

ปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

Factors Predicting Family Management among Caregivers of Children with Asthma

สิริกานต์	สุทธิสมพร *	Sirikran	Sutthisompohn *
สุธิศา	ลำมช้าง **	Suthisa	Lamchang **
อุษณีย์	จินตะเวช ***	Usanee	Jintrawet ***

บทคัดย่อ

โรคหืดเป็นปัญหาสุขภาพโรคหนึ่งในเด็กที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและผู้ดูแล วัตถุประสงค์ของการศึกษาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวและปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายต่อการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1 เดือน ถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษานในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลหาดใหญ่ ตั้งแต่เดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2562 เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 119 ราย รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืด แบบสอบถามความรุนแรงของโรคหืด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการจัดการของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า

1. การจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 134.06$) ค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการครอบครัวด้านง่ายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 62.89$) และค่าเฉลี่ยคะแนนจัดการครอบครัวด้านยากอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 71.16$) แสดงว่าผู้ดูแลเด็กโรคหืดสามารถจัดการครอบครัวได้ง่าย
2. ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด คือ ความรุนแรงของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .268, p < .05$) และทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ ร้อยละ 7.20 ($R^2 = .072$)

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางการประเมินความรุนแรงของโรคหืดและแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เพื่อลดความรุนแรงของโรคหืดและส่งเสริมการจัดการครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการครอบครัว ผู้ดูแล เด็กโรคหืด

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Graduate Student, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, iikratidii@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

วันที่รับบทความ 15 ตุลาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 22 เมษายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 14 สิงหาคม 2562

Abstract

Asthma is one of the health problems affecting children and their caregivers. This predictive correlational research studied family management and predictive factors of family management among caregivers of children with asthma. The sample, selected using purposive sampling, comprised 119 caregivers of children with asthma aged from 1 month to 5 years visiting the pediatric out-patient departments at Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital and Hatyai Hospital from April to June 2019. The instruments for data collection included the Asthma Knowledge Questionnaire, the Asthma Severity Questionnaire, the Social Support Questionnaire, and the Family Management Measure. Data were analyzed by descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results revealed that:

1. The overall mean scores of family management factors among caregivers of children with asthma were at a moderate level ($\bar{X} = 134.06$). The mean scores of easy dimensions were at a high level ($\bar{X} = 62.89$), and the mean scores of the difficult dimensions of family management were at a low level ($\bar{X} = 71.16$). It was shown that the caregivers could easily perform family management.

2. The predictive factor of family management among caregivers of children with asthma was asthma severity. Asthma severity showed a statistically significant positive correlation with family management ($r=.268, p<.05$), and it was able to predict family management 7.20 ($R^2 = .072$).

This study could be served as preliminary information in developing asthma severity assessment guidelines and nursing practice guidelines to decrease asthma severity and promote more effective family management.

Keywords: *Family management, Caregiver, Asthma Children*

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจที่ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2560 พบเด็กไทยโรคหืดมากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนเด็กไทยทั้งหมด มีอาการรุนแรงร้อยละ 2 ของจำนวนเด็กโรคหืดทั้งหมด อัตราการเสียชีวิตอยู่ในช่วง 3-5 คนต่อประชากรหนึ่งแสนคน และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต 1 ใน 10 อันดับแรกของประเทศไทย (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2017) การรักษาเด็กโรคหืดอายุ 5 ขวบปีแรกมีเป้าหมายหลักเพื่อควบคุมอาการของโรคและลดอาการกำเริบเฉียบพลัน (acute asthmatic attack) (Global Initiative for Asthma, 2018) ซึ่งเด็ก 5 ขวบปีแรกเป็นวัยที่ยังไม่มีศักยภาพและ

ความสามารถในการดูแลตนเอง ครอบครัวจึงต้องมีการจัดการเพื่อให้ดูแลเด็กโรคหืดให้ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ตามแนวคิดของ Grey, Knafel, and McCorkle (2006) การจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรัง (family management) หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างเป็นระบบของสมาชิกในครอบครัวต่อเด็กโรคเรื้อรัง การจัดการจะง่ายหรือยากขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วย เช่น อาการของโรค ความรุนแรงหรือแผนการรักษา 2) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคล เป็นลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็ก เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา ความรู้ ลักษณะ

บุคลิกและอุปนิสัย เป็นต้น 3) ปัจจัยด้านลักษณะของครอบครัว เช่น ลักษณะเศรษฐกิจ โครงสร้างของครอบครัว บทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว และบทบาททางสังคม 4) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การสนับสนุนทางสังคม ชุมชน และระบบสุขภาพที่เอื้อต่อการจัดการครอบครัว (Grey et al., 2006) ซึ่งในการศึกษาค้นคว้านี้ศึกษาเฉพาะการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก (child's daily life) 2) ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย (condition management ability) 3) ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย (condition management effort) 4) ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว (family life difficulty) และ 5) ด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย (view of condition impact) ส่วนด้านสัมพันธภาพของผู้ปกครอง (parental mutuality) ไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากผู้ที่มีเด็กโรคหืดมารักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์และโรงพยาบาลหาดใหญ่ส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา หรือบุคคลในครอบครัว ทำให้ไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้านสัมพันธภาพได้

จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด ดังการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยหอบหืดตามแนวคิดของ Grey et al. (2006) พบว่าครอบครัวมีการจัดการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่ทำนายการจัดการของครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว (Samruern, Wacharasin, & Pongjaturawith, 2007) การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัว 3 ด้าน คือ ด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และด้านจิตสังคม พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง (Watthanachai, Aree, & Lamchang, 2016; Chawsarn, Jintrawet, & Lamchang, 2018) และการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายพฤติกรรมการ

การดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบว่า ผลลัพธ์การจัดการครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Maharsaro, Suwonnaroop, & Watthayu, 2017) จากการศึกษาดังกล่าวที่พบว่า ครอบครัวเด็กโรคหืดมีการจัดการตั้งแต่ระดับปานกลางถึงมาก แปลผลได้ว่าผู้ดูแลในบางครอบครัวยังไม่สามารถจัดการความเจ็บป่วยของเด็กโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากเท่าที่ควร

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลของเด็กโรคหืด ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเป็นปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลอันจะนำไปสู่การคิดและการตัดสินใจเพื่อจัดการดูแลเด็กโรคหืด โดยเมื่อให้ความรู้และทักษะการปฏิบัติ บิดา มารดามีการปฏิบัติและดูแลเด็กได้ดีขึ้น (Suksawat, Lamchang, & Jintrawet, 2012) ดังนั้น หากผู้ดูแลมีความรู้จะมีพฤติกรรมการดูแลและการจัดการเด็กโรคหืดที่ดี (Lamchang, Niyomkar, Junpunyaskool, Lamchang, & Chontawan, 2015; Chawsarn et al., 2018) สามารถควบคุมอาการโรคหืดได้ร้อยละ 70 และหากผู้ดูแลมีความรู้ในระดับต่ำ จะเพิ่มความรุนแรงของโรคได้ร้อยละ 90.60 (Kuti & Omole, 2016)

ความรุนแรงของโรคหืดในเด็กโรคหืดเป็นปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วย ซึ่งหากเด็กโรคหืดมีความรุนแรงของโรคน้อยผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมการจัดการครอบครัวโดยรวมได้ดีกว่าในเด็กโรคหืดที่มีความรุนแรงมาก (Watthanachai et al., 2016) เนื่องจากเด็กโรคหืดที่มีอาการรุนแรงมากจะมีการดูแลที่ซับซ้อนและยุ่งยาก นอกจากนี้พบว่าความรุนแรงของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการของครอบครัว 6 ด้าน แต่ไม่ทำนายการจัดการของครอบครัวได้ (Samruern et al., 2007)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านลักษณะสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้ดูแลที่มีการจัดการครอบครัวดีเกิดจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมาก (Samruern et al., 2007) เช่นเดียวกับครอบครัวที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดที่ดี (Chawsarn et al., 2018) และ

สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ (Maharsaro et al., 2017)

จากผลการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการจัดการได้ดีหากเด็กโรคหืดมีความรุนแรงของโรคน้อย และหากผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดที่ตีตร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุม เหมาะสมตามความต้องการของครอบครัวจะนำไปสู่การคิดและการตัดสินใจเพื่อจัดการดูแลเด็กโรคหืดที่มีประสิทธิภาพ ครอบครัวมีความมั่นใจในการเผชิญปัญหาและมีการจัดการต่อเด็กโรคหืดที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้น ปัจจัยเหล่านี้อาจเป็นปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวได้ ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลของเด็กโรคหืดอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี โดยเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวเด็กโรคหืดตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ($r > .3$) ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ความรุนแรงของโรคหืด และการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน โดยกำหนดนิยามตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร กับการจัดการครอบครัว 5 ด้าน ตามกรอบแนวคิดการจัดการของครอบครัวที่มีเด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Grey et al., 2006) คือ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการร่วมกันวางแผนส่งเสริมสุขภาพให้ครอบครัวสามารถจัดการดูแลเด็กโรคหืดได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด และศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ความรุนแรงของโรคหืด และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเลือกศึกษากรอบแนวคิดร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังของ Grey et al. (2006) ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับการจัดการของครอบครัว 4 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะความเจ็บป่วย ด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านลักษณะของครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม 2) การจัดการครอบครัวในเด็กโรคเรื้อรังมี 6 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว ด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย และด้านสัมพันธภาพของผู้ปกครอง และ 3) ผลการจัดการครอบครัว เป็นการจัดการด้านง่าย (easy aspect of family management) และด้านยาก (difficulty aspect of family management) (Knaf, Deatrick, & Havill, 2012)

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย ตามกรอบแนวคิดของ Grey et al. (2006) โดยผลการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดจะด้านง่ายหรือยากขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคหืด และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้านตามแนวคิดของ House (1981) ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร รวมถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เด็กโรคหืดได้รับการจัดการและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคหืด และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม อาจร่วมทำนายการจัดการ

ครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลของเด็กโรคหืดอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์และโรงพยาบาลหาดใหญ่ โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติ คือ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลของเด็กโรคหืดอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี มีหน้าที่จัดการ ตัดสินใจการรักษา และอาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันกับเด็กโรคหืดนานกว่า 1 เดือน 3) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารโดยการฟัง พูดภาษาไทยได้ และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (power analysis) ที่ .95 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ใช้ค่า effect size ขนาดกลาง มีค่า $R^2 = .13$ และหาค่าสัมประสิทธิ์ของการทำนายแทนค่าในสูตร (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 119 ราย คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่าง (pro- portional sampling) จากโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์จำนวน 35 รายและโรงพยาบาลหาดใหญ่จำนวน 84 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และของเด็กโรคหืด 2) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืด จำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปและอาการของโรคหืด สิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหืดและการจัดการ การรักษาและการใช้ยา และอาการกำเริบของโรคหืด โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นเลือกตอบถูกผิด (Sattabud, 2017) 3) แบบสอบถามความรุนแรงของโรคหืดในเด็กโรคหืด จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการเกิดอาการหืด อาการหายใจลำบาก แน่นหน้าอกในตอนกลางคืน อาการไอหายใจมีเสียงหวีด ระหว่างที่ไม่มีอาการหืด ความทนในการออกกำลังกาย

การใช้ยาขยายหลอดลม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเข้ารับการรักษาในหอดูแลหรือคลินิก โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ (Prombuasri, 1994) 4) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) จำนวน 34 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร แต่ละด้านมีข้อคำถามเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้รับ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ปรับภาษาจากชื่อโรคหืดใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคหืด โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (Wattana et al., 2018) และ 5) แบบสอบถามการจัดการครอบครัวตามแนวคิดของ Grey et al. (2006) ที่มีการแปลย้อนกลับ จาก Family Management Measure (FaMM) (Knafl et al., 2012) 5 ด้าน จำนวน 45 ข้อ ข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ (Wattana et al., 2018)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไขเนื้อหาจึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ เนื่องจากได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืด แบบสอบถามความรุนแรงของโรคหืดในเด็กโรคหืด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

และแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .96 .98 และ .97 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามการจัดการครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย แปรผกผันจากต้นฉบับมีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .15 - .64 (Knafl et al., 2009)

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแลเด็กโรคหัดมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นจากการหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) สูตร KR-20 ได้เท่ากับ .89 แบบสอบถามความรุนแรงของโรคหัดในเด็กโรคหัด และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแหล่งสนับสนุนทางสังคม คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยรวมจากการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .84 และ .87 ตามลำดับ และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว 5 ด้าน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นเป็นรายด้านได้เท่ากับ .88 .85 .87 .86 และ .86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลของเด็กโรคหัดอายุ 1 เดือนถึง 5 ปี จำนวน 119 ราย ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกพิเศษกุมารเวชกรรม แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชและโรงพยาบาลหาดใหญ่ ในช่วงเดือนเมษายนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากที่ได้รับแบบสอบถามคืนทำการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เลขที่ 049/2019 วันที่ 4 มีนาคม 2562 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชเอกสารรับรองเลขที่ 17/2562 วันที่ 10 เมษายน พ.ศ. 2562 และโรงพยาบาลหาดใหญ่เอกสารรับรองเลขที่ 39/2562 วันที่ 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2562 จากนั้นดำเนินการขอความยินยอมสมัครใจการเข้าร่วมโครงการวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจึงให้ลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร โดยไม่มีการบังคับ แล้วจึงดำเนินการขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีการทางสถิติจากการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และการแสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหัดและเด็กโรคหัด ความรู้เกี่ยวกับโรคหัด ความรุนแรงของโรคหัด การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัดโดยรวมและรายด้าน และวิเคราะห์ข้อมูลอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคหัด ความรุนแรงของโรคหัด และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัดทั้ง 5 ด้าน โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (step-wise multiple regression analysis) กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคหัด พบว่า ร้อยละ 81.50 เป็นมารดา ร้อยละ 76.50 มีอายุระหว่าง 21 ถึง 40 ปี ร้อยละ 85.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 48.70 เป็นครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 42.00 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 27.70 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.50

มีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน 10,000-20,000 บาท และร้อยละ 75.60 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหืดรายอื่น ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหืด พบว่า ร้อยละ 63.00 มีอายุอยู่ในช่วงมากกว่า 3 ปี ถึง 5 ปี ร้อยละ 69.70 เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.30 เริ่มมีอาการหืดเมื่ออายุ 1 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 70.60 ไม่มีอาการหืดกำเริบในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 40.30 เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการหืดกำเริบมากกว่า 3 ครั้ง ร้อยละ 78.20 รับประทานยาหยดตลอด และสิ่งที่เด็กสัมผัสแล้วทำให้เกิดอาการหืด 3 อันดับแรก ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ และควันบุหรี่ ควันไฟ ควันท่อไอเสียรถยนต์ คิดเป็นร้อยละ 84.90 48.70 และ 46.20 ตามลำดับ

2. ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ความรุนแรงของโรคหืด การสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

2.1 ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบว่า ร้อยละ 52.10 ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความรู้ในระดับปานกลาง และร้อยละ 47.90 ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความรู้ในระดับมาก

2.2 ข้อมูลความรุนแรงของโรคในเด็กโรคหืด พบว่า ร้อยละ 64.70 ของเด็กมีความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 31.90 มีความรุนแรงของโรคในระดับปานกลาง และร้อยละ 3.40 มีความรุนแรงของโรคในระดับมาก

2.3 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบว่า ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและระดับมากใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 52.90 และ 47.10 ตามลำดับ ($\bar{X} = 124.06$) ได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์และด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 34.86$ และ 26.58 ตามลำดับ) ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารและด้านทรัพยากรได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 134.06$ 34.69 และ 27.91 ตามลำดับ) ผู้ดูแลทุกราย

ได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 จากแหล่งต่าง ๆ เท่ากันทุกด้าน โดยแหล่งที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด คือ จากบุคคลที่มีความใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน รองลงมาคือ จากบุคลากรสหวิชาชีพ จากบุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม และจากกลุ่มช่วยเหลือตนเอง คิดเป็นร้อยละ 97.50 63.00 58.80 และ 18.50 ตามลำดับ

2.4 ข้อมูลการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบว่า ผู้ดูแลมีการจัดการครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 134.06$) โดยการจัดการด้านง่าย คือ การจัดการด้านชีวิตประจำวันของเด็กและด้านความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนการจัดการครอบครัวด้านง่ายอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 62.89$) แสดงว่าผู้ดูแลสามารถจัดการด้านนี้ได้ง่าย โดยมีความยากลำบากในการจัดการน้อย หรือไม่มีความยากลำบากในการจัดการ ส่วนการจัดการด้านยาก คือ การจัดการด้านความพยายามในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวและด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย พบว่า ผู้ดูแลมีคะแนนการจัดการครอบครัวด้านยากอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 71.16$) แสดงว่าผู้ดูแลสามารถจัดการด้านนี้ได้ง่าย โดยมีความยากลำบากในการจัดการน้อยหรือไม่มีความยากลำบากในการจัดการ เช่นเดียวกัน ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัดโดยรวมและรายด้าน (n=119)

ข้อมูล	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ค่าคะแนน ต่ำสุด (min)	ค่าคะแนน สูงสุด (max)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	คะแนน ระดับ การจัดการ ครอบครัว
การจัดการครอบครัวโดยรวม (range=45-225)	134.06	105.00	160.00	10.78	ปานกลาง
การจัดการครอบครัวรายด้าน					
การจัดการครอบครัวด้านง่าย (range=17-85)	62.89	48.00	84.00	8.35	สูง
การจัดการครอบครัวด้านยาก (range=38-190)	71.16	32.00	103.00	14.07	ต่ำ

3. ข้อมูลอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคหัด ความรุนแรงของโรคหัด และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรุนแรงของโรคหัดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .268$, $p < .05$) และสามารถทำนายการจัดการ

ครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัดได้ ร้อยละ 7.20 ($R^2 = .072$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2 ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคหัดและการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัดได้ ($r = .002$, $p > .05$ และ $r = -.101$, $p > .05$ ตามลำดับ) ซึ่งจะไม่นำเสนอรายละเอียดในตาราง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัด (n=119)

ตัวแปรทำนาย	b	B	t	p-value
ความรุนแรงของโรคหัด	.268	.739	3.015	.003

$$F = 9.088, SE_{est} = \pm 10.433$$

$$R = .268, R^2 = .072, \text{Adjusted } R^2 = .064$$

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัด

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัดมีการจัดการครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณา

การจัดการครอบครัวด้านง่ายและด้านยาก พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหัดสามารถจัดการครอบครัวได้ง่าย ไม่มีความยากลำบากในการจัดการหรือมีความยากลำบากในการจัดการน้อย โดยผู้ดูแลเด็กโรคหัดมีคะแนนการจัดการครอบครัวด้านง่าย คือ ด้านชีวิตประจำวันของเด็กและ

ด้านความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย ตามกรอบแนวคิดของ Grey et al. (2006) อยู่ในระดับสูง อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่าการเจ็บป่วยของเด็กโรคหืดสำคัญที่สุดในครอบครัว ไม่เป็นอุปสรรคต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว ครอบครัวยังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และการจัดการกับความเจ็บป่วยของเด็กโรคหืดไม่ได้ทำให้ชีวิตครอบครัวยากลำบากมากขึ้น (Knafl et al., 2012) ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นมารดา จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาและมีอายุระหว่าง 21-40 ปี เป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง สามารถคิดและตัดสินใจได้เอง จึงมีการจัดการดีกว่าผู้ดูแลอายุน้อย ร่วมกับผลการวิจัยที่พบว่าผู้ดูแลมีความรู้ในระดับปานกลางและมาก (ร้อยละ 52.10 และ 47.90 ตามลำดับ) และไม่มีผู้ดูแลที่มีความรู้ในระดับน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังของ Sheng, Ma, Ding, and Zhang (2018) ที่พบว่าการศึกษาของมารดาเกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวด้านง่าย ($r = .14$, $p < .05$) นอกจากนี้เด็กโรคหืดไม่มีการหืดกำเริบในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 70.60) มีความรุนแรงของโรคน้อย (ร้อยละ 64.70) ทำให้ผู้ดูแลเห็นว่าเด็กโรคหืดมีการดำเนินชีวิตประจำวันที่ไม่แตกต่างจากเด็กวัยเดียวกันแม้ว่าจะมีการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด การจัดการดูแลเด็กโรคหืดจึงเป็นเรื่องที่ง่าย โดยผู้ดูแลจะสนใจเอาใจใส่ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันทั่วไป ดูแลให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอเหมาะสมตามวัย (Chawsarn et al., 2018) และจากการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีลักษณะการเจ็บป่วยของโรคเป็นโรคเรื้อรังเหมือนกับโรคหืด พบว่า การจัดการครอบครัวทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางและมีการจัดการที่ง่าย ไม่มีความยากลำบากหรือมีความยากลำบากในการจัดการน้อยเช่นเดียวกัน (Wattana et al., 2018)

การจัดการครอบครัวด้านยาก คือการจัดการด้านความพยายามในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย

ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวและด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย (Grey et al., 2006) พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีคะแนนการจัดการครอบครัวด้านยากอยู่ในระดับต่ำ อธิบายได้ว่าถึงแม้ผู้ดูแลจะมีความสามารถในการจัดการได้ง่าย ไม่มีความยากลำบากหรือมีความยากลำบากในการจัดการน้อย แต่การจัดการครอบครัวโดยรวมมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ผลการศึกษาพบว่า เด็กเริ่มมีอาการหืดครั้งแรกเมื่ออายุ 1 เดือนถึง 1 ปี (ร้อยละ 56.30) และสิ่งที่กระตุ้นให้เด็กโรคหืดมีอาการหืดกำเริบ ได้แก่ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ และควันบุหรี่ ควันไฟ ควันท่อไอเสียรถยนต์ ซึ่งเด็กจะมีหลอดลมขนาดเล็กและแคบกว่าในเด็กโตหรือผู้ใหญ่ มีการตีบแคบง่าย ภูมิต้านทานของร่างกายน้อย เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย (Watthanachai et al., 2016) ประกอบกับเด็กอาศัยอยู่ในภาคใต้ที่มีลักษณะภูมิอากาศแบบร้อนชื้น อากาศเปลี่ยนแปลงบ่อย และสภาพอากาศในปัจจุบันที่มีมลภาวะมากขึ้น ล้วนเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เด็กมีอาการหืดกำเริบโดยที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้และหลีกเลี่ยงได้ยาก ทำให้การจัดการครอบครัวไม่เป็นไปตามเป้าหมาย การรักษาเด็กโรคหืด เด็กยังมีอาการหืดกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล (ร้อยละ 29.40 และ ร้อยละ 69.70 ตามลำดับ) เด็กโรคหืดส่วนใหญ่มีมารดาเป็นผู้ดูแลหลักและอาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว หน้าที่การดูแลเด็กจึงอยู่ที่มารดาเพียงบุคคลเดียว อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหืดรายอื่นมาก่อน (ร้อยละ 75.60) ทั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและค้าขาย (ร้อยละ 27.70 และ 27.00 ตามลำดับ) ทำให้ไม่มีเวลาดูแลเด็กโรคหืดได้อย่างเต็มที่ และอาจขาดทรัพยากรที่ส่งผลต่อความพร้อมในการจัดการดูแลเด็กโรคหืดผู้ดูแลเด็กโรคหืด เนื่องจากผู้ดูแลมีรายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน 10,000-20,000 บาท (ร้อยละ 44.50) ซึ่งลักษณะเศรษฐกิจของครอบครัวเป็นปัจจัยด้านลักษณะของครอบครัวที่ส่งผลต่อการจัดการ

ครอบครัว (Grey et al., 2006) โดยผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาสถานะทางการเงินและมีเวลาในการดูแลเด็กโรคหืดอย่างเต็มที่ จะมีพฤติกรรมการจัดการครอบครัวอยู่ในระดับสูง (Wattanachai et al., 2016) จึงยังคงมีผู้ดูแลในบางครอบครัวที่ไม่สามารถจัดการดูแลเด็กโรคหืดได้ดีเท่าที่ควร ดังผลการศึกษาที่พบว่าการจัดการครอบครัวโดยรวมยังอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น อาจเป็นไปได้ว่ายังมีปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้เกี่ยวกับโรคหืด ความรุนแรงของโรคหืด และการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ผลการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.268, p<.05$) และสามารถทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ ร้อยละ 7.20 ($R^2=.072$) (ตารางที่ 2) ส่วนความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ ($r=.002, p>.05$ และ $r=-.101, p>.05$ ตามลำดับ)

เด็กโรคหืดมากกว่าครึ่งหนึ่งมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย (ร้อยละ 64.70) และไม่มีอาการหืดกำเริบในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 70.60) อธิบายได้ว่าความรุนแรงของโรคหืดในระดับน้อย มีอาการและอาการแสดงของโรคหืดน้อย ไม่เกิดการจับหืด จึงมีการจัดการที่ไม่ยุ่งยากและซับซ้อน ไม่ส่งผลกระทบหรือส่งผลกระทบต่อทั้งเด็กและผู้ดูแลเพียงเล็กน้อยเท่านั้น อาจเป็นเพราะช่วงที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นฤดูร้อนต่อเนื่องไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น มลภาวะหมอกควันจากช่วงฤดูเผาไหม้ในประเทศอินโดนีเซียที่ปกคลุมมาอย่างภาคใต้ของประเทศไทย เด็กโรคหืดยังมีการดำเนินชีวิตประจำวันที่คล้ายคลึงกับเด็กปกติในวัยเดียวกันแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคหืด ผู้ดูแลมีการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลางหรือมีการจัดการได้ง่าย สามารถดูแลให้เด็กได้รับยาพ่นขยายหลอดลมแม้ว่าจะไม่มีอาการไอ หรือ

หายใจมีเสียงหวีด เนื่องจากเด็กโรคหืดได้รับยาพ่นขยายหลอดลมและใช้ยาพ่นขยายหลอดลมร่วมกับยารับประทานเพื่อควบคุมอาการหืดกำเริบ (ร้อยละ 78.20 และร้อยละ 16.80 ตามลำดับ) ดังการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลที่มีพฤติกรรมการจัดการด้านลักษณะการเจ็บป่วยในระดับสูงจะสามารถดูแลให้เด็กได้รับยารับประทานหรือยาพ่นขยายหลอดลมทันทีตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อเด็กโรคหืดมีอาการเตือนก่อนมีอาการหืด (Chawsarn et al., 2018) ดังนั้น เด็กโรคหืดที่มีความรุนแรงของโรคน้อย ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมการจัดการดูแลอยู่ในระดับดีสามารถควบคุมอาการของโรคได้ (Wattanachai et al., 2016) และเด็กโรคหืดที่มีอาการรุนแรงน้อย ครอบครัวจะมีการจัดการที่ดีกว่าในเด็กโรคหืดที่มีอาการรุนแรงมาก แต่ไม่สามารถทำนายการจัดการของครอบครัวได้ เนื่องจากอาจมีความแตกต่างกันของระบบบริการสุขภาพและบริบททางสังคม อีกทั้งเด็กส่วนใหญ่ยังคงมีความรุนแรงของโรคในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา (ร้อยละ 85.10) (Samruern et al., 2007) ทั้งนี้การจัดการครอบครัวกับสภาพความเจ็บป่วยของโรคหืดที่ไม่ถูกต้องจะเป็นสาเหตุให้เด็กโรคหืดมีอาการรุนแรงมากยิ่งขึ้นได้เช่นกัน (Kuti & Omole, 2016)

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบว่า มีเพียงปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคหืดที่ทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดให้มีประสิทธิภาพได้ ส่วนปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคมไม่สามารถทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ อธิบายได้จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและระดับมาก แต่เด็กโรคหืดมีความรุนแรงของโรคน้อย ซึ่งปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและด้านการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน (House, 1981) เป็นปัจจัยป้องกัน (protective factor) และปัจจัยด้านความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factor) (Grey et al., 2006) ดังนั้น การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรุนแรงของโรคน้อย อาจทำให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและการ

สนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน (House, 1981) เป็นปัจจัยสำคัญในการจัดการครอบครัว ทั้งนี้เป็นการศึกษาในโรคเรื้อรัง ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน อยู่ในบริบทที่มีคลินิกเฉพาะในการรักษา มีความเฉพาะเจาะจง ได้รับการรักษา คำแนะนำ ช่วยเหลือและได้รับความรู้จากบุคลากรสหวิชาชีพ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดและได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางและมากใกล้เคียงกัน อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าเด็กโรคหืดมีการดำเนินชีวิตประจำวันที่คล้ายคลึงกับเด็กในวัยเดียวกัน การเจ็บป่วยด้วยโรคหืดไม่เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และไม่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว จึงไม่มีผลกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด คือ ความรุนแรงของโรคหืดสามารถนำไปเป็นแนวทางการประเมินความรุนแรงของโรคหืด พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงของโรคหืดและส่งเสริมการจัดการครอบครัวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มเด็กโรคหืดที่มีอาการรุนแรง และศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหืดที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้นในด้านการช่วยเหลือเมื่อเด็กมีอาการกำเริบของโรคหืด รวมถึงมีการศึกษาเปรียบเทียบในกลุ่มเด็กโรคหืดแต่ละช่วงอายุ เนื่องจากอาจมีความแตกต่างของปัจจัยที่สามารถทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้
2. ควรมีการศึกษากิจการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดให้ครบทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านชีวิตประจำวันของเด็ก การจัดการด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย การจัดการด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย การจัดการด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว การจัดการด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย และการจัดการด้านสัมพันธภาพของผู้ปกครอง
3. การศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรุนแรงของโรคหืดในเด็กโรคหืดมีผลต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด จึงควรใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อสนับสนุนการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง วิจัยทดลอง เป็นลำดับต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Chawsarn, O., Jintrawet, U., & Lamchang, S. (2018). *Factors related to management behaviors among caregivers of children with asthma* (Master's thesis), Chiang Mai University. (In Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Global Initiative for Asthma. (2018). *Global strategy for asthma management and prevention (2018 update)*. Retrieved from <https://ginasthma.org/2018-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>.
- Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self-and family management of chronic conditions. *Nursing Outlook*, 54(5), 278-286. doi:10.1016/j.outlook.2006.06.004.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Knafl, K., Deatrick, J. A., Gallo, A., Dixon, J., Grey, M., Knafl, G., & O'malley, J. (2009). Assessment of the psychometric properties of the family management measure. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(5), 494-505.

- 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.
- Kuti, B. P., & Omole, K. O. (2016). Factors associated with caregivers' knowledge about childhood asthma in Ilesa, Nigeria. *Annals of Nigerian Medicine, 10*(1), 30-36. doi:10.4103/0331-3131.189806.
- Lamchang, S., Niyomkar, S., Junpunyaskool, O., Lamchang, P., & Chontawan, R. (2015). Factors related to perceived severity of illness among caregivers of children with respiratory infection. *Nursing Journal, 42*(3), 13-23. (In Thai)
- Maharsaro, P., Suwonnaroop, N., & Watthayu, N. (2017). Factors predicting caring behaviors among caregivers of 1-6 years old asthmatic children. *Journal of Nursing Science, 35*(2), 64-73. (In Thai)
- Prombuasri, P. (1994). *The comparative study of health belief and compliance in mothers of children different asthmatic control* (Master's thesis), Mahidol University. (In Thai)
- Samruern, S., Wacharasin, C., & Pongjaturawith, Y. (2007). *Factors affecting family management in family with asthmatic children* (Master's thesis), Burapha University. (In Thai)
- Sattabud, M. (2017). Asthma knowledge, level of control and quality of life in asthmatic children at Lahansai Hospital. *Journal of The Department of Medical Services, 42*(3), 40-46. (In Thai)
- Sheng, N., Ma, J., Ding, W., & Zhang, Y. (2018). Family management affecting transition readiness and quality of life of Chinese children and young people with chronic diseases. *Journal of Child Health Care, 22*(3), 470-485. doi: 10.1177/1367493517753712
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2017). *Public health statistic A.D. 2017*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (In Thai)
- Suksawat, S., Lamchang, S., & Jintrawet, U. (2012). Effect of coaching on care practices among parents of children with asthma. *Nursing Journal, 39*(4), 1-15. (In Thai)
- Wattananachai, P., Aree, P., & Lamchang, S. (2016). Asthma severity, family management behavior and asthma symptom control in children among family caregivers. *Nursing Journal, 43*(2), 1-12. (In Thai)
- Wattana, S., Jintrawet, U., & Lamchang, S. (2018). *Factors related to family management in families having children with congenital heart disease* (Master's thesis), Chiang Mai University. (In Thai)