

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

Factors Related to Management Behaviors Among Caregivers of Children with Asthma

อรอนงค์	ชาวसान *	Onanong	Chawsarn *
อุษณีย์	จินตะเวช **	Usanee	Jintrawet **
สุธิศา	ล้ำช้าง ***	Suthisa	Lamchang ***

บทคัดย่อ

โรคหืดในเด็กเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและผู้ดูแล การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่ออธิบายพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลเด็กโรคหืดช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก กุมารเวชกรรม โรงพยาบาลสตยภูมิ ภาคเหนือจำนวน 2 แห่ง ตั้งแต่เดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการของครอบครัว แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืด ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ .83, .96 และ .87 ตามลำดับ นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}=132.13$, S.D.=8.10) จากคะแนนเต็มเท่ากับ 152 คะแนน เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการรายด้าน พบว่า พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ครอบครัว และด้านจิตสังคม อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ($\bar{X}=72.60$, S.D.=5.92, $\bar{X}=42.56$, S.D.=4.08 และ $\bar{X}=19.15$, S.D.=1.53) ตามลำดับ
2. การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.59$, $p<.01$ และ $r=.61$, $p<.01$) ตามลำดับ

ผลการศึกษาครั้งนี้พยาบาลสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด โดยให้การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับผู้ดูแลเด็กโรคหืด

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Graduate Student, Faculty of Nursing, Chiang mai University, onanong.chawsarn@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

วันที่รับบทความ 11 ตุลาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 7 พฤษภาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 14 พฤศจิกายน 2561

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแล เด็กโรคหืด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

Abstract

Asthma in children is a chronic respiratory tract disease which impact on children and their caregivers. The purpose of this correlational descriptive research was to describe to management behavior and the correlation between social support asthma knowledge and management behaviors among caregivers of children with asthma. A purposive sampling included 85 caregivers of children with asthma aged from 1 to 6 years old, who received treatment at the pediatric out-patient departments at two northern tertiary hospitals, from March to August 2018. Data were collected by using the Family management Behavior questionnaire, the Social Support Questionnaire, and the Asthma Knowledge questionnaire. The reliability of questionnaires was .83, .96, and .87, respectively. The samples were then used with 10 samples similar to the samples at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. By not the same as the sample. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that:

1. The score of management behaviors among caregivers of children with asthma were at a high level ($\bar{X}$ =132.13, S.D.=8.10) Full score equal to 152 points. Considering each dimension of management behaviors, it was found that the dimension of the characteristics of illness, family role, and psychosocial was at a high level ($\bar{X}$ =72.60, S.D.=5.92, $\bar{X}$ =42.56, S.D.=4.08 and $\bar{X}$ =19.15, S.D.=1.53), respectively.

2. Social support and asthma knowledge had a statistically significant positive relationship at a moderate level with management behaviors among caregivers of children with asthma (r =.59, p <.01 and r =.61, p <.01, respectively).

The results of this study may serve as the preliminary data for nurses to use in planning to promote the management behaviors among caregivers of children with asthma with the provision of social support and asthma knowledge.

Keywords: *Management Behavior Among Caregivers, Children with Asthma, Related Factors*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 235 ล้านคนในปี ค.ศ. 2011เป็นจำนวน 334 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2014 (Global Asthma Network, 2014) ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศสหรัฐอเมริกาพบมีเด็กโรคหืดประมาณร้อยละ 13-15 โดยพบในเด็กผู้ชายมากกว่า

เด็กผู้หญิง พบอุบัติการณ์ของการเกิดหอบเฉียบพลันมากกว่า 4 ล้านครั้งต่อปี และเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Department of Medical Services, 2016) ในประเทศไทยจำนวนเด็กโรคหืดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น พบสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปีถึงร้อยละ 10-12 และพบอัตราการเสียชีวิต 1,000 คนต่อปี (Thai Asthma

Council, 2017)

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังทางระบบทางเดินหายใจที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้เกิดจากการหดเกร็งของหลอดลมในร่างกายนที่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้มากกว่าคนปกติ ส่งผลให้เกิดการบวมของเยื่อผนังหลอดลม มีการสร้างสารคัดหลั่งมากขึ้นทำให้หลอดลมเกิดการตีบแคบและเกิดภาวะอุดกั้นของทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลัน ส่งผลให้มีอาการไอ หายใจมีเสียงหวีด แน่นหน้าอก หรือหายใจหอบเหนื่อย (Kullert, 2016) เด็กโรคหืดจะมีอาการเปลี่ยนแปลงตามลักษณะความรุนแรงของการสัมผัสสิ่งก่อภูมิแพ้ต่างๆ ซึ่งอาการหอบสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และสามารถกลับเป็น ๆ หาย ๆ โดยเฉพาะในเด็กอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี เนื่องจากกายวิภาคของหลอดลมขนาดเล็กทำให้เกิดอาการตีบแคบและเกิดอาการหอบหืดที่รุนแรงได้ง่ายขึ้น (Teeratakulpisarn, 2013) หากอาการมีความรุนแรงมากขึ้นโดยไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและทันเวลาที่เด็กโรคหืดอาจจะเสียชีวิตได้ ซึ่งเด็กช่วงอายุต่ำกว่า 6 ปี เป็นช่วงวัยที่พฤติกรรมการในการดูแลตนเองยังไม่มีประสิทธิภาพ ไม่ทราบวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ จึงทำให้เด็กโรคหืดไม่สามารถควบคุมเกิดอาการหอบกำเริบได้บ่อยทำให้ต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิตประจำวันชีวิตของเด็กโรคหืด ดังนั้น ผู้ดูแลจึงต้องมีพฤติกรรมการจัดการที่เหมาะสมเพื่อสามารถควบคุมอาการหอบและการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็กโรคหืดร่วมกับครอบครัวและสังคมได้ เป้าหมายในการรักษาที่สำคัญในเด็กโรคหืด คือ การควบคุมไม่ให้อาการหอบในเด็กโรคหืด สามารถร่วมกิจวัตรประจำวันต่างๆ รวมทั้งสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากยา และป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ได้แก่ การกำเริบของโรคหืด การเสียชีวิตจากโรคหืด ทั้งนี้ หากเด็กโรคหืดมีอาการกำเริบเฉียบพลันแล้วไม่ได้รับการรักษาจะสูญเสียสมรรถภาพปอดอย่างถาวรได้ (Thai Asthma Council, 2017) ดังนั้นพฤติกรรมการจัดการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ในการปฏิบัติกิจกรรมต่อการเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญในการดูแลเพื่อส่งเสริมให้เด็กโรคหืดได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแล (caregivers' management behaviors) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดในควบคุมอาการของโรคและสามารถใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพในการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการด้านลักษณะการเจ็บป่วย พฤติกรรมการจัดการด้านบทบาทหน้าที่ และพฤติกรรมการจัดการด้านจิตสังคม (Wathanachaporn, Aree, & Lamchang, 2015) จากการศึกษาของ Wathanachaporn et al. (2015) พบว่า พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก ($r=.319$, $p<.01$) ทั้งนี้หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการที่เหมาะสมจะส่งผลให้เด็กโรคหืดสามารถควบคุมอาการหอบและดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข แต่หากผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดในควบคุมอาการของโรคจะส่งผลให้อาการของโรคหืดมีความรุนแรงขึ้นจนกระทั่งต้องเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง (Santati, Ratinhorn, & Christian, 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความสำคัญต่อเด็กโรคหืดอย่างมาก ผู้ดูแลเด็กโรคหืดจะมีพฤติกรรมการจัดการดูแลดีขึ้นอยู่กับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (Knaf, Deatrck, & Havill, 2012) จากแนวคิดของ Cobb (1976) ให้ความหมายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลในการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยกย่องเห็นคุณค่า รวมทั้งความรู้สึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและ

เห็นคุณค่า การสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง จากการศึกษาของ Samruern (2008) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหืดอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ บิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหืด อายุ 1-5 ปีพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการของครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.558, p<.01$) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการสนับสนุนทางสังคมของบิดามารดาที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคหืด แต่ไม่พบรายงานการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Cobb, 1976) ทั้ง 5 ด้าน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

นอกจากนี้พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการในการดูแลสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคหืดเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและอาการของโรคหืด (disease) สิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหืด และการจัดการ (triggers) การรักษาและการใช้ยา (treatment) และอาการกำเริบของโรคหืด (exacerbation) (Sattabud, 2017) จากการศึกษาของ Zhao et al. (2013) พบว่าการปฏิบัติตัวในการดูแลเด็กของบิดามารดาที่ไม่เหมาะสมเกิดจากความรู้ที่ไม่เพียงพอในการดูแลเด็กโรคหืด ซึ่งการขาดความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลบางรายส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ทำให้เด็กโรคหืดเกิดอาการกำเริบที่รุนแรงขึ้นส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและต้องเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้นและเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นจนถึงแก่ชีวิต (Rand, 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การขาดความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดในการควบคุมอาการหอบกำเริบและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบและดูแลให้เด็กโรคหืดได้รับยา

ขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้เด็กโรคหืดต้องได้รับเข้ารับรักษาในแผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (Sattabud, 2017) ซึ่งการขาดความรู้เรื่องโรคหืดที่ไม่เพียงพอของผู้ดูแลทำให้เด็กเกิดอาการหอบและส่งผลต่อชีวิตประจำวันของเด็กโรคหืด ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านจะเห็นได้ว่าความรู้เรื่องโรคหืดในเด็กโรคหืดอาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบเพียงการศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการของบิดาและมารดาเท่านั้น และพบปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อ และปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลยังคงประสบปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการในการควบคุมอาการหอบกำเริบและยังส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันเด็กโรคหืด ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่มีช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดให้สามารถควบคุมอาการหอบกำเริบได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดเป็นอย่างไร
2. การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยใช้การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่เด็กต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี เป็นช่วงวัยที่ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองยังไม่มีประสิทธิภาพ พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลจึงเป็น การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดในควบคุมอาการของโรคและสามารถใช้ชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการจัดการด้านลักษณะการเจ็บป่วย พฤติกรรมการจัดการด้านบทบาทหน้าที่ และพฤติกรรมการจัดการด้านจิตสังคม ซึ่งพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลจะส่งเสริมให้เด็กโรคหืดสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดี อาจขึ้นกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม (Knafl et al., 2012) จากแนวคิดของ Cobb (1976) การสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้ข้อมูลในการช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยกย่อง เห็นคุณค่า ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า การสนับสนุนการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของเงินทอง และพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลจะยากหรือง่ายขึ้นกับปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคหืด โดยเป็น ความรู้เกี่ยวกับความรู้ทั่วไปและอาการของโรคหืด สิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหืดและการจัดการ การรักษา และการใช้ยา และอาการกำเริบของโรคหืด (Sattabud, 2017) ดังนั้น การศึกษานี้จึงศึกษาปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืด ซึ่งอาจเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและมีความรู้เรื่องโรคหืด อาจจะส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการที่ดีในการควบคุมอาการเจ็บหืดของเด็กโรคหืดได้ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม และความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลเด็กโรคหืดช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลตติยภูมิ ในเขตภาคเหนือกลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลเด็กโรคหืดช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการตรวจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตภาคเหนือ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติตามที่กำหนดคือ 1. เป็นบิดา มารดา หรือญาติสายตรง ได้แก่ ลุง ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตาและยาย ที่อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปที่เป็นผู้ดูแลหลัก 2. เด็กในครอบครัวไม่มีโรคระบบประสาท โรคหัวใจ และความพิการต่างๆ 3. สามารถสื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4. ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ที่สามารถนำมาประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างทางพยาบาล (Polit, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย และคำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่งดังนี้ โรงพยาบาลน่าน จำนวน 598 ราย และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 268 ราย ได้กลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลน่าน 59 ราย และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 26 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน และประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหัดรายอื่น แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหัดประกอบด้วย อายุ เพศ ระยะเวลาการเจ็บป่วยโรคหัดช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาจำนวนครั้งที่เด็กมีอาการหอบจำนวนครั้งที่เด็กเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบ ยาที่ได้รับในปัจจุบัน และสิ่งที่เด็กสัมผัสแล้วทำให้เกิดอาการหอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Lamchang et al. (2008) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับยกย่องและเห็นคุณค่า ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของที่ได้รับแหล่งสนับสนุนจากคู่สมรส ญาติ เพื่อนบ้าน แพทย์ และเจ้าหน้าที่พยาบาล จำนวน 30 ข้อ ลักษณะคำตอบของข้อคำถามแต่ละข้อเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน ดังนี้ ไม่ได้รับ ให้คะแนน 0 ได้รับน้อย ให้คะแนน 1 ได้รับ ปานกลางให้คะแนน 2 ได้รับมาก ให้คะแนน 3 และได้รับมากที่สุด ให้คะแนน 4 และช่วงคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-120 คะแนน แบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำอยู่ระหว่าง 0.00-8.99 คะแนน ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 9.00-16.99 คะแนน และระดับสูงอยู่ระหว่าง 17.00-25.00 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการวัดความรู้เรื่องโรคหัด ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้ของ (Sattabud, 2017) เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัด ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 4 เรื่อง ได้แก่ ความรู้ทั่วไปและอาการของโรคหัด สิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหัดและการจัดการ การรักษาและการใช้ยา และอาการกำเริบของโรคหัด จำนวน 25 ข้อ ซึ่งลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก ถูกหรือ ผิด โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน มีช่วงคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0-25 คะแนนแบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำอยู่ระหว่าง 30.00-69.99 คะแนน ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 70.00-109.99 คะแนน และระดับสูงอยู่ระหว่าง

110.00-150.00 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหัด ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวของ Wathanachaporn et al. (2015) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแล ทั้งหมด 38 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านลักษณะการเจ็บป่วย จำนวน 21 ข้อ ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว จำนวน 12 ข้อ และด้านจิตสังคม จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน ดังนี้ คะแนน 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ คะแนน 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง คะแนน 3 หมายถึง ปฏิบัติบ่อยครั้ง คะแนน 4 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ และมีช่วงคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 38-152 คะแนน แบ่งคะแนนรวมเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำอยู่ระหว่าง 38.00-76.99 คะแนน ระดับปานกลาง อยู่ระหว่าง 77.00-114.99 คะแนน และระดับสูงอยู่ระหว่าง 115.00-152.00 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวของ Wathanachaporn et al. (2015) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของ Lamchang et al. (2008) และแบบสอบถามการวัดความรู้เรื่องโรคหัดของ Sattabud (2017) ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงใดๆ จึงไม่นำมาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เนื่องจากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาแล้ว

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง จำนวน 10 ราย แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัว และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .83 และ .96 ตามลำดับ และแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืด โดยนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหืดที่เข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 2 แห่ง ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2561 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที และนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เลขที่ 005/2018 วันที่ 22 มกราคม พ.ศ. 2561 และโรงพยาบาลที่เก็บรวบรวมข้อมูล 2 แห่ง จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมสมัครใจการเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ดูแลเด็กโรคหืด โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยเป็นไปตามความสมัครใจของผู้ดูแลซึ่งผู้ดูแลสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับจากโรงพยาบาล และคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผย นำเสนอข้อมูลในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น แล้วให้ผู้ดูแลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม

คอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวและเด็กโรคหืด การสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การแจกแจงของข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลในเด็กโรคหืด วิเคราะห์โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟ-สมิโนฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่ามีการแจกแจงของข้อมูลแบบโค้งปกติ
3. การหาความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลในเด็กโรคหืด และความสัมพันธ์ของความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลในเด็กโรคหืด ใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหืด พบว่าร้อยละ 36.5 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 85.9 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหืด รายอื่นมาก่อน ร้อยละ 51.8 เป็น มารดา ร้อยละ 64.7 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 80 สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 28.8 มีอาชีพรับจ้าง และร้อยละ 36.5 มีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน 10,000-20,000 บาท ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหืดพบว่า ร้อยละ 51.8 เด็กเริ่มมีอาการหอบอายุ 1-3 ปี ร้อยละ 24.7 มีอาการหอบกำเริบในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา 1-3 ครั้ง ร้อยละ 56.5 ไม่มีอาการหอบกำเริบในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 63.5 มีอายุมากกว่า 3 ถึง 6 ปี ร้อยละ 61.2 เป็นเพศชาย และ ร้อยละ 55.3 เคยเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบ 1-3 ครั้ง เด็กโรคหืดทุกคน (ร้อยละ 100) ได้รับยาขยายหลอดลม และ ร้อยละ 84.7 สิ่งที่ทำให้เด็กเกิดอาการหอบ คือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม พบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหืดทุกคนได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 101.25 ส่วนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืดรายด้านพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ทุกด้านอยู่ในระดับสูง ยกเว้นการสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอยู่ในระดับปานกลาง โดยการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.57, 20.29, 8.78, 32.42 และ 19.28 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมและรายด้าน (n=85)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม (range=97-105)	0 (0.0)	0 (0.0)	85 (100)	101.25	1.54
การสนับสนุนทางสังคมรายด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ (range=14-24)	0 (0.0)	17 (20)	68 (80)	20.57	3.61
การสนับสนุนด้านการยอมรับและ เห็นคุณค่า (range=12-24)	0 (0.0)	11 (12.94)	74 (87.06)	20.29	3.46
การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (range=6-12)	0 (0.0)	43 (50.58)	42 (49.42)	8.78	1.59
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (range=25-36)	0 (0.0)	0 (0.0)	85 (100)	32.42	4.14
การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง (range=15-24)	0 (0.0)	11 (12.94)	74 (87.06)	19.28	2.35

ด้านความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืดพบว่า ผู้ดูแลมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 76.47) มีความรู้

ในระดับปานกลางและมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 15.68 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืด โดยรวม (n=85)

ตัวแปร	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดย รวม (range=8-23)	18 (21.18)	65 (76.47)	2 (2.35)	15.68	2.52

ด้านพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 132.13 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลรายด้านพบว่า พฤติกรรม

การจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดทุกด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ครอบครัว และด้านจิตสังคม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.60, 42.56 และ 19.15 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมและรายด้านในแต่ละระดับ (n=85)

พฤติกรรมการจัดการ	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลโดยรวม (range=94-145)	0 (0.00)	4 (4.71)	81 (95.25)	132.13	8.10
พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลรายด้าน					
ด้านลักษณะการเจ็บป่วย (range=54-80)	0 (0.00)	9 (10.59)	76 (89.41)	72.60	5.92
ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว (range=23-48)	1 (1.17)	5 (5.88)	79 (92.95)	42.56	4.08
ด้านจิตสังคม (range=10-20)	3 (3.53)	37 (43.53)	45 (52.94)	19.15	1.53

3. ข้อมูลความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

การสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวม ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.59, p<.01$ และ $r=.61, p<.01$ ตามลำดับ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลโรคหืด

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การสนับสนุนทางสังคม	.59	.000*
ความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหืด	.61	.000*

หมายเหตุ. * $p<.001$

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กพบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมระดับสูงมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 132.13 ซึ่งพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลประกอบด้วย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ครอบครัว และด้านจิตสังคม อธิบายได้ว่า ในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เด็กโรคหืดมีอายุ 3-6 ปี และมีประสบการณ์อาการหอบกำเริบตั้งแต่อายุ 1-3 ปี อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมากขึ้น จึงสามารถปฏิบัติหรือจัดการในการดูแลเด็กโรคหืดได้ดี ดังการศึกษาของ Nookong et al. (2012) พบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์จะสามารถประเมินและจัดการอาการหอบได้ดี และการศึกษาของ Wathanachaporn et al. (2015) พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดี (ร้อยละ 74.1) จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ร้อยละ 51.8 ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดส่วนใหญ่เป็นมารดา ซึ่งมารดาจะมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิด และเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กได้มากที่สุด (Svavardottir & Rayens, 2003) ดังการศึกษาของ Rattanasat (2012) เกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาใน

การดูแลเด็กโรคหืด วัย 1-5 ปี พบว่า มารดาส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กโรคหืดอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้านลักษณะการเจ็บป่วย อยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 72.60 อาจเนื่องมาจากเด็กโรคหืดเคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบ ร้อยละ 80 จึงทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattanasat (2012) พบว่า ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมกรรมการจัดการด้านการดูแลสุขภาพ และด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาเด็กโรคหืดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัวอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 42.56 อาจเนื่องมาจากร้อยละ 51.8 ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดส่วนใหญ่เป็นมารดา ซึ่งมารดาจะมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิด และเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กได้มากที่สุด (Svavardottir & Rayens, 2003) ซึ่งบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการในดูแลเด็กโรคหืดให้เจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัยและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ส่วนพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดด้านจิตสังคม พบว่า อยู่ในระดับสูง

เช่นเดียวกัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19.15 อาจเนื่องมาจากร้อยละ 80 ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการสนับสนุนซึ่งกันและกันและช่วยในการตัดสินใจแก้ปัญหา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยลดผลกระทบด้านจิตใจของผู้ดูแล การสนับสนุนจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมจัดการที่ดีและช่วยให้ความเครียดลดลง (Cohen & Wills, 1985) ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมจัดการดูแลเด็กโรคหืดได้ดีขึ้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดกับพฤติกรรมจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า หากผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมจัดการในการควบคุมอาการของโรคได้ การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่ดี ส่งเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาได้ดีขึ้น (Cohen & Wills, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ Maharsaro et al. (2017) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่ดี และสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ ($\beta = .247, p < .05$) และการศึกษาของจากการศึกษาของ Samruern (2008) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการของครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .558, p < .01$) และการศึกษาของ Hoffmann, McKenna, Worrall, and Read (2004) พบว่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญต่อผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรัง โดยมีความสัมพันธ์กับการจัดการของผู้ดูแล เช่น ความรู้เฉพาะของโรคสาเหตุของการเกิดโรค จะส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังมีข้อมูลเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการรักษา จะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการดูแลเด็กโรคหืดโดยการสนับสนุน

ทางสังคมที่ดี

ความรู้เรื่องโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .61, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า ความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่ดีจะมีพฤติกรรมจัดการดูแลเด็กโรคหืดได้ดี ซึ่งความรู้เป็นขั้นแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ การเรียนรู้ การวิเคราะห์ และการแก้ไขปัญหา (Yodyathai, 2008) ผู้ดูแลที่มีความรู้เรื่องโรค อาการ และอาการแสดง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ หอบกำเริบ การรักษาและการใช้ยา และการพบแพทย์ตามนัดจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมจัดการในการควบคุมอาการหอบกำเริบในเด็กโรคหืดได้ดีขึ้น หากผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคที่ดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมจัดการดูแลเด็กโรคหืดได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sriruttanawon et al. (2010) พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลมีผลต่อระดับการควบคุมโรคหืดในเด็ก อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 15.68 อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลเด็กโรคหืดร้อยละ 36.5 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการจัดการของผู้ดูแลในครอบครัว การศึกษาที่ดีส่งผลให้ครอบครัวมีการจัดการที่ดีด้วย (Grey, Knafli, & McCorkle, 2006) สอดคล้องกับการศึกษาของ Maharsaro et al. (2017) พบว่า ผู้ดูแลที่มีความรู้โรคหืดในระดับดีจะส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1 ถึง 6 ปีอยู่ในระดับดี ($r = .835, p < .05$) จะเห็นได้ว่าความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานเรื่องของพฤติกรรมจัดการของผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว ให้บุคลากรทางสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญในการให้ความรู้ และส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนทาง

สังคมเพื่อให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดได้อย่างเหมาะสม

เป็นต้น

2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและความรู้เรื่องโรคหืดและพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ในเด็กทุกช่วงอายุที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหรือมีอาการหอบครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ในการดูแลเด็กโรคหืด ที่มีระดับความรุนแรงของโรคหืดที่ต่างกัน และในเด็กทุกช่วงอายุ เช่น เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี เด็กช่วงอายุ 1-6 ปี หรือมากกว่า

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

เอกสารอ้างอิง

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310-357.
- Department of Medical Services. (2016). *Disease statistics*. Retrieved from <http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html>. (In Thai)
- Global Asthma Network. (2014). *The global asthma report*. Retrieved from <http://www.globalasthmanetwork.org>
- Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self-and family management of chronic conditions. *Journal of Nursing Outlook*, 54(5), 278-286.
- Hoffmann, T., McKenna, K., Worrall, L., & Read, S. J. (2004). Evaluating current practice in the provision of written information to stroke patients and their careers. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 11(7), 303-309.
- Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*, 18(1), 11-34.
- Kululert, P. (2016). Asthma in children. In Kasem, S., Seth, K., Thamkasorn, Y., Prajaktham, S., Ingkakul, P., Piriyanon, P., & Kulaloet, P. (Eds.), *Textbook of pediatrics, Pediatrics textbooks And medical practitioners, book 1*. (pp. 491-522). Bangkok: Tex and Journal.
- Lamchang, S., Junpunyaskool, O., Siripao, N., Lamchang, P., & Leoviriyakit, N. (2008). Relationship between stress, social support, selected and coping behaviors among parents of children with acute respiratory tract infections, *Journal of Public Health Nursing*, 20(1), 51-60. (In Thai)
- Maharsaro, P., & Suwannaroop, N. (2017). Factors predicting caring behaviors among caregivers of 1-6 years old asthma children. *Journal of Nursing Science*, 35(2), 64-73. (In Thai)
- Nookong, A., Payakkaraung, S., Pongsaranuntakul, Y., & Chudapongse, S. (2012). Caregivers' management for children with asthma. *Journal of Nursing Science*, 30(1), 49-60. (In Thai)
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research*. (2nd ed.). Bostan: Pearson.

- Rand, C. S. (2002). Adherence to asthma to asthma therapy in the preschool child. *Allergy*, 57 (Suppl. 74), 48-57.
- Rattanarat, K. (2012). *Mothers behavior in care of asthma children 1-5 years, Lang Suan Hospital, Chumphon Province* (Master's thesis, Phetchaburi Rajabhat University). (In Thai)
- Samruern, S. (2008). *Factors affecting family management in family with asthmatic Children*. Chonburi: Burapha University. (In Thai)
- Santati, S., Ratinthorn, A., & Christian, B. (2003). Parent's experiences in asthma attack prevention: struggling to take control. *Thai Journal of Nursing Research*, 7(3), 186-98.
- Sattabud, M. (2017). Asthma knowledge, level of control and quality of life in asthmatic children at Lahansai hospital. *Journal of Medicine*, 42(3), 40-46. (In Thai)
- Teeratakulpisarn, J. (2013). Children with wheezing. In Chansakuporn, S., Chuaychoo, P., Pochanuku, A., & Kaewamatawong, T. (Eds.), *Asthma Textbook* (p. 69-76). Bangkok: Thai Asthma Council and Association. (In Thai)
- Thai Asthma Council. (2017). *Guidelines for diagnosis and treatment of asthma in Thailand For adults and children: 2560*. Bangkok: Union Ultraviolet. (In Thai)
- Wathanachaporn, P., Aree, P., & Lamchang, S. (2015). Asthma severity, family management behavior and asthma symptom control in children among family caregivers. *Nursing Journal*, 43(2), 1-12. (In Thai)
- Yodyathai, T. (2008). *The effects of application of GINA pediatric guideline 2004 on asthma caring behaviors among families having children aged 0-6 years with asthma* (Master's thesis, Khon Kaen University). (In Thai)
- Zhao, J., Shen, K., Xiang, L., Zhang, G., Xie, M., Bai, J., & Chen, Q. (2013). The knowledge, attitudes and practices of parents of children with asthma in 29 cities of China: a multi-center study. *Biomedcentral Pediatrics*, 30(20), 1-6. doi:10.1186/1471-2431-13-20