

# ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืด\*

## Effects of Family Participation Program on Maternal Ability to Care for Children with Asthma

ศิริวรรณ หุ่นท่าไม้\*\* พย.ม.

นุจรี ไชยมงคล\*\*\*Ph.D.

ยุณี พงศ์จตุรวิทย์\*\*\*\*Ph.D.

Siriwan Hoonthamai, M.N.S.

Nujjaree Chaimongkol, Ph.D.

Yunee Pongjaturawit, Ph.D.

### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและครอบครัวของเด็กวัยก่อนเรียนที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดและมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 40 คู่ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยวิธีการสุ่มด้วยวิธีการจับสลากแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 20 คู่ ได้แก่ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประกอบด้วย 1) แผนการสอนเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหอบหืด 2) คู่มือการดูแลเด็กวัย 1-6 ปีที่ป่วยโรคหอบหืด และ 3) แผ่นวีซีดีการพ่นยาในเด็กโรคหอบหืด ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติของโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดซึ่งมีค่าแอลฟาครอนบาคเท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย และการทดสอบที (t-test)

ผลการวิจัยพบว่าก่อนการให้โปรแกรมคะแนนความสามารถของมารดาทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ ) และภายหลังสิ้นสุดการให้โปรแกรมคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -2.18, p < .05$ ) ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าควรนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ในการพยาบาลครอบครัวที่มีบุตรป่วยโรคหอบหืดเพื่อช่วยให้มารดาสามารถดูแลบุตรโรคหอบหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : เด็กป่วยโรคหอบหืด, โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว, ความสามารถของมารดา

\* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ

\*\*\* รองศาสตราจารย์ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

\*\*\*\* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มสาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

## Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to examine effects of family participation program on maternal ability to care for children with asthma. Sample consisted of 40 mothers and families of asthmatic children. The children were 1-6 years old, and have usually been received treatment at allergy clinic at the Out Patient Clinic Department (OPD), Samutprakarn province. The sample was randomly assigned into 2 groups of experimental and control. The experimental group included 20 mothers and families receiving the family participation program, which contained 1) plan of health education about family participation in caring for asthmatic children, 2) manual of caring for 1-6 years old children with asthma, and 3) VCD about instruction for use of inhalation for children with asthma. The other 20 mothers and families were in the control group receiving routine nursing care of the hospital. Research instruments included a demographic questionnaire and a questionnaire of maternal ability to care for asthmatic children, which its alpha Cronbach was .88. Data were analyzed by using mean, percent, frequency, range, standard deviation, and t-test.

The results showed that before the intervention, both groups were not significantly different on the score of maternal ability to

care for asthmatic children ( $p > .05$ ). However, after completing the intervention, the score of maternal ability to care for asthmatic children of the experimental group was significantly higher than those receiving routine nursing care ( $t = -2.18, p < .05$ ). These findings indicate that the family participation program should be implemented for the caring of family with asthmatic children. In addition, ability of mother in the care for children with asthma would be increased effectively.

**Key words :** Asthmatic children, family participation program, maternal ability

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในวัยเด็ก ในปัจจุบันมีประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดประมาณ 20.3 ล้านคน และในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 6.3 ล้านคน สมาคมโรคปอดสหรัฐอเมริกา เชื่อว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดจะเพิ่มขึ้นอีกเป็น 2 เท่า ในปี ค.ศ. 2020 (WHO, 2001) ในประเทศไทย มีรายงานว่า ประมาณ 80-90 % ของเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดจะพบอาการครั้งแรกก่อนอายุ 6 ปี และมากกว่าครึ่งหนึ่งของเด็กเหล่านี้มีอายุระหว่าง 3-4 ปี (วารุณี นิवादวงศ์, 2548) ซึ่งผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหอบหืดนั้น มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต

เด็กที่มีอาการของโรคหอบหืดที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องเหมาะสม จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กด้านต่างๆ (Ladebauche, 1997) ด้านร่างกาย เด็กจะมีการเจริญเติบโตช้า ร่างกาย

อ่อนแอ ออกกำลังกายได้ไม่เต็มที่ (Barnes, Roger & Thomson, 1998) ด้านอารมณ์และสังคม เด็กจะมีอารมณ์ซึมเศร้า หรือมีพฤติกรรมวิตกกังวล ขาดความมั่นใจ มีความสามารถทางสังคมลดลง และอาจแยกตัวจากสังคม ทำให้เด็กป่วยขาดโอกาสการเรียนรู้ทางสังคม เสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิตเพราะต้องใช้เวลาและต่อเนื่องในการรักษา (Opolski & Gonzalez, 2005)

นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว บิดามารดาเกิดความเครียดที่จะต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากอาการหอบของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งมารดา เนื่องจากเป็นผู้ใกล้ชิดและต้องรับผิดชอบดูแลเด็กเมื่อเด็กมีอาการจับหืดเกิดขึ้น มารดาจะต้องให้การดูแลเบื้องต้นแก่เด็กก่อนนำส่งโรงพยาบาล การต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจะทำให้เกิดความเครียดในด้านต่างๆ รวมทั้งความเครียดด้านเศรษฐกิจได้ เพราะการเจ็บป่วยแต่ละครั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในขณะที่รายได้ของครอบครัวไม่เพิ่มขึ้น เมื่อเด็กมีอาการจับหืดขึ้นกลางดึก การนอนหลับพักผ่อนของมารดาจะถูกกระทบ และถ้าการจับหืดของเด็กเกิดขึ้นบ่อยๆ สุขภาพของมารดาจะทรุดโทรมลงจนทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ มารดาที่ต้องดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดทำให้ขาดการติดต่อกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคมและบางครั้งต้องขาดงานหรือลาหยุดงานบ่อยๆ เพื่อมาดูแลลูกที่เจ็บป่วยหรือพาเด็กมารับการตรวจรักษา (DoInnelly, 1994)

ปัจจัยที่ทำให้อาการของเด็กป่วยโรคหอบหืดรุนแรงมากขึ้นคือ การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้อง (Sheffer, 1992) แต่สำหรับเด็กวัย 1-6 ปี ซึ่งอยู่ในวัยก่อนเรียน ภาวะการเจ็บป่วยของเด็ก

ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ จึงจำเป็นต้องพึ่งพามุคคนในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นมารดา เนื่องจากมารดาเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีบทบาทในการดูแลให้บุตรเผชิญความเจ็บป่วยหรือปัญหาที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลบุตรของมารดา (Barnes et al., 1998) แต่อย่างไรก็ดี พบว่าผู้ป่วยเด็กยังไม่ได้รับการดูแลที่ดี ได้รับการรักษาที่ไม่ต่อเนื่องหรือหยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการ ทำให้ไม่สามารถควบคุมโรคให้อยู่ในภาวะที่ปลอดภัยได้ หรือโรคกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ ซึ่งมักจะมีอาการรุนแรงมากกว่าเดิม นอกจากนี้อัมพร รอดสุทธิ (2547) ยังพบว่าส่วนใหญ่มารดาจะมีปัญหาในเรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหอบหืด ภาวะของโรค การรักษา และการดูแลบุตร ไม่ทราบถึงผลข้างเคียงของยารักษาโรคหอบหืด การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลบุตรโรคหอบหืดจึงน่าจะเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมของมารดาในการดูแลสุขภาพของเด็ก ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของฟริดแมน (Friedman, 1997) กล่าวว่าครอบครัว เป็นระบบสังคมที่มีการปฏิสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด มีความรัก ความผูกพัน มีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ และให้ข้อมูลข่าวสารกันตลอดเวลา ผู้ปกครองส่วนใหญ่ปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย (อัมพร รอดสุทธิ, 2547)

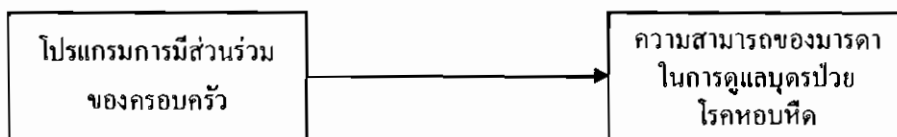
ถึงแม้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะส่งผลให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ (อัมพร รอดสุทธิ, 2547) แต่จากบททวนวรรณกรรมยังพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยโรค

หอบหืดที่บ้านยังมีน้อย ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษา การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในขณะที่เด็กเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวต่อความสามารถของมารดาในการดูแล บุตรป่วยโรคหอบหืด เพื่อมุ่งเน้นให้ครอบครัวมี ส่วนร่วมในการส่งเสริมความสามารถของ มารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืด และผลการ ศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะประโยชน์ในการวางแผน การพยาบาล เพื่อช่วยเหลือครอบครัวและพัฒนา ความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด ได้อย่างเหมาะสม

#### กรอบแนวคิดและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ครอบครัวเป็นระบบสังคมที่มีการปฏิสัมพันธ์กัน อย่างใกล้ชิด มีความรักความผูกพัน มีการพึ่งพาซึ่ง กันและกัน มีการแลกเปลี่ยนให้ความช่วยเหลือ ในด้านต่างๆ และให้ข้อมูลข่าวสารกันตลอดเวลา (Friedman, 1997) ซึ่งจะสามารถตอบสนองความ ต้องการของสมาชิกได้ ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญ ที่สุดในการมีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพ แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman (1997) นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล

สุขภาพเด็กได้แก่ 1) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วม ในการรักษาสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของเด็ก 2) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในระยะที่เด็ก มีอาการเกิดขึ้น 3) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วม ในการแสวงหาการรักษาพยาบาล 4) ครอบครัว สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น 5) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ ต้องการพึ่งพา และ 6) ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วม ในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว ดังนั้นการมีส่วนร่วม ของครอบครัวอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จะช่วยเพิ่มความสามารถของมารดาในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลบุตรให้มีสุขภาพที่ดีขึ้นได้ และมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ กับบุตรมากขึ้นได้ จากการศึกษาที่มารดาเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพ และรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์และมีความสำคัญใน การคงบทบาทในการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง (Neil, 1996; Palmer, 1993 ) โดยโปรแกรมการมีส่วนร่วม ของครอบครัวที่กำหนดขึ้นจะสอดคล้องกับความ เชื่อของครอบครัว และบทบาทของการมีส่วนร่วม ของครอบครัวในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรค หอบหืด และเน้นเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อ ส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร ป่วยโรคหอบหืด ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งเขียนเป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสามารถของมารดาโดยการเปรียบเทียบคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมติฐานการวิจัย

มารดากลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนความสามารถในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบวัดผลก่อนและหลัง (pretest-posttest design)

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาและครอบครัวของเด็กวัย 1-6 ปีที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดและมารับการรักษาที่แผนกเด็ก โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาและครอบครัวของเด็กวัย 1-6 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดและมารับการรักษาที่แผนกเด็ก โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม พ.ศ. 2552 และครอบครัวหมายถึงบุคคลในครอบครัวเพียงคนเดียวที่มารดาระบุว่าเป็นผู้ใกล้ชิดและช่วยดูแลเด็กป่วย กลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี เข้าใจและสามารถอ่าน เขียนภาษาไทยได้ ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มโดยการจับฉลาก ได้ผู้มารับบริการวันอังคารเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คู่ และผู้มารับบริการวันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คู่

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอนเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหอบหืด คู่มือการดูแลเด็กวัย 1-6 ปีที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าเอกสาร งานวิจัย วารสารและหนังสือต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลบุตรโรคหอบหืด และแผนวีซีดีการพ่นยาในเด็กโรคหอบหืด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา ครอบครัวและเด็กโรคหอบหืด ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาในการปฏิบัติเพื่อการดูแลเด็กโรคหอบหืด การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด และการมีบุตรเป็นโรคหอบหืดมาก่อน ลำดับที่ของบุตร จำนวนครั้งที่เกิดอาการหอบ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาและ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย

2.2 แบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับมาจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กหอบหืดของนัชมณฑล สายสอน (2544) ซึ่งได้ขออนุญาตเรียบร้อยแล้ว มาใช้ในการศึกษานี้ ทั้งหมด 40 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป (15 ข้อ) การดูแลบุตรตามระยะพัฒนาการ (5 ข้อ) และการดูแลบุตรเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (20 ข้อ) คำถาม

ประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงการปฏิบัติของมารดา ในการดูแลเด็กโรคหอบหืด แบบสอบถามเป็นแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (คะแนนตั้งแต่ต่ำสุดคือ 1 หมายถึงแทบจะไม่เคย ปฏิบัติกิจกรรมนั้นเลย จนถึงคะแนน 5 หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นทุกครั้ง) แปลผลคะแนนโดยใช้ คะแนนรวมของแบบวัดทั้งหมดที่มีคะแนนเป็นไปได้ ระหว่าง 40-200 คะแนนยิ่งสูง หมายถึง มารดามี ความสามารถมาก และคะแนนยิ่งต่ำ หมายถึง มารดา มีความสามารถน้อยในการดูแลเด็กโรคหอบหืด

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

##### 1. การหาความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ (Content Validity)

เครื่องมือทดลองที่เป็นแผนการสอนเรื่องการ มีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหอบหืด และคู่มือการดูแลเด็กวัย 1-6 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรค หอบหืดและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ความสามารถของมารดา ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบ ความตรงเชิงเนื้อหา และความเหมาะสมถูกต้องของ ภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาโดยผู้ทรง คุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ กุมารแพทย์ 1 คน และ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็ก 2 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรง คุณวุฒิ

##### 2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความสามารถของ มารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด ที่หาความตรง เชิงเนื้อหาเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มมารดาที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่ม ตัวอย่างที่โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 30 ราย จากนั้นนำแบบสอบถามมาหาค่า ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .88

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองดังนี้

1. หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรอง จริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัย นำหนังสือแนะนำตัว จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล สมุทรปราการ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูล

2. ติดต่อขออนุมัติจากหัวหน้ากลุ่มงานการ พยาบาล และหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล สมุทรปราการ เพื่อชี้แจงให้ทราบถึงลักษณะงานวิจัย วัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือเพื่อความสะดวก ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

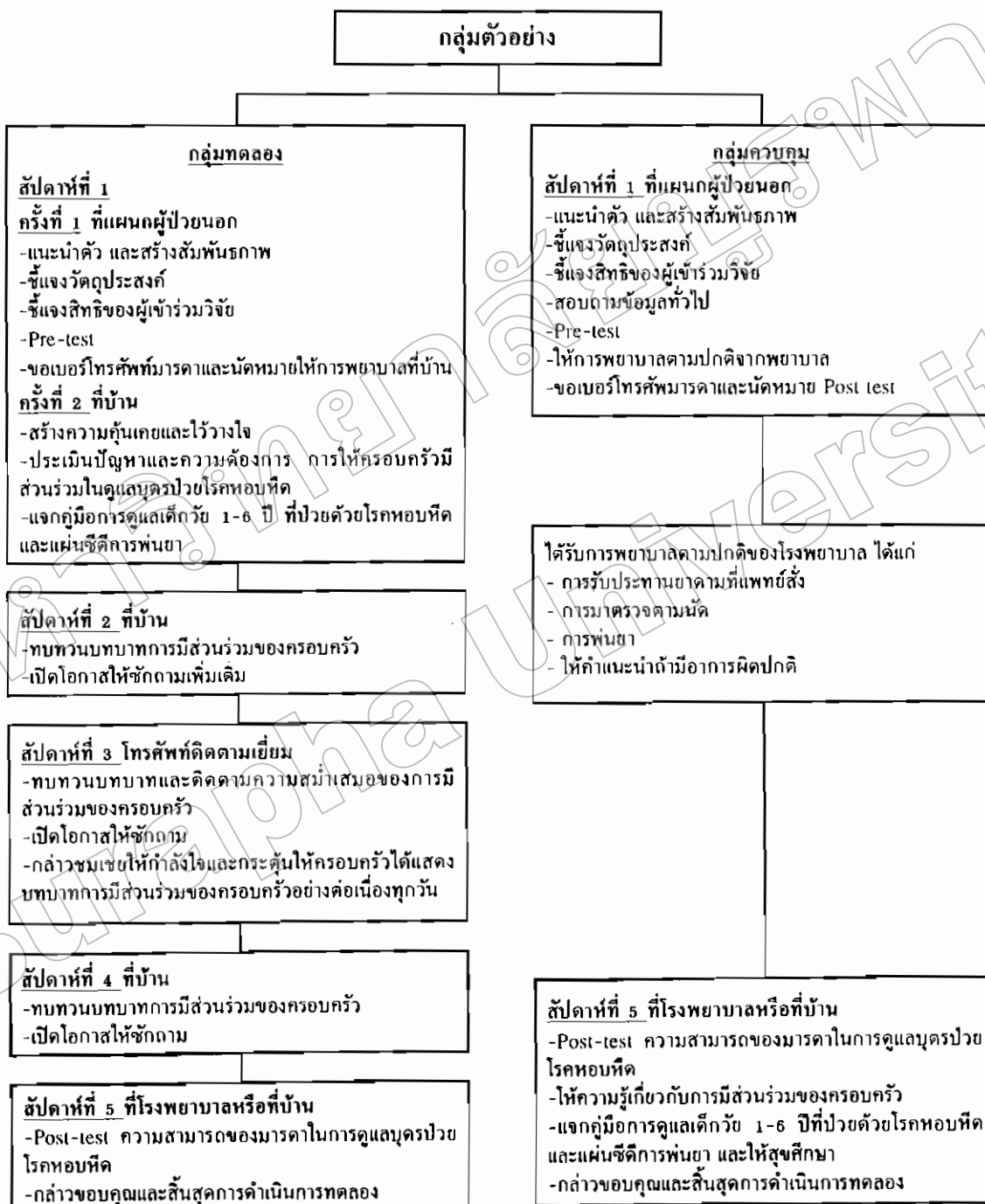
3. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสมุทรปราการ แล้วผู้วิจัยได้ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือก ดำเนินการตามขั้นตอนดังแสดงในภาพที่ 2

#### การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรม การวิจัย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการ เป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวม ข้อมูล อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนต่างๆ ของโปรแกรม การมีส่วนร่วมของครอบครัว ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บ รวบรวมข้อมูล การรักษาความลับและการทำลาย ข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การอภิปรายหรือพิมพ์ เผยแพร่เป็นในลักษณะภาพรวม และเป็นการเสนอ เฉพาะในเชิงวิชาการ โดยไม่เปิดเผยชื่อหรือลักษณะ ส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การรู้จักผู้ร่วมวิจัย และผู้เข้า

ร่วมวิจัยมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาและการพยาบาลทั้งสิ้น และผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ซักถามข้อข้องใจเพิ่มเติม

และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจให้คำตอบด้วยความสมัครใจ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินดีให้ความร่วมมือจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย



ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของมารดา ครอบครัว และเด็กป่วย วิเคราะห์โดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

2. คะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

3. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้การทดสอบที แบบ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test)

#### ผลการวิจัย

##### 1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มทดลอง มารดามีอายุเฉลี่ย 28.60 ปี ( $SD = 5.17$ , range = 19-37) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 11,840.00 บาท ( $SD = 5,708.00$ , range = 5,000-23,000) ส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง สถานภาพสมรสคู่ และนับถือศาสนาพุทธ มากกว่าครึ่งจบการศึกษา ระดับมัธยมปลายหรือต่ำกว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลบุตรโรคหอบหืด 2.05 ปี ( $SD = 1.54$ , range = 1-5) และส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ครอบครัวมีอายุเฉลี่ย 46.89 ปี ( $SD = 13.82$ , range = 21-70) ส่วนมากเป็นชายของเด็กป่วย และมีอาชีพรับจ้างและแม่บ้าน ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75 เด็กป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มี อายุเฉลี่ย 1.60 ปี ( $SD = 0.50$ , range = 1-6) เริ่มมีอาการหอบครั้งแรกอายุ 1.95 ปี ( $SD = 1.00$ , range = 1-6) ระยะเวลาที่เป็นโรคหอบหืดเฉลี่ย 2.35 ปี ( $SD = 1.50$ , range = 1-6) ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเด็กป่วยโรคหอบหืดส่วนใหญ่เกิดอาการหอบ 1 ครั้ง เด็กป่วยทั้งหมดเคยเข้านอน

โรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืด และส่วนมากไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา

กลุ่มควบคุม มารดามีอายุเฉลี่ย 28.50 ปี ( $SD = 5.21$ , range = 22-38 ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,590.50 บาท ( $SD = 6,356.10$ , range = 5,700-18,000) ส่วนใหญ่อาชีพรับจ้างและสถานภาพสมรสคู่ ทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนมากจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือต่ำกว่า ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเด็กป่วย 1.95 ปี ( $SD = 1.23$ , range = 1-5) และส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ครอบครัวมีอายุเฉลี่ย 45.90 ปี ( $SD = 11.37$ , range = 19-68) ส่วนมากเป็นชายของเด็ก เกือบครึ่งมีอาชีพรับจ้าง และจบการศึกษาสูงสุดชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 80 เด็กป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 1.75 ปี ( $SD = 0.63$ , range = 1-6) เริ่มมีอาการหอบครั้งแรกอายุ 2.03 ปี ( $SD = 0.98$ , range = 1-6) ระยะเวลาที่เป็นโรคหอบหืดเฉลี่ย 1.70 ปี ( $SD = 1.17$ , range = 1-7) ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเด็กป่วยโรคหอบหืดส่วนใหญ่เกิดอาการหอบ 1 ครั้ง เด็กป่วยทั้งหมดเคยเข้านอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืด และส่วนมากไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา

2. คะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังให้โปรแกรม

ก่อนการให้โปรแกรมมารดากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความสามารถในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดเท่ากับ 165.30 ( $SD = 17.26$ ) และ 163.60 ( $SD = 16.09$ ) ตามลำดับ และหลังการให้โปรแกรมมารดากลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถเท่ากับ 175.95 ( $SD = 10.07$ ) กลุ่มควบคุมมีคะแนนเท่ากับ 167.90 ( $SD = 13.10$ ) รายละเอียดคะแนนความสามารถของมารดาทั้งสองกลุ่มแยกตามรายด้าน ทั้งก่อนและหลังการให้โปรแกรมแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการให้โปรแกรม (n = 40)

คะแนน	กลุ่มทดลอง (n=20)				กลุ่มควบคุม (n=20)			
	ก่อน		หลัง		ก่อน		หลัง	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
ความสามารถของมารดาโดยรวม	165.30	17.26	175.95	10.07	163.60	16.09	167.90	13.10
รายด้าน								
การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป	63.80	6.80	67.20	3.57	63.70	6.81	67.20	3.56
การดูแลตามระยะพัฒนาการ	22.70	3.11	23.15	1.92	22.50	2.22	22.50	2.50
การดูแลเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ	78.90	9.92	85.60	6.52	77.70	9.05	78.10	9.01

3. เปรียบเทียบคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเปรียบเทียบโดยใช้การทดสอบที พบว่าก่อนการให้โปรแกรมมารดาทั้ง 2 กลุ่มมีความสามารถของ

มารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดไม่แตกต่างกัน ( $p > .05$ )

ส่วนคะแนนความสามารถของมารดาหลังการให้โปรแกรมพบว่า มารดากลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลบุตรโรคหอบหืดสูงกว่ามารดากลุ่มควบคุม ( $t = -2.18, p < .05$ ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดภายหลังจากได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test (n = 40)

มารดากลุ่มตัวอย่าง	M	SD	t	df
กลุ่มควบคุม (n=20)	167.90	13.10	-2.18*	38
กลุ่มทดลอง (n=20)	175.95	10.07		

\*( $p < .05$ )

#### อภิปรายผล

มารดาที่มีบุตรป่วยโรคหอบหืด ซึ่งได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อภิปรายได้ว่า เนื่องจากโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้สอดคล้องกับความเชื่อของครอบครัวและเน้นการส่งเสริม พัฒนา และคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัว (Wright & Leahey, 2000) การปฏิบัติตาม

โปรแกรมด้วยการชื่นชม ความมีศักยภาพของครอบครัว การชี้ให้เห็นจุดแข็งและความสามารถของครอบครัว รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยโรคหอบหืด ซึ่งทำให้ครอบครัวเกิดอารมณ์ความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำหน้าที่ในการช่วยเหลือมารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลบุตรได้ จึงแสดงพฤติกรรมออกมาให้มารดารับรู้ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาและการนำแนวคิดการให้ความรู้มาใช้ในรูปแบบของการจัดการโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน โดยความรู้ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ การสอนหรือการให้ความรู้เป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเปลี่ยนความรู้ ทักษะ และทักษะที่จำเป็นในการรักษาหรือการส่งเสริมสุขภาพช่วยให้ครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลได้ (สมจิตร์ หนูเจริญกุล, 2540) โดยโปรแกรมการให้ความรู้ที่จัดให้ครอบครัว มีรูปแบบการสอนและสาธิตเพื่อให้ครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลบุตร รวมทั้งใช้สื่อประกอบที่เหมาะสม และคู่มือเพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ของครอบครัวให้มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมการสอนยังมีการส่งเสริม สนับสนุนและติดตามเป็นระยะโดยการใช้โทรศัพท์เยี่ยมชมติดตาม ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวมีความมั่นใจในความสามารถของคนที่จะปฏิบัติในสิ่งที่เรียนได้ และเมื่อนำมาผสมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของฟริดแมน (Friedman, 1997) เพราะครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ครอบครัวมีบทบาทเป็นกลจักรสำคัญในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย มีความเชื่อว่าครอบครัวมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ผลกระทบต่อครอบครัว การดูแลที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวนั้น นำมาเพื่อให้ครอบครัวมี

ส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรับรู้ปัญหาาร่วมกันเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมดูแลที่ดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จริยากร ดิษจินดา (2542) ที่นำแนวคิดการให้ความรู้ร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลบุตรของมารดาหรือผู้ดูแล ภายหลังจากทดลองพบว่า มารดามีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเชื่อและพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันโรคของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปรียะดาภัทรสังข์ธรรม (2546) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนโรคหอบหืด โดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลเพื่อให้มารดาหรือบิดามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลองมารดาและบิดาในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กโรคหอบหืดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของคณิต ฌ พัทลุง (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลทารกป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของมารดา ผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมดูแลทารกของมารดาในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ระดับ .05

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ ทำให้มารดาที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนความสามารถในการดูแลบุตรโรคหอบหืดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้มารดา

มีความสามารถในการดูแลบุตรที่ดีขึ้นได้

#### ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดให้มีการให้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่สร้างขึ้นในงานวิจัยนี้ในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้เด็กป่วยโรคหอบหืดได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นการขยายบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็กให้ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้นทั้งตัวเด็กป่วยและครอบครัว

2. ควรมีการวิจัยในลักษณะการติดตามผลในระยะยาว เพื่อดูพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวจากครอบครัว ผลลัพธ์และผลกระทบของการดูแลของมารดาต่อการเจ็บป่วยของบุตร

3. ควรขยายขอบเขตการวิจัยโดยนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง และ/หรือเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้ระหว่างที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

#### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะและคำปรึกษาและขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพาที่สนับสนุนทุนวิจัย

#### เอกสารอ้างอิง

กณิศ ฅ พัทลุง. (2549). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมดูแลทารกด้วยโรคปอดอักเสบของมารดา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์,

บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จริยากร ดิษจินดา. (2542). ผลของการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเล่นลูกต่ำกว่า 5 ปี ของมารดาและการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงของชุมชนก่อสร้างในเขตนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด อำเภอเมืองจังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิทยาศาสตร์ วิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปรียะดา ภัทรสังธรรม. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วารุณี นีวาดวงศ์. (2548). โรคภูมิแพ้ในเด็ก. *วารสารกุมารเวชศาสตร์*, 4(2), 124-137.

สมจิตร หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : วี.เจ.พรินติ้ง.

อัมพร รอดสุทธิ. (2547). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลเด็ก, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Barnes, P. J., Roger, L. W., & Thomson, N. C. (1998). *Asthma: Basic mechanisms and clinical management*(3 ed.). San Diego: Academic Press.

Donnelly, E. (1994). Parent of children with asthma and examination of family hardness, family stress and family function. *Journal of Pediatric*, 4(6), 398-408.

Friedman, M. (1997). *Family stress and coping among Angilo and Lantino families with childhood cancer*. Unpublished PhD dissertation, University of Southern California.

Ladebauche, P. (1997). Managing asthma : A growth and development approach pediatric nursing. *Journal of Behavioral Medicine*, 5(23), 37-44.

Neil, S.J. (1996). Parent participation 1 : Literature review and methodology. *British Journal of Nursing*, 5(1), 34-40.

Opolski, N. F., & Gonzalez, M. (2005). The asthma patient and his/her family dynamics. *Abstract Retrieved December, 50* (6), 1214-1219.

Palmer , S. J. (1993). Care of sick children by parent : A meaningful role. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 185-191.

Sheffer, A.L. (1992). International consensus report on the diagnosis and management of asthma, international asthma management project. *Clinical and Experimental Allergy*, 4(12), 1-68.

WHO. (2001). *Genes and human disease*. Retrieved June 25, 2003, from <http://www.who.int/genomics/public/genetic/en/index3.html>.

Wright, L.M., & Leahey, M. (2000). *Nurse and family: A guide to family assessment and intervention* (3<sup>rd</sup> ed). Philadelphia : F.A. Davis Company.