

บทความวิจัย

ผลของการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันต่อ
การเข้ารับบริการซ้ำ โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช*

The Effect of Discharge Education for Caregivers on
the Revisit of Children with Acute Febrile Illness at
Nakhon Si Thammarat Municipality Hospital

สรีพร ชมบุญ**

Sareeporn Chomboon

สายฝน เอกวารังกูร***

Saifon Aekwarangkoon

นัยนา หนูนิล***

Naiyana noonin

เกียรติกำจร กุศล***

Kiatkamjorn Kusol

*ได้รับทุนส่งเสริมวิจัยโครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

*Received a research scholarship by research fund graduated students Walailak University

**นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช 80161

**Graduate Nursing Studies, Master of Nursing Science Program, Walailak University School of Nursing, Nakhon Si Thammarat, 80161 Thailand

***สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ นครศรีธรรมราช 80161

***Faculty of Nursing, Walailak University, Nakhon Si Thammarat 80161 Thailand

Corresponding author, E-mail: nnaiyana@hotmail.com

Received: December 8, 2017; Revised: March 28, 2018; Accepted December 17, 2018

บทคัดย่อ

ภาวะไข้เฉียบพลันในเด็กเป็นอาการทางคลินิกที่พบบ่อย ความรู้ของผู้ดูแลเด็กที่มีภาวะนี้จึงมีความสำคัญ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันต่อการรับบริการซ้ำโรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กอายุ 3 เดือนถึง 5 ปีที่มีภาวะไข้เฉียบพลันใน

24 ชั่วโมงแรก เข้ารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยให้วันคู่เป็นกลุ่มทดลองและวันคี่เป็นกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 38 ราย กลุ่มทดลองได้รับ (1) การให้ความรู้ (2) ทักษะการจัดการภาวะไข้และ (3) การติดตามทางโทรศัพท์ 2 ครั้ง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการเก็บข้อมูลเดือนพฤษภาคมถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2560 ประเมินผลด้วยแบบประเมินความรู้ในการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแล และแบบสัมภาษณ์จำนวนครั้งของการรับบริการด้วยภาวะไข้เฉียบพลันใน 72 ชั่วโมง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติ t-test, Chi-square และ Fisher's exact test

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มทดลองมีความรู้ในการจัดการภาวะไข้ของเด็กที่บ้านดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อทำการให้ความรู้และติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์ พบว่า ผู้ดูแลมีความรู้และสามารถปฏิบัติทักษะในการจัดการภาวะไข้ได้อย่างมีความมั่นใจมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 15.80) นำเด็กกลับเข้ารับบริการซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงน้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 39.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะ พยาบาลแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ควรให้ความสำคัญกับการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลก่อนที่จะจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันกลับบ้านจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินร่วมกับการติดตามต่อเนื่องทางโทรศัพท์เพื่อกระตุ้นเตือนความรู้อย่างต่อเนื่องของผู้ดูแลหลังจำหน่าย เพิ่มความมั่นใจให้ผู้ดูแลสามารถดูแลจัดการภาวะไข้และประเมินอาการของเด็กได้เองที่บ้านอย่างปลอดภัย

คำสำคัญ: การให้ความรู้ก่อนจำหน่าย ภาวะไข้เฉียบพลันในเด็ก การรับบริการซ้ำ

Abstract

This study was a quasi-experimental research conducted to determine the effects on discharge education given to caregivers on the revisit rate of children with acute febrile illnesses at Nakhon Si Thammarat Municipality Hospital. The sample group consisted of caregivers of children who were aged between 3 months to 5 years old with acute febrile illness within the first 24 hours of treatment in the emergency department. It used simple random sampling by designating even days as the intervention group and odd days as the control group with each group comprising of 38 people. The intervention group received (1) medical knowledge (2) skills for managing fever and (3) a follow up by the way of a telephone call on two occasions, whereas the control group received

the usual care from the nursing staff. The data was collected from May to July 2017. The instruments used were an assessment form on caregivers' knowledge for fever management, and an interview form on the revisit rate with acute febrile illness within 72 hours and then it was analyzed by descriptive statistics, t-test, Chi-square and Fisher's exact test.

The study revealed that after the experiment, the knowledge gained from the fever management from the intervention group of caregivers was significantly ($p < 0.05$) better than the control group. Upon being provided knowledge and then followed up by a telephone call, caregivers were more knowledgeable, managed fever and practiced their skills with greater confidence resulting in the experimental group (15.8%) were in a significant decrease in revisit rate within 72 hours less than the control group (39.5%) ($p < 0.05$). The suggestion: emergency department nurses should give importance to educating caregivers prior to discharge with follow-up telephone calls to encourage continued awareness in order to build greater confidence in managing fever and safely assessing symptoms of their children themselves at home.

Keywords: Discharge education, Acute febrile illness in Children, Hospital revisits

บทนำ

ภาวะไข้เฉียบพลัน (acute febrile illness) เป็นอาการทางคลินิกที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุหลักของการเข้ารับการรักษาแบบฉุกเฉินในโรงพยาบาลสำหรับเด็กอายุระหว่าง 3 เดือนถึง 5 ปี เนื่องจากร่างกายของเด็กมีระดับภูมิคุ้มกันที่ยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย โดยเฉพาะเชื้อไวรัส (Susilawati & McBride, 2014) จากสถิติของสำนักกระบาดวิทยา พ.ศ. 2559 พบว่า ภาวะไข้ที่เกิดในเด็กจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นภาวะไข้

เฉียบพลันจากเชื้อที่ไม่สามารถหาสาเหตุหรือตำแหน่งของไข้ได้มากเป็นอันดับ 2 หรือ 3 โดยมีอัตราการป่วย 16.25 ต่อแสนประชากร (สำนักกระบาดวิทยา, 2559) สถิติของโรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช พบเด็กมีภาวะไข้เฉียบพลันเข้ามารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินร้อยละ 32.6 ของผู้ป่วยเด็กทั้งหมด โดยในจำนวนนี้ผู้ดูแลร้อยละ 22 จะนำเด็กกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำด้วยภาวะไข้สูงหลังจำหน่ายกลับบ้านภายใน 72 ชั่วโมงแรก (หน่วยรายงานสถิติทางการแพทย์ โรงพยาบาลเทศบาลนคร

นครศรีธรรมราช, 2559) แม้ว่า จะได้รับการรักษาจากแพทย์ การดูแลจากพยาบาลวิชาชีพเมื่อเข้ารับการรักษาและการติดตามนัดหมายเพื่อมาตรวจรักษาซ้ำในวันที่ 3 ของการมีไข้จากแพทย์แล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีสถิติการกลับเข้ามารับการรักษารักษาซ้ำด้วยภาวะไข้สูง ซึ่งอาจเกิดเนื่องจากผู้ดูแลเหล่านี้มีความกังวลเกี่ยวกับภาวะไข้และเกิดความกลัว (Fever Phobia) จึงมักนำเด็กกลับมาเข้ารับการรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลด้วยอาการเดิม (Pursell & Collin, 2015)

แนวทางปฏิบัติในการจัดการภาวะไข้ของเด็ก ประกอบด้วย (1) การใช้ยาลดไข้ ที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการสร้างสารโพรสตาแกลนดิน (Prostaglandins) ช่วยลดอุณหภูมิของร่างกาย (Pursell & Collin, 2015) ปัจจุบัน มีการใช้ยาลดไข้เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 67 เป็นมากกว่าร้อยละ 90 (El-Radhi, 2012) แต่ยังพบปัญหาผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังประเมินภาวะไข้ด้วยการใช้มือสัมผัสและไม่ใช่ปรอทในการวัดไข้ ส่งผลให้มีการบริหารยาที่ไม่ถูกต้อง ยังมีผู้ดูแลบางรายที่ให้อายาลดไข้เด็กก่อนที่จะมีไข้ (Katz, Rachel, & Rowberry, 2009) ทำให้เกิดความเสียดังกล่าวคือ ภาวะที่ตับได้รับอันตรายจากยาพาราเซตามอลเกินขนาด (Zomorodi & Attia, 2008) และ (2) การใช้วิธีการเสริมในการลดไข้ ได้แก่ การกระตุ้นให้เด็กดื่มน้ำ การสวมใส่เสื้อผ้าบางเบา การเช็ดตัวลดไข้ และการจัดสภาพแวดล้อม (สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ, 2558; Graneto, 2016) แต่วิธีการเสริมเหล่านี้ อาจทำให้เด็กร้องกวน หรือมีอาการหนาวสั่น ผู้ดูแลจึงเกิดความวิตกกังวล (Royal College of Nursing, 2015) ทำให้ผู้ดูแล

แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพและนำเด็กเข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลโดยเฉพาะในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินทันทีที่เด็กมีไข้ (Pursell & Collin, 2015) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ให้ความสำคัญกับการหาสาเหตุของไข้และการติดเชื้ออื่นๆ มากกว่าการจัดการภาวะไข้ด้วยการให้คำแนะนำและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล เมื่อได้รับการจำหน่ายกลับบ้านผู้ดูแลจะเกิดความไม่เข้าใจและไม่มีความมั่นใจในการดูแลเด็กที่บ้าน ทำให้เกิดความวิตกกังวลและมักจะนำเด็กกลับมาพบแพทย์ซ้ำเมื่อเด็กมีไข้ (Goldman, Ong, & Macpherson, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งเน้นการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแลและพัฒนาการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการภาวะไข้ที่นำมาใช้ในหอผู้ป่วยเด็ก โดยแนวปฏิบัติดังกล่าวไม่ได้พัฒนาเพื่อนำไปใช้ในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันที่บ้าน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จึงได้นำแนวความคิดการให้ความรู้ก่อนจำหน่าย (discharge education) ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) มาใช้เป็นแนวทางโดยให้ความรู้แก่ผู้ดูแลให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรง ความเสี่ยง และประโยชน์ของภาวะไข้เฉียบพลัน การฝึกทักษะปฏิบัติที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในสมรรถนะของตน (self-efficacy) ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ในการให้คำปรึกษาและกระตุ้นความรู้ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล

และจัดการกับภาวะไข้เฉียบพลันของเด็กได้ด้วยตนเอง ลดผลกระทบต่อเด็กที่เกิดจากภาวะไข้เฉียบพลัน เพิ่มความสามารถและทักษะในการดูแลจัดการภาวะไข้เฉียบพลันของผู้ดูแล และลดการกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยแนวทางดังกล่าวยังสะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลให้การพยาบาล การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันที่เน้นการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันต่อการเข้ารับบริการซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง ที่โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้การจัดการภาวะไข้เฉียบพลันของผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลัน

สมมุติฐานการวิจัย

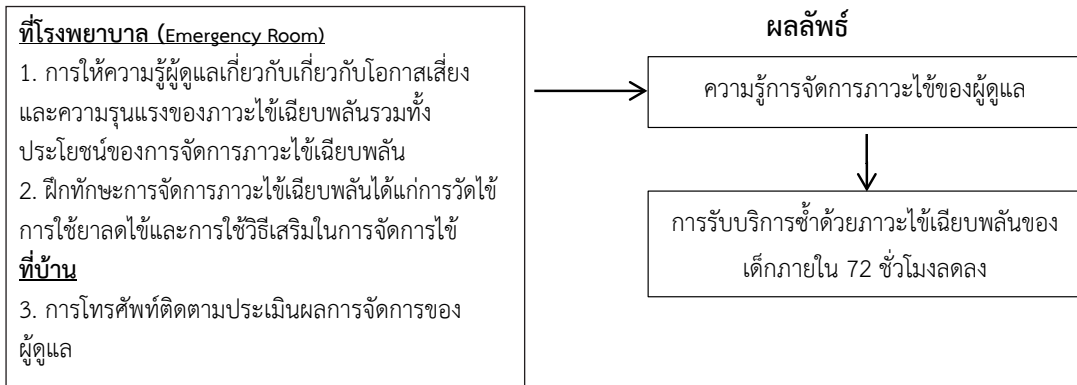
1. เด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันมีการกลับเข้ารับบริการซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงที่โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราชน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

2. ค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การจัดการภาวะไข้เฉียบพลันในเด็กของผู้ดูแลกลุ่มทดลองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมหลังการให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดการให้ความรู้ก่อนจำหน่าย (discharge education) ร่วมกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) (Becker, Rosenstock, & Strecher, 1988) ในการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนการจำหน่ายประกอบด้วย (1) การให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดไข้เฉียบพลัน (Susceptibility of acute febrile illness) ความรุนแรงของภาวะไข้เฉียบพลัน (Severity of acute febrile illness) ประโยชน์ของการจัดการภาวะไข้เฉียบพลัน (Benefits of management acute febrile illness) และ (2) การชักนำการปฏิบัติ (Cues to action) โดยการฝึกทักษะการจัดการภาวะไข้เฉียบพลัน ได้แก่ การวัดไข้ การใช้ยาลดไข้ วิธีการเสริมเพื่อช่วยลดไข้ในเด็ก ร่วมกับ (3) การโทรศัพท์ติดตาม เพื่อให้ความรู้ต่อเนื่องและให้คำแนะนำในการประเมินปัญหา อุปสรรคในการจัดการภาวะไข้เฉียบพลันของผู้ดูแลและประเมินภาวะไข้ของเด็กเพื่อให้เกิดความปลอดภัย ส่งผลให้มีการนำเด็กกลับมารับบริการซ้ำด้วยภาวะไข้เฉียบพลันของเด็กภายใน 72 ชั่วโมงลดลง

การให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลัน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กอายุ 3 เดือน ถึง 5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นภาวะไข้เฉียบพลัน (Acute febrile illness) ภายใน 24 ชั่วโมงแรก เข้ามารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราชและได้รับคำแนะนำจากแพทย์หลังจำหน่ายเพื่อกลับเข้ามารับการหาสาเหตุของโรคซ้ำหากไข้ไม่ลดลงภายใน 3 วัน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการกำหนดอำนาจการทดสอบ (Power analysis) ของ Cohen (1992) วิเคราะห์ด้วยโปรแกรม Statistic calculator version 2.0 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 64 ราย และเพิ่มจำนวนเพื่อป้องกันอัตราการถอนตัวออกจาก

การวิจัยจากรรณกรรมที่ทบทวนพบร้อยละ 17 (Considine & Brennan, 2007) จำนวน 12 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ 76 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 รายและกลุ่มควบคุม 38 ราย ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลากให้กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับรักษาในวันคู่เป็นกลุ่มทดลอง และในวันคี่เป็นกลุ่มควบคุม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม ถึง กรกฎาคม 2560

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลัน พัฒนาโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและปลายเปิด

ประกอบด้วย (1) ข้อมูลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ สัญชาติ ความสัมพันธ์กับเด็ก ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่ในปัจจุบัน จำนวนบุตร การนำบุตรไปรับการรักษาเมื่อมีไข้ และความคิดเห็นเกี่ยวกับผลกระทบของไข้เฉียบพลันต่อเด็กและ (2) ข้อมูลของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ ลำดับในครอบครัว น้ำหนัก ส่วนสูง ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติพัฒนาการ ประวัติการได้รับวัคซีน และประวัติการแพ้อาหาร

1.2 แบบประเมินความรู้ในการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแล ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมินการจัดการภาวะไข้ (Parent Fever Management Scale: PFMS) (Walsh, Edwards, & Fraser, 2007) เกี่ยวกับความรุนแรง ความเสี่ยง และประโยชน์ของการจัดการภาวะไข้ในเด็ก ประกอบด้วยข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบว่าปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ตอบว่าไม่ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งสิ้น 10 คะแนน กำหนดเกณฑ์การแปลผลความรู้โดยคิดค่าคะแนนรวมเป็นค่าคะแนนเฉลี่ย

1.3 แบบสัมภาษณ์จำนวนครั้งของการรับบริการซ้ำด้วยภาวะไข้เฉียบพลันใน 72 ชั่วโมงภายหลังจำหน่ายทั้งที่โรงพยาบาล คลินิกและสถานบริการสุขภาพ

2. เครื่องมือสำหรับดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 คู่มือพยาบาล “การให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลัน” พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับ

การจัดการภาวะไข้ในเด็ก (Royal College of Nursing, 2015; The Children’s Hospital of Eastern Ontario, 2016) ประกอบด้วย การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล การฝึกทักษะของผู้ดูแลและการติดตามประเมินผล

2.2 คู่มือผู้ดูแล “การจัดการภาวะไข้ในเด็ก” ใช้ในการดูแลเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันที่บ้าน สอดคล้องกับเนื้อหาในคู่มือพยาบาล และมีแบบบันทึกการให้ยาลดไข้ของเด็ก สำหรับจดบันทึกอุณหภูมิร่างกายเพื่อพิจารณาทักษะวิธีการจัดการภาวะไข้ที่เหมาะสม เข้าใจง่าย ทำให้ผู้ดูแลสามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

2.3 เทอร์โมมิเตอร์วัดไข้ที่ผู้วิจัยมอบให้กับผู้ดูแลเพื่อใช้ในการวัดไข้ โดยเทอร์โมมิเตอร์ที่ใช้เป็นแบบดิจิตอลของบริษัทออมนอน (Omron) รุ่น MC-245 ได้รับได้การตรวจสอบเทียบของเครื่องมือตามมาตรฐาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลชำนาญการ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลชำนาญการ สาขาการพยาบาลกุมารเวชกรรม ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ คำนวณหาค่าดัชนีความเที่ยงตรงทางเนื้อหาได้ค่า ดังนี้ (1) คู่มือพยาบาล “การให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย

เด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลัน” มีค่าความเที่ยงตรงทางเนื้อหาเท่ากับ 0.94 (2) คู่มือผู้ดูแล “การจัดการภาวะไข้ในเด็ก” มีค่าความเที่ยงตรงทางเนื้อหาเท่ากับ 0.96 (3) แบบประเมินความรู้ในการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแล มีค่าความเที่ยงตรงทางเนื้อหาเท่ากับ 0.89 และ (4) แบบสัมภาษณ์จำนวนครั้งของการรับบริการด้วยภาวะไข้เฉียบพลันใน 72 ชั่วโมงภายหลังจำหน่ายทั้งที่โรงพยาบาล คลินิกและสถานบริการสุขภาพ มีค่าความเที่ยงตรงทางเนื้อหาเท่ากับ 1

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบประเมินความรู้ในการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแลโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลของเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าเท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมในมนุษย์และได้รับอนุญาตให้ดำเนินการศึกษาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ เลขที่เอกสารรับรอง WUEC-16-018-01 ยึดหลักพิทักษ์สิทธิและการเก็บข้อมูลเป็นความลับ ผู้วิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น โดยผู้ดูแลสามารถนำเด็กกลุ่มตัวอย่างแจ้งออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาของการดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการทดลอง

ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยจากสำนักวิทยพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ถึงผู้อำนวยการกองการแพทย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลวิจัย ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบและติดต่อประสานงานกับหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน เพื่อแนะนำตนเองพร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนและเกณฑ์ที่กำหนดไว้ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 38 รายและกลุ่มควบคุม 38 ราย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

กลุ่มทดลอง

วันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรก) ที่โรงพยาบาล

ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสัมภาษณ์ผู้ดูแลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความรู้ในการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแล (ใช้เวลา 10 นาที) หลังจากนั้นทำการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่าย โดยใช้คู่มือ “การให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลัน” อธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดไข้เฉียบพลัน ความรุนแรงของภาวะไข้เฉียบพลัน ประโยชน์ของการจัดการภาวะไข้เฉียบพลัน และทำการฝึกทักษะการจัดการไข้ให้แก่ผู้ดูแล สอนเกี่ยวกับการวัดไข้ การใช้ยาลดไข้

และวิธีการเสริมเพื่อช่วยลดไข้ในเด็ก ได้แก่ การเช็ดตัวลดไข้ การกระตุ้นให้ดื่มน้ำ การสวมเสื้อผ้าบางเบาและการจัดการสิ่งแวดล้อม เน้นให้คำแนะนำร่วมกับการชักนำไปสู่การปฏิบัติ ให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจและสามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้าน เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย แล้วทำการแจกพร้อมคู่มือ แนะนำการใช้แบบบันทึกการให้ยาลดไข้ของเด็กท้ายคู่มือและนัดหมายการติดตาม

หลังจำหน่ายวันที่ 2 (48 ชั่วโมง) ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามให้ความรู้ต่อเนื่อง เพื่อกระตุ้นความรู้และให้คำแนะนำใน 48 ชั่วโมงแรก หลังจำหน่ายร่วมกับประเมินทักษะการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแลและประเมินภาวะไข้ของเด็กจากแบบบันทึกการใช้ลดไข้ภายในคู่มือผู้ดูแล จำนวน 1 ครั้งในช่วงเช้าหรือบ่ายตามนัดหมายเวลาที่สะดวกกับผู้ดูแล

หลังจำหน่ายวันที่ 3 (72 ชั่วโมง) ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามให้ความรู้ต่อเนื่องและให้คำแนะนำ 72 ชั่วโมงหลังจำหน่ายร่วมกับประเมินผลทักษะการจัดการภาวะไข้ในเด็กของผู้ดูแลและประเมินภาวะไข้ของเด็ก พร้อมทั้งสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินความรู้ในการจัดการภาวะไข้เพิ่มเติมและแบบบันทึกการให้ยาลดไข้ของเด็กเพื่อวัดความรู้และทักษะในการจัดการภาวะไข้ หลังจากนั้นใช้แบบสัมภาษณ์จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการด้วยภาวะไข้เฉียบพลันใน 72 ชั่วโมง สอบถามประเมินผลการกลับเข้ารับบริการซ้ำที่ผู้ดูแลนำเด็กเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพภายใน 72 ชั่วโมง

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมโดยพบกลุ่มตัวอย่างในวันที่ 1 (24 ชั่วโมงแรก) ที่โรงพยาบาลในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบประเมินความรู้ในการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแลใช้เวลาทั้งสิ้น 10 นาที และให้การพยาบาลตามปกติ หลังจากนั้นจึงโทรศัพท์สอบถามติดตามภาวะไข้ใน 72 ชั่วโมงที่บ้านหลังจำหน่าย เพื่อสัมภาษณ์โดยใช้แบบประเมินความรู้ในการจัดการภาวะไข้เดิมและแบบสัมภาษณ์จำนวนครั้งของการเข้ารับบริการด้วยภาวะไข้เฉียบพลันใน 72 ชั่วโมง (ใช้เวลา 10 ถึง 15 นาที)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test และ independent t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และจำนวนการรับบริการซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลเด็กมีอายุเฉลี่ย 33.8 (S.D.=11.18) ปี ร้อยละ 80.30 เป็นมารดาและร้อยละ 5.30 เป็นบิดา จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 64.50 และปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 22.30 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 36.90 และอาชีพแม่บ้าน

ร้อยละ 28.90 เป็นบุตรคนเดียวร้อยละ 36.80 ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าจะทำให้เด็กเกิดภาวะชักจากไข้สูงร้อยละ 85.50 และเด็กอาจเสียชีวิตร้อยละ 18.40 สำหรับข้อมูลทั่วไปของเด็ก พบว่าเด็กมีอายุเฉลี่ย 2.83 ปี (S.D=1.30) เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.3 น้ำหนักเฉลี่ย 12.73 กิโลกรัม (S.D=3.32) ส่วนสูงเฉลี่ย 91.18 เซนติเมตร (S.D=12.84) โดยเด็กทั้งหมดมีประวัติชักและ พัฒนาการครบตามเกณฑ์ ไม่มีประวัติและเคยได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางสมอง เช่น โรคไข้มองอักเสบ หรือมีประวัติชักจากไข้สูงมาก่อน อุณหภูมิร่างกายแรกรับเฉลี่ย 38.51

(S.D=0.48) องศาเซลเซียส และเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลลัพธ์ของการจัดการภาวะไข้

พบว่า ความรู้การจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลอง (\bar{x} = 9.15, S.D=0.85) มากกว่ากลุ่มควบคุม (\bar{x} = 6.65, S.D=1.14) อย่างมีนัยสำคัญที่ $p = .000$ ดังตารางที่ 1 และการรับบริการซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงของกลุ่มทดลอง (ร้อยละ 15.80) น้อยกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 39.50) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้การจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแลเด็กในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

ความรู้ในการจัดการภาวะไข้ของผู้ดูแล	กลุ่มทดลอง \bar{x} (S.D)	กลุ่มควบคุม \bar{x} (S.D)	t	p-value
ก่อนการทดลอง	5.31(1.04)	5.34(1.52)	-.339	.736
หลังการทดลอง	9.15(0.85)	6.65(1.14)	-10.781	.000*

* $p < 0.05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวน (ร้อยละ) การรับบริการซ้ำด้วยภาวะไข้เฉียบพลันของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองในวันที่ 2 และ 3

การรับบริการซ้ำใน 72 ชั่วโมง	จำนวน (ร้อยละ)			<i>p</i> value	
	กลุ่มควบคุม (n=38)	กลุ่มทดลอง (n=38)	percent different		
ภายในวันที่2 (48 ชั่วโมง)	13(34.2)	5(13.2)	21	4.659	.031 ^{a*}
ภายในวันที่3 (72 ชั่วโมง)	2(5.3)	1(2.6)	2.7	.347	.500 ^b
รวม Revisit ใน 72 ชั่วโมง	15(39.5)	6(15.8)	23.7	5.330	.021 ^{a*}

**p* < 0.05, ^a chi-square test, ^b Fisher's exact test

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้ผู้ดูแลเด็กก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการจัดการภาวะไข้ของเด็กที่บ้าน ส่งผลให้สามารถลดอัตราการเข้ารับบริการซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง ประสิทธิภาพของการทดลองดังกล่าวอาจเกิดจากเหตุผลสำคัญ 2 ประการ ดังนี้

ประการที่ 1 กระบวนการให้ความรู้ร่วมกับการพัฒนาทักษะการจัดการภาวะไข้เฉียบพลันอย่างรอบด้าน โดยมุ่งเน้นการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง ความรุนแรงและประโยชน์ของการจัดการภาวะไข้เฉียบพลัน ร่วมกับฝึกทักษะการจัดการภาวะไข้ให้แก่ผู้ดูแล ได้แก่ การวัดไข้ การใช้ยาลดไข้ วิธีการเสริมต่างๆ เพื่อช่วยลดไข้ และการให้คู่มือสำหรับผู้ดูแลนำกลับไปใช้เป็นแนวทางในการจัดการภาวะไข้ที่บ้านจะทำให้

ผู้ดูแลเกิดการรับรู้เกี่ยวกับโรคและความรุนแรง เกิดความเชื่อมั่นในการตัดสินใจ และมีความมั่นใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลจัดการภาวะไข้ที่บ้าน เนื่องจากการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล โดยการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์และการชักนำสู่ปฏิบัติการพยาบาลที่ดี จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพความรู้แก่ผู้ดูแล ผู้ดูแลจะได้รับข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการดูแลเด็กเพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจในสมรรถนะของตนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการภาวะไข้ (self-efficiency) สามารถนำคำแนะนำที่ได้รับไปตัดสินใจที่จะปฏิบัติทักษะด้วยตนเองที่บ้านช่วยลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะไข้ (fever phobia) ลง ส่งผลต่อการจัดการภาวะไข้ของเด็กที่ดีขึ้น (สุธิตา ล่ามข้าง, อมรรักษ์ งามสวย, อรพิน จันทร์ปัญญาสกุล และ ปรีชา ล่ามข้าง, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของอุดมลักษณ์ เพ็ญสุขเวช และ พรรณี

บัญชีสถิติ (2557) ที่นำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health Belief Model) มาใช้ปรับปรุงแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลเพิ่มขึ้น สามารถใช้ข้อมูลที่ได้รับอย่างเป็นระบบและนำมาใช้ในการดูแลเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการติดตามผลหลังจากการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายเด็กที่มีภาวะไข้เฉียบพลันพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 13.20 นำเด็กกลับเข้ามาใช้บริการซ้ำตั้งแต่ 48 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่าย ซึ่งเกิดจากการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลโดยเฉพะอย่างยิ่งในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินที่มีความจำกัดด้านเวลาและมีสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นในระหว่างการเรียนรู้ เช่น ความกังวลต่อภาวะไข้ของเด็ก การที่เด็กร้องกวนจากความไม่สบาย หรือมีสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความกังวลในขณะที่กำลังให้ความรู้ ผู้ดูแลจะอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่พร้อมที่จะเรียนรู้ ส่งผลต่อความเข้าใจและความสนใจต่อสถานการณ์เกิดการรับรู้ได้น้อยลง ส่งผลให้เกิดการรู้คิดที่ผิดพลาด (cognitive error) (Beck, 1985) เมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้ดูแลจึงไม่สามารถนำเอาความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติทักษะในการจัดการภาวะไข้ที่บ้านได้ดีพอ ร่วมกับยังคงมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะไข้ จึงนำเด็กกลับเข้ารับบริการซ้ำในทันที โดยเฉพาะในช่วง 48 ชั่วโมงแรกที่ภาวะไข้ของเด็กอาจยังคงมีอุณหภูมิที่สูงอยู่จากธรรมชาติของไข้ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส (สมจิตร จารูรัตน์ศิริกุล, กมลวิษ เลาประสพวัฒนา, มณิรัตน์ ภูวนนท์ และ นครินทร์ ตนคลัง, 2555) สอดคล้องกับการศึกษา

ของคอนซินดีนและเบอร์นัน (Considine & Brennan, 2007) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่นำเด็กเข้ามาบริการรักษาที่โรงพยาบาลด้วยภาวะไข้ในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินมักจะได้รับกำหนดยกกลับบ้านไปโดยไม่ได้รับคำแนะนำใดๆ ส่งผลให้เมื่อกลับบ้านผู้ดูแลจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนและไม่มี ความมั่นใจเกี่ยวกับการจัดการความรุนแรงของอาการไข้ของเด็กและมักนำเด็กกลับมาพบแพทย์ซ้ำใน 72 ชั่วโมง

ประการที่ 2 การโทรศัพท์ติดตามมีผลสำคัญต่อการนำเด็กกลับเข้ามาใช้บริการซ้ำของผู้ดูแล เนื่องจากการโทรศัพท์ติดตามและให้ความรู้ต่อเนื่อง (booster session) เป็นการกระตุ้นเตือนข้อมูล ความรู้ในการจัดการภาวะไข้เพื่อให้ผู้ดูแลนำไปใช้ในสถานการณ์จริงอย่างถูกต้อง ผู้ดูแลจะได้รับข้อมูล คำปรึกษาและความช่วยเหลือที่ต้องการได้อย่างรวดเร็วในสภาพแวดล้อมที่พร้อมและเอื้อต่อการรับรู้ข้อมูล (Sabine, Katharine, & Steketee, 2013) เกิดความรู้สึกถึงการได้รับความใส่ใจจากพยาบาลและรู้สึกกังวลจากความไม่แน่นอนเกี่ยวกับภาวะไข้ของเด็กที่บ้านลดลงจากการได้รับข้อมูลที่นำเชื่อถือตรงกับข้อสงสัยที่เจอและสามารถปรึกษาได้ตลอดเวลา ผู้ดูแลจะมีความมั่นใจในการดูแลเด็กที่บ้านด้วยตนเอง ส่งผลให้พฤติกรรมในการปฏิบัติทักษะการจัดการภาวะไข้ที่บ้านเพิ่มขึ้น ดังนั้นการโทรศัพท์ติดตามจึงควรทำตั้งแต่ในช่วงแรกก่อน 48 ชั่วโมงหลังจากจำหน่ายกลับบ้าน ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้ดูแลยังคงมีความกังวลเกี่ยวกับภาวะไข้ของเด็กและจะพยายามแสวงหาการรักษาซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของเฮนเซนและฮานสการ์ (Hensen &

Hunskaar, 2011) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่เข้ารับบริการ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์จากพยาบาลวิชาชีพ จะมีความเข้าใจในข้อสงสัยจากการให้คำปรึกษา สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับและมีความเชื่อในข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาล มีผลในการเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์เป็นวิธีการที่ใช้ได้ผลในการให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ให้การสนับสนุน ให้ความมั่นใจให้มีการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลจะสามารถประเมินและจัดการภาวะไข้ได้อย่างมั่นใจและปลอดภัย ส่งผลให้นำเด็กกลับเข้ารับบริการซ้ำภายใน 72 ชั่วโมงลดลง

อย่างไรก็ตาม เมื่อทำการพิจารณาการกลับเข้ามารับการรักษาลูกพบว่า มีเด็ก 1 รายที่ควรกลับเข้ามารับการรักษาลูก เนื่องจากได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหลอดลมอักเสบ และจำเป็นต้องพ่นยาต่อเนื่อง และเด็กอีก 5 ราย มี 2 รายที่ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลและกลัวเกี่ยวกับภาวะไข้ของเด็ก (fever phobia) ว่าภาวะไข้ที่เกิดขึ้นจะทำให้เด็กเกิดภาวะชักหรือมีโรคแทรกซ้อน 3 ราย ผู้ดูแลไม่มั่นใจในข้อมูลและการรักษาเกี่ยวกับภาวะไข้ของเด็กที่ได้รับจึงนำเด็กเข้ารับการรักษาลูกจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านกุมารเวชกรรมในคลินิก ดังนั้น ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายควรมีการเพิ่มการสอนแนะนำและฝึกปฏิบัติให้ผู้ดูแลสามารถประเมินอาการและจัดการภาวะไข้ของเด็กได้ โดยเฉพาะภาวะที่อันตรายเสี่ยงต่อชีวิตและอาการที่ต้องนำเด็กกลับมาพบแพทย์ซ้ำก่อนนัดหมาย ได้แก่ การสังเกตลักษณะและพฤติกรรม

การแสดงออก เด็กซึ่มไม่เล่นปลุกตื่นยาก มีการตอบสนองของร่างกาย ตอบสนองต่อสิ่งคมลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง มีภาวะขาดน้ำ ปากแห้ง ตาโป๊กลึก ปัสสาวะสุดท้ายนานมากกว่า 8 ชั่วโมง มีภาวะหายใจลำบากใช้กล้ามเนื้อหน้าอกช่วยในการหายใจและภาวะไข้ที่มีผื่นหรือจุดแดงขึ้น หรือมีอุณหภูมิสูงลอยไม่ทุเลาลง (McDougall & Harrison, 2014) เพื่อให้การดูแลเด็กที่บ้านของผู้ดูแลเป็นไปอย่างครอบคลุม ปลอดภัยมากยิ่งขึ้น สามารถระมัดระวังดูแลประเมินอาการและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะไข้เฉียบพลันของเด็กที่บ้านได้

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินควรให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะไข้เฉียบพลันในเด็กแก่ผู้ดูแล โดยเน้นการสังเกตประเมินอาการภาวะที่อันตรายจากภาวะไข้ของเด็กและควรมีการติดตามผู้ดูแลทางโทรศัพท์หรือส่งต่อหน่วยงานเยี่ยมบ้านในการติดตาม เพื่อกระตุ้นความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในความรู้ ทักษะการปฏิบัติและการประเมินดูแลเด็กเองที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

2. ควรมีการศึกษาเชิงทดลอง โดยนำเอารูปแบบโปรแกรมการให้ความรู้ก่อนจำหน่ายในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้กับหน่วยบริการอื่นๆ เช่น หน่วยบริการปฐมภูมิ แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีไข้สูงที่บ้านได้อย่างปลอดภัย

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบผลของการให้ **กิตติกรรมประกาศ**
 ความรู้ก่อนจำหน่ายในผู้ดูแลกลุ่มเด็กที่มีภาวะไข้ ผู้วิจัยขอขอบคุณทุนอุดหนุนการวิจัย
 จากสาเหตุและอาการร่วมอื่น ๆ ที่มีลักษณะ โครงการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัย
 คล้ายคลึงกัน รวมทั้งศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่ม วลัยลักษณ์ เลขที่สัญญา 9/2560 ที่สนับสนุน
 ผู้ดูแลที่มีบทบาทในการเป็นบิดามารดาหรือการ งบประมาณในการวิจัย
 ศึกษาที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- หน่วยรายงานสถิติทางการแพทย์ งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลเทศบาลนครนครศรีธรรมราช.
 (2559). *สถิติโรคปี 2559*. นครศรีธรรมราช: กองการแพทย์เทศบาลนครนครศรีธรรมราช.
 สมจิตร์ จารุรัตน์ศิริกุล, กมลวิช เลาประสพวัฒนา, มณีรัตน์ ภูวนนท์ และ นครินทร์ ตนคลัง.
 (2555). *กุมารเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
 สุธิศา ล่ามช้าง, อมรรักษ์ งามสวย, อรพิน จันทรปัญญาสกุล และ ปรีชา ล่ามช้าง. (2560). ความวิตก
 กังวล การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและพยาบาล และการปฏิบัติป้องกันอาการชักจากไข้ของผู้ดูแล
 เด็กป่วยเฉียบพลัน. *พยาบาลสาร*, 44(1), 74-85.
 สุธีรา เอื้อไพโรจน์กิจ. (2558). *ป้องกัน 25 โรคฮิตให้ลูกรัก*. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดยูเคชั่น.
 สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค. (2559). *สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปี 2559*.
 กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
 อุดมลักษณ์ เพียรสุขเวช และ พรณิ บัญชรหัตถกิจ. (2557). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกัน
 โรคมือเท้าปากในวัยเด็กโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทาง
 สังคมของผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.
ศรีนครินทร์เวชสาร, 29(2), 158-163.
 Beck, A. T. (1985). Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A.H. Tuma & J.D. Maser
 (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 183–196). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
 Becker, M. H., Rosenstock, I. M. and Strecher, V. J. (1988). Social learning theory and
 the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
 Considine, J. & Brennan, D. (2007). Effect of an evidence-based education programme
 on ED discharge advice for febrile children. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9),
 1687-1694.

- El-Radhi, A. S. (2012). Fever management: Evidence vs current practice. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 8(4), 29-33.
- Goldman, R. D., Ong, M. & Macpherson, A. (2006). Unscheduled return visit to the pediatric emergency department-one-year experience. *Pediatric Emergency Care*, 22(8), 545-549.
- Graneto, J. W. (2016). *Emergent management of pediatric patients with fever*. Retrieved from <http://emedicine.medscape.com/article/801598-overview>
- Hansen, E. H. & Hunskaar, S. (2011). Understanding of and adherence to advice after telephone counselling by nurse: A survey among callers to a primary emergency out-of-hours service in Norway. *BioMed Central (BMC)*, 2011, 1-8.
- Katz, S. R., Rowberry, J., Ho M. (2009). Fever determination in young infants: Prevalence and accuracy of parental palpation. *Pediatr Emerg Care*. 25(1). 12-14.
- McDougall, P. & Harrison, M. (2014). Fever and feverish illness in children under five years. *Nursing Standard / RCN Publishing*, 28(30), 49-59.
- Purssell, E. & Collin, J. (2015). Review: Fever phobia: The impact of time and mortality- a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 9, 1-9
- Royal College of Nursing. (2015). *Caring for children with fever: RCN good practice guidance for nurse working with infants, children and young people*. London, England: Royal College of Nursing.
- Sabine, W., Katharine, A., & Steketee, G. (2013). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: *A treatment manual*. NY, Guilford Press, 245-324.
- Susilawati. & McBride, W. J. (2014). Acute undifferentiated fever in Asia: A review of the literature. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 45(3), 719-726.
- The Children's Hospital of Eastern Ontario. (2016). *Fever*. Retrieved from <http://www.cheo.on.ca/uploads/Fever/Fever.pdf>
- Zomorodi, A. & Attia, M. W. (2008). Fever: Parental concerns. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 9, 238-243.