



ความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัว และการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กของผู้ดูแลในครอบครัว

Asthma Severity, Family Management Behavior and Asthma Symptom Control in Children Among Family Caregivers

พัชรีย์	วัฒนชัย	พย.ม.*	Patcharee	Wathanachaporn	M.N.S.*
พัชรารัตน์	อารีย์	วท.ด.**	Patcharaporn	Aree	D.Sc.**
สุธิศา	ล้ำช้าง	วท.ม.**	Suthisa	Lamchang	MSc.**

บทคัดย่อ

โรคหืดในเด็กเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่ส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัวอย่างมาก การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวและการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กของผู้ดูแลในครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหืดกับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวกับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดา มารดาหรือผู้ดูแลในครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดที่มีอายุช่วง 1 เดือน ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลลำปาง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรุนแรงของโรคหืดในเด็ก แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการของครอบครัว และแบบสอบถามการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า

1. เด็กป่วยโรคหืดมีความรุนแรงของโรคหืดอยู่ในระดับรุนแรงน้อย ร้อยละ 89.4 พฤติกรรมการจัดการของครอบครัว พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กป่วยโรคหืดระดับสูง ร้อยละ 97.6 และการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก พบว่าเด็กป่วยโรคหืดควบคุมอาการของโรคได้ ร้อยละ 49.4 และควบคุมอาการของโรคได้บางส่วน ร้อยละ 36.5
2. ความรุนแรงของโรคหืดในเด็กมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.412, p < .01$)
3. พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .319, p < .01$)

* นักศึกษาปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Graduate Student, Faculty of Nursing, Chiang mai University

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang mai University



ผลการวิจัยครั้งนี้ช่วยให้พยาบาลมีความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวและการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก และใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการดูแลเด็กป่วยโรคหืดให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัว การควบคุมอาการของโรคหืด เด็กป่วยโรคหืด

Abstract

Asthma in children is a chronic respiratory tract disease which has profound effects on children and their families. The purpose of this correlational descriptive research study was to study asthma severity, family management behavior and asthma symptom control of children among family caregivers and the effects of among severity on family management behavior and, of family management behavior on asthma symptom control in children. The study sample, selected by purposive sampling, included 85 family caregivers of children with asthma, aged from 1 month to 6 years old, who received service at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Buddhachinaraj Pitsanulok Hospital, Chiang Rai, Hospital and Lampang Hospital. The instruments used for data collection consisted of a demographic data record form, Asthma Severity Questionnaire, a Family Management Behavior Questionnaire, and an Asthma Symptom Control in Children Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and Spearman's correlation coefficient.

The results of study

1. Eight-nine point four percent of children with asthma experienced mild severity levels. Regarding family management behavior, 97.6% of family caregivers had a high level. Forty-nine point four percent and 36.5% of children with asthma had their symptoms controlled and partly controlled, respectively.

2. Asthma severity had a statistically significant negative relationship with family management behavior ($r = -.412, p < .01$).

3. Family management behavior had a statistically significant positive relationship with asthma symptom control ($r = .319, p < .01$).

The results of this study provides nurses with an understanding of asthma severity, family management behaviors and asthma symptom control in children, and serves as a guide for promoting the care of children with asthma.

Key words: Asthma Severity, Family Management Behavior, Asthma Symptom Control and Children with asthma.



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันพบว่ามีอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกประมาณ 300 ล้านคน และเกือบ 7 ล้านคนเป็นผู้ป่วยเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี (World Health Organization [WHO], 2011) จากรายงานของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกาพบว่าในปี ค.ศ. 2006 พบเด็กโรคหืดอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 6.8 ล้านราย (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2006) และมีการคาดการณ์ว่าภายในปี พ.ศ. 2568 จะมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกเพิ่มขึ้นอีก 100 ล้านคน รวมถึงอุบัติการณ์โรคหืดของเด็กทั่วโลกก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นด้วย (National Health Interview Survey, 2009) โรคหืดยังจัดอยู่ในโรคที่พบบ่อยในเด็ก 10 อันดับแรก โดยพบอุบัติการณ์โรคหืดในเด็กร้อยละ 5.5 – 13.6 (วัชร บัญสวัสดิ์, 2550)

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจซึ่งเกิดจากการอักเสบของผนังหลอดลมเรื้อรัง ทำให้หลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าปกติ เด็กจะมีอาการไอ หายใจหอบเหนื่อย เมื่อมีอาการมากขึ้นจะมีอาการหายใจลำบากและหายใจดังมีเสียงหวีด (wheeze) ซึ่งมักเกิดในช่วงเวลากลางคืนหรือเช้ามืด (Pedersen et al., 2011) โดยเฉพาะเด็กเล็กช่วงอายุต่ำกว่า 5 ปี เป็นวัยที่หลอดลมยังมีขนาดเล็กจึงมีโอกาที่จะตีบแคบ (Anthony & Jeremy, 2013) อาการของโรคหืดในเด็กมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา การดูแลรักษาเด็กที่เป็นโรคหืดส่วนใหญ่แพทย์ตั้งเป้าหมายเพื่อให้เด็กสามารถควบคุมอาการของโรคได้ และเนื่องจากเด็กช่วงอายุต่ำกว่า 6 ปี เป็นวัยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยข้อจำกัดของพัฒนาการตามวัย ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลเด็กป่วยโรคหืดเพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี

โรคหืดในเด็กส่งผลกระทบต่อตัวเด็กป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของเด็ก เด็กมักมีอาการเกิดขึ้นในช่วงเวลากลางคืนหรือเช้ามืดทำให้รบกวนการนอนหลับของเด็กส่งผลให้ช่วงเวลากลางวันเด็กมีอาการ

อ่อนเพลีย ง่วงนอน (Chugh, Khanna, & Shah, 2006) อีกทั้งเด็กจะรู้สึกวิตกกังวลเมื่อเกิดอาการหอบกำเริบและอาจแสดงออกในรูปแบบของอารมณ์โกรธ ซึมเศร้า ก้าวร้าว ถดถอย เป็นต้น (O'Connell, 2004) โรคหืดที่เด็กเป็นยังมีผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัว มักเกิดความเครียด วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็ก และอาการหอบช่วงเวลากลางคืนยังส่งผลให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ (Brown, Gan, Jeffress, Mullen-Gingrich, Khan, & Wood, 2006) รวมทั้งของครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากการรักษาพยาบาล บางรายต้องสูญเสียรายได้จากการขาดงานเพื่อพาบุตรมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

พฤติกรรมการจัดการของครอบครัว (family management behaviors) เป็นการจัดการหรือพฤติกรรมตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป้าหมายเพื่อให้ครอบครัวมีการจัดการต่อสถานการณ์เจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดี (Gray, Knafl, & McCorkle, 2006) ซึ่งพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยโรคหืดเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็กป่วย โดยการจัดการดูแลต้องครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตามลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และด้านจิตสังคมด้วยเช่นกัน จากการศึกษาที่ผ่านมาเรื่องของพฤติกรรมจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืด พบว่าพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ดูแลมีวิธีการจัดการให้เด็กได้รับยาสม่ำเสมอ และการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่เหมาะสม (Kaewlao, 2008) แต่ยังคงพบปัญหาที่อาจส่งผลให้การรักษาหรือการป้องกันอาการหอบไม่ได้ผลเท่าที่ควร ได้แก่ ผู้ป่วยไม่ได้รับยาตามแผนการรักษา ทำให้มีอาการหอบรุนแรงและต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินและนอนรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ (วัชร บัญสวัสดิ์, 2550) จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหืดบางส่วนสามารถปฏิบัติการ



จัดการดูแลเด็กโรคหืดได้เหมาะสม แต่ยังมีผู้ดูแลบางส่วนที่ยังมีการจัดการดูแลเด็กโรคหืดในบางด้านไม่ถูกต้อง

ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดจะมีพฤติกรรมจัดการดูแลเด็กป่วยโรคหืดได้ด้นนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ความรุนแรงของโรคหืดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืด เนื่องจากความรุนแรงของโรคหืดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามสภาพแวดล้อมหรือการสัมผัสสิ่งกระตุ้นต่างๆ ระดับความรุนแรงของโรคหืดในผู้ป่วยแต่ละรายอาจเปลี่ยนไปได้ตามระยะเวลาที่ผ่านไปร่วมกับการรักษาที่ได้รับและการดูแล (สมบุญจันทร์สกุลพร บุญจมาศ ช่วยชู อรพรรณ โพชนุกูล และธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์, 2556)

ซึ่งความรุนแรงของโรคหืด (asthma severity) เป็นอาการแสดงทางคลินิกที่เกิดขึ้นกับเด็กโรคหืดโดยประเมินจากการเกิดอาการหอบ หายใจลำบาก แน่นหน้าอกในตอนกลางคืน หายใจมีเสียงหวีด ความทนในการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรม การใช้ยาขยายหลอดลม การเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉินหรือคลินิก (เพลินตา พรหมบัวศรี, 2536) จากการศึกษาของวารุณีรัตนาวาร (2544) เกี่ยวกับอิทธิพลของพฤติกรรมจัดการบุตรของมารดาและปัจจัยพื้นฐานต่อภาวะความรุนแรงของโรคหืดในเด็กอายุ 1-5 ปี พบว่า มารดาจะให้การดูแลบุตรในขณะที่บุตรมีอาการรุนแรงมากและเมื่อบุตรมีอาการดีขึ้นให้การดูแลของมารดาจะลดลง จะเห็นได้ว่าความรุนแรงของโรคหืดที่เด็กเป็นในระดับที่ต่างกัน เด็กจะมีอาการของโรคและได้รับแผนการดูแลที่ต่าง ความรุนแรงของโรคหืดจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมจัดการของครอบครัวในการจัดการดูแลเด็กป่วยโรคหืดด้วยเช่นกัน

ปัจจุบันแม้มีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหืดมากมาย แต่ยังคงมีผู้ป่วยโรคหืดบางกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคและเกิดอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรืออาจถึงแก่ชีวิต ซึ่งจากการสำรวจผู้ป่วยในเอเชียรวมถึงประเทศไทยด้วย กลับพบว่าผู้ป่วยโรคหืดเพียงร้อยละ 2.9 เท่านั้นที่บรรลุเป้าหมายในการควบคุมอาการของโรค

หืด ส่วนมากร้อยละ 62.4 ควบคุมอาการได้เพียงบางส่วน และอีกร้อยละ 34.7 ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (Lai et al., 2011) จะเห็นได้ว่าเด็กป่วยโรคหืดบางส่วนยังมีการควบคุมโรคไม่ได้หรือควบคุมได้เพียงบางส่วนเท่านั้น

การควบคุมอาการของโรคหืด (asthma symptom control) เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตัวของเด็กป่วยโรคหืดและผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาและความร่วมมือในการรักษาหรือการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งการควบคุมอาการของโรคเป็นผลลัพธ์ทางลักษณะการเจ็บป่วยผลลัพธ์หนึ่งที่มีความสำคัญ หากเด็กสามารถควบคุมอาการของโรคได้ก็จะส่งผลให้ไม่ให้เกิดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง อีกทั้งการประเมินการควบคุมอาการของโรคหืดนั้นยังเป็นการประเมินถึงอาการของโรคหืดของเด็กในอนาคต เพื่อนำมาวางแผนการดูแลเด็กป่วยได้อย่างเหมาะสม (Pedersen et al., 2010) โดยการประเมินการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กเล็กนั้นสามารถประเมินได้จากอาการของระบบทางเดินหายใจ (Global Initiative for Asthma [GINA], 2014) การที่เด็กป่วยโรคหืดจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ด้นนั้นอาจต้องอาศัยหลายปัจจัย จากการศึกษาของลินดา (Linda, 2011) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการของครอบครัวในมุมมองของมารดา การเจ็บป่วยโรคหืดและการควบคุมอาการของโรคหืด พบว่า พฤติกรรมจัดการของครอบครัวในมุมมองของมารดา มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก ($r=.426, p=.001$) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมจัดการ 2 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านความอดทนพยายามและด้านความสามารถเท่านั้น และการศึกษาอิทธิพลของครอบครัวต่อเด็กป่วยโรคหืด พบว่า พฤติกรรมจัดการโรคหืดของครอบครัวมีผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กป่วยโรคหืด (Kaugars, Klinnert, & Bender, 2004) ซึ่งศึกษาพฤติกรรมจัดการของครอบครัวในด้านลักษณะการเจ็บป่วย จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมจัดการของครอบครัวอาจส่งผลต่อการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก

จากการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าโรคหืดในเด็กเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่องทั้งตัวเด็กและครอบครัว อีกทั้งยังเป็นโรคที่ต้องการการจัดการดูแลในหลายด้าน



พฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยโรคหืดเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ จากการศึกษายังพบว่าผู้ดูแลบางส่วนยังมีพฤติกรรมกรรมการจัดการดูแลเด็กป่วยบางด้านไม่เหมาะสม อาจเนื่องมาจากปัจจัยด้านตัวเด็ก ได้แก่ ความรุนแรงของโรคหืด ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัว และการควบคุมอาการของโรคหืดซึ่งเป้าหมายหลักของการดูแลรักษาโรคหืดเพื่อให้เด็กมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี จากการศึกษายังพบว่าเด็กป่วยโรคหืดบางส่วนยังควบคุมอาการของโรคไม่ได้หรือควบคุมอาการของโรคได้เพียงบางส่วน การที่เด็กโรคหืดจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้นั้น อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ครอบครัวซึ่งเป็นหน่วยย่อยที่ใกล้ชิดกับเด็กป่วยโดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแล พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลในครอบครัวจึงอาจมีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก ผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัว และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวกับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กโรคหืดที่มีช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี เพื่อสามารถนำข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวและการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก ไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวมีการดูแลจัดการเด็กป่วยโรคหืดได้ดี เด็กป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้และดำเนินชีวิตได้ตามปกติสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัว และการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืด และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวกับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก

คำถามที่ใช้ในการวิจัย

ความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของ

ครอบครัว และการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กเป็นอย่างไร ความรุนแรงของโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืด และพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดกับการควบคุมอาการของโรคหืดมีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่เด็กต้องได้รับการดูแลหลายด้านจากผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้เด็กป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดี การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวของเกร์ คนาฟเฟิล และแมคคอกเกิล (Gray, Knafl, & McCorkle, 2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งตามแนวคิดได้อธิบายถึง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการจัดการ พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวและผลลัพธ์จากพฤติกรรมกรรมการจัดการ ซึ่งอธิบายถึงพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัว ว่าเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติในชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว เพื่อตอบสนองต่อสภาวะการณ์เจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว ให้บรรลุเป้าหมายของครอบครัวและเกิดผลลัพธ์ที่ดี โดยพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืด คือ การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเกี่ยวกับสภาวะการณ์การเจ็บป่วยของเด็กโรคหืด ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ การจัดการด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและด้านจิตสังคม พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวแต่ละครอบครัวจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยโรคหืด ความรุนแรงของโรคหืดอาการทางคลินิกของโรคหืดที่เกิดขึ้นกับเด็กโรคหืด ความรุนแรงของโรคที่ต่างกันอาจทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการจัดการดูแลที่ต่างกัน อีกทั้งพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กป่วย ได้แก่ การควบคุมอาการของโรคหืด ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติตัวของเด็กโรคหืดและผู้ดูแลเกี่ยวกับการเข้ายาและความร่วม



มีในการรักษาหรือการให้การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งการควบคุมอาการของโรคหืดเป็นสิ่งสำคัญ และเป็นเป้าหมายหลักของการดูแลเด็กป่วยโรคหืด หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการที่ดีอาจจะส่งเสริมให้การควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กป่วยได้ดีเช่นกัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาความรุนแรงของโรคหืดในเด็ก พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืด การควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหืดกับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืด ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดกับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก ประชากรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหืดช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลตติยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กโรคหืดช่วงอายุ 1 เดือน ถึง 6 ปี ที่เข้ารับการรักษาน ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลลำปาง โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling)

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญที่ .05 อำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (correlation coefficient) .30 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย (Polit, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหืดและผู้ดูแลในครอบครัว ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัว ประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับเด็กโรคหืด อายุ สถานภาพสมรส ระดับการ

ศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือนและประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหืดรายอื่น

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหืดประกอบด้วย อายุ เพศ อายุที่เด็กเริ่มมีอาการหอบครั้งแรก จำนวนครั้งที่เด็กมีอาการหอบในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวนครั้งที่เด็กเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจากอาการของโรคหืด ยาที่ได้รับในปัจจุบัน และสิ่งที่เด็กสัมผัสแล้วทำให้เกิดอาการหอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืด เป็นแบบประเมินอาการทางคลินิกของโรคหืดที่เกิดขึ้นกับเด็กของเพลินตา พรหมบัวศรี (2536) ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ การเกิดอาการหอบ หายใจลำบาก แน่นหน้าอกในตอนกลางคืน อาการไอหายใจมีเสียงหวีดระหว่างที่ไม่มีอาการหอบ ความทนในการออกกำลังกาย การใช้จ่ายยาหยุดลม การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล และการเข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉินหรือคลินิก จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มีช่วงคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0 – 21 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืด เป็นแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเกี่ยวกับสถานการณ์การเจ็บป่วยของเด็กโรคหืด โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย การจัดการด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและด้านจิตสังคม ข้อคำถามจำนวน 38 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ มีช่วงคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 38 – 152 คะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการควบคุมอาการของโรคหืด เป็นแบบประเมินจากผลของการปฏิบัติของเด็กโรคหืดและผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาและความร่วมมือในการรักษาหรือการให้การดูแลของผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินการควบคุมอาการของโรคหืดตามแนวทางการวินิจฉัยและจัดการโรคหืดในเด็กของ Global initiative for asthma (GINA, 2014) แปลเป็นภาษา



ไทยโดยสมบูรณ์ จันทรสกุลพร (2556) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ซึ่งพิจารณาจากอาการของระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ อาการไอหายใจเสียงหวีดตอนกลางวัน การจำกัดกิจกรรม การตื่นช่วงเวลากลางคืนเพราะโรคหืดและการใช้ยาขยายหลอดลม ลักษณะคำตอบเป็น 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ มีช่วงคะแนนทั้งหมดอยู่ระหว่าง 0 – 4 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการของครอบครัว ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาได้เท่ากับ 0.98 แบบประเมินความรุนแรงของโรคหืดของของเพลินตา พรหมบัวศรี (2537) และแบบสอบถามการควบคุมอาการของโรคหืด โดยใช้เป็นแบบประเมินการควบคุมอาการของโรคหืดตามแนวทางการวินิจฉัยและจัดการโรคหืดในเด็กของ Global initiative for asthma (GINA, 2014) แปลเป็นภาษาไทยโดยสมบูรณ์ จันทรสกุลพร (2556)

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 11 รายแล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบสอบถามการควบคุมอาการของโรคหืดด้วยการทดสอบแบบสอบถามซ้ำ (test - retest) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88 และแบบสอบถามความรุนแรงของโรค แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการของครอบครัว หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82 และ 0.86 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลในครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และโรงพยาบาลลำปางในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลลำปาง เมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้วผู้วิจัยดำเนินการขอความยินยอมสมัครใจ การเข้าร่วมการวิจัยจากผู้ดูแลเด็กโรคหืด โดยผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย โดยเป็นไปตามความสมัครใจของผู้ดูแลและผู้ดูแลสามารถยุติการเข้าร่วมการวิจัยในช่วงใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับจากโรงพยาบาล และคำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและไม่ถูกเปิดเผย นำเสนอข้อมูลในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเท่านั้น แล้วให้ผู้ดูแลตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงให้ผู้ดูแลเซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงดำเนินการรวบรวมข้อมูลเป็นลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวและเด็กป่วยโรคหืด ความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัว และการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กป่วยโรคหืด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การแจกแจงของข้อมูลความรุนแรงของโรคหืด



พฤติกรรมการจัดการของครอบครัว และการควบคุมอาการของโรคหิดในเด็กป่วยโรคหิด วิเคราะห์โดยใช้สถิติโคลโมโกรอฟสเมนอนอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า ข้อมูลความรุนแรงของโรคหิด และพฤติกรรมการจัดการของครอบครัว มีการแจกแจงของข้อมูลแบบโค้งปกติ ส่วนข้อมูลการควบคุมอาการของโรคหิดในเด็ก พบว่ามีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

3. การหาความสัมพันธ์ของความรุนแรงของโรคหิดกับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหิด ใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson correlation Coefficient)

4. การหาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวกับการควบคุมอาการของโรคหิด ใช้การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวเด็กป่วยโรคหิด พบว่าร้อยละ 74.1 เป็นมารดา ร้อยละ 52.9 มีอายุระหว่าง 31 ถึง 40 ปี ร้อยละ 94.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 35.3 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 31.8 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.3 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,000 – 20,000 บาท และร้อยละ 82.4 ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยโรคหิดรายอื่นมาก่อน ข้อมูลทั่วไปของเด็กป่วย โรคหิด พบว่าร้อยละ 71.8 อายุระหว่าง 3 ถึง 6 ปี ร้อยละ 70.6 เป็นเพศชาย ร้อยละ 44.7 อายุที่เด็กเริ่มมีอาการหอบครั้งแรกช่วง 1

ถึง 3 ปี ร้อยละ 62.4 ไม่มีอาการหอบกำเริบในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 60.0 เคยเข้ารับการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบกำเริบ 1 - 3 ครั้ง ร้อยละ 67.1 เด็กได้รับยาขยายหลอดลมชนิดรับประทานร่วมกับยาป้องกันอาการหอบชนิดพ่น และร้อยละ 77.6 สิ่งที่ได้สัมผัสแล้วทำให้เกิดอาการหอบ คือ การติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ

2. ความรุนแรงของโรคหิดในเด็ก พบว่าร้อยละ 89.4 มีความรุนแรงของโรคหิดอยู่ในระดับน้อย ($\bar{x}$ = 4.49, S.D. = 2.80) พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหิด พบว่าร้อยละ 97.6 ผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมการจัดการโดยรวมระดับสูง ($\bar{x}$ = 133.00, S.D. = 10.39) การควบคุมอาการของโรคหิดในเด็ก พบว่าร้อยละ 49.4 ควบคุมอาการของโรคหิดได้และร้อยละ 36.5 ควบคุมอาการของโรคได้บางส่วน

3. ความรุนแรงของโรคหิดกับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหิดโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.412, p < .01) และเมื่อจำแนกรายด้านพบว่าระดับความรุนแรงของโรคหิดกับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวด้านลักษณะการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.446, p < .01) และระดับความรุนแรงของโรคหิดกับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.284, p < .01) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหิดในเด็กกับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัว เด็กป่วยโรคหิด โดยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

พฤติกรรมการจัดการของครอบครัว	ความรุนแรงของโรคหิด	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value
พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวโดยรวม	-.412	.001*
การจัดการด้านลักษณะการเจ็บป่วย	-.446	.001*
การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว	-.284	.008*
การจัดการด้านจิตสังคม	-.119	.277

* p < .01



4. พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดกับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กป่วยโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($r = .319, p < .01$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวกับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กป่วยโรคหืดโดยสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

พฤติกรรมการจัดการของครอบครัว	การควบคุมอาการของโรคหืด	
	ค่าสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ (r)	p - value
พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวโดยรวม	.319	.003*

* $p < .01$

การอภิปรายผล

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาความรุนแรงของโรคหืดในเด็ก พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดและการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก

จากการศึกษาความรุนแรงของโรคหืดในเด็กพบว่า เด็กป่วยร้อยละ 89.4 มีความรุนแรงของโรคหืดอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องมาจากการศึกษาพบว่า เด็กป่วยร้อยละ 62.4 ไม่มีอาการหอบกำเริบในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมาเลย อีกทั้งการศึกษาคั้งนี้ศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิซึ่งมีคลินิกเฉพาะโรคหืดในเด็กทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาพบว่าเด็กป่วยร้อยละ 67.1 ได้รับยาสูดพ่นในกลุ่มสเตียรอยด์ร่วมกับยาขับประทาน ทำให้เด็กสามารถควบคุมโรคได้ไม่เกิดอาการกำเริบบ่อยครั้งหรืออาการที่รุนแรงยิ่งขึ้น เนื่องจากยาสูดพ่นในกลุ่มสเตียรอยด์ ออกฤทธิ์ในการต้านการอักเสบของหลอดลม ถือเป็นยาที่มีประสิทธิภาพที่สุดและเป็นยาตัวแรกๆ ที่เลือกใช้ในการรักษาโรคหืดในเด็ก ช่วยควบคุมอาการและลดอาการกำเริบของโรคได้ (สมบุญรณ์ จันทรสกุล, 2556)

จากการศึกษาพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืด พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 97.6 ของผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กป่วยโรคหืดโดยรวมระดับสูง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการจัดการทุกด้านอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านลักษณะการเจ็บป่วย (ร้อยละ

92.9) ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว (ร้อยละ 89.4) และด้านจิตสังคม (ร้อยละ 87.1) แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดมีการจัดการดูแลเด็กป่วยโรคหืดได้ดี อาจเนื่องมาจากการศึกษาพบว่า เด็กป่วยโรคหืดทุกรายเคยมีอาการหอบมาก่อนทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเกิดอาการหอบและมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการที่ดี และจากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 74.1 ของผู้ดูแลในครอบครัวมารดา ซึ่งมารดามักจะเป็นผู้ที่รับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของบุตรอย่างใกล้ชิดและเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับสุขภาพของเด็กมากที่สุด (Svavarsdottir & Rayens, 2003) อีกทั้งยังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวร้อยละ 52.9 มีช่วงอายุ 31 – 40 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและตอนกลาง มีความสามารถในการคิดวิเคราะห์และตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดการดูแลเด็กได้ดี นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดร้อยละ 76.5 มีระดับการศึกษาตั้งแต่มัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งการศึกษาจัดเป็นประสบการณ์ชีวิตทำให้รู้จักกระบวนการทางสติปัญญา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมักจะมีทักษะในการแสวงหาความรู้ในการจัดการส่งผลให้ครอบครัวมีการจัดการที่ดีได้ และร้อยละ 55.3 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 10,000 – 20,000 บาท ทำให้ไม่เกิดปัญหาเรื่องของค่าใช้จ่ายในครอบครัวและมีความพร้อมในการปฏิบัติการจัดการดูแลเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของศิริกัญญา เอกศิริไตรรัตน์ (2543) พบว่า มารดาที่มีรายได้ครอบครัว



จึงจะมีความสามารถในการปฏิบัติการดูแลบุตรโรคหัดได้
ดีกว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ

จากการศึกษาการควบคุมอาการของโรคหัดในเด็ก
ซึ่งพิจารณาจากอาการแสดงของโรคหัด ได้แก่ อาการไอ
หายใจเสียงหวีดตอนกลางวัน การจำกัดกิจกรรม การตื่น
ช่วงเวลากลางคืนเพราะโรคหัด การให้ยาลดไข้
พบว่าร้อยละ 85.9 ควบคุมอาการของโรคได้โดยร้อยละ
49.4 อยู่ในระดับควบคุมอาการของโรคหัดได้ และร้อยละ
36.5 อยู่ในระดับควบคุมอาการของโรคได้บางส่วน แสดง
ให้เห็นว่า ส่วนใหญ่เด็กป่วยโรคหัดมีการควบคุมอาการ
ของโรคได้ดี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผลการศึกษาพบว่า เด็ก
ป่วยร้อยละ 89.4 มีความรุนแรงของโรคหัดอยู่ในระดับ
รุนแรงน้อย ทำให้เด็กเกิดอาการหอบกำเริบน้อยครั้ง และ
ผลการศึกษายังพบว่า เด็กป่วยร้อยละ 67.1 ได้รับยาสุด
พ้นสัปดาห์ร่วมกับขยายหลอดลมชนิดรับประทาน ซึ่ง
การได้รับยาสุดพ้นสัปดาห์ร่วมกับขยายหลอดลมชนิด
รับประทานอย่างต่อเนื่องจะช่วยให้เด็กสามารถควบคุม
อาการของโรคได้ดี และเนื่องจากเด็กช่วงอายุ 1- 6 ปี
เป็นช่วงวัยที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด การทำ
กิจกรรมต่างๆ ส่วนใหญ่จะอยู่ในความควบคุมของผู้ดูแล
ทำให้โอกาสในการสัมผัสกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ
หอบน้อยสามารถควบคุมอาการของโรคหัดได้ดี

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความ
สัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของโรคหัดกับพฤติกรรมกา
รจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหัด

จากการศึกษาพบว่า ความรุนแรงของโรคหัดกับ
พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหัด
โดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.412, p < .01$) แสดงให้เห็นว่า
เด็กป่วยโรคหัดที่มีความรุนแรงของโรคหัดระดับน้อย
ผู้ดูแลในครอบครัวจะมีพฤติกรรมจัดการดูแลเด็ก
ป่วยโรคหัดได้ดี ทั้งนี้ตามแนวคิดของเกรย์ คณาฟเฟิลและ
แมคคอร์กิล (Grey, Knafel, & McCorkle, 2006) อธิบาย
ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการของ
ครอบครัว ว่าเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องหรือส่งผลต่อการ
จัดการของครอบครัวในการดูแลสมาชิกที่มีการเจ็บป่วย
เรื้อรัง และจากผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการ

ศึกษาของวรรณภา เรื่องลาภอนันต์และคณะ (2552) ที่พบ
ว่าระดับความรุนแรงของโรคหัดมีความสัมพันธ์ทางบวกใน
ระดับต่ำกับผลกระทบของโรคต่อตัวเด็กป่วยและ
ครอบครัว ($r = .27, p < .01$) ซึ่งอธิบายว่า ครอบครัวที่มี
บุตรป่วยด้วยโรคหัดอยู่ในระดับความรุนแรงของโรคน้อย
จะก่อให้เกิดผลกระทบต่อครอบครัวน้อย ปัญหาในด้านการ
จัดการดูแลเด็กป่วยก็จะน้อย ไม่เกิดปัญหาทั้งด้าน
เศรษฐกิจและสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผลการ
ศึกษานี้จากข้อคำถามพฤติกรรมจัดการของ
ครอบครัว พบว่า ไม่มีปัญหาสัมพันธ์ภายในครอบครัว
โดยร้อยละ 61.2 มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันและร่วม
กันแก้ปัญหาต่างๆ ในการดูแลเด็ก จะเห็นได้ว่า ระดับ
ความรุนแรงของโรคหัดน้อยส่งผลผลกระทบต่อครอบครัว
น้อย ไม่เกิดปัญหาในการจัดการดูแลเด็กป่วย ผู้ดูแลใน
ครอบครัวจึงมีความพร้อมในการดูแลเด็กเกิดพฤติกรรม
การจัดการดูแลเด็กป่วยโรคหัดที่ดีได้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 3 เพื่อศึกษาความ
สัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมจัดการของครอบครัวกับ
การควบคุมอาการของโรคหัดในเด็ก

จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมจัดการของ
ครอบครัวกับการควบคุมอาการของโรคหัดในเด็กป่วย
โรคหัดโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .319, p < .01$) แสดงให้
เห็นว่า หากครอบครัวมีพฤติกรรมจัดการดูแลเด็ก
ป่วยโรคหัดที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้เด็กป่วยโรคหัดสามารถ
ควบคุมอาการของโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของลินดา
(Linda, 2011) พบว่าพฤติกรรมจัดการของครอบครัว
ในมุมมองของมารดามีความสัมพันธ์กับการควบคุม
อาการของโรคหัดในเด็ก ($r = .426, p = .001$) และการศึกษา
อิทธิพลของครอบครัวต่อเด็กป่วยโรคหัด พบว่า
พฤติกรรมจัดการโรคหัดของครอบครัวส่งผลต่อ
ผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กป่วยโรคหัด ก็คือ อาการของ
โรคหัด อาการหายใจดังเสียงหวีด คุณภาพชีวิต ข้อจำกัด
ในการทำกิจกรรมเนื่องจากโรคหัดและความเสี่ยงของ
การเสียชีวิตด้วยโรคหัด (Kaugars, Klinnert, & Bender,
2004) ซึ่งอาการของโรคหัด การหายใจมีเสียงหวีด ข้อ
จำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากโรคหัด เป็นอาการของ



เด็กที่บ่งบอกถึงการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหืดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก หากผู้ดูแลในครอบครัวมีพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กป่วยโรคหืดที่ดีจะเป็นส่งผลให้เด็กป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ ทั้งนี้ การที่เด็กป่วยโรคหืดได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและมีระดับความรุนแรงของโรคน้อย อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เด็กป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีด้วยเช่นกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เป็นข้อมูลพื้นฐานเรื่องของพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวและการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก ให้บุคลากรทางสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็ก เพื่อนำไปให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลหรือครอบครัวเด็กป่วยให้มีพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กป่วยโรคหืดได้อย่างเหมาะสมซึ่งจะส่งผลให้เด็กสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี

2. ด้านการศึกษา เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อประยุกต์ในการเรียนการสอนเกี่ยวกับแนวคิดพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยโรคหืด และเน้นให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการประเมินความรุนแรงของโรคหืดเพื่อนำไปวางแผนในการให้การพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคหืดที่ต่างกัน
2. ควรมีการศึกษาความรุนแรงของโรคหืดและพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวในเด็กชายที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหรือมีอาการหอบครั้งแรกที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล
3. ควรมีการศึกษาความรุนแรงของโรคหืดและการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กทุกช่วงฤดูกาล เนื่องจากฤดูกาลมีผลต่อการเกิดอาการของโรคหืด
4. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดและการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก

เอกสารอ้างอิง

- เพลินตา พรหมบัวศรี. (2536). การเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษาของมารดาในกลุ่มเด็กโรคหอบหืดที่มีการควบคุมโรคต่างกัน. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วัชรรา บุญสวัสดิ์. (2550). โรคหืด. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ), ตำราโรคระบบการหายใจ. กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์, 444-454.
- วรรณา เรืองลาอนันต์. (2552). ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อเด็กวัยเรียนและครอบครัว. วารสารทางการแพทย์. 27(2), 18-27.
- วารุณี รัตนวาร์. (2544). อิทธิพลของพฤติกรรมการดูแลบุตรและปัจจัยพื้นฐานต่อภาวะความรุนแรงของโรคหอบหืดในเด็กอายุ 1-5 ปี. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริกาญจนา เอกสิทธิ์รัตน์. (2543). ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดด้วย 0-6 ปี. (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.



สมบุญรณ์ จันทร์สกุลพร, เบญจมาศ ช่วยชู, อรพรรณ โพนนกุล, และธีระศักดิ์ แก้วอมตวงศ์. (2556).

ตำราโรคหืด (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์ ห้างหุ้นส่วนจำกัด.

Anthony, L., & Jeremy, N. (2013). *Paediatric Anatomy. Journal Elsevier*, 31(3), 101-105.

Brown, E. S., Gan. V, Jeffress J., Mullen-Gingrich K., Khan D. A., Wood B. L., et al. (2006). Psychiatric Symptomatology and Disorders in Caregivers of Children with Asthma. *Pediatrics*, 118(6), e1715-e20.

Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *National vital statistics survey, 1982-2006*.

National Center for Health Statistics. Retrieved March, 23, 2009, from <http://www.cdc.gov/asthma/asthmadata.html>.

Global Initiative for Asthma [GINA]. (2014). *Global strategy for asthma management and prevention*. Retrieved May 6, 2014, from <http://www.ginasthma.org/Guidelineitem.asp>.

Gray, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self-and family management of chronic conditions. *Journal of Nursing Outlook*, 279-286.

Chugh, I. M., Khanna, P., & Shah, A. (2006). Nocturnal symptoms and sleep disturbances in clinically stable asthmatic children. *Asian Pacific Journal of, Allergy & Immunology* 24, 135-142.

Kaewlao T. (2008). The effects of a supportive-educative nursing system on maternal caregiving behaviors and severity of asthma in young asthmatic children [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 180 p.

Kaugars, A. S., Klinnert, M. D., & Bender, B. G. (2004). Family influences on pediatric asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(7), 475-491.

Lai, C. K., Ko, F. W., Bhome, A., De Guia, T. S., Wong, G. W., Zainudin, B. M., & Mukhopadhyay, A. (2011). Relationship between asthma control status, the Asthma Control Test™ and urgent health-care utilization in Asia. *Respirology*, 16(4), 688-697.

Linda, G. (2011). *A Study of the relationships among maternal caregiver family management Behaviors, childhood asthma morbidity and asthma control*. The University of Alabama.

O'Connell, E. J. (2004). The burden of atopy and asthma in children. *Allergy*, 59(78), 7-11.

Pedersen, S. E., Hurd, S. S., Lemanske, R. F., Becker, A., Zar, H. J., Sly, P. D., & Bateman, E. D. (2011). Global strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger. *Pediatric Pulmonology*, 46(1), 1-17.

Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research*. (2nd ed.). Boston: Pearson.

Svavarsdottir, E. K., & Rayens, M. K. (2003). American and Iceland parents' perception of the health status of their young children with chronic asthma. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(4), 351-358.

World health organization [WHO]. (2011). *Asthma*. Retrived October 13, 2011, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>.