

ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรม  
การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

The Effects of a Program Applying Protection Motivation Theory on Caregiving  
Behaviors for Pediatric Asthma Patients among Caregivers

ทิพรดา กาญจนารูจี

Tiprada Kanchanaruchee

นายแพทย์ชำนาญการ

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม

(Received: January 20, 2026; Revised: February 5, 2026 Accepted: February 10, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่มีต่อความรู้ แรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 35 ราย ซึ่งคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนดและใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมระยะเวลา 4 สัปดาห์ และแบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติทดสอบทีชนิดกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นอิสระต่อกัน (Paired Sample t-test)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.14) มีช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 42.86) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 94.29) ภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ แรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตาม เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียวก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การประเมินผลผ่านแบบสอบถามในระยะสั้น การนำผลการศึกษาไปประยุกต์ใช้จึงควรพิจารณาภายใต้ข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัยดังกล่าว

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย, ผู้ดูแลเด็ก, เด็กโรคหืด, ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค



## Abstract

This quasi-experimental study, employing a one-group pretest-posttest design, examined the effects of a Protection Motivation Theory (PMT)- based program on knowledge, protection motivation, and asthma care behaviors among caregivers of pediatric patients. The sample consisted of 35 primary caregivers of children with asthma (aged 0–15 years) receiving treatment at the Asthma Clinic, That Phanom Crown Prince Hospital. Participants were selected based on inclusion criteria using a simple random sampling technique (lottery method). The research instruments included a 4-week behavioral development program and a data collection questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, while hypotheses were tested using the Paired Sample t-test.

The results revealed that the majority of participants were female (77.14%), aged 31–40 years (42.86%), and married (94.29%). After the intervention, the mean scores for knowledge, protection motivation, and asthma care behaviors were significantly higher than those before the program at a .05 level of significance. However, as this study utilized a one-group pretest-posttest design and relied on short-term self-reported questionnaires, the application of these findings should consider the inherent methodological limitations.

**Keywords:** Caregiving behaviors, Caregivers, Pediatric asthma, Protection Motivation Theory (PMT)

## บทนำ

โรคหืด (Asthma) เป็นสภาวะการอักเสบเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจ ซึ่งส่งผลให้หลอดลมเกิดการตีบตัวและตอบสนองไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ ผู้ป่วยจึงมักปรากฏอาการหายใจลำบาก ไอ แน่นหน้าอก และหายใจมีเสียงหวีด โรคหืดถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั้งในระดับสากลและระดับประเทศ เนื่องจากมีภาระโรคและอัตราการเสียชีวิตในระดับที่สูง สำหรับอุบัติการณ์ในประเทศไทยปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยรายใหม่จำนวน 18,590 ราย หรือคิดเป็นอัตราป่วย 31.63 ต่อแสนประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ทั้งนี้ ข้อมูลในเขตสุขภาพที่ 8 รวมถึงจังหวัดนครพนม พบอัตราป่วยสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาและระดับความสำคัญในการดำเนินงานในพื้นที่ดังกล่าว สาเหตุของโรคหืดเกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมและปัจจัยทางสภาพแวดล้อม โดยบุคคลที่มีประวัติคนในครอบครัวเป็นโรคหืดหรือโรคภูมิแพ้จะมีระดับความเสี่ยงสูงกว่าปกติ ปัจจัยกระตุ้นอุบัติการณ์ของโรคที่สำคัญประกอบด้วย สารก่อภูมิแพ้ อาทิ ฝุ่นละออง เชื้อรา ขนสัตว์ และเกสรดอกไม้ รวมทั้งมลพิษทางอากาศ ควันบุหรี่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การออกกำลังกายอย่างหนักในสภาวะอากาศเย็นหรือแห้ง ความเครียด ตลอดจนยาบางประเภท ทั้งนี้ หากปราศจากการหลีกเลี่ยงหรือการบริหารจัดการปัจจัยกระตุ้นดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ อาจส่งผลให้เกิดสภาวะโรคหืดกำเริบ (Asthma Exacerbation) ได้ (Morales & Duffy, 2019; Price et al., 2014)

โรคหืดในเด็กเป็นประเด็นทางสาธารณสุขที่ควรให้ความสำคัญเป็นพิเศษ เนื่องจากเด็กมีสภาวะร่างกายที่เปราะบางและไวต่อสิ่งกระตุ้นทางสิ่งแวดล้อมมากกว่าผู้ใหญ่ อีกทั้งโรคหืดยังส่งผลกระทบต่อการศึกษา

การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และคุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็ก ผู้ป่วยเด็กบางรายอาจเกิดภาวะวิตกกังวล ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง และไม่สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้ ผลกระทบยังขยายขอบเขตไปสู่ครอบครัวและผู้ดูแล ทั้งในด้านภาระค่าใช้จ่าย เวลาและความเครียดสะสมจากความกังวลต่ออาการกำเริบ โดยเฉพาะในกรณีที่คุณดูแลขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการบริหารจัดการโรคอย่างมีประสิทธิภาพ (Bartlett et al., 2020)

บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีความสำคัญยิ่งต่อการควบคุมสภาวะโรค พฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมประกอบด้วย การสังเกตและติดตามอาการ การบริหารยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย การดูแลสภาวะทางจิตใจ ตลอดจนการนำเด็กไปพบแพทย์เพื่อติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง (อรอนงค์ ชาวสำน อุษณีย์ จินตะเวช และสุธิศา ล่ามช้าง, 2563; วงษ์เดือน จุแดง และศศิธร จตุโกคา, 2563) อย่างไรก็ตาม วรรณกรรมวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลบางส่วนยังคงมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่สอดคล้องกับมาตรฐานทางเวชปฏิบัติ เช่น การหยุดยาเมื่ออาการทุเลา การใช้ยาพ่นผิดวิธี หรือข้อจำกัดในการควบคุมสิ่งแวดล้อม สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติเชิงประจักษ์ (Soo & Tan, 2014; Halterman et al., 2019; Bender et al., 2016)

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม ในฐานะโรงพยาบาลแม่ข่ายพื้นที่เขตตอนใต้ของจังหวัดนครพนม พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหืดเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มเด็กอายุ 0-15 ปี ซึ่งมีสัดส่วนการเข้ารับบริการ ณ แผนกฉุกเฉินและการรักษาแบบผู้ป่วยในระดับที่หนักกังวล ข้อมูลสถิติปี พ.ศ. 2565-2567

ระบุจำนวนผู้ป่วยโรคหืดทุกช่วงอายุรวม 392, 455 และ 435 รายตามลำดับ มียอดรวมการรับบริการประเภทผู้ป่วยนอก 1,571, 1,680 และ 1,293 ครั้งตามลำดับ และภาระค่าใช้จ่ายรวมในการรักษาพยาบาลมีมูลค่าสูงถึง 2,387,750; 2,577,916; และ 1,863,586 บาทตามลำดับ นอกจากนี้ ในปี พ.ศ. 2567 พบผู้ป่วยเด็กโรคหืด (0–15 ปี) จำนวน 183 ราย ในจำนวนนี้มีผู้เข้ารับบริการฉุกเฉินจำนวน 42 ราย (รวม 58 ครั้ง) และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 27 ราย โดยมีค่าใช้จ่ายรวม 220,639 บาท (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม, 2567) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถจัดการโรคหืดในเด็กได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องภายใต้บริบทของพื้นที่

ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory: PMT) เป็นกรอบแนวคิดที่มีประสิทธิภาพในการอธิบายและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โดยมุ่งเน้นการรับรู้ความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยง ประสิทธิภาพของการตอบสนอง ความสามารถของตนเอง และต้นทุนในการปฏิบัติ (Rogers, 1975) แม้คลินิกโรคหืดจะมีการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลตามเกณฑ์ปกติ แต่ยังมีข้อจำกัดในการส่งเสริมให้ผู้ดูแลนำความรู้ไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นในการพัฒนาโปรแกรมที่มีโครงสร้างกิจกรรมเชิงระบบและประยุกต์ใช้กรอบทฤษฎีเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและความเชื่อมั่นของผู้ดูแลในการบริหารเด็กโรคหืด

การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎี PMT ต่อความรู้อันตรายในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล ผลลัพธ์จากการศึกษาจะเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการและกิจกรรมสุขศึกษาในคลินิกโรคหืด ทั้งนี้ ประเด็นด้านการลดอัตราการกลับมา

รับการรักษาซ้ำหรือผลลัพธ์ทางคลินิก ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมด้วยตัวชี้วัดที่จำเพาะเจาะจงในการวิจัยลำดับถัดไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### 1. วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคที่มีต่อความรู้ แรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

### 2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

2.2 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยแรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

2.3 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (One-group pretest–posttest design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุมและไม่มีการสุ่มจัดกลุ่ม ทำการวัดผล 2 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pretest) และหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 4 สัปดาห์ (posttest)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอายุระหว่าง 0–15 ปี ซึ่ง

เข้ารับการรักษา ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม จำนวน 183 ราย (อ้างอิงข้อมูลจากทะเบียนคลินิกโรคหืด ประจำปี พ.ศ. 2567)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่เข้ารับบริการ ณ คลินิกโรคหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. อายุระหว่าง 20–60 ปี
2. ปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเด็ก

โรคหืด

3. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์และสามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

4. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างน้อย 6 เดือน

5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. มีสภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมการวิจัยได้
2. ย้ายที่อยู่จากพื้นที่ศึกษาหรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบถ้วนตามระยะเวลาที่กำหนด
3. มีความบกพร่องด้านการรับรู้หรือความจำซึ่งส่งผลต่อความเที่ยงตรงของการให้ข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างและการกำหนดขนาดตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*Power ด้วยการทำทดสอบค่าสถิติ t-test (Matched Pairs) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) ระดับปานกลางที่ 0.50 ตามแนวคิดของ Cohen (1988) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ( $\alpha$ ) ที่ .05 และกำลังการทดสอบ (Power) ที่ .80 คำนวณขนาดตัวอย่างขั้นต่ำได้ 24 ราย ทั้งนี้ เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยจึงปรับ

เพิ่มขนาดตัวอย่างในอัตราร้อยละ 30 ตามสูตรคำนวณของ ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ (2556) ดังนี้:

$$N = n/1-L$$

$$\text{เมื่อ } n = 24 \text{ และ } L = 0.30$$

$$N = 24/1-0.30 = 34.28$$

จากการคำนวณ ผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 35 ราย เพื่อให้ครอบคลุมและเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างแบบรายคู่ (Paired Sample t-test)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Technique) ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ผ่านเทคนิคการจับสลาก (Lottery Method) จากรายชื่อผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าตามขั้นตอนดังนี้

1. จัดทำบัญชีรายชื่อและกำหนดหมายเลขลำดับให้แก่ประชากรที่มีคุณสมบัติครบถ้วน
2. จัดทำหมายเลขลงบนสลากและบรรจุในภาชนะทึบแสง
3. ดำเนินการสุ่มจับสลากที่หมายเลขจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 35 ราย
4. ในกรณีที่บุคคลที่ได้รับเลือกปฏิเสธการเข้าร่วมหรือมีเหตุขัดข้อง ผู้วิจัยจะดำเนินการสุ่มจับสลากทดแทนจากบัญชีรายชื่อที่เหลือจนครบตามจำนวนที่กำหนด

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนหลัก ดังนี้

1. โปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล โปรแกรมดังกล่าวประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินการ 2 ขั้นตอนสำคัญ ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินการรับรู้ภัยคุกคาม (Threat Appraisal) ประกอบด้วย การประเมินอาการทางคลินิกของผู้ป่วย การบรรยายให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ตลอดจนการเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากโรคหืด

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย การสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับผู้ป่วย การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในที่พักอาศัยให้เหมาะสม การสาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการหายใจเพื่อถ่ายทอดสู่ผู้ป่วยเด็ก การฝึกทักษะการใช้ยาชนิดสูดพ่น การบริหารการหายใจ และการบริหารขยายหลอดลมอย่างถูกต้อง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งแบ่งออกเป็น 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหืด จำนวน 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก (ถูก ผิด และไม่แน่ใจ) กำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน การแปลผลใช้เกณฑ์อิงเกณฑ์ของ Bloom (1971) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (ร้อยละ 80-100 หรือ 9-12 คะแนน) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79 หรือ 7-8 คะแนน) และระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60 หรือ 0-6 คะแนน)

ตอนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืด จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืด จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 5 ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วย: จำนวน 10 ข้อ

การวัดผลในตอนที่ 3-5 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับตามแบบของ Likert โดยข้อคำถามเชิงบวกกำหนดคะแนนตั้งแต่ 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) ถึง 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และคะแนนในทิศทางตรงกันข้ามสำหรับข้อคำถามเชิงลบ การแปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง (3.68-5.00) ระดับปานกลาง (2.34-3.67) และระดับต่ำ (1.00-2.33)

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล จำนวน 30 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามแบบของ Likert โดยข้อคำถามเชิงบวกกำหนดคะแนน 5 (ปฏิบัติเป็นประจำ) ถึง 1 (ไม่เคยปฏิบัติ) และทิศทางตรงกันข้ามสำหรับข้อคำถามเชิงลบ การแปลผลพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best (1981) แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับเหมาะสม (3.68-5.00) ระดับพอใช้ (2.34-3.67) และระดับควรปรับปรุง (1.00-2.33)

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์และนิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ โดยประเมินค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index: IOC) ทั้งนี้ ผลการประเมินพบว่า

ข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์การพิจารณาและมีความตรงเชิงเนื้อหา

## 2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ดูแลเด็กโรคหืด ณ โรงพยาบาลเรณูนคร จังหวัดนครพนม จำนวน 30 ราย ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่กลุ่มที่ใช้ในการศึกษาจริง เพื่อวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคหืดวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสูตร Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91

2.2 แบบสอบถามการรับรู้และพฤติกรรมตอนที่ 3-6 วิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.90, 0.92, 0.91 และ 0.94 ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือวิจัยทุกส่วนมีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง จึงมีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

## ขั้นตอนการดำเนินการและการเก็บรวบรวมข้อมูล

### 1. ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1.1 การขออนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยยื่นขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (IRB) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม พร้อมเอกสารประกอบ ได้แก่ โครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เครื่องมือวิจัย และเอกสารคำชี้แจงอาสาสมัคร โดยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับหนังสืออนุมัติอย่างเป็นทางการ

1.2 การประสานงานเพื่อเก็บข้อมูลดำเนินการขออนุญาตผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สมเด็จพระยุพราชธาตุพนม โดยแนบสำเนาหนังสืออนุมัติจาก IRB และแผนการดำเนินงาน เมื่อได้รับอนุญาตจึงประสานหน่วยงานเพื่อกำหนดวัน เวลา และสถานที่ พร้อมชี้แจงมาตรการรักษาความลับตามหลักจริยธรรมการวิจัย

### 1.3 การคัดเลือกอาสาสมัครและการรวบรวมข้อมูล

1.3.1 คัดกรองผู้ดูแลตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และสิทธิในการคุ้มครองความลับแก่ผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

1.3.2 ลงนามยินยอมและกำหนดรหัส: อาสาสมัครที่สมัครใจเข้าร่วมลงนามในใบยินยอมและได้รับรหัสประจำตัว (ID) เพื่อใช้แทนชื่อ-นามสกุลในการบันทึกข้อมูล

1.3.3 ประเมินก่อนการทดลอง (O<sub>1</sub>) เก็บข้อมูลพื้นฐานด้วยแบบสอบถามก่อนเริ่มกิจกรรม (ใช้เวลา 15-30 นาที)

1.3.4 ดำเนินกิจกรรม (X) จัดกิจกรรมตามโปรแกรมทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคเป็นเวลา 4 สัปดาห์

1.3.5 ประเมินหลังการทดลอง (O<sub>2</sub>) เก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมสัปดาห์ที่ 4 ด้วยแบบสอบถามชุดเดิม

1.3.6 จัดการข้อมูล: ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทันที และจัดเก็บเอกสารในสถานที่ปลอดภัยซึ่งเข้าถึงได้เฉพาะทีมวิจัยเท่านั้น

### 2. การดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม

ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรม ณ คลินิกโรคหืดแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุ

พจนม ทุกวันจันทร์ เวลา 08.30 น. โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### สัปดาห์ที่ 1 การเสริมสร้างความรู้และการรับรู้ภัยคุกคาม

1. ระยะเวลาเริ่มต้น สร้างสัมพันธภาพ แนะนำโครงการ และชี้แจงกฎกติกาการเข้าร่วมกิจกรรม

2. การประเมินก่อนทดลอง ( $O_1$ ) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมกรรมการดูแล (ใช้เวลาประมาณ 15–30 นาที)

3. กิจกรรมที่ 1 “รู้จักโรคหืด” ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ปัจจัยกระตุ้น แนวทางการจัดการสิ่งแวดล้อม และการประเมินอาการทางคลินิกเบื้องต้น พร้อมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่ม

4. กิจกรรมที่ 2 “ป้องกันภาวะแทรกซ้อน” เสริมสร้างการรับรู้ถึงความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อน การใช้ยาอย่างสมเหตุผล และการวางแผนเผชิญเหตุเมื่ออาการกำเริบตามมาตรฐานวิชาชีพ

### สัปดาห์ที่ 2 การเฝ้าระวังและการส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเอง

กิจกรรมที่ 3 “สังเกตอาการและจัดการอย่างถูกต้อง” ฝึกทักษะการสังเกตอาการฉุกเฉิน แนวทางการบริหารยาตามแผนการรักษา และฝึกปฏิบัติการใช้อุปกรณ์ร่วมกับการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback)

กิจกรรมที่ 4 “สร้างความมั่นใจของผู้ดูแล” เสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ผ่านการจำลองสถานการณ์ และการวางแผนปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พิกอาศัย

### สัปดาห์ที่ 3 การพัฒนาทักษะการบริหารเชิงปฏิบัติ

กิจกรรมที่ 5 ฝึกทักษะการหายใจ สาธิตและฝึกปฏิบัติทักษะการหายใจที่เหมาะสม โดยให้ผู้ดูแลทดลองสอนเด็กจำลองเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติจริง

กิจกรรมที่ 6 การใช้ยาสูดพ่นและอุปกรณ์สาธิตการใช้ยาประเภท MDI ร่วมกับอุปกรณ์เสริม (Spacer) อย่างถูกวิธี พร้อมประเมินและแก้ไขทักษะรายบุคคล

### สัปดาห์ที่ 4 การประเมินผลหลังการทดลอง ( $O_2$ ) และสรุปผล

1. การประเมินหลังทดลอง ( $O_2$ ) เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดิมเพื่อเปรียบเทียบผล

2. การสรุปกิจกรรม ทบทวนประเด็นสำคัญสะท้อนผลการเรียนรู้ เปิดโอกาสในการซักถามปัญหาอุปสรรค และกล่าวปิดโครงการ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความถี่ และร้อยละ

2. การวิเคราะห์สถิติเชิงอ้างอิง (Inferential statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเปรียบเทียบ ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมในกลุ่มทดลอง โดยใช้ Paired sample t-test

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขที่โครงการ 88/68

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 77.14) มีช่วงอายุระหว่าง 31–40 ปี (ร้อยละ 42.86) และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 94.29) ด้านการศึกษาส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 74.29) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 40) โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 60) และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระหว่าง 2–4 ปี (ร้อยละ 57.14)

### 2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแล

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดในระดับต่ำ (ร้อยละ 77.14) อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้เพิ่มขึ้นสู่ระดับสูง (ร้อยละ 100) โดยประเด็นที่

กลุ่มตัวอย่างมีพัฒนาการของคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ประกอบด้วย 1) อิทธิพลของสภาวะความเครียดต่อการกระตุ้นอาการหอบ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางพันธุกรรมกับโรคหืด และ 3) ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโอกาสการเกิดโรคในบุคคลที่มีประวัติครอบครัวสายตรง

### 3. แรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้ดูแล

ก่อนการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคหืดในระดับปานกลางทั้งหมด (ร้อยละ 100) และเพิ่มขึ้นสู่ระดับสูงภายหลังการทดลอง (ร้อยละ 100) นอกจากนี้ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการบริหารผู้ป่วย พบว่าก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 88.57) และพัฒนาสู่ระดับสูงทั้งหมด ภายหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม (ร้อยละ 100) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด (n=35)

แรงจูงใจในการป้องกันโรคของผู้ดูแล	ช่วงเวลาทดลอง	ระดับการรับรู้					
		ต่ำ		ปานกลาง		สูง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดของภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด	ก่อน	0	0.00	35	100.00	0	0.00
	หลัง	0	0.00	0	0.00	35	100.00
การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด	ก่อน	0	0.00	35	100.00	0	0.00
	หลัง	0	0.00	0	0.00	35	100.00
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการดูแลผู้ป่วย	ก่อน	4	11.43	31	88.57	0	0.00
	หลัง	0	0.00	0	0.00	35	100.00

### 4. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

ผลการศึกษาแสดงว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอยู่ในระดับพอใช้ทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) และหลังเข้าร่วม

โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมอยู่ในระดับเหมาะสมทั้งหมด (ร้อยละ 100.00) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมก่อนการทดลองเท่ากับ  $86.62 \pm 3.50$  คะแนน และหลังการทดลองเท่ากับ  $143.00 \pm 3.19$  คะแนน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแลก่อนและหลังการทดลอง (n=35)

ระดับพฤติกรรม	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
พอใช้ n (%)	35 (100.00)	0 (0.00)
เหมาะสม n (%)	0 (0.00)	35 (100.00)
คะแนนรวม Mean±SD	86.62±3.50	143.00±3.19

5. การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแลก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล พบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในทุกด้านเพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีรายละเอียดดังนี้

5.1 ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหืด พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 3.17 คะแนน (SD = 1.82, 95% CI: 2.54–3.79) สะท้อนถึงระดับความรู้เกี่ยวกับโรคที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5.2 ด้านแรงจูงใจในการป้องกันโรค องค์ประกอบทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 18.97 คะแนน (SD = 2.25, 95% CI: 18.19–19.74) การรับรู้ความรุนแรงมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 19.34 คะแนน (SD = 2.04, 95% CI: 18.64–20.04) และความคาดหวังในความสามารถของตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 20.91 คะแนน (SD = 2.55, 95% CI: 20.03–21.79)

5.3 ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเพิ่มขึ้น 57.00 คะแนน (SD = 5.45, 95% CI: 55.12–58.87) แสดงให้เห็นว่าภายหลังการได้รับโปรแกรม ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แรงจูงใจในการป้องกันโรค และพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n=35)

ตัวแปร	ก่อนเข้าร่วม	หลังเข้าร่วม	Mean diff (Post-Pre)	95% CI		t	p-value
	โปรแกรม Mean±SD	โปรแกรม Mean±SD		Lower	Upper		
ความรู้เกี่ยวกับโรค หืด	60.2±0.85	9.20±1.54	3.17	2.54	3.79	10.29	<0.05
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	28.97±1.82	47.94±1.32	18.97	18.19	19.74	49.76	<0.05
การรับรู้ความ รุนแรง	28.62±1.49	47.97±1.46	19.34	18.64	20.04	56.01	<0.05
ความคาดหวังใน ความสามารถของ ตนเอง	27.40±2.37	48.31±1.18	20.91	20.03	21.79	48.34	<0.05
พฤติกรรมดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคหืด	86.62±3.50	143.00±3.19	57.00	55.12	58.87	61.87	<0.05

### อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่า ก่อนได้รับโปรแกรมผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 77.14) สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ซึ่งอาจส่งผลต่อประสิทธิภาพการบริบาลผู้ป่วยเด็ก อย่างไรก็ตามภายหลังจากได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความรู้เพิ่มขึ้นสู่ระดับสูง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการให้สุศึกษาเชิงระบบมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลอย่างชัดเจน เมื่อพิจารณารายประเด็นพบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากในด้านความเข้าใจเกี่ยวกับอิทธิพลของความเครียดต่อการกระตุ้นอาการหอบ ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางพันธุกรรม และโอกาสการเกิดโรคในบุคคลที่มีประวัติครอบครัวสายตรง ผลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับบริบทช่วยแก้ไขความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับสาเหตุและ

ปัจจัยเสี่ยงได้ การที่ผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นย่อมส่งผลให้สามารถเฝ้าระวังอาการกำเริบและจัดการโรคได้อย่างต่อเนื่อง ลดความวิตกกังวล และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (ฉัตรนาภา สีสถาน และสุวรา ทองเลิศ, 2567) ดังนั้น การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแลจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ควรได้รับการส่งเสริมในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ในส่วนของแรงจูงใจในการป้องกันโรค ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Rogers, 1975) พบว่าทุกองค์ประกอบมีพัฒนาการเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางสู่ระดับสูงภายหลังจากได้รับโปรแกรม สะท้อนว่ากิจกรรมในโปรแกรมสามารถกระตุ้นให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญและผลกระทบของโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยต้นทางที่นำไปสู่การ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สำหรับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) พบว่ามีผลต่างคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นสูงสุด แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมช่วยเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจในการบริหารผู้ป่วยได้อย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ที่ระบุว่า การเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ และการสนับสนุนทางสังคมช่วยเพิ่มสมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติที่เหมาะสม โดยสรุป โปรแกรมนี้มีส่วนสำคัญในการยกระดับแรงจูงใจของผู้ดูแล ซึ่งคาดว่าจะส่งผลดีต่อการป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

ด้านพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด พบว่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนจาก  $86.62 \pm 3.50$  คะแนน เป็น  $143.00 \pm 3.19$  คะแนน โดยระดับพฤติกรรมเปลี่ยนจากระดับพอใช้สู่ระดับเหมาะสม ประเด็นที่มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากคือ การทำความสะอาดอุปกรณ์พ่นยา การควบคุมสิ่งแวดล้อมให้มีการระบายอากาศที่ดี และการตัดสินใจนำเด็กไปพบแพทย์ทันทีเมื่อปรากฏอาการผิดปกติ ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมป้องกันปัจจัยกระตุ้นและการบริหารจัดการทางการแพทย์ที่ถูกต้องมากขึ้น การที่พฤติกรรมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็นผลจากการออกแบบโปรแกรมที่เน้นการมีส่วนร่วมและการฝึกปฏิบัติจริง (Active Learning) ทำให้ผู้ดูแลสามารถนำทักษะไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่า โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมที่ยืดผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง สามารถลดความรุนแรงของอาการและเพิ่มคุณภาพชีวิตของครอบครัวได้ (สิริกรานต์ สุทธิสมพร และคณะ, 2563)

โดยสรุป ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีประสิทธิผลในการเสริมสร้างความรู้ แรงจูงใจ และ

พฤติกรรมการบริหารผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) ความสำเร็จดังกล่าวเกิดจากการบูรณาการองค์ความรู้ร่วมกับประสบการณ์เดิมของผู้ดูแลผ่านกิจกรรมที่เข้าใจง่าย ผลการศึกษาจึงสนับสนุนการใช้แนวคิดเชิงทฤษฎีเป็นรากฐานในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพเพื่อยกระดับมาตรฐานการดูแลในระดับสถานพยาบาลและชุมชน ทั้งนี้ การขยายผลเชิงนโยบายจะช่วยลดภาระโรคและส่งเสริมสุขภาพที่ยั่งยืนแก่เด็กและครอบครัว

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความรู้และแรงจูงใจในการป้องกันโรคหืดสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กไปประยุกต์ใช้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือคลินิกเด็ก เพื่อเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง
2. ควรบรรจุโปรแกรมการให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดไว้ในแผนงานส่งเสริมสุขภาพแม่และเด็ก หรือแผนงานโรคเรื้อรัง เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดและลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว
3. ควรพัฒนาศักยภาพบุคลากรทางสาธารณสุข เช่น พยาบาลและอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีความรู้และทักษะในการถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับโรคหืดและการดูแลผู้ป่วยเด็กแก่ผู้ดูแลอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงระดับการศึกษาและบริบทของชุมชน
4. ควรพัฒนาสื่อการสอนหรือสื่อสุขศึกษา เช่น คู่มือ วิดีโอ หรือสื่อดิจิทัลที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับผู้ดูแลในทุกระดับ เพื่อสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยตนเองและช่วยเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

## เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2567). อัตราป่วยรายใหม่ของโรคหืด. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 กันยายน 2568 จาก <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/a7dfd5a2bb045c08129446ca192091bd>
- ชยุตรา ด่านสี และสุพัฒนา ศักดิ์ชัญฐานนท์. (2565). ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล และการควบคุมโรคในผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 3-5 ปี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 32(2), 145-58.
- ฉมลวรรณ ศรีกลิ่น ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และอรรวมน ศรียุคตศุทธ. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการโรคหืดผ่านสมาร์ตโฟนแอปพลิเคชัน ต่อความรู้ การเข้ายาสูด และการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด. วารสารพยาบาลศาสตร์, 39(2), 50-63.
- ธัญธนาภา สีสถาน และสุวรา ทองเลิศ. (2567). ผลของการวางแผนจำหน่ายต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 9(2), 69-78.
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ. (2556). การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ, 16(2), 9-18.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม. (2566). ผลการดำเนินงานการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปี 2566. (เอกสารอัดสำเนา).
- วงศ์เดือน จุแดง และศศิธร จตุโรคา. (2563). พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก 0-5 ปีในโรงพยาบาลดำเนินสะดวก จังหวัดราชบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5, 39(3), 488-499.
- วัชรพรหมประกอบ ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ และนฤมล อีระรังสิกุล. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคหืดของเด็กวัยเรียนโรคหืด. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 14(1), 110-121.
- สมศักดิ์ อินทมาต ดาวประกาย หน่วยงานม วริศรา รักษาภักดี และสุจิตรา พงศ์วงประเสริฐ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กของผู้ดูแล. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 8(3), 53-59.
- สิริกานต์ สุทธิสมพร สุธิศา ล่ามช่าง และอุษณีย์ จินตะเวช. (2563). ปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด. พยาบาลสาร, 47(4), 27-38.
- อรวรรณ ม่วงแก้ว จีระวรรณ ศรีจันทร์ไชย และคลีนาด ฐานะ. (2568). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืดก่อนวัยเรียนต่อพฤติกรรมการดูแลและการกำเริบของโรค. วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 5(1), 113-122.



อรอนงค์ ชาวसान อุษณีย์ จินตะเวช และ สุธิศา ล่ามช้าง. (2563). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด. พยาบาลสาร, 47(3), 27-39.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman.

Bartlett, S. J., O'Byrne, P. M., & Côté, J. (2020). The impact of stress and workload on asthma management. *Journal of Asthma*, 57(4), 487-495

Bender, W. N., Griffin, D. M., & Lasky, B. (2016). Communication difficulties in the workplace: A study of supervisors and subordinates. *Journal of Organizational Behavior*, 37(4), 472-491.

GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. (2020). Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 396(10258),1204-1222.

Morales, E & Duffy, D. (2019) Genetics and Gene-Environment Interactions in Childhood and Adult Onset Asthma. *Front. The Journal of Pediatrics* , 7,1-14.

Price, D., Dale, P., Elder, E & Chapman, K.R. (2014). Types, frequency and impact of asthma triggers on patients' lives: a quantitative study in five European countries. *Journal of Asthma*, 51(2):127-135.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91,93- 114.

Soo, W.F & Tan, N.C. (2014). The influence of caregivers' knowledge and understanding of asthma aetiology on domiciliary management of children with asthma. *Singapore Medical Journal*, 55(3): 132-136