผู้วิจัยส่งแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอีกครั้ง พบว่า ผู้ดูแลทุกคนผ่านเกณฑ์การประเมิน

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการดูแลรักษาและป้องกันโรคอุจจาระร่วง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง วัดความรู้เรื่องพฤติกรรมดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง 1) การเตรียมอาหาร นม และน้ำ 2) การล้างมือ 3) การกำจัดอุจจาระและขยะ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบใช่/ไม่ใช่ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ทั้งนี้ พิจารณาตามเกณฑ์คะแนนของ Bloom (Bloom, 1971)

เกณฑ์การให้คะแนน	แปลผล
คะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 60	มีความรู้ในระดับต่ำ
คะแนนอยู่ระหว่าง ร้อยละ 60-79	มีความรู้ในระดับปานกลาง
คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป	มีความรู้ในระดับสูง

โดยผู้ดูแลต้องได้คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป การตอบแบบสอบถาม ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบวัดความรู้ด้วยตนเอง ผ่านระบบออนไลน์ Google Form ที่ผู้วิจัยส่งให้ทางแอปพลิเคชันไลน์ รูปแบบ Line official account เมื่อสิ้นสุดการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากการตอบแบบวัดความรู้ในการดูแลรักษาและป้องกันโรคอุจจาระร่วง พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองทุกคนได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ของเพ็ญธิดา นาคทองคง (2549) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Pender (2002) ร่วมกับแนวทางการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของ WHO (1993) โดยนำมา 1 ด้าน จากทั้งหมด 4 ด้าน คือ ความรู้สึกในทางบวกต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก โดยมีลักษณะคำตอบเป็นแบบ ลิเคิร์ท (Liker's

scale) 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และกำหนดให้มีข้อความด้านบวก (Positive statement) จำนวน 18 ข้อ และข้อความด้านลบ (Negative statement) จำนวน 1 ข้อ รวมเป็น จำนวน 19 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตัวเลือก	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	4	1
เห็นด้วย	3	2
ไม่เห็นด้วย	2	3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	4

โดยผู้ดูแลต้องได้คะแนน ร้อยละ 70 ขึ้นไป การตอบแบบสอบถาม ผู้ดูแลเป็นผู้ตอบแบบสอบถามทัศนคติทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก ผ่านระบบออนไลน์ Google Form ที่ผู้วิจัยส่งให้ทางแอปพลิเคชันไลน์ รูปแบบ Line official account เมื่อสิ้นสุดการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จากการตอบแบบสอบถามทัศนคติทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก พบว่า ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองทุกคนได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 70 ขึ้นไป

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบประเมินการทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน จำนวน 30 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้ในการดูแลรักษาและป้องกันโรคอุจจาระร่วง จำนวน 12 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก จำนวน 19 ข้อ ซึ่งได้มีการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ดัดแปลงขึ้นทั้งหมดเสนออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาสอดคล้องกับทฤษฎี ความเหมาะสมของข้อรายการ และการใช้ภาษา ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เดิม ด้วยกระบวนการเดิม หลังจากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

1.1 แบบประเมินการทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีการแก้ไขภาษาที่ใช้ในข้อความเล็กน้อยเพิ่มให้ผู้ตอบเข้าใจมากขึ้น เช่น เปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้เด็ก ทุก 3-4 ชั่วโมง” แก้ไขเป็น “เปลี่ยนผ้าอ้อม ทุกครั้ง หลังเด็กถ่ายทันที” ค่า CVI เท่ากับ .90

1.2 แบบวัดความรู้ในการดูแลรักษาและป้องกันโรคอุจจาระร่วง มีการแก้ไขภาษาที่ใช้ในข้อความเล็กน้อยเพิ่มให้ผู้ตอบเข้าใจมากขึ้น เช่น ปรับข้อความที่ 3 จาก “ไม่นำนมที่เหลือมาให้เด็กกินอีก จะปิดฝาขวดให้สนิท และวางไว้” เป็น “เด็กกินนมที่ซังแล้วไม่หมดขวด ต้องปิดฝาขวดให้สนิท” “เด็กกินนมที่ซังแล้วไม่หมดขวด และท่านคิดว่าภายใน 1 ชั่วโมง จะไม่นำนมที่เหลือมาให้เด็กกินอีก” เป็น “เด็กกินนมที่ซังแล้วไม่หมดขวด เกิน 2 ชั่วโมง ต้องเททิ้ง ไม่นำมาให้เด็กกินซ้ำ” ค่า CVI เท่ากับ .80

1.3 แบบสอบถามทัศนคติทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก มีการแก้ไขภาษาที่ใช้ในข้อความเล็กน้อยเพิ่มให้ผู้ตอบเข้าใจมากขึ้น เช่น ปรับแก้ไขภาษาที่ใช้ในข้อ

คำถาม จาก “ฉันรู้สึกพอใจ” เป็น “ฉันพอใจ” เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่าย และไม่เกิดความสับสน ขณะตอบข้อคำถาม ค่า CVI เท่ากับ .84

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือจำนวน 4 ฉบับ กับผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ดังนี้

1. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบสัมภาษณ์ถามพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .76

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง

2.1 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .80

2.2 แบบวัดความรู้ในการดูแลรักษาและป้องกันโรคอุจจาระร่วง คำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) และค่าสัมประสิทธิ์ KR-20 ของ Kuder Richardson โดยใช้เกณฑ์ 0.65-0.9 (DeVellis, 2012) มีค่าเท่ากับ .74

2.3 แบบสอบถามทัศนคติทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .89

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมก่อนการทดลอง ดำเนินการดังนี้

1.1 เสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี พิจารณาให้ความเห็นชอบในการดำเนินการวิจัย

1.2 ทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เพื่อขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย และขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

1.3 เมื่อได้รับการอนุมัติจากโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรีแล้ว ผู้วิจัยจึงขออนุญาตเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน วิธีการดำเนินการทดลอง รายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ และการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย

การเตรียมผู้ช่วยวิจัย เพื่อเป็นผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง ไม่น้อยกว่า 2 ปี และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 2 คน ทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลพฤติกรรมการดูแลเด็กของ

ผู้ดูแล ทั้งกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 2 ภายหลังจากผู้เด็กได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยมีการเตรียมผู้ช่วยวิจัย ดังนี้

1. ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดในการดำเนินการทดลองให้ผู้ช่วยวิจัยรับทราบ เพื่อให้มีความเข้าใจในงานวิจัย และมีความพร้อมสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดให้ผู้ช่วยวิจัยรับทราบเกี่ยวกับวิธีการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระยะเวลาของการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัยสำหรับการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน

การเตรียมพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่

การเตรียมพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่ เพื่อการติดตามเยี่ยมบ้าน และประเมินความรู้ ความเชื่อและทัศนคติของผู้ดูแลภายหลังได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

1. ผู้วิจัยประสานหัวหน้าพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดในการดำเนินการทดลองให้ผู้ช่วยวิจัยรับทราบ เพื่อให้มีความเข้าใจในงานวิจัย

2. ผู้วิจัยเชิญหัวหน้าพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่ร่วมเป็นผู้ดูแลระบบ (Admin) ในแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account เพื่อใช้ในการส่งต่อข้อมูลของเด็กและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถตอบคำถาม หรือติดต่อกับผู้ดูแลได้ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิการเข้าถึงข้อมูล และวิธีการเข้าถึงข้อมูลของเด็กและผู้ดูแลให้แก่ Admin รับทราบ

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account และวิธีการส่งแบบสอบถามให้หัวหน้าพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่รับทราบ โดยเครื่องมือที่ Admin ต้องดำเนินการส่งให้ผู้ดูแลระหว่างการเยี่ยมบ้าน คือ เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบวัดความรู้ในการดูแลรักษาและป้องกันโรคอุจจาระร่วง และแบบประเมินทัศนคติทางบวกกับพฤติกรรมดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้ดูแลตอบด้วยตนเอง ผ่านทาง Google form

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความเข้าใจของผู้ช่วยวิจัยสำหรับการดำเนินงาน สิทธิการเข้าถึงข้อมูล การเก็บข้อมูล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อให้มีความเข้าใจถูกต้องตรงกัน

1.4 คัดเลือกผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างเป็นระบบ (random assignment) ด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ด้วยระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

1.5 จัดเตรียมสถานที่สำหรับสนทนากับกลุ่มตัวอย่าง

1.6 ดำเนินการทดลอง

2. ขั้นตอนการทดลอง ดำเนินการดังนี้

2.1 ผู้วิจัยดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี เมื่อมีผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วง

เฉียบพลัน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยผู้วิจัยสำรวจรายชื่อของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ช่วงเวลาระหว่าง 08.00-16.00 น. ซึ่งผู้ดูแล และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ต้องได้รับการพยาบาลในขั้นตอนของการรับผู้ป่วยใหม่แล้วเสร็จ เป็นเวลา 1 ชั่วโมงขึ้นไป

ผู้วิจัยขอพบผู้ดูแลและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เพื่อสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ดูแลแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ดังนี้

2.1.1 กลุ่มควบคุม ผู้ดูแล และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการพยาบาลขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเก็บตัวอย่างเลือด ปัสสาวะ และอุจจาระส่งตรวจ ให้สารละลายเกลือแร่ทางปาก ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบของหอผู้ป่วย อุปกรณ์ที่ใช้ต่างๆเมื่อขั้นตอนของการรับผู้ป่วยใหม่แล้วเสร็จ เป็นเวลา 1 ชั่วโมงขึ้นไป ผู้วิจัยจะดำเนินการ ดังนี้

1) พบกลุ่มตัวอย่าง (วันที่ 1 เมื่อขั้นตอนของการรับผู้ป่วยใหม่แล้วเสร็จ เป็นเวลา 1 ชั่วโมงขึ้นไป) ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที ณ ห้องสุขศึกษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

1.1) ผู้วิจัย และหรือทีมผู้ดูแลแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับเด็กผู้ดูแล

1.2) ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้ดูแล และขอความร่วมมือในการดำเนินการ

วิจัยกับผู้ดูแล

1.3) ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ดูแล และแจ้งการจัดเก็บข้อมูลให้ผู้ดูแลทราบ จากนั้นดำเนินการซักประวัติจากผู้ดูแลเพิ่มเติม ดังนี้

(1) สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ในส่วนที่ยังมีข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล

(2) สอบถามแบบแผนการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถามแผนการเลี้ยงดูเด็ก และแบบประเมินสภาพเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

1.4) ผู้วิจัยสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล (Pretest)

1.5) ผู้ดูแลจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับคำแนะนำในการดูแลเด็กขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล เกี่ยวกับการดูแลรักษาด้านการแก้ไขภาวะขาดน้ำ การป้องกันภาวะขาดสารอาหาร การดูแลผิวหนังบริเวณทวารหนัก การเก็บตัวอย่างของเลือดและอุจจาระ เป็นต้น และในวันที่จำหน่าย ผู้ดูแลจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลให้ยา การให้สารละลายเกลือแร่ที่บ้าน รวมถึงอาการที่ต้องนำมาผู้ป่วยเด็กกลับมาโรงพยาบาล รวมทั้งการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตามแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของหอผู้ป่วย

1.6) เมื่อแพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเพิ่มช่องทางการติดต่อผ่านแอปพลิเคชันไลน์กับ Line official account ชื่อ “ป้องกันเด็กท้องเสีย” โดยปิดระบบข้อความตอบกลับอัตโนมัติ เพื่อไม่ให้ผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมได้รับข้อความจากสื่อความรู้ เป็นรูปภาพในรูปแบบอินโฟกราฟิก และข้อความคำอธิบายในขณะที่ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

1.7) หลังจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ผ่านทางโดยใช้โทรศัพท์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

1.8) หลังจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ผ่านทางโดยใช้โทรศัพท์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

1.9) จากนั้นผู้วิจัยเปิดระบบข้อความตอบกลับอัตโนมัติ ใน Line official account เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุมสามารถเข้าดูสื่อการให้ความรู้ในรูปแบบอินโฟกราฟิกด้วยข้อความตอบกลับอัตโนมัติได้ รวมทั้งสอน และชี้แจงวิธีการศึกษาความรู้จากสื่อการให้ความรู้ในรูปแบบอินโฟกราฟิกแก่กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม และผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาอุปสรรค ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสอบถามข้อสงสัย ผู้วิจัยชี้แจงการสิ้นสุดการวิจัย

2.1.2 กลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะได้รับการพยาบาลขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่ ได้แก่ การซักประวัติ ตรวจร่างกาย การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเก็บตัวอย่างเลือด ปัสสาวะ และอุจจาระส่งตรวจ ให้สารละลายเกลือแร่ทางปาก ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎระเบียบของหอผู้ป่วย อุปกรณ์ของใช้ต่างๆ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยร่วมฟังการซักประวัติของเด็ก และผู้ดูแล การตรวจร่างกายเด็ก พร้อมทั้งศึกษาประวัติเพิ่มเติมจากแฟ้มประวัติของเด็กผู้ป่วยเมื่อขั้นตอนของการรับผู้ป่วยใหม่แล้วเสร็จ เป็นเวลา 1 ชั่วโมงขึ้นไป กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเพิ่มเติมในส่วนของการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1) พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 (เมื่อขั้นตอนการรับใหม่ดำเนินการเรียบร้อยแล้ว 1 ชั่วโมง) ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที ณ ห้องสุศึกษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

ขั้นสร้างสัมพันธภาพ

1.1) ผู้วิจัยแนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับเด็กผู้ดูแล
1.2) ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้ดูแล และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยกับผู้ดูแล

1.3) ผู้วิจัยชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ดูแล และแจ้งการจัดเก็บข้อมูลให้ผู้ดูแลทราบ

ขั้นความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity)

1.4) ดำเนินการซักประวัติจากผู้ดูแลเพิ่มเติมเพื่อนำข้อมูลสะสมนี้ไปใช้ในการส่งต่อกับทีมผู้ดูแลเพื่อความต่อเนื่องในการดูแล ดังนี้

1.4.1) สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม ในส่วนที่ยังมีข้อมูลไม่ครบถ้วน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล

1.4.2) สอบถามแบบแผนการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแล โดยใช้แบบสอบถามแบบแผนการเลี้ยงดูเด็ก และแบบประเมินสภาพเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

1.5) ผู้วิจัยสอบถามพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล (Pretest)

1.6) ผู้วิจัยและผู้ดูแล ตั้งเป้าหมายในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันร่วมกัน โดยการประเมินความพร้อมของเด็กและผู้ดูแล เพื่อเริ่มเข้าสู่การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยและผู้ดูแลตั้งเป้าหมาย วางแผนในการจัดลำดับ และจัดสรรเวลาในการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน

ขั้นความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity)

1.7) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเพิ่มผู้ติดต่อ ผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account ชื่อ ป้องกันเด็กท้องเสีย ซึ่งเป็นช่องทางการติดต่อระหว่างผู้ดูแล ผู้วิจัย และทีมผู้ดูแล และดำเนินการต่อ ดังนี้

1.7.1) ผู้วิจัยให้การดูแลเด็ก ประเมินความรู้เบื้องต้นของผู้ดูแลในเรื่องโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแล โดยประเมินจากข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล ส่วนของแบบแผนการเลี้ยงดูเด็ก จากนั้นจึงดำเนินการให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ดูแล และส่งสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบอินโฟกราฟิกเรื่องความหมาย อากาโร สาเหตุ ผลกระทบต่อเด็ก และการประเมินภาวะขาดน้ำผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (No. 001-006)

1.7.2) ผู้วิจัย และผู้ดูแลวางแผนในการจัดลำดับ และจัดสรรเวลาในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่าง

1.8) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสอบถามเพิ่มเติม ให้กำลังใจผู้ดูแล พร้อมทั้งนัดหมายการพบครั้งต่อไป

2) พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 2 (วันที่ 2 ที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ณ ห้องสุขศึกษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

2.1) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทบทวนความรู้สั้นๆ เรื่องอาการ และสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และการประเมินภาวะขาดน้ำ พร้อมทั้งเน้นย้ำอาการที่ต้องพาเด็กกลับมาพบแพทย์

2.2) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลได้สาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลเด็ก ได้แก่ การเตรียมและให้สารละลายเกลือแร่ การให้อาหารเด็กกระหว่างมีอาการอุจจาระร่วง การเตรียมอาหาร และน้ำดื่ม รวมถึงการทำความสะอาดภาชนะใส่อาหารที่ถูกวิธี การดูแลเมื่อเด็กมีไข้ การล้างมือก่อนเตรียมอาหาร ป้อนอาหารให้เด็ก หลังการทำความสะอาดกันเด็ก และหลังการขับถ่าย การกำจัดอุจจาระของเด็กที่ถูกสุขลักษณะ โดยใช้สื่ออินโฟกราฟิก (No. 007-018) และให้ผู้ดูแลสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมย้อนกลับ โดยใช้แบบประเมินทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมฯ หากพบว่า ผู้ดูแลสาธิตการปฏิบัติพฤติกรรมย้อนกลับไม่ถูกต้อง ผู้วิจัย การดูแลเด็กทำการสอน และสาธิตซ้ำ

2.3) ผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล

2.4) ผู้วิจัย ให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน พร้อมทั้งนัดหมายการพบครั้งต่อไป

3) พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 3 (วันที่ 2 หรือวันที่ 3 ที่เด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ณ ห้องสุขศึกษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

3.1) ผู้วิจัยสอบถามภาวะสุขภาพของเด็ก และผู้ดูแล อาการเปลี่ยนแปลงที่พบ ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

3.2) ผู้วิจัย ทบทวนเป้าหมายของการดูแลเด็กร่วมกัน เน้นย้ำเรื่องของการสังเกต อาการที่ต้องพาเด็กกลับมาพบแพทย์ โดยใช้สื่ออินโฟกราฟฟิก (No. 019)

3.3) ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึก ให้กำลังใจ และชมเชยผู้ดูแล ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้ถูกต้อง

4) ในวันที่แพทย์อนุญาตให้ผู้ป่วยเด็กกลับบ้าน ผู้วิจัยทำการส่งต่อข้อมูลสะสมให้ทีมพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน (เวชกรรมของโรงพยาบาล) และทำการเพิ่มพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านเป็นผู้ดูแลระบบร่วม (Co-Admin) ใน Line official account และพยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านส่งต่อข้อมูลให้กับพยาบาลในพื้นที่ของผู้ป่วยเพื่อติดตามอาการและออกเยี่ยมบ้าน

ขั้นความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity)

5) ขณะที่ผู้ป่วยเด็กกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้วิจัยและทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้าน และพยาบาลในพื้นที่) ให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลผ่าน Line official account ชื่อ “ป้องกันเด็กท้องเสีย” เป็นช่องทางการติดต่อ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยผู้วิจัยจัดตั้งระบบไลน์เฉพาะบุคคล ทำงานเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

5.1) หากกลุ่มตัวอย่างพิมพ์ข้อความที่ต้องการทราบแล้วตรงกับคำหลัก (Keyword reply) ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ ระบบจะตอบกลับด้วยการส่งภาพอินโฟกราฟฟิกตามคำหลักที่กำหนดตั้งค่าไว้ แบ่งเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ ความหมายของโรคและอาการแสดง สาเหตุของการเกิดโรค อุจจาระร่วง ผลกระทบจากการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน การประเมินอาการของการขาดน้ำ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล และอาการที่ต้องพาเด็กมาโรงพยาบาล และข้อความคำอธิบาย

5.2) หากกลุ่มตัวอย่างพิมพ์ข้อความที่ต้องการทราบแล้วไม่ตรงกับคำหลัก ผู้วิจัยและทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่) จะส่งข้อความโดยตรงแบบ 1 ต่อ 1 ไปยังกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้คำปรึกษาแบบเฉพาะบุคคล หากผู้ดูแลสงสัยสามารถติดต่อ ผู้ดูแลระบบได้โดยตรง ซึ่งผู้วิจัยร่วมกับทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่) เป็นผู้ส่งข้อความตอบกลับด้วยตนเองเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล และผู้ดูแลสามารถขอข้อมูลความรู้ หรือติดต่อทีมผู้ดูแลได้ตลอดเวลา (Privacy)

ผู้วิจัยและทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่) สามารถตรวจสอบการเข้าถึง/การอ่านข้อความข้อความของกลุ่มตัวอย่างได้จากระบบโดยจะขึ้นข้อความว่า “อ่าน” ในกรณีที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังไม่อ่านข้อความในเวล 24 ชั่วโมง ผู้วิจัย/ทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่) ส่งอินโฟกราฟฟิกไปยังกลุ่มตัวอย่างโดยตรง และทักข้อความไปยังกลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง

จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปิดอ่านข้อความอย่างสม่ำเสมอ ไม่มีการคนใดที่ต้องมีการโทรศัพท์ติดตามหรือสูญหายไปจากการวิจัย

6) หลังจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ช่วง 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยประสานงานกับทีมผู้ดูแลและนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเยี่ยมบ้าน โดยการสอบถามปัญหา อุปสรรค ในการปฏิบัติ

พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปฏิบัติ พฤติกรรมที่สอดคล้องกับบริบท ทรัพยากรที่มีอยู่ที่บ้าน เช่น การมีข้อจำกัดเรื่องอ่างล้างมือ จึงแนะนำให้ล้างมือด้วยเจลแอกอฮอล์ในกรณีไม่เปื้อนสิ่งคัดหลั่ง เป็นต้น

เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้วิจัยและทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่) เยี่ยมบ้านกลุ่มตัวอย่างได้เพียงจำนวน 5 คน ผู้วิจัย และทีมผู้ดูแลจึงปรับรูปแบบการเยี่ยมบ้านโดยใช้การวิดีโอคอลแบบกลุ่ม (กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย และพยาบาลในพื้นที่) กับกลุ่มตัวอย่างที่เหลืออีก 21 คน

7) ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลทำแบบสอบถามด้วยตนเองผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ ดังนี้

7.1) แบบวัดความรู้ในการดูแลรักษาและป้องกันโรคอุจจาระร่วง หากพบว่า ผู้ดูแลไม่ผ่านตามเกณฑ์ ผู้วิจัย หรือทีมผู้ดูแลจะดำเนินการทบทวนความรู้ซ้ำ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ ซักถามข้อสงสัย และให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน จากนั้นจึง ให้ผู้ดูแลทำแบบวัดความรู้ในการดูแลรักษาและป้องกันโรคอุจจาระร่วงซ้ำ โดยไม่เฉลยคำตอบของ แบบประเมิน

7.2) แบบสอบถามทัศนคติทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงใน เด็ก หากพบว่าผู้ดูแลไม่ผ่านตามเกณฑ์ ผู้วิจัย หรือทีมผู้ดูแลจะดำเนินการ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้ ซักถามข้อสงสัย ในส่วนที่ไม่ถูกต้อง และให้กำลังใจแก่ผู้ดูแล จากนั้นจึงผู้ดูแลทำแบบสอบถามทัศนคติ ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กซ้ำ

8) หลังจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 1 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ พฤติกรรมดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ของผู้ดูแล ผ่านทางโดยใช้โทรศัพท์ โดยใช้แบบ สัมภาษณ์การปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล

9) หลังจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยสัมภาษณ์ พฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล ผ่านทางโดยใช้โทรศัพท์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้วิจัยโทรศัพท์สอบถามปัญหาอุปสรรค ให้คำแนะนำ ให้ กำลังใจผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสอบถามข้อสงสัย ผู้วิจัยชี้แจงการสิ้นสุดการพยาบาลอย่าง ต่อเนื่องแก่ผู้ดูแล และร่วมสรุปผลลัพธ์ตามเป้าหมาย พร้อมทั้งสิ้นสุดสัมพันธภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลก่อนนำข้อมูลที่ได้ ไปวิเคราะห์ เพื่อให้สามารถเชื่อถือได้ ว่า ข้อมูลมีความครบถ้วนสมบูรณ์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่ง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) คือ ค่าความถี่ และร้อยละ

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ใช้การ วิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA)

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ด้วยสถิติ Independent t-test และ Mann-Whitney

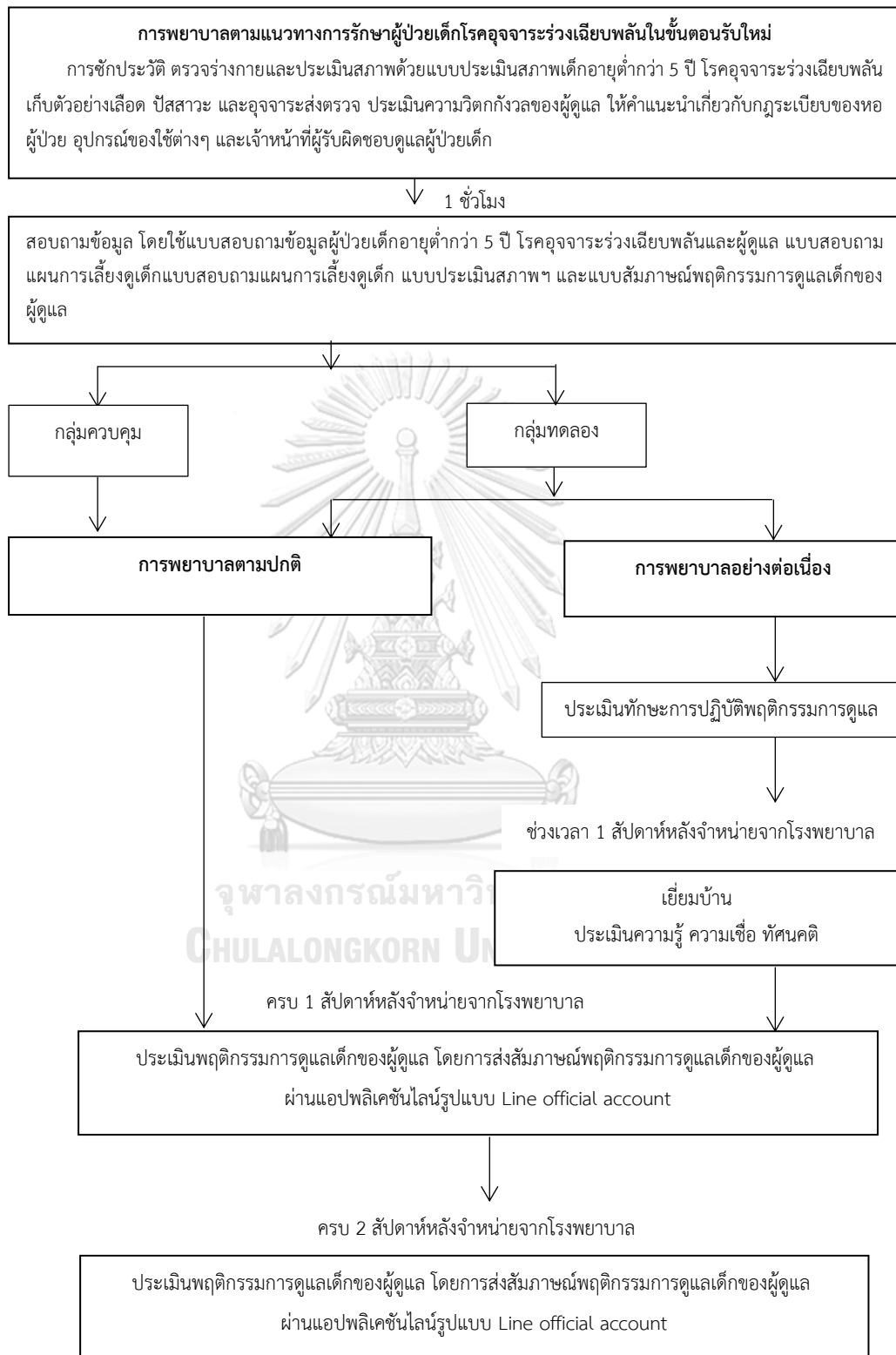
4. วิเคราะห์ความแปรปรวนคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลภายหลังการทดสอบรวม ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ ด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ทดสอบด้วยสถิติ Bonferroni test

การตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์สถิติ

การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการทดสอบกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติทดสอบ Levene's Test พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำทางเดียว และผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Levene's Test พบว่า p-Value เท่ากับ .624 (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก ข)

เมื่อทดสอบการแจกแจงข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ ผลทดสอบพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอนุมานได้ว่าข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลในระยะก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ และหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Mauchly's Test of Sphericity พบว่า ค่าสถิติ Mauchly's W .304 และค่า p-Value เท่ากับ .000 ดังนั้น จึงพิจารณาค่าความแปรปรวน ด้วยค่าจาก Greenhouse-Geisser (ตั้งรายละเอียดในภาคผนวก ข)

สรุปขั้นตอนการทดลอง (Flow charge)



ภาพที่ 1 แผนภูมิสรุปขั้นตอนดำเนินการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังการทดลองแบบมีการวัดซ้ำ (Two groups pre-test post-test with repeated measures designs) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล โดยมีการประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ที่เกี่ยวข้องกับโรคอุจจาระร่วง ทั้งหมด 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) หลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยนำเสนอรายละเอียดตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) หลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) หลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

ส่วนที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) หลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็ก ๆ ของผู้ดูแล ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) หลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์)

ระยะการทดลอง	คะแนน พฤติกรรมการดูแลเด็ก ๆ ของผู้ดูแล		ระดับ พฤติกรรมการดูแลเด็ก
	Mean	S.D.	
กลุ่มทดลอง			
ก่อนการทดลอง	87.88	9.41	ปานกลาง
หลังการทดลองทันที	108.15	4.46	ดี
หลังการทดลอง 1 สัปดาห์	110.19	5.07	ดี
กลุ่มควบคุม			
ก่อนการทดลอง	84.90	9.06	ปานกลาง
หลังการทดลองทันที	84.40	9.08	ปานกลาง
หลังการทดลอง 1 สัปดาห์	84.77	8.40	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่า ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) หลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) เท่ากับ 87.88 ($S.D.=9.41$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง, 108.15 ($S.D.=4.46$) อยู่ในระดับดี และ 110.19 ($S.D.=5.07$) อยู่ในระดับดี ตามลำดับ ส่วนพบว่า ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็ก ๆ ของผู้ดูแล ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) หลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) เท่ากับ 84.90 ($S.D.=9.06$), 84.40 ($S.D.=9.08$) และ 84.77 ($S.D.=8.40$) ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กฯของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลอง

กลุ่ม	จำนวน	Mean	S.D.	t	df	p-value
พฤติกรรมการดูแลเด็ก ของผู้ดูแล						
กลุ่มทดลอง	26	87.88	9.41	1.207	54	.624
กลุ่มควบคุม	30	84.90	9.06			

จากตารางที่ 5 พบว่า ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กฯอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ระยะก่อนการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t_{54}=1.207, p=.624$)

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) หลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทางแบบวัดซ้ำ (Two-way repeated measure ANOVA)

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กฯ ของผู้ดูแล ระหว่างวิธีการทดลอง กับระยะเวลาของการทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม					
การทดลอง	1	12633.64	12633.64	96.12	< .001**
ความคลาดเคลื่อน	54	7097.49	131.43		
ภายในกลุ่ม					
เวลา	2	4124.29	2062.14	72.21	< .001**
กลุ่มกับระยะเวลา	2	4353.86	2176.93	76.23	< .001**
ความคลาดเคลื่อน	108	3083.85	28.55		

** $p<.001$

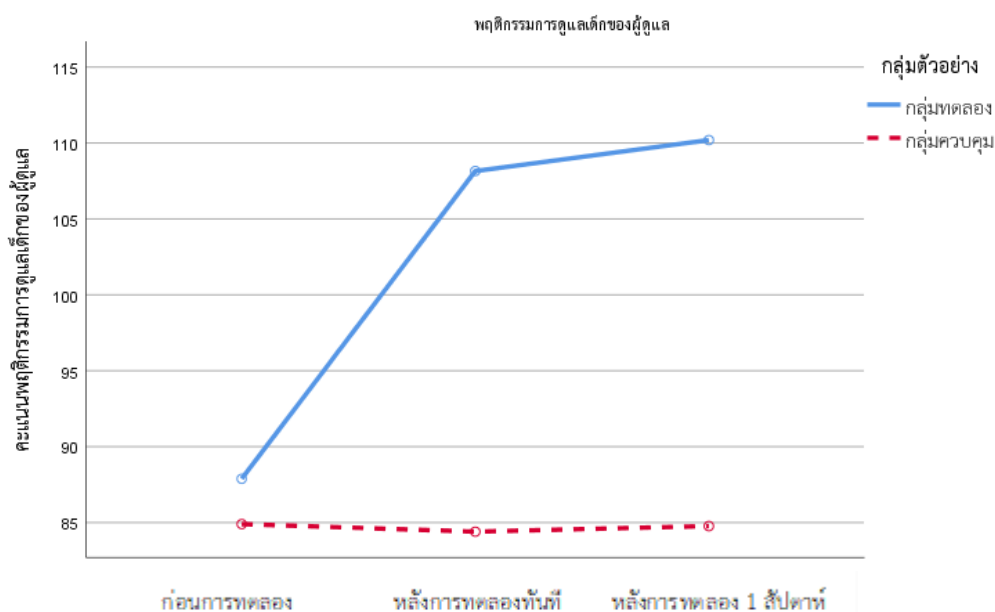
จากตารางที่ 6 เมื่อพิจารณาทดสอบความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยไม่คำนึงถึงเวลา พบว่า การพยาบาลอย่างต่อเนื่องส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

($F_{1,54}=96.12, p<.001$) แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลอย่างต่อเนื่องมีผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เนื่องจากวิเคราะห์ความแปรปรวนอิสระ จำนวน 2 ตัวแปร ตัวแปรตามจำนวน 1 ตัวแปร ซึ่งระยะเวลาไม่ใช่ตัวแปร แต่นำมาใช้วิเคราะห์ให้เห็นว่า เมื่อระยะเวลาผ่านไป คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กฯ ของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มมีความแตกต่างกัน และคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กฯ ของผู้ดูแลภายในกลุ่มมีความคงอยู่เมื่อระยะเวลาผ่านไป

เมื่อพิจารณาการทดสอบความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า การทดสอบอิทธิพลร่วม (Interaction) ของวิธีการทดลองกับระยะเวลาการทดลอง ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ของทั้ง 2 กลุ่ม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F_{2,108}=76.23, p<.001$) แสดงว่า ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีรูปแบบการเปลี่ยนแปลงของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลแต่ละช่วงเวลา โดยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลแต่ละช่วงเวลาของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงได้นำเสนอรูปแบบของกราฟที่แสดงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลของทั้ง 2 กลุ่ม ในแต่ละระยะเวลา ดังนี้ ดังภาพที่ 2





ภาพที่ 2 กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรดูแลเด็กของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

จากภาพที่ 2 กราฟแสดงการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรดูแลเด็กของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน โดยกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรดูแลเด็กของผู้ดูแลในระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) หลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) ไม่แตกต่างกัน (กราฟเส้นประ) แต่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรดูแลเด็กของผู้ดูแลในระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) หลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) เพิ่มขึ้นจากระยะก่อนการทดลอง (กราฟเส้นทึบ) จากกราฟยังแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรดูแลเด็กของผู้ดูแลแตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดลองที่ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรดูแลเด็กของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และแสดงถึงวิธีการทดลองกับระยะเวลาของการทดลองนั้น ส่งผลต่อค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรดูแลเด็กของผู้ดูแล โดยการพยาบาลอย่างต่อเนื่องทำให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมกรดูแลเด็กของผู้ดูแล ในกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กฯของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
หลังการทดลองทันที					
ระหว่างกลุ่ม	1	7859.13	7859.13	146.81	< .001
ภายในกลุ่ม	54	2890.58	53.52		
หลังการทดลอง 1 สัปดาห์					
ระหว่างกลุ่ม	1	9004.30	9004.30	180.52	< .001
ภายในกลุ่ม	54	2693.40	49.87		

จากตารางที่ 7 ผู้ดูแลเด็กกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันที(หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) ($F_{1,54}=146.81, p< .001$) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) ($F_{1,54}=180.52, p< .001$)

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กฯ ของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์

ระยะเวลา	Mean	ระยะเวลา	
		ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง 1 สัปดาห์
ก่อนการทดลอง	87.88	20.27**	22.31**
หลังการทดลองทันที	108.15		2.04
หลังการทดลอง 1 สัปดาห์	110.19		

** $p< .001$

จากตารางที่ 8 เมื่อทดสอบรายคู่ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกันด้วยวิธี Bonferroni พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลในระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) และหลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนระยะหลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ศึกษาสองกลุ่มแบบวัดก่อนและหลังการทดลองแบบมีการวัดซ้ำ (Two groups pre-test post-test with repeated measures designs) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 56 คน ผู้วิจัยใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มเข้ากลุ่มอย่างเป็นระบบ (Random assignment) ด้วยวิธีการจับคู่ (Matched pair) ด้วยระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน โดยมีการประเมินพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล มีการตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันหลังได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดีวก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
2. พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ดีวกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สรุปผลการวิจัย

1. คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง ที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องในระยะหลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) สูงกว่าระยะก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานของการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

1. คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลพบว่า ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั้น สามารถอธิบายได้ว่า

จากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดความต่อเนื่องในการดูแลของ Haggerty และคณะ (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry, 2003) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้เด็กได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม และต่อเนื่องจากผู้ดูแล การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้ถูกต้อง เหมาะสม ตั้งแต่ขณะอยู่โรงพยาบาลต่อเนื่องไปยังการดูแลที่บ้าน

เมื่อผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนการดำเนินการวิจัยของการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พบว่าสามารถสนับสนุนให้ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลสูงขึ้น เนื่องจากการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยที่ใช้ข้อมูลของผู้ดูแลและเด็ก ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน รวมถึงข้อมูลแบบแผนการเลี้ยงดูเด็ก เพื่อนำมาใช้ในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันในปัจจุบัน และอนาคตให้เหมาะสมกับผู้ดูแลและเด็กแต่ละคน มีการส่งต่อข้อมูลที่จำเป็น รวมถึงข้อมูลความรู้สะสมของผู้ดูแลในทีมผู้ดูแล เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เป็นความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) ภายใต้งานเฉพาะ โดยบันทึกข้อมูลผ่าน Google form เพื่อนำข้อมูลเหล่านี้ไว้ใช้ในการส่งต่อข้อมูล (Transfer of information) ให้ทีมผู้ดูแล (พยาบาลหน่วยเยี่ยมบ้านและพยาบาลในพื้นที่) โดยที่ทีมผู้ดูแลเป็นผู้ดูแลระบบ (Admin) ร่วมกับผู้วิจัย เพื่อให้ข้อมูลได้รับการส่งต่อแก่ทีมผู้ดูแลตลอดเวลา มีการการสร้างแผนการจัดการ และแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผน และปฏิบัติทุกขั้นตอน เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่น (Flexibility) เป็นไปตามความต้องการเฉพาะบุคคล เป็นความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์ ซึ่งมีความสำคัญต่อบทบาทของความต่อเนื่องในการดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงบริการได้เมื่อต้องการ เป็นการบริการที่ผู้ดูแลและเด็กได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทันที ซึ่งผู้ดูแลสามารถขอข้อมูล หรือขอคำปรึกษาได้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account ผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลจากผู้วิจัยและทีมผู้ดูแล ซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบ (Admin) และเป็นผู้ดูแลเด็กตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย เพื่อคงสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจในการรักษาความลับ เป็นความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) โดยมีเป้าหมาย คือผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ถูกต้องเหมาะสม ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันซ้ำของเด็กเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมทั้งช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลกับผู้ดูแลผ่านแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account ให้ผู้ดูแลสามารถติดต่อกับทีมผู้ดูแลได้ตลอดเวลาที่ต้องการ มีการติดตามผู้ดูแลเด็กผ่านการเยี่ยมบ้านและวิดีโอคอล ในการให้คำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบริบท

ทรัพยากรที่มีอยู่ที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจ และปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้ถูกต้องต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายเด็กออกจากโรงพยาบาล

นอกจากนี้ การนำเสนอรูปภาพในรูปแบบอินโฟกราฟิกมาใช้ร่วมกับการสาธิต และสาธิตย้อนกลับ การให้ข้อมูล และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันแก่ผู้ดูแล ซึ่งสื่อรูปภาพในรูปแบบอินโฟกราฟิก เป็นการจัดการข้อมูล ตัวเลข และตัวอักษรให้กลายมาเป็นภาพที่สวยงาม เป็นสื่อที่ช่วยเพิ่มความน่าสนใจ ช่วยให้สามารถเข้าใจเนื้อหาความรู้ได้ง่าย และจดจำได้ง่ายขึ้น ในระยะเวลาสั้น (พัชรา วาณิชชิน, 2558; ญัษฐพงษ์ สายพิณ, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร นมะมะกะ ศยามน อินสะอาด และสุพจน์ อิงอาจ (2562) ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนด้วยสื่อการสอนอินโฟกราฟิกแบบภาพนิ่ง สูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พิลาศศิริ เสริมพงษ์ และพิชญาภา ยวงสร้อย (2564) ศึกษาการพัฒนาสื่ออินโฟกราฟิกให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตนตามมาตรฐานวิถีชีวิตใหม่ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา พบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนโดยใช้ชุดสื่ออินโฟกราฟิกสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และธัญญา สกุลซัง และกรวิภา สรรพกิจจาง (2565) ศึกษาการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน วิชาสังคมศึกษา เรื่อง หลักธรรมคำจูนโลก ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ระหว่างการสอนโดยใช้อินโฟกราฟิกกับการสอนแบบปกติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองใช้การสอนแบบอินโฟกราฟิกมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ใช้การสอนแบบปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

เมื่อผู้วิจัยพิจารณากลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยมีข้อมูลเชิงคุณภาพจากการที่ผู้วิจัยสังเกตระหว่างดำเนินกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ให้ความสนใจในการศึกษาข้อมูลจากสื่อให้ความรู้รูปแบบอินโฟกราฟิก ผู้วิจัยสังเกตจากการที่กลุ่มตัวอย่างใช้ระบบข้อความตอบกลับอัตโนมัติ เพื่อดูสื่อการสอนรูปแบบอินโฟกราฟิก ใน Line official account ทั้งในและนอกช่วงเวลาของผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง ผู้ดูแลทุกคนแสดงออกในการมีส่วนร่วมต่อการวางแผน และปฏิบัติทุกขั้นตอน และกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยสังเกตว่าผู้ดูแลมีสีหน้าที่ยิ้มแย้มแจ่มใสขณะสนทนา และตั้งตัวอย่างคำพูด “ลูกป่วยครั้งแรกคิดหนักมากค่ะ ขอบคุณนะค่ะที่คอยสอบถาม ช่วยได้เยอะเลยคะ” “ขอบคุณนะค่ะที่ดูแล เหมือนมีหมอยู่ใกล้ๆ เลยคะ อุ่นใจมาก” สอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ นิคมรักษ์ และพัชราภรณ์ เจริญวิทย์ (2558) ที่นำแนวคิดความต่อเนื่องในการดูแลมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการในครอบครัวที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้บริการมีการปฏิบัติดูแลต่อเนื่องเพิ่มขึ้น และความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการเพิ่มขึ้น

2. คะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปได้ว่าผลการวิจัยสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา ได้แก่ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการดูแล ซึ่งตัวแปรดังกล่าวมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล โดยพบว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูง จะสามารถรับรู้ และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้มาได้มากกว่า มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล รู้จักนำแหล่งประโยชน์ต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (Whetstone, Olew, Anne, 1989) จากการศึกษาของ Akinyemi และคณะ (2018) พบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง มีการปฏิบัติในการจัดการอาการของผู้ป่วยเด็กได้ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยโรคอุจจาระร่วง ผู้วิจัยจึงจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน (Matched Pairs) วิเคราะห์ด้วยสถิติโคสแคร์ เพื่อทดสอบความแตกต่างลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สำหรับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กล่าวคือ ได้รับกิจกรรมการพยาบาลจากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ในการให้ข้อมูล และคำแนะนำในวันแรกที่เด็กเข้ารับการรักษา และวันที่เด็กถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อกลับไปดูแลเด็กที่บ้าน โดยประเมินความรู้ของบิดา มารดา หรือผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเรื่องการล้างมือก่อนและหลังการสัมผัสผู้ป่วย การให้สารน้ำทดแทนทางปากและการให้อาหาร การดูแลทำความสะอาดผิวหนังบริเวณทวารหนักและก้น และให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เรื่องความสะอาดของอาหาร และภาชนะที่ใช้ การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังการขับถ่าย รวมถึงการกำจัดอุจจาระที่ถูกวิธี

ทั้งนี้ผลการศึกษาจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะหลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) เป็นไปได้ว่าการให้การพยาบาลตามปกติ คือ การให้ข้อมูล และคำแนะนำก่อนที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีระยะเวลาไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันอย่างถูกต้องเหมาะสมได้ เนื่องจากพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่

ถูกต้องเหมาะสม ของผู้ดูแลมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ในการดูแล เด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เนื่องด้วยการพยาบาลตามปกติมีข้อจำกัดของเวลาตามที่กล่าวข้างต้น ที่อาจส่งผลให้ผู้ดูแลอาจได้รับความรู้ไม่เพียงพอ มีทัศนคติที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงมีประสบการณ์การดูแล เด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันไม่เพียงพอที่จะเกิดพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ถูกต้องเหมาะสมได้

แต่ในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ตั้งแต่แรกเริ่มเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั่วไป และแบบแผนการเลี้ยงดูเด็กที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มีการตั้งเป้าหมาย และร่วมกันวางแผนการดูแล ใช้สื่อรูปภาพในรูปแบบอินโฟกราฟิกมาใช้ร่วมกับการสาธิต และสาธิต ย้อนกลับ การให้ข้อมูล และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน แก่ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ นอกจากนี้มีการใช้แนวคิดความต่อเนื่องในการดูแลมาใช้ในการ ให้การพยาบาล คือการส่งต่อข้อมูลที่จำเป็น รวมถึงข้อมูลสะสมของผู้ดูแล เพื่อใช้ในการวางแผนการ ดูแลให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เป็นความต่อเนื่องด้านข้อมูล (Informational continuity) มีการ การสร้างแผนการจัดการ และแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผน และ ปฏิบัติทุกขั้นตอน ความต่อเนื่องด้านการจัดการ (Management continuity) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ ตนเองมีประโยชน์ ซึ่งมีความสำคัญต่อบทบาทของความต่อเนื่องในการดูแล นอกจากนี้ผู้ดูแลสามารถ เข้าถึงบริการได้เมื่อต้องการ เป็นการบริการที่ผู้ดูแลและเด็กได้รับการตอบสนองต่อความต้องการทันที ซึ่งผู้ดูแลสามารถขอข้อมูล หรือขอคำปรึกษาได้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์รูปแบบ Line official account ผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลจากผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ดูแลระบบ (Admin) และเป็นผู้ดูแลเด็กตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย เพื่อ คงสัมพันธภาพที่ดี ความไว้วางใจในการรักษาความลับ เป็นความต่อเนื่องด้านความสัมพันธ์ (Relational continuity) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กเกี่ยวกับโรคอุจจาระร่วงได้อย่าง ถูกต้องเหมาะสม ตั้งแต่ขณะเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับไปดูแลต่อที่บ้าน เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลให้เกิดความรู้ที่ถูกต้อง สามารถจดจำ และทบทวนได้ง่าย มีทัศนคติที่ ถูกต้องต่อปัญหาของเด็กโรคอุจจาระร่วง รวมถึงมีประสบการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วง เฉียบพลันที่เพียงพอต่อการกลับไปดูแลเด็กต่อที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของสมพร เลิศวิริย เสถียร และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ (2561) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิด Continuity of care (Haggerty, Reid, Freeman, Starfield, Adair & McKendry, 2003) ผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม ซึ่งผลการวิจัยพบว่า การใช้รูปแบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuous care model) ทำให้พยาบาลมีคะแนนความรู้เฉลี่ยสูงกว่าก่อนการใช้ อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 คุณภาพการบริการบรรลุเป้าหมายโดยสามารถลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของ ผิวน้ำรอบทวารเทียม มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และเพิ่มความสามารถในการดูแลทวารเทียมของ ผู้ป่วย

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง มี ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลสูง กว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

เมื่อผู้วิจัยพิจารณาข้อมูลเชิงคุณภาพเรื่องภาวะสุขภาพของเด็กภายหลังการจำหน่ายจาก โรงพยาบาล ในช่วงระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้วิจัย (ระยะเวลาประมาณ 8 เดือน) พบว่า

เด็กในกลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน อาการอุจจาระร่วงหายเป็นปกติ ไม่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงซ้ำ ส่วนกลุ่มควบคุมนั้น พบว่า มีเด็ก จำนวน 2 คน มีการเจ็บป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และมีเด็กจำนวน 1 คน ที่พี่น้องในครอบครัวมีการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันหลังจากที่เด็กหายป่วย

ข้อจำกัดของงานวิจัย

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ สามารถดำเนินการตามแผนเพียงบางส่วน เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้ผู้วิจัยดำเนินการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองได้ จำนวน 5 คน อีก 21 คน ต้องปรับเป็นวิธีการวิดีโอคอลแทน ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับการดำเนินการวิจัยที่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

จากผลของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1.1 พยาบาลสามารถนำรูปแบบการพยาบาล และแผนการพยาบาลของการพยาบาลอย่างต่อเนื่องไปใช้เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้อย่างถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องได้ ทั้งนี้พยาบาลต้องมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการพยาบาลเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และมีความรู้เกี่ยวกับความต่อเนื่องในการดูแลเพื่อให้สามารถนำการพยาบาลอย่างต่อเนื่องไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การนำการพยาบาลอย่างต่อเนื่องไปใช้จำเป็นต้องดำเนินการให้เป็นไปตามแผนการพยาบาล แต่สิ่งสำคัญที่ผู้นำไปใช้ต้องตระหนัก คือ การประเมินบริบทของผู้ดูแล และเด็ก จากการสอบถามข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล ที่ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และแบบสอบถามแผนการเลี้ยงดูเด็ก เพื่อนำไปประกอบการดำเนินการพยาบาลอย่างต่อเนื่องให้เหมาะสมกับบริบทของผู้รับบริการแต่ละราย เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ดูแล และเด็กที่ป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่เข้ารับบริการ

1.3 ควรนำสื่ออินโฟกราฟิกไปประยุกต์ใช้ในการให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาซ้ำโดยให้กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องได้รับการดำเนินการวิจัยที่เท่าเทียมกัน หรือทำการเปรียบเทียบรูปแบบการเยี่ยมบ้านแบบตรวจเยี่ยม ณ สถานที่จริง กับวิดีโอคอลว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่

2. ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล อาทิ ติดตามผลภายหลังการทดลอง 1 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมดูแลเด็กที่ถูกต้องเหมาะสมของผู้ดูแล

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กวีนา เกิดสูง. (2562). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำปี 2562*. นนทบุรี: กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *กรมควบคุมโรค เตือนประชาชนช่วงหน้าหนาวนี้ ระวังการป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง เน้นยึดหลัก “สุก ร้อน สะอาด”*. [Online]. แหล่งที่มา: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16590&deptcode=brc&news_views=5930.
- ขวัญจิต เฟื่องแป้น. (2562). บทบาทผู้ปกครองในการป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและผดุงครรภ์ไทย*, 6(2):131-142.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2532). การวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ: ขอบข่ายที่ซ้อนกับการวิจัยทางการแพทย์. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 1(12):42-60.
- จุฑารัตน์ คงเพชร. (2557). เปรียบเทียบผลของโปรแกรมการดูแลผิวหนังต่ออุบัติการณ์และระดับความรุนแรงของการเกิดผื่นผ้าอ้อมในเด็กที่มีอาการอุจจาระร่วง. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2541). *พฤติกรรมศาสตร์สาธารณสุข*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์
- ชูลีพร ยิ้มสุขไพฑูรย์. (2547). *ผลของการจำหน่ายทารกโรคอุจจาระร่วงที่เน้นการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อความพึงพอใจในบริบทการพยาบาลและพฤติกรรมดูแลทารกที่บ้านของผู้ดูแล*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ณภัทร ไวบุรินทร์. (2552). *ผลของการส่งเสริมการเรียนรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อจากการเล่นสัมผัส ต่อความรู้และการล้างมือในเด็กวัยก่อนเรียน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- ฐิติมา สุขเลิศตระกูล. (2561). การพยาบาลเด็กที่มีภาวะไม่สมดุลอิเล็กโทรไลต์. *วารสารพยาบาลสาร*, 45(4):240-252.
- ณชนันท์ ชีวานนท์. (2559). บทบาทพยาบาลในการลดความวิตกกังวลจากการพรากจากของเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 27(2):123-132.
- ณัฐพงษ์ สายพิณ. (2560). บทบาทของการสื่อสารอินโฟกราฟิกต่อสังคมไทย. *วารสารนิเทศศาสตร์ธุรกิจบัณฑิตย์*, 11(2):145-179.
- ดวงดาว ศรียากุล และคณะ. (2563). *แนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพ (Service Plan) ระบบบริการปฐมภูมิแบบบูรณาการโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง*. สมุทรสาคร: กองบริหารการสาธารณสุขสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- ธนวรรณ อิมสมบูรณ์. (2544). *พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคอุจจาระร่วง*. กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.

- ธัญญา สกฤษดิ์ และกรวิภา สรรพกิจจำนง. (2565). การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน วิชา สังคมศึกษา เรื่อง หลักธรรมคำสอนโลก ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ระหว่างสอนโดย การใช้อินโฟกราฟิกกับการสอนแบบปกติ. *Journal of Modern Learning Development*, 7(2):108-119.
- ธีรารวรรณ เชื้อตาเล็ง, ผ่องศรี ศรีมรกต และวิทวัส สืบชัยลังกา. (2560). สุขอนามัยของมือกับการ ป้องกันโรค: บทบาทพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 35(1):4-13.
- นัยนา สันติยานนท์. (2551). ความคงตัวของเอนไซม์กัมมันต์และการเก็บรักษา. *ไทย เภสัชศาสตร์ และ วิทยาการสุขภาพ*, 3(1):180-187.
- น้ามนต์ เรืองฤทธิ์. (2560). อินโฟกราฟิกกับการออกแบบสื่อการสอน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 15(2):29-40.
- บานชื่น เบนจสุวรรณ. (2551). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก*. กรุงเทพมหานคร: โยลิสติกพับลิชชิง
- พวงคนรินทร์ สุริยะโจง, สามารถ ใจเตี้ย และสายหยุด มูลเพชร. (2561). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอท่อมหัวช้าง จังหวัด ลำพูน. *วารสารพิษเนศวร์สาร*, 14(1):17-32.
- พนมวรรณ ผลสาตี. (2562). การพัฒนาสื่ออินโฟกราฟิกตามทฤษฎีการถ่ายโยงความรู้ เรื่องการออม เพื่ออนาคต สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. *วารสารบัณฑิตศึกษา*, 13(3):89-100.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2556). *การพยาบาลเด็ก เล่ม 2 (ฉบับปรับปรุง)*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก
- พรรณณี ปานเทวัญ. (2560). โมเดลเชิงนิเวศวิทยากับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(2):7-15.
- พัชรา วาณิชวดี. (2558). ศักยภาพของอินโฟกราฟิก (Infographic) ในการเพิ่มคุณภาพการเรียนรู้. *วารสารปัญญาภิวัฒน์*, 7:227-240.
- พินิจ ศรีใส. (2552). *ประสิทธิผลโปรแกรมสุขศึกษาต่อพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วง ในผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอเวียงชัย จังหวัดเชียงราย*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่).
- พิลาศศิริ เสริมพงษ์ และพิชญาภา ยวงสร้อย. (2564). ศึกษาการพัฒนาสื่ออินโฟกราฟิกให้ความรู้ เรื่องการปฏิบัติตนตามมาตรฐานวิถีชีวิตใหม่ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา. *วารสารวิจัยและนวัตกรรม*, 4(2):119-139.
- เพ็ญธิรา นาคทองคง. (2549). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการ โรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย)
- ไพโรจน์ จงบัญญัติเจริญ. (2557). โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea), *กุมารเวชศาสตร์* 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: นพชัยการพิมพ์.
- ภารดี ชานวรินทร์, ทิพพาวรรณ เดียวประเสริฐ, ปุณณภัสส์ อริยะปรานต์ และสมฤดี กิรตวนิชเสถียร. (2564). การป้องกันภาวะอุณภูมิร่างกายต่ำในทารกแรกเกิด. *วารสารพยาบาล*, 70(4):52-59.

- มลวิภา เสียงสุวรรณ. (2547). ผลของการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของนิวแมน ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- ยศรวีร์ กิรติภควัต. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลของมารดาในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในบุตรปฐมวัย. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- รัชณี ธีระวิทย์เลิศ, สุกัญญา จงถาวรสถิตย์ และปิ่นนภ นรเศรษฐพันธ์. (2552). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก. *วารสารควบคุมโรค*, 35(1): 39-46.
- รัตนภรณ์ แบ่งทิศ และวรรณวิการ์ ไจกล้ำ. (2565). การเตรียมความพร้อมของมารดาในการจำหน่ายทารกก่อนกำหนดจากโรงพยาบาล. *วารสารสภาการพยาบาล*, 37(2):20-29.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2525). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525*. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ. (2562). แนวเวชปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคขาดสารอาหารเฉียบพลันรุนแรงในโรงพยาบาล พ.ศ. 2562. *วารสารโภชนบำบัด*. 28(1):10-39.
- วันเพ็ญ นิคมรักษ์ และพัชรภรณ์ เจนใจวิทย์. (2558). การพัฒนาระบบบริการการดูแลอย่างต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 38(1):108-121.
- วิธี แจ่มกระจ่าง. (2541). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารด่วนของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร).
- ศรีไพร โภคาพานิช. (2563). การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กที่เสี่ยงต่อภาวะชกจากไข้โรงพยาบาลกุมภวาปี. *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา*, 3(3): 20-32.
- สมาคมกุมารเวชศาสตร์ทางเดินอาหารและตับ. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคท้องร่วงเฉียบพลันในเด็ก*. นนทบุรี: แพทยสภา.
- สมาคมโรคระบบหายใจและเวชบำบัดวิกฤตในเด็ก ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- สมพร เลิศวิริยเสถียร และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ. (2561). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนืองผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ผ่าตัดเปิดทวารเทียม. *วารสารกองการพยาบาล*, 45(2):83-101.
- สรีพร ชมบุญ, นัยนา หนูนิล, สายฝน เอกวางกูร และเกียรติกำจร กุศล. (2562). ผลของการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันต่อการเข้ารับบริการซ้ำ โรงพยาบาลนครศรีธรรมราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 26(1):92-106.

สุภาพร นะมามะกะ, ศยามน อินสะอาด และสุพจน์ อิงอาจ. (2562). การพัฒนาสื่อการสอนอินโฟกราฟิกแบบภาพนิ่ง เพื่อพัฒนาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1.

วารสารเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา, 14(16):1-10.

สุวรรณา มณีวงศ์. (2555). *ศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).

สุวรรณชัย วัฒนายิ่งเจริญชัย. (2562). *ประกาศกรมควบคุมโรค เรื่องการป้องกันโรคและภัยสุขภาพที่เกิดในช่วงฤดูร้อนของประเทศไทย พ.ศ. 2562*. กรมควบคุมโรค.

สำนักโรคติดต่อทั่วไป. (2552). *โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

สิทธิโชค วรานุสันติกุล. (2529). *การจัดการพฤติกรรมมนุษย์*. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์.

สุชาติ ศิริสุขไพบูลย์. (2526). *การสอนทักษะปฏิบัติ (Workshop Teaching)*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.

สุภาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช. (2560). *พยาบาลพื้นฐาน*. กรุงเทพมหานคร: จุฑทอง.

สมิตร สุตตรา. (2556). โรคอุจจาระร่วง. ใน สุวรรณ วิษณุโยธิน (บรรณาธิการ), *ตำรากุมารเวชศาสตร์ เล่ม 1*, (น. 167-182). ขอนแก่น: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เสกสิทธิ์ โอสากุล. (2559). โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน (Acute Diarrhea), *กุมารเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. สงขลา: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

อรรวรรณ มาอ่อน. (2552). *ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น).

อลงกฎ ดอนละ. (2562). ความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการควบคุมและป้องกันโรคอุจจาระร่วงของประชาชน อำเภอสระใคร จังหวัดหนองคาย. *วารสารสำนักป้องกันควบคุมโรคที่ 10*, 17(2):59-66.

อัศรีย พิษย์รัตน์, เบญจวรรณ ช่วยแก้ว และจันทร์เพ็ญ เลิศวนวัฒนา. (2563). ปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแลเด็ก โรงพยาบาลตรัง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 26(2):82-97.

ภาษาอังกฤษ

Akinyemi, A. I., Fagbamigbe, A. F., Omoluabi, E., Agunbiade, O. M., & Adebayo, S. O. (2018). Diarrhoea management practices and child health outcomes in Nigeria: Sub-national analysis. *Advances in Integrative Medicine*, 5:15-22.

- Ansari, M., Ibrahim, M. I. M., Hassali, M. A., Shankar, P. R., Koirala, A., & Thapa, N. J. (2012). Mothers' beliefs and barriers about childhood diarrhea and its management in Morang district, Nepal. *BMC research notes*, 5(1):576.
- Baird, J., Rehm, R. S., Hinds, P. S., Baggott, C., & Davies, B. (2016). Do You Know My Child? Continuity of Nursing Care in the Pediatric Intensive Care Unit. *Nurse Research*, 65(2): 142-150.
- Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative Evaluation of student Learning*. New York: MCGraw-Hall.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of nursing research: Conduet, critique, and utilization*. 4th edition. Philadelphia: W. B. Saunder.
- Clemen, S. A., Eigsti, D. C., & McGuire, S. L. (1995). *Comprehensive community health nursing*. St. Loius, MO: Mosby.
- Coleman, E. A., Parry, C., Chalmers, S. A., Chugh, A., & Mahoney, E. (2007). The central role of performance measurement in improving the quality of transitional care. *Home health care services quarterly*, 26(4):93-104.
- Davila, E. P., Trepka, M. J., Newman, F. L., Huffman F. G., & Dixon, Z. (2009). Diarrheal Illness among Women, Infants, and Childen (WIC) Program Participants in Miami, Florida: Implications for Nutritio Education. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 41(6):420-424.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale Development*. 3rd edition. Singapore: SAGE Publications, Inc.
- D'haenens, F., Romopaey, B. V., Swinnen, E., Dilles, T., & Beeckman, K. (2019). The effects of continuity of care on the health of mother and child in the postnatal period: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 1-13.
- Eva, H., DuGoff, Karen Bandeen-Roche, & Gerard, F. A. (2016). Relationship between continuity of care and adverse outcomes varies by number of chronic conditions among older adults with diabetes. *Journal of Comorbidity*, 6(2): 65–72.18.
- Freer, J., Mahomed, H., & Westwood, A. (2020). Prevention, Management and Risk Factors of Diarrhoeal Disease in under-Fives in Cape Town. *Journal of Tropical Pediatrics*, 67(3):1-7.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *Using SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference*. 4th edition. London: Pearson Education.
- Gray, J. R., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence*.

- 8th edition. St. Louis, MO: Elsevier.
- Haggerty, J., Reid, R., Freeman, G., Starfield, B., Adair, & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multi-disciplinary review. *British Medical Journal*, 327: 1219–1221.
- Hartman, S., Brown, E., Loomis E., & Russell H. A. (2019). Gastroenteritis in children. *American Family Physician*, 99(3):159-165.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2018). *Wong's nursing care of infants and children*. Elsevier Health Sciences. St. Louis: Mosby
- Hussey, P. S., Schneider, E. C., Rudin, R. S., Fox, D. S., Lai, J., & Pollack, C.E. (2014). Continuity and the costs of care for chronic disease. *JAMA Intern Med*, 174(5):742-8.
- Hwan, J., & Ko, C. M. (2017). Food and drug interactions. *Journal of Lifestyle Medicine*, 7(1):1-9.
- Lawrence, R. & Lawrence, R. (2016). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. 8th edition. Philadelphia: Elsevier.
- Lee, W. S., Chai, P. F., & Ismail, Z. (2012). Impact on parents during hospitalization for acute diarrhea in young children. *singapore medical journal*, 53(11):755-759.
- Magdalena, I., Rantetampang, A. L., Pongtiku, A., & Mallongi, A. (2019). The Risk Factors Environment and Behavior Influence Diarrhea Incidence to Child in Abepura Hospital Jayapura City. *International Journal of Science and Health Research*, 4(1):171-180.
- Maimann, L. A., et al. (1982). Effect of sociodemographic and attitude factors on mother initiated medication behavior for children. *Public health Report*, 97(2):140-149
- McKeehan, K. M. (1981). *Continuing care: A multidisciplinary approach to discharge planning*. St. Louis: The C. V. Mosby.
- Merga, N., & Alemayehu, T. (2015). Knowledge, Perception, and Management Skills of Mothers with Under-five Children about Diarrhoeal Disease in Indigenous and Resettlement Communities in Assosa District, Western Ethiopia. *International Center for Diarrheal Disease Research*, 33(1):20-30.
- Naseem, M.D., Dubey, A.P., Mishra, T.K., & Singh, R. (2020). Effect of Rehydration With Normal Saline Versus Ringer Lactate on Serum Sodium Level of Children with Acute Diarrhea and Severe Dehydration: A Randomized Controlled Trial. *Indian pediatrics*, 57(6), 519-522.

- Naveed, M., & Padmavathy, K. (2017). A study on knowledge of mothers in management of diarrhea in under five children. *Global journal for research analysis, 6*(1):227-8160.
- Nir, V., Nadir, E., Schechter, Y., & Kline-Kremer, A. (2013). Parents' Attitudes toward Oral Rehydration Therapy in Children with Mild-to-Moderate Dehydration. *The Scientific World Journal, 2013*:1-3.
- Ogbeyi, G. O., Onyemochi, A., & Ogbonna, C. (2016). Assessment of caregivers knowledge of diarrhoea and practice of home management of diarrhea disease among under two children in Opialu, a rural community in Benue State, Nigeria. *Global Journal of Medicine and Public Health, 5*(2):1-10.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing concepts of practice*. 4th edition. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Pantenburg, B., Ochoa, T. J., Ecker, L., & Ruiz, J. (2014). Feeding of young children during diarrhea: caregivers' intended practices and perceptions. *The American journal of tropical medicine and hygiene, 91*(3), 555-562.
- Parker, G., Corden, A., & Heaton, J. (2011). Experiences of and influences on continuity of care for service users and carers: synthesis of evidence from a research programme. *Health Soc Care Community, 19*(6):576-601.
- Pender, N. J. (1987). *Health promotion in nursing practice*. Norwalk: Apple-Century Crafts.
- Rumbo, H., Wichaiakull, S., & Sanguanprasit, B. (2016). Factors Influencing Preventive Behaviors of Mothers for Diarrhea in Children Aged 15 Years in Buol District, Indonesia. *Sociology Study, 6*(12):745-753.
- Sillah, F., Ho, H. J., & Chao, J. C. (2013). The use of oral rehydration salt in managing children under 5 years old with diarrhea in the Gambia: Knowledge, attitude, and practice. *Nutrition, 29*(11-12):1368-1373..
- Sveréus, S., Larsson, K., & Rehnberg, C. (2017). Clinic continuity of care, clinical outcomes and direct costs for COPD in Sweden: a population based cohort study. *Eur Clin Respir Journal, 4*(1):129-193.
- Ujjena, A. A., Schersa, H. J., Schellevis, F. G., & Van den Bosch, J. H. M. (2012). How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *Family Practice, 29*:264-271.
- Villar, D. G., Sautu, B. C., & Granados, A. (2012). Acute Gastroenteritis. *Pediatrics in Review, 33*(11):487-495.
- Waibel, S., Henao, D., Aller, M., Vargas, I., & Vázquez, M. (2012). What do we know about patients' perceptions of continuity of care? A meta-synthesis of

- qualitative studies. *International Journal for Quality in Health Care*, 24(1): 39–48.
- Whetstone, W. R., Olew, H., & Anne, M. (1989). Perception of self-care in Sweden: Cross-culture replication. *Journal of Advanced Nursing*, 14(11):962-969.
- Wongergem, F. (2010). Napkin dermatitis and its treatment. *Journal of Community Nursing*, 24(4):21-26.
- Workie, M. H., Sharifabdilahi, S. A., & Addis, M. E. (2018). Mothers' knowledge, attitude and practice towards the prevention and home-based management of diarrhea disease among under-five children in Diredawa, Eastern Ethiopia. *BMC pediatrics*, 18(1):358-366.
- World Health Organization. (1995). *The Treatment of Diarrhoea: a Manual for Physicians and Other Senior Health Workers*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2005). *The Treatment of Diarrhoea: a Manual for Physicians and Other Senior Health Workers*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2014). *IMCI integrated management of childhood illness Distance learning course Module 4 Diarrhea*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Diarrhoea*. [Online]. Retrieved from: https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16590&deptcode=brc&news_views=5930.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

ชื่อ - สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. รศ.ดร.สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2. รศ.ดร.อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์	อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
3. นางเพ็ญธิดา อินทร์เสวียด	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วย กุมารเวชกรรม 3
4. นางสาวชุลีพร ยิ้มสุขไพฑูรย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยพิเศษแม่ 5-6 โรงพยาบาลสมุทรสาคร
5. นางสาวรณัญญา ตีปานวงศ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หอผู้ป่วย กุมารเวชกรรมระบบทางเดินอาหาร สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี





ใบรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ได้พิจารณาแบบเสนอโครงการวิจัยแล้ว คณะกรรมการพิจารณาอนุมัติในประเด็นการเคารพศักดิ์ศรีสิทธิมนุษยชนของกลุ่มตัวอย่างและการดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ให้ก่อความเสียหายหรืออันตรายแก่ - กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา



ชื่องานวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็ก
อายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

ผู้วิจัย นางสาวพัชรพร คำภูมิ

รหัสงานวิจัย KNH 12/2564

กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติมใดๆ ของการวิจัยครั้งนี้ ขณะอยู่ในช่วงเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการฯ เพื่อขอการรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง วันที่ 20 เมษายน พ.ศ. 2564 ถึงวันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2565

ลงชื่อ.......... ลงชื่อ..........
(นายแพทย์จีรายุทธ อรรถจรูญ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) นายแพทย์ทศพร ศิริโสภิตกุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช



**การตรวจความเที่ยง
แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล**

เมื่อนำข้อมูลแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .76 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.763	.811	30

**การตรวจความเที่ยง
แบบวัดความรู้ในการดูแลรักษาและป้องกันโรคอุจจาระร่วง**

เมื่อนำข้อมูลแบบวัดความรู้ในการดูแลรักษาและป้องกันโรคอุจจาระร่วง มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .74 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.748	.743	8

การตรวจความเที่ยง
แบบสอบถามทัศนคติทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

เมื่อนำข้อมูลแบบสอบถามทัศนคติทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .89 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.897	.920	19

การตรวจความเที่ยง
แบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

เมื่อนำข้อมูลแบบประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน มาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80 ซึ่งผลการวิเคราะห์มีรายละเอียด ดังนี้

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.



Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.804	.794	19



แผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

7

โปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง
ในการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

แผนการพยาบาล

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	เนื้อหา	อุปกรณ์	การประเมินผล
ก่อนดำเนินการตามโปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ข้างเตียงผู้ป่วย และห้องทำงานพยาบาล ณ ห้องผู้ป่วยกุมารเวชกรรม เมื่อเด็ก และผู้ดูแลมาถึงห้องผู้ป่วย				
เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้ดูแลของเด็ก และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยร่วมฟังการซักประวัติของเด็ก และผู้ดูแล การตรวจร่างกายของเด็ก เมื่อเด็กและผู้ดูแลมาถึงห้องผู้ป่วย พร้อมทั้งศึกษาประวัติเพิ่มเติมจากผู้ดูแล จากทีมประวัติของเด็ก	- ผู้วิจัยร่วมฟังการซักประวัติของเด็ก และผู้ดูแล การตรวจร่างกายเด็กจากพยาบาลประจำห้องผู้ป่วยกุมารเวชกรรม และศึกษาประวัติเพิ่มเติมจากทีมประวัติของเด็ก - ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันลงในแบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และผู้ดูแล และแบบประเมินสภาพเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในแบบฟอร์ม Google form - ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการตรวจร่างกายลงในแบบประเมินสภาพเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	- โทรศัพท์มือถือ บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม Google form	- ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันได้ - ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลการตรวจร่างกายได้ครบถ้วน

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	เนื้อหา	อุปกรณ์	การประเมินผล
		โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในแบบฟอร์ม Google form		
1. พบกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที				
วัตถุประสงค์ 1.1 เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับเด็ก และผู้ดูแลสร้างความไว้วางใจ และเชื่อใจ ระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล	กิจกรรมการพยาบาล - ผู้วิจัย และหรือทีมที่ให้การดูแลเด็กและนำตัว และสร้างสัมพันธภาพกับเด็กผู้ดูแล	เนื้อหา - ผู้วิจัย และหรือทีมที่ให้การดูแลเด็กและนำตัว กล่าวทักทายผู้ดูแลว่า “สวัสดีค่ะ ดิฉันชื่อ ... เป็นผู้วิจัย โครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล ค่ะ/ ทีมที่ให้การดูแลเด็กและนำตัว และคำแนะนำ (หากเข้ามาแนะนำตัวแก่เด็กและผู้ดูแลในครั้งแรก)” - ผู้วิจัย สอบถามชื่อเล่นของเด็ก จากเด็กและผู้ดูแลด้วยท่าทางยิ้มแย้มแจ่มใส “สวัสดีค่ะ ทูชื่ออะไรคะ” รอดีก หรือผู้ดูแลตอบ	-	- สังเกตความสนใจของเด็กและผู้ดูแลในการร่วมสนทนา เช่น มีท่าทางยิ้มแย้มแจ่มใส สนใจผู้วิจัยขณะที่สนทนาด้วย
วัตถุประสงค์ของ 1.2 เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจวัตถุประสงค์ของการวิจัย	กิจกรรมการพยาบาล - ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์แก่ผู้ดูแล และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย	เนื้อหา - ผู้วิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้แก่ผู้ดูแล “การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน	-	- สังเกตความสนใจของผู้ดูแลในการร่วมสนทนา เช่น มีท่าทางยิ้มแย้มแจ่มใส สนใจผู้วิจัยขณะที่สนทนา

วัตถุประสงค์	กิจกรรมการพยาบาล	เนื้อหา	อุปกรณ์	การประเมินผล
1.3 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี	- ผู้วิจัยแจ้งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ดูแล และแจ้งการจัดเก็บข้อมูลให้ผู้ดูแลทราบ จากนั้นดำเนินการชักประวัติจากผู้ดูแลเพิ่มเติม ดังนี้	1. มีเหตุการณ์ที่ถูกต้องเหมาะสม 2. มีความรู้เกี่ยวกับเหตุการณ์การดูแลเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ถูกต้อง 3. มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ไม่มีผลต่อการได้รับการดูแล และการรักษาใด ๆ ในโรงพยาบาล	- โทรศัพท์มือถือ บันทึกข้อมูลลงในแบบฟอร์ม Google form	ด้วย - ตอบรับในการเข้าร่วมการวิจัย - ผู้วิจัยได้รับข้อมูล และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และแบบแผนการเลี้ยงดูเด็กได้ครบถ้วน

แบบสอบถามข้อมูลผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันและผู้ดูแล

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

(ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแล ตรวจสอบร่างกายร่วมกับพยาบาล และผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามออนไลน์ Google Form)

1. เพศ (คำถามแบบตอบได้ตัวเลือกเดียว)

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. อายุ (คำถามแบบกรอกเฉพาะตัวเลข)

1.ปี

3. ระดับการศึกษาสูงสุด (คำถามแบบตอบได้ตัวเลือกเดียว)

() 1. ประถมศึกษา

() 4.ปริญญาตรี

() 2. มัธยมศึกษา

() 5.ปริญญาโท

() 3. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ

() 6. อื่นๆ โปรดระบุ.....

2) ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

(ผู้วิจัยสัมภาษณ์ผู้ดูแล ตรวจร่างกายร่วมกับพยาบาล และผู้วิจัยบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามออนไลน์ Google Form)

1. เพศ (คำถามแบบตอบได้ตัวเลือกเดียว)

() 1. ชาย

() 2. หญิง

2. อายุ (คำถามแบบกรอกเฉพาะตัวเลข)

1.ปี

.....เดือน

3. น้ำหนักของเด็กก่อนการเจ็บป่วย (คำถามแบบกรอกเฉพาะตัวเลข)

1.กิโลกรัม



3) แบบสอบถามแผนการเลี้ยงดูเด็ก

(ผู้วิจัยศึกษาจากเวชระเบียน และสอบถามผู้ดูแลเพิ่มเติม ผู้วิจัยกรอกข้อมูลลงในแบบสอบถามออนไลน์ Google Form)

1. ประเภทของอาหารและน้ำที่เด็กได้รับในแต่ละวัน (คำถามแบบตอบได้หลายตัวเลือก กรอกข้อความสั้น และกรอกเฉพาะตัวเลข)

นม

- () 1. นมแม่มื้อ/วัน
 () 2. นมผสม สูตรนม..... (สูตร 1, สูตร 2)
 อัตราส่วนการผสมน้ำ 30 มิลลิลิตร/นม.....

ซัอน

- () 3. นมกล่อง จำนวน.....ออนซ์/วัน
 สูตรนม..... (สูตร 1, สูตร 2)
 ปริมาณ.....มิลลิลิตร
 จำนวน.....กล่อง/วัน
 () 4. ข้าว จำนวน.....ทัพพี/มื้อ
 จำนวน.....มื้อ/วัน

อาหารอื่นๆ

- () 1. เนื้อสัตว์ ระบุเนื้อสัตว์ ที่เด็กรับประทาน.....
 () 2. ผัก ระบุผัก ที่เด็กรับประทาน.....
 () 3. ผลไม้ ระบุผลไม้ ที่เด็กรับประทาน.....
 () 4. อื่นๆ ระบุชนิดอาหาร.....

น้ำ

- () 1. น้ำต้มสุก
 () 2. น้ำกรอง
 () 3. น้ำอื่นๆ ระบุ.....

.
.
.
.
.
.

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] ของแบบสัมภาษณ์แต่ละข้อ ตามสภาพความเป็นจริงที่ผู้ตอบบอกเล่า

ทำทุกครั้ง	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น ทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์ในข้อนั้นๆ เกิดขึ้น
ทำเป็นส่วนใหญ่	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้น แทบทุกครั้งเมื่อมีเหตุการณ์ในข้อนั้นๆ เกิดขึ้น
ไม่ค่อยได้ทำ	หมายถึง	มีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเป็นบางครั้งเมื่อมีเหตุการณ์นั้นๆ เกิดขึ้น
ไม่เคยทำเลย	หมายถึง	ไม่เคยมีการปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลยเมื่อมีเหตุการณ์ในข้อนั้นๆ เกิดขึ้น

ข้อความ	ทำ ทุกครั้ง	ทำเป็น ส่วนใหญ่	ไม่ค่อย ได้ทำ	ไม่เคย ทำเลย
เมื่อเด็กมีไข้ ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้				
1. ใช้ผ้าชุบน้ำอุณหภูมิปกติ/น้ำอุ่น 2-3 ผืน วางบริเวณหน้าผาก ซอกคอ รักแร้ และข้อพับต่างๆ				
2. เช็ดตัวให้เด็กจนกว่าตัวจะเย็นลง โดยเช็ดเป็นเวลา 15 นาที				
3. ห่มผ้าหนาๆ ให้เด็กเมื่อหนาวสั่นจากไข้				
เมื่อเด็กมีอาการท้องเสีย ท่านมีการปฏิบัติกิจกรรมต่อไปนี้				
4. สังเกตปริมาณ สี กลิ่นที่ผิดปกติของอุจจาระ				
.				
.				

หมายเหตุ: ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อที่ 3 6 24 25 27 และ 28

แบบวัดความรู้ในการป้องกันโรคอุจจาระร่วง

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ตามความคิดเห็นของท่าน ที่ท่านเห็นว่าถูกต้องที่สุด
เพียงคำตอบเดียว

ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคอุจจาระร่วงในเด็กเกิดจากการดื่มน้ำ หรือกินอาหารที่ไม่สะอาด หรือมีการติดเชื้อ		
2. อาการของโรคอุจจาระร่วงในเด็ก คือ ปวดท้อง ถ่ายอุจจาระเหลว หรือมีมูกปน		
3. เด็กกินนมที่ซิงแล้วไม่หมดขวด ต้องปิดฝาขวดให้สนิท		
· · · · · · · ·		

หมายเหตุ: ข้อคำถาม ข้อที่ 5 7 และ 9 เป็นข้อคำถามที่ตอบว่า ไม่ใช่

แบบสอบถามทัศนคติทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก

คำชี้แจง ให้ท่านอ่านข้อความในแต่ละข้อแล้วคิดว่า ท่านคิดเห็นอย่างไรกับสิ่งต่อไปนี้ และโปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก ความคิดเห็นของท่านมากที่สุด คำตอบที่ได้จะไม่ถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์การเลือกคำตอบดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นอย่างยิ่ง
เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านเห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้น
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ท่านไม่เห็นด้วยกับข้อความในประโยคนั้นอย่างยิ่ง

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วยอย่าง ยิ่ง
1. เมื่อเด็กมีไข้ ฉันฉันพอใจที่จะช่วยเช็ดตัวลดไข้ให้เด็ก จนกว่าตัวจะเย็นลง				
2. ฉันชอบให้เด็กรับประทานอาหารที่สะอาดและปรุงสุกใหม่ๆ				
3. ฉันพอใจที่อาหารของเด็กเก็บในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด				
.				
.				
.				

หมายเหตุ:

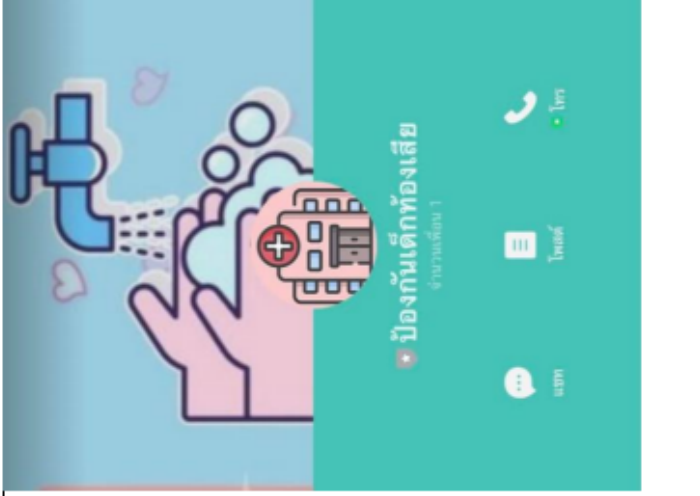
ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อที่ 10

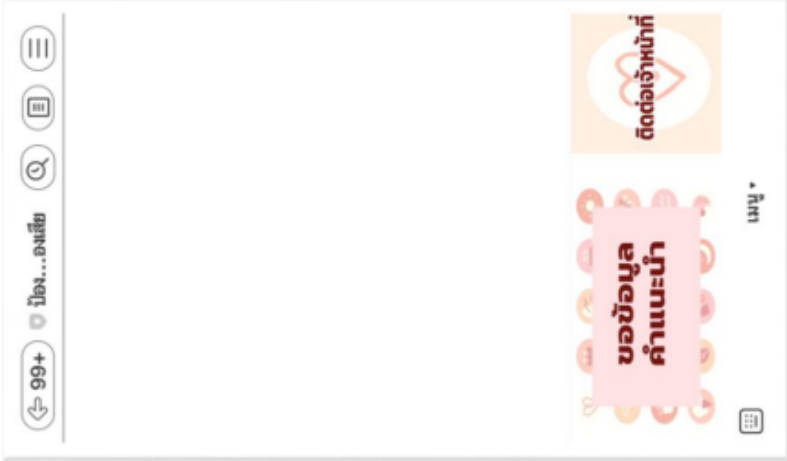
* ข้อที่ 7 กรณีเด็กกินนมแม่ ให้ใช้ข้อความว่า ฉันพอใจที่ต้องทำความสะอาดหัวนมให้สะอาด

** ข้อที่ 8 กรณีเด็กกินนมแม่ ให้ใช้ข้อความว่า ฉันพอใจเมื่อได้จัดหาอุปกรณ์/เครื่องทำความเย็นสำหรับแช่นมมาก่อนให้เด็กดื่ม

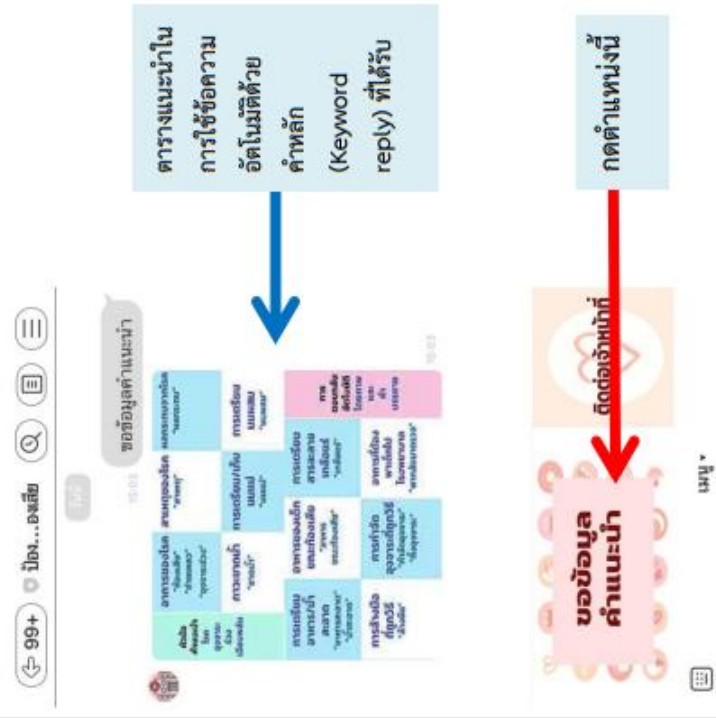
ภาพแสดงตัวอย่างแอปพลิเคชันไลน์ รูปแบบ Line official account ผ่านจอโทรศัพท์มือถือ

ภาพแสดงตัวอย่างแอปพลิเคชันไลน์ รูปแบบ Line official account ผ่านจอโทรศัพท์มือถือ เป็นช่องทางทางการติดต่อ ที่ผู้ใช้ใช้ในการติดต่อสื่อสารกับผู้ดูแล และเป็นช่องทางในการส่งข้อความรู้ และการให้ข้อมูลคำแนะนำแก่ผู้ดูแล

<p>ภาพแสดงตัวอย่างแอปพลิเคชันไลน์ รูปแบบ Line official account ผ่านจอโทรศัพท์มือถือ</p> <p>1. ภาพแสดงโปรไฟล์ของแอปพลิเคชันไลน์ รูปแบบ Line official account ชื่อ ป้องกันเด็กท้องเสีย</p>	<p>ภาพแสดง</p>
	


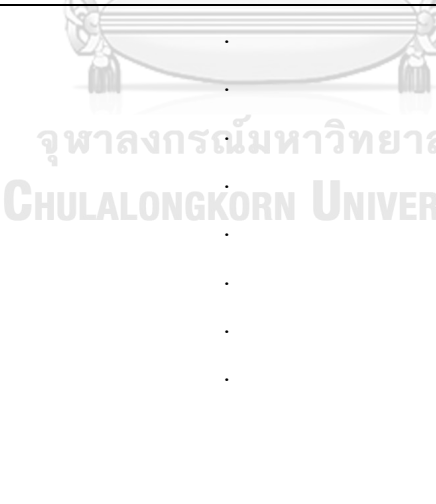
<p>ภาพแสดงตัวอย่างแอปพลิเคชันไลน์ รูปแบบ Line official account ผ่านจอโทรศัพท์มือถือ</p> <p>2. ภาพแสดงห้องสนทนา</p>	<p>ภาพแสดง</p>
	

<p>ภาพแสดง</p>	<p>ภาพแสดงตัวอย่างแอปพลิเคชัน รูปแบบ Line official account ผ่านจอโทรศัพท์มือถือ</p> <p>3. ภาพแสดงตัวอย่างการขอข้อมูลคำแนะนำด้วยความตอบกลับ อัตโนมัติผู้วิจัยติดตั้งบนเมนูในหน้าจอแอปพลิเคชัน รูปแบบ Line official account หัวข้อ “ขอข้อมูลคำแนะนำ” ผู้ดูแล จะได้รับตาราง</p>
----------------	--



ตารางแสดงรูปภาพในรูปแบบอินโฟกราฟิก ข้อความคำอธิบาย และข้อความอัตโนมัติด้วยคำหลัก (Keyword reply)

รหัส	Keyword	รูปภาพ	ชุดข้อความคำอธิบาย
No. 001	“ท้องเสีย” “ถ่ายเหลว” “อุจจาระร่วง”	<p>ความหมายของโรค และอาการแสดง</p>  <p>ที่มาของข้อมูล: เสกสิต โอสถากุล, 2559; Villarm, Sautu & Granados, 2012 ที่มาของภาพ: https://www.flaticon.com; https://www.freepik.com ผู้จัดทำ: จิตรภาณุ แก้วคำ</p>	<p>อาการใดอาการหนึ่ง ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> ถ่ายเหลวเป็นน้ำ 3 ครั้งต่อวัน ถ่ายมีมูกเลือดอย่างน้อย 1 ครั้ง ถ่ายเหลวเป็นน้ำ ปริมาณมาก 1 ครั้งขึ้นไป <p>ร่วมกับอาการใดอาการหนึ่งได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง มีไข้ <p>ทารกแรกเกิดถ่ายอุจจาระบ่อยครั้งโดยมีอุจจาระนิ่มเหลว ไม่ถือว่าเป็นอุจจาระร่วง แต่หากเด็กทารกเกิด รวมถึงเด็กอายุ น้อยกว่า 1 ปี มีอาการ ร้องกวน ซึม หรือกระสับกระส่าย</p>
No. 002	“สาเหตุ”	<p>สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง</p>  <p>ที่มาของข้อมูล: ไพโรจน์ จงบุญฤดีเจริญ, 2557 ที่มาของภาพ: https://www.flaticon.com; https://www.freepik.com ผู้จัดทำ: จิตรภาณุ แก้วคำ</p>	<p>สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง เกิดจากการติดเชื้อ หรือมีการเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งการแพร่กระจายของเชื้อโรคสามารถแพร่กระจายโดยมีเชื้อปนเปื้อนที่มือ น้ำ อาหาร นม หรือภาชนะรวมถึงการกำจัดอุจจาระที่ไม่ถูกสุขลักษณะ</p>

รหัส	Keyword	รูปภาพ	ชุดข้อความคำอธิบาย
No. 003	“สาเหตุ”	<p>สาเหตุของการเกิดโรคอุจจาระร่วง</p>  <p>สาเหตุอื่นๆ ของการเกิดโรคอุจจาระร่วง</p> <p>ยาปฏิชีวนะ ศัลยกรรม</p> <p>การติดเชื้อของลำไส้ สัตว์ปีก</p> <p>ที่มาของข้อมูล: ไพโรจน์ จงบุญฤดีเจริญ, 2557 ที่มาของภาพ: https://www.flaticon.com; https://www.freepik.com ผู้จัดทำ: จิตรภาณุ แก้วคำ</p>	สาเหตุอื่น ๆ ของการเกิดโรคอุจจาระร่วงในเด็กได้ เช่น สารพิษ ยาปฏิชีวนะ การติดเชื้อลดลง
		 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>	

ภาคผนวก จ
เอกสารข้อมูลคำอธิบาย และเอกสารใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มทดลอง
และกลุ่มควบคุม



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโครงการวิจัย (กลุ่มทดลอง)
(Information sheet for research participant)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพัชรพร คำภูมิ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ โทรศัพท์มือถือ 091-9536249 โทรศัพท์ที่ทำงาน 036-266170 (งานธุรการ)

เรียน ผู้ดูแลเด็กผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ขอเรียนเชิญผู้ดูแลในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัย ก่อนตัดสินใจ โปรดทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับอะไรและทำไมเพราะเหตุใด กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างรอบคอบ หากมีข้อความใดที่อ่านแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน โปรดสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะอธิบายจนกว่าจะเข้าใจอย่างชัดเจน โดยโครงการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ “เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ” โดยจะมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จำนวน 60 คน

2. ท่าน และเด็กในความปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โดยผู้วิจัยจะคัดกรองคุณสมบัติดังต่อไปนี้ก่อน ท่านและเด็กในความปกครองของท่านจึงจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- 1) เป็นบิดา มารดา หรือญาติของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้
 - 1.1) ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น
 - 1.2) เป็นผู้ที่มิมีอาการของการขาดน้ำเล็กน้อย หรือไม่มีอาการขาดน้ำ
- 2) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก และอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกับเด็ก
- 3) อายุ 18 บริบูรณ์ขึ้นไป
- 4) สามารถสื่อสารฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
- 5) มีโทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์ที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่แพทย์พิจารณาว่า มีอาการขาดน้ำระดับรุนแรง

3. ท่านจะได้รับการให้ข้อมูลคำแนะนำจากผู้วิจัย จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้
- 3.1 ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที ณ ห้องสุศึกษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ท่านจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากผู้วิจัย ซึ่งแจ้งขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และซักประวัติจากผู้ดูแลเพิ่มเติม ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลเด็กของท่าน จากนั้น ผู้วิจัยจะตั้งเป้าหมายในการดูแลเด็กในความปกครองของท่าน และดำเนินการวางแผนในการจัดลำดับ และจัดสรรเวลาในการดำเนินกิจกรรมร่วมกับท่าน
- ท่านจะได้เพิ่มช่องทางการติดต่อผู้วิจัย และทีมที่ให้การดูแลเด็ก ผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ในรูปแบบ Line official account จากนั้นผู้วิจัยจะประเมินความรู้เบื้องต้นของของท่าน รวมทั้งให้ ข้อมูลคำแนะนำ และส่งสื่อการให้ความรู้ในรูปแบบอินโฟกราฟิกให้ท่านผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์แก่ท่าน
- 3.2 ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ณ ห้องสุศึกษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ท่านจะได้รับการทบทวนความรู้เรื่องอาการ และสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และการประเมินภาวะขาดน้ำ พร้อมทั้งเน้นย้ำอาการที่ต้องพาเด็กกลับมาพบแพทย์ ท่านจะได้ปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลเด็ก หากปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้วิจัย หรือทีมที่ให้การดูแลเด็กทำการสอน สาธิต และให้คำปรึกษาแก่ให้ท่าน
- 3.3 ครั้งที่ 3 ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ณ ห้องสุศึกษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคที่ท่านพบ และทบทวนเป้าหมายของการดูแล เด็กร่วมกับท่าน
- ท่านจะได้รับการสอบถามความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเด็กโรคอุจจาระ ร่วงเฉียบพลัน หากท่านไม่ผ่านตามเกณฑ์ ผู้วิจัย หรือทีมที่ให้การดูแลเด็กจะดำเนินการ สอน และสาธิต พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ถูกต้อง และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้ท่านเกิดความมั่นใจในการดูแลเด็กในความปกครองของท่าน
4. ท่านจะได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ภายหลังจากเด็กในความปกครองของท่านจะได้รับการ จำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วัน และหากพบว่าท่านมีปัญหาอุปสรรคในการดูแลเด็กผู้วิจัยตอบ คำถาม และทบทวนวิธีการ ขอข้อมูลคำแนะนำ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ รูปแบบ Line official ให้แก่ท่าน
5. ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลเด็กของท่าน ภายหลังจากเด็กในความปกครองของ ท่านจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ ตามลำดับ
6. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทน และไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะ ได้รับสบู่มือล้างมือ (ขนาดพกพา) และเจลแอลกอฮอล์ (ขนาดพกพา) เป็นของที่ระลึกในการเข้าร่วมวิจัย
7. ผู้วิจัยจะรักษาความลับข้อมูลเกี่ยวกับท่านและเด็กในความปกครองของท่าน โดยใช้รหัสแทน และ ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง
8. ท่าน และเด็กในความปกครองของท่าน มีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุก ขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษา หรือเสียประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับ
9. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้ มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า
10. การติดต่อผู้วิจัย สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวพัชรร คำภูมิ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์ โทรศัพท์มือถือ 091-9536249 หรือโทรศัพท์ที่ทำงาน 036-266170 (งานธุรการ)

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หมายเลขโทรศัพท์ 036-621537-44 ต่อ 4108, 089-6100192

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
นางสาวพัชรพร คำภูมิ

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้ดูแลเด็กที่เข้าร่วมโครงการวิจัย (กลุ่มควบคุม)
(Information sheet for research participant)

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

ชื่อผู้วิจัย นางสาวพัชรพร คำภูมิ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ โทรศัพท์มือถือ 091-9536249 โทรศัพท์ที่ทำงาน 036-266170 (งานธุรการ)

เรียน ผู้ดูแลเด็กผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ขอเรียนเชิญผู้ดูแลในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัย ก่อนตัดสินใจ โปรดทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับอะไรและทำไมเพราะเหตุใด กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างรอบคอบ หากมีข้อความใดที่อ่านแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน โปรดสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะอธิบายจนกว่าจะเข้าใจอย่างชัดเจน โดยโครงการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ “เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ” โดยจะมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จำนวน 60 คน

2. ท่าน และเด็กในความปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โดยผู้วิจัยจะคัดกรองคุณสมบัติดังต่อไปนี้ก่อน ท่านและเด็กในความปกครองของท่านจึงจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) เป็นบิดา มารดา หรือญาติของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้

1.1) ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น

1.2) เป็นผู้ที่มิมีอาการของการขาดน้ำเล็กน้อย หรือไม่มีอาการขาดน้ำ

2) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก และอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกับเด็ก

3) อายุ 18 บริบูรณ์ขึ้นไป

4) สามารถสื่อสารฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

5) มีโทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์ที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่แพทย์พิจารณาว่า มีอาการขาดน้ำระดับรุนแรง

3. ท่านจะต้องตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และเด็กในความปกครองของท่าน แบบแผนการเลี้ยงดูเด็กของท่าน และได้รับการสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลเด็กของท่าน ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ณ ห้องสุขศึกษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

4. ท่านจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลให้ยา การให้สารละลายเกลือแร่ที่บ้าน รวมถึงอาการที่ต้องนำมาผู้ป่วยเด็กกลับมาโรงพยาบาล รวมทั้งการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ตามแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของหอผู้ป่วย ก่อนที่เด็กในความปกครองของท่านจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
5. ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์พฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กของท่าน ภายหลังจากเด็กในความปกครองของท่านจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ ตามลำดับ
6. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทน และไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับสบู่เหลวล้างมือ (ขนาดพกพา) และเจลแอลกอฮอล์ (ขนาดพกพา) เป็นของที่ระลึกในการเข้าร่วมวิจัย
7. ผู้วิจัยจะรักษาความลับข้อมูลเกี่ยวกับท่าน และเด็กในความปกครองของท่าน โดยใช้รหัสแทน และผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง
8. ท่าน และเด็กในความปกครองของท่าน มีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษา หรือเสียประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับ
9. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า
10. การติดต่อผู้วิจัย สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวพัชรพร คำภูมิ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 091-9536249 หรือโทรศัพท์ที่ทำงาน 036-266170 (งานธุรการ)
11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หมายเลขโทรศัพท์ 036-621537-44 ต่อ 4108, 089-6100192

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้
นางสาวพัชรพร คำภูมิ



เอกสารหมายเลข ๒

ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (กลุ่มทดลอง)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....

ยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยหลักคือ นางสาวพัชรพร คำภูมิ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยหลักมีความประสงค์ ในการดำเนินการ ดังนี้

ขอเรียนเชิญผู้อยู่ในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัย ก่อนตัดสินใจ โปรดทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้เกี่ยวข้องกับอะไรและทำไมเพราะเหตุใด กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างรอบคอบ หากมีข้อความใดที่อ่านแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน โปรดสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะอธิบายจนกว่าจะเข้าใจอย่างชัดเจน โดยโครงการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ “เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ” โดยจะมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จำนวน 60 คน

2. ท่าน และเด็กในความปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โดยผู้วิจัยจะคัดกรองคุณสมบัติดังต่อไปนี้ก่อน ท่านและเด็กในความปกครองของท่านจึงจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) เป็นบิดา มารดา หรือญาติของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่าเป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้

- 1.1) ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น
- 1.2) เป็นผู้ที่มิมีอาการของการขาดน้ำเล็กน้อย หรือไม่มีอาการขาดน้ำ

2) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก และอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันกับเด็ก

3) อายุ 18 บริบูรณ์ขึ้นไป

4) สามารถสื่อสารฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

5) มีโทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์ที่สามารถใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่แพทย์พิจารณาว่า มีอาการขาดน้ำระดับรุนแรง

3. ท่านจะได้รับการให้ข้อมูลคำแนะนำจากผู้วิจัย จำนวน 3 ครั้ง ดังนี้
 - 3.1 ครั้งที่ 1 ใช้ระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที ณ ห้องสุศึกษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ท่านจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยจากผู้วิจัย ชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และซักประวัติจากผู้ดูแลเพิ่มเติม ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลเด็กของท่าน จากนั้น ผู้วิจัยจะตั้งเป้าหมายในการดูแลเด็กในความปกครองของท่าน และดำเนินการวางแผน ในการจัดลำดับ และจัดสรรเวลาในการดำเนินกิจกรรมร่วมกับท่าน

ท่านจะได้เพิ่มช่องทางการติดต่อผู้วิจัย และทีมที่ให้การดูแลเด็ก ผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ ในรูปแบบ Line official account จากนั้นผู้วิจัยจะประเมินความรู้เบื้องต้นของของท่าน รวมทั้งให้ข้อมูล คำแนะนำ และส่งสื่อการเรียนรู้ในรูปแบบอินโฟกราฟิกให้ท่านผ่านช่องทางแอปพลิเคชันไลน์แก่ท่าน
 - 3.2 ครั้งที่ 2 ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ณ ห้องสุศึกษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ท่านจะได้รับการทบทวนความรู้เรื่องอาการ และสาเหตุของโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน และการ ประเมินภาวะขาดน้ำ พร้อมทั้งเน้นย้ำอาการที่ต้องพาดูแลเด็กกลับมาพบแพทย์ ท่านจะได้ปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลเด็ก หากปฏิบัติไม่ถูกต้องจากผู้วิจัย หรือทีมที่ให้การดูแลเด็กทำการสอน สาธิต และให้คำปรึกษาแก่ให้ท่าน
 - 3.3 ครั้งที่ 3 ใช้ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ณ ห้องสุศึกษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยจะให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคที่ท่านพบ และทบทวนเป้าหมายของการดูแล เด็กร่วมกับท่าน

ท่านจะได้รับการสอบถามความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลเด็กโรคอุจจาระ ร่วงเฉียบพลัน หากท่านไม่ผ่านตามเกณฑ์ ผู้วิจัย หรือทีมที่ให้การดูแลเด็กจะดำเนินการ สอน และสาธิต พฤติกรรม การดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันที่ถูกต้อง และให้ผู้ดูแลสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้ ท่านเกิดความมั่นใจในการดูแลเด็กในความปกครองของท่าน
4. ท่านจะได้รับการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ภายหลังจากเด็กในความปกครองของท่านจะได้รับการ จำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 วัน และหากพบว่าท่านมีปัญหาอุปสรรคในการดูแลเด็กผู้วิจัยตอบ คำถาม และทบทวนวิธีการ ขอข้อมูลคำแนะนำ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ รูปแบบ Line official ให้แก่ท่าน
5. ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลเด็กของท่าน ภายหลังจากเด็กในความปกครองของ ท่านจะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ ตามลำดับ
6. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทน และไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับ สบู่เหลวล้างมือ (ขนาดพกพา) และเจลแอลกอฮอล์ (ขนาดพกพา) เป็นของที่ระลึกในการเข้าร่วมวิจัย
7. ผู้วิจัยจะรักษาความลับข้อมูลเกี่ยวกับท่านและเด็กในความปกครองของท่าน โดยใช้รหัสแทน และ ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง
8. ท่าน และเด็กในความปกครองของท่าน มีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุก ขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษา หรือเสียประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับ
9. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มี ส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า
10. การติดต่อผู้วิจัย สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวพัชรพร คำภูมิ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์ โทรศัพท์มือถือ 091-9536249 หรือโทรศัพท์ที่ทำงาน 036-266170 (งานธุรการ)
11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หมายเลขโทรศัพท์ 036-621537-44 ต่อ 4108, 089-6100192

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้วิจัยหลักได้เข้ามาติดต่อและประสานงานเรียบร้อยแล้ว โดยข้าพเจ้ายินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยตามที่ได้ยื่นต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย
(นางสาวพัชรพร คำภูมิ)

Version: ๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๓



เอกสารหมายเลข ๒

ใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยในโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช (กลุ่มควบคุม)

เขียนที่.....

วันที่.....

ข้าพเจ้า (นาย/ นาง/ นางสาว).....
 ยินดีให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในโครงการวิจัย เรื่อง ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อ
 พฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล โดยผู้วิจัยหลักคือ นางสาว
 พัชพร คำภูมิ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยหลักมีความประสงค์ ใน
 การดำเนินการ ดังนี้

ขอเรียนเชิญผู้อยู่ในปกครองของท่านเข้าร่วมการวิจัย ก่อนตัดสินใจ โปรดทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้
 เกี่ยวข้องกับอะไรและทำเพราะเหตุใด กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้รอบคอบ หากมีข้อความใดที่
 อ่านแล้วไม่เข้าใจหรือไม่ชัดเจน โปรดสอบถามเพิ่มเติมกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยจะอธิบายจนกว่าจะเข้าใจ
 อย่างชัดเจน โดยโครงการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

1. โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อ “เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ
 โปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ” โดยจะมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้
 จำนวน 60 คน

2. ท่าน และเด็กในความปกครองของท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ โดยผู้วิจัยจะคัดกรอง
 คุณสมบัติดังต่อไปนี้ก่อน ท่านและเด็กในความปกครองของท่านจึงจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยได้

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1) เป็นบิดา มารดา หรือญาติของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากกุมารแพทย์ว่า
 เป็นโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน โดยเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน เป็นไปตามเงื่อนไขต่อไปนี้

1.1) ไม่มีโรคแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต เป็นต้น

1.2) เป็นผู้ที่มีอาการของการขาดน้ำเล็กน้อย หรือไม่มีอาการขาดน้ำ

2) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก และอาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันกับเด็ก

3) อายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป

4) สามารถสื่อสารฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

5) มีโทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์ที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้

เกณฑ์การคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้ดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ที่แพทย์พิจารณาว่า มีอาการขาด
 น้ำระดับรุนแรง

3. ท่านจะต้องตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของท่าน และเด็กในความปกครองของท่าน แบบ
 แผนการเลี้ยงดูเด็กของท่าน และได้รับการสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลเด็กของท่าน ใช้เวลาประมาณ 15-20
 นาที ณ ห้องสุขศึกษา หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม

4. ท่านจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลให้ยา การให้สารละลายเกลือแร่ที่บ้าน รวมถึงอาการที่
 ต้องนำมาผู้ป่วยเด็กกลับมาโรงพยาบาล รวมทั้งการดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วยโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลัน

ตามแนวทางการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของหอผู้ป่วย ก่อนที่เด็กในความปกครองของท่าน จะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

5. ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์พฤติกรรมและการดูแลเด็กของท่าน ภายหลังจากเด็กในความปกครองของท่าน จะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ และ 2 สัปดาห์ ตามลำดับ

6. การวิจัยครั้งนี้ ไม่มีค่าใช้จ่ายตอบแทน และไม่มีการเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมการวิจัย ท่านจะได้รับ สปุ้หูเลสล้างมือ (ขนาดพกพา) และเจลแอลกอฮอล์ (ขนาดพกพา) เป็นของที่ระลึกในการเข้าร่วมวิจัย

7. ผู้วิจัยจะรักษาความลับข้อมูลเกี่ยวกับท่าน และเด็กในความปกครองของท่าน โดยใช้รหัสแทน และ ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง

8. ท่าน และเด็กในความปกครองของท่าน มีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วม หรือสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุก ขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการรักษา หรือเสียประโยชน์ใดๆ ที่พึงได้รับ

9. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์ และโทษที่เกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้มี ส่วนร่วมในการวิจัยทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า

10. การติดต่อผู้วิจัย สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวพัชรพร คำภูมิ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง ที่เบอร์ โทรศัพท์มือถือ 091-9536249 หรือโทรศัพท์ที่ทำงาน 036-266170 (งานธุรการ)

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช หมายเลขโทรศัพท์ 036-621537-44 ต่อ 4108, 089-6100192

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผู้วิจัยหลักได้เข้ามาติดต่อและประสานงานเรียบร้อยแล้ว โดยข้าพเจ้ายินดีให้ ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยตามที่ได้อื่นต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาล พระนารายณ์มหาราช

ลงชื่อ.....ผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้วิจัย
(นางสาวพัชรพร คำภูมิ)



FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ 0184
วันที่รับ 3 กุมภาพันธ์ 2564
เวลา 09.14 น.
ผู้รับ ศิริโรชา

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวพัชรพร คำภูมิ รหัสประจำตัว 6077162436 นิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลเด็ก ที่อยู่ปัจจุบัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พระพุทธบาท บ้านเลขที่ 91 หมู่ 8 ตำบลธารเกษม อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี รหัสไปรษณีย์ 18120 โทรศัพท์ 091-9536249 Email: pacharaporn.k@bcnjb.ac.th

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการเตรียมเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเด็กโรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวแมน ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวมลวิภา เสียงสุวรรณ
- อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์

เรียน คณบดี(ผ่านรองคณบดี)

5. ปีของวิทยานิพนธ์ ปี พ.ศ. 2547

เพื่อพิจารณาอนุญาต.มการขอใช้เครื่องมือวิจัย

ของ นางสาวมลวิภา .เสียงสุวรรณซึ่งมี รศ.ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

และผู้วิจัยได้พัฒนาปรับปรุงขึ้นมาเอง

ลงนาม *พัชรพร คำภูมิ* ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวพัชรพร คำภูมิ)
2 / กุมภาพันธ์ / 2564

<p>3 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 14:42 ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวินิจฉัย</p> <p>.....มีมติความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือวิจัยในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ จึงเห็นสมควรให้ขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวข้างต้น.....</p> <p>ลงนาม ... <i>วราภรณ์ ชัยวัฒน์</i></p> <p>(รศ.ดร.สุวิมล โรจนวิ.) 2 / ก.พ. / 64.....</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ</p> <p>อนุญาต.....</p> <p>ลงนาม <i>วราภรณ์ ชัยวัฒน์</i></p> <p>3 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 16:32</p>
--	--

วราภรณ์ ชัยวัฒน์
3 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 15:45

สนธิ ภิรมย์
3 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 15:48

อนุญาต

วราภรณ์ ชัยวัฒน์
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 2564

เลขที่รับ 0266
FON-CU-THESIS11คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย วันที่รับ 18 กุมภาพันธ์ 2564
ทำเรื่องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ) เวลา 15.54 น.เรื่อง ขอนั่งสือขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย ผู้รับ ศิริโรยา
เรียน คณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวพัชรพร คำภูมิ รหัสประจำตัว 6077162436 นิสิตสาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการพยาบาลเด็ก ที่อยู่ปัจจุบัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท บ้านเลขที่ 91 หมู่ 8 ตำบลธารเกษม อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี รหัสไปรษณีย์ 18120 โทรศัพท์ 091-9536249 Email:

pacharapom.k@bcnjb.ac.th

หัวข้อวิทยานิพนธ์ที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

ผลของโปรแกรมการพยาบาลอย่างต่อเนื่องต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โรคอุจจาระร่วงเฉียบพลันของผู้ดูแล

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อเครื่องมือวิจัยที่จะขออนุญาตใช้ 4 ฉบับ ได้แก่
 - แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
 - แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
 - แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
 - แบบสอบถามความรู้สึกในทางบวกเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็ก
- ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเด็กของผู้ดูแลในสถานรับเลี้ยงเด็กกลางวัน
- ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางสาวเพ็ญธิดา นาคทอง
- อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์
- ปีของวิทยานิพนธ์ ปี พ.ศ. 2549

เพื่อพิจารณาอนุญาตในการขอใช้เครื่องมือวิจัย
ของนางสาวเพ็ญธิดา นาคทอง ซึ่งมี รศ.ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์
เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ Pender(2002)

ลงนาม พัชรพร คำภูมิ 19 กุมภาพันธ์ 2564 ผู้ยื่นคำร้อง

(นางสาวพัชรพร คำภูมิ)

15 / กุมภาพันธ์ / 2564

<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์</p> <p>...นิสิตมีความจำเป็นต้องใช้เครื่องมือดังกล่าวในการพัฒนาวิทยานิพนธ์ จึงเห็นควรให้ขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าว..</p> <p>ลงนาม สุวิมล โรจนาวี</p> <p>(..ผศ.ดร. สุวิมล โรจนาวี...)</p> <p>.....18 / ..กพ. / ..64.....</p>	<p>ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือเห็นควรอนุญาต</p> <p>.....</p> <p>ลงนาม พัชรพร คำภูมิ</p> <p>(.....22 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 10:20.....)</p>
--	--

..... 006333
19 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 14:20

.....
.....

19 กุมภาพันธ์ 2564 เวลา 18:29

อนุญาต
.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)
.....
.....



การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น

การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

การทดสอบความเป็นเอกพันธ์ของความแปรปรวน เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลก่อนการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยทำการทดสอบกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติทดสอบ Levene's Test พบว่า เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำทางเดียว และผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Levene's Test พบว่า p-Value เท่ากับ .624

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
BIF_ec_pre	Equal variances assumed	.242	.624	1.207	54	.233	2.985	2.472	-1.972	7.941
	Equal variances not assumed			1.204	52.244	.234	2.985	2.479	-1.989	7.959

การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

เมื่อทดสอบการแจกแจงข้อมูลของคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov ตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์ความแปรปรวนซ้ำ ผลทดสอบพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอนุมานได้ว่าข้อมูลคะแนนพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแลในระยะก่อนทดลอง (ก่อนได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง) หลังการทดลองทันที (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์) มีการแจกแจงข้อมูลแบบปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ และผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นด้วย Mauchly's Test of Sphericity พบว่า ค่าสถิติ Mauchly's W .304 และค่า p -Value เท่ากับ .000 ดังนั้น จึงพิจารณาค่าความแปรปรวน ด้วยค่าจาก Greenhouse-Geisser

กลุ่มทดลอง

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

			pre	post	follow
N			26	26	26
Normal	Mean		87.8846	108.1538	110.1923
Parameters ^{a,b}	Std. Deviation		9.41202	4.46938	5.07558
Most Extreme	Absolute		.191	.122	.158
Differences	Positive		.191	.108	.120
	Negative		-.131	-.122	-.158
Test Statistic			.191	.122	.158
Asymp. Sig. (2-tailed)			.016 ^c	.200 ^{c,e}	.094 ^c
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.		.265 ^d	.791 ^d	.491 ^d
	99% Confidence	Lower			
	Interval	Bound	.253	.781	.478
		Upper			
		Bound	.276	.802	.503

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. Based on 10000 sampled tables with starting seed 221623949.

e. This is a lower bound of the true significance.

กลุ่มควบคุม

One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

			รวม2_1	รวม2_2	รวม2_3
N			30	30	30
Normal Parameters ^{a,b}	Mean		84.400	84.400	84.766
	Std. Deviation		9.080	9.080	8.406
Most Extreme Differences	Absolute		.113	.113	.122
	Positive		.095	.095	.087
	Negative		-.113	-.113	-.122
Test Statistic			.113	.113	.122
Asymp. Sig. (2-tailed)			.200 ^{c,d}	.200 ^{c,d}	.200 ^{c,d}
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.		.802 ^e	.802 ^e	.724 ^e
	99% Confidence Interval	Lower Bound	.792	.792	.713
		Upper Bound	.813	.813	.736

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

d. This is a lower bound of the true significance.

e. Based on 10000 sampled tables with starting seed 1335104164.

Mauchly's Test of Sphericity^a

Measure: MEASURE_1

Within Subjects Effect	Mauchly's W	Approx. Chi- Square	df	Sig.	Epsilon ^b		
					Greenhouse- Geisser	Huynh- Feldt	Lower- bound
time	.304	63.140	2	.000	.590	.606	.500

Tests the null hypothesis that the error covariance matrix of the orthonormalized transformed dependent variables is proportional to an identity matrix.

a. Design: Intercept + group

Within Subjects Design: time

b. May be used to adjust the degrees of freedom for the averaged tests of significance. Corrected tests are displayed in the Tests of Within-Subjects Effects table.

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวพัชรพร คำภูมิ
วัน เดือน ปี เกิด	1 กุมภาพันธ์ 2536
สถานที่เกิด	ลพบุรี
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิตจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เมื่อปี พ.ศ.2558



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY