

Factors Predicting Caring Behaviors among Caregivers of 1-6 Years Old Asthmatic Children*

Penjit Maharsaro¹, Nantawon Suwonnaroop, RN, PhD¹, Nantiya Watthayu, RN, PhD¹

Abstract

Purpose: This study aimed to examine the factors predicting caring behaviors among caregivers in families of 1-6 years old asthmatic children.

Design: Correlational predictive design.

Methods: The sample was composed of 94 caregivers who brought asthmatic children for treatment in the asthma clinics. The research instruments included questionnaires on the personal information of the caregivers and the asthmatic children, knowledge about asthma, perceived self-efficacy in caring behaviors, perceived social support, and the family caregivers' caring behaviors. Data was analyzed with descriptive statistics and multiple regression analysis.

Main findings: The findings showed that 50% of caregivers were mothers with a mean age of 39.7 years (SD = 11.9). The sample had a high mean score of overall caring behaviors in asthmatic children (Mean = 3.09, SD = .345). The mean of behaviors in using asthma medication to control symptom were the highest (Mean = 3.67, SD = .53). The asthmatic children had a mean age of 4 years. The mean duration of treatment was 2 and half years. The results of the multiple regression analysis revealed that all of the independent variables were accounted for 25% of variance in caring behaviors among caregivers of asthmatic children ($R^2 = .250$, $df = 3$, $93 F = 10.006$) with statistical significance ($p < .05$). Perceived self-efficacy and perceived social support were powerful predictors of family caregivers' caring behaviors in asthmatic children with statistical significance ($\beta = .363$, $p < .05$ and $\beta = .247$, $p < .05$).

Conclusion and recommendations: Based on the research findings, nurses and health care teams should promote caregivers' competencies in perceiving self-efficacy in asthma care. In addition, family members should recognize the importance of providing care in asthmatic children to ensure that caregivers are able to express caring behaviors for asthmatic children.

Keywords: caregivers of asthmatic children, asthma care, knowledge about asthma, perceived self-efficacy, social support

J Nurs Sci. 2017;35(2):64-73

Corresponding Author: Assistant Professor Nantawon Suwonnaroop, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: nuntawun.suw@mahidol.ac.th

* Master thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nursing Practitioner, Faculty of Nursing and Faculty of Graduate Studies, Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของพ่อแม่เด็กโรคหัดอายุ 1-6 ปี*

เพ็ญจิต มหาสโร¹ นันทวัน สุวรรณรูป, PhD¹ นันทิยา วัฒนาย, PhD¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล เด็กโรคหัดอายุ 1-6 ปี

รูปแบบการวิจัย: การศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคหัด จำนวน 94 คน ที่พาผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 1-6 ปี เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหัดของโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 3 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้ป่วยเด็กโรคหัด ความรู้เกี่ยวกับโรคหัด การรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหัด การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดามีอายุเฉลี่ย 39.7 ปี (SD = 11.9) มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.09, SD = .345) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเมื่อมีอาการหัดกำเริบด้วยยาอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 3.67, SD = .53). ผู้ป่วยเด็กอายุเฉลี่ย 4 ปี เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหัดนาน 2 ปี 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรผันของพฤติกรรมการดูแลในผู้ป่วยเด็กโรคหัดได้ร้อยละ 25 ($R^2 = .250$, $df = 3$, $93 F = 10.006$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหัดและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .363$, $p < .05$ และ $\beta = .247$, $p < .05$ ตามลำดับ)

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลและทีมสุขภาพควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและรับรู้สมรรถนะของตนเองในการดูแลเด็กโรคหัดมากขึ้น ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดร่วมกับผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลได้ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ดูแลเด็กโรคหัด พฤติกรรมการดูแล ความรู้โรคหัด การรับรู้สมรรถนะ แรงสนับสนุนทางสังคม

J Nurs Sci. 2017;35(2):64-73

Corresponding Author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์นันทวัน สุวรรณรูป, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล บางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700, e-mail: nuntawun.suw@mahidol.ac.th

* วิทยาลัยนฤมิตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสำคัญของปัญหา

โรคหัดในเด็กเป็นโรคที่มีอุบัติการณ์มากเป็นอันดับ 1 ของโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในประเทศไทยและมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นทุกปี ตามขนาดของเมืองใหญ่ที่มีมากขึ้น ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 6 ปี มีการติดเชื้อไวรัสทางเดินหายใจได้ง่าย ทำให้เด็กมีโอกาสเกิดโรคหัดสูงขึ้นจากการอักเสบของหลอดลม จึงจำเป็นต้องติดตามเฝ้าระวังการเกิดภาวะหัดกำเริบ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กไม่เกิดการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เมื่ออายุมากขึ้น จากสถิติผู้ป่วยโรคหัดขององค์การอนามัยโลก พบว่ามีผู้ป่วยโรคหัดทั่วโลกประมาณ 235 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2568 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคหัดเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 100 ล้านคน¹ มีจำนวนผู้เสียชีวิตมากขึ้น ทำให้มีค่าใช้จ่ายจากยารักษาโรคหัดประมาณ 6,500 บาทต่อคนต่อปี หากผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหัดกำเริบรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นเป็น 15,391.25 บาทต่อคนต่อปี เป็นผลทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัดในเด็กรวมแล้วประมาณปีละ 9,874 ล้านบาท² โรคหัดในเด็กจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ปรับปรุงระบบบริการสุขภาพให้ได้มาตรฐาน ยกย่องความสามารถสถานบริการปฐมภูมิ และสนับสนุนให้มีพยาบาลวิชาชีพให้บริการในสถานบริการทุกแห่ง เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กโรคหัดสามารถเข้าถึงบริการได้มากขึ้นและสามารถดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ให้บริการในแต่ละพื้นที่รับผิดชอบ²

เป้าหมายในการรักษาโรคหัด คือ การควบคุมอาการหัดกำเริบให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด ป้องกันอาการหัดกำเริบได้ สามารถจัดการอาการหัดกำเริบได้ การรักษาด้วยยาในขนาดที่เหมาะสม ลดการเข้ารับการรักษาตัวที่ห้องฉุกเฉินและนอนโรงพยาบาล ดังนั้นการรักษาอย่างต่อเนื่องช่วยให้การทำงานของปอดกลับเข้าสู่สภาวะปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยร่วมกิจวัตรประจำวันปกติได้มากที่สุด³

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัด คือ การปฏิบัติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยเด็กโรคหัดทั้งในด้านการป้องกันสิ่งกระตุ้นอาการหัดกำเริบ การควบคุมอาการของโรคด้วยยา การดูแลเมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการหัดกำเริบ ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา การให้

ผู้ป่วยได้รับยาพ่นสเตียรอยด์เพื่อลดอาการอักเสบของหลอดลม และยาพ่นขยายหลอดลมเพื่อลดอาการหายใจลำบาก การประเมินอาการที่แสดงถึงอาการหัดกำเริบ การเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยา รวมถึงการติดตามรักษาอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้ผู้ดูแลจะสามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้นั้น มาจากการที่ผู้ดูแลได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหัดทั้งจากผู้ให้บริการสุขภาพและจากสื่อต่างๆ เป็นการรับรู้ข้อมูล เพื่อนำมาคิดวิเคราะห์ตัดสินใจจากข้อมูลที่ได้รับมาปฏิบัติดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัด^{2,3} จนมีความมั่นใจในสมรรถนะของตน และการรับรู้สมรรถนะจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดของผู้ดูแล โดยมีแรงสนับสนุนจากสังคม คือ ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสุขภาพ ที่ส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดได้ดีขึ้น⁴

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา พบการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหัด ในด้านพฤติกรรมในการป้องกันอาการ การดูแลเมื่อมีอาการหัดกำเริบ^{4,5} แต่การศึกษาวัยเด็กโรคหัดดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดในคลินิกโรคหัดยังมีน้อย⁶ หลักการรักษามุ่งเน้นผู้ป่วยเด็กโรคหัด ที่ประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงป้องกันสิ่งกระตุ้นอาการหัดกำเริบ การดูแลเมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการหัดกำเริบ รวมถึงการประเมินอาการเพื่อนำผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล² ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหัดพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหัดยังต้องการความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันการเกิดอาการหัดกำเริบ พบผลการศึกษาระบุถึงความรู้ความสัมพันธกับความสามารถของมารดาในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดไปในทางบวก ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหัดของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับการจัดการอาการหัดกำเริบไปในทางบวก⁷ แต่ในบางการศึกษาพบความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในด้านสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัด⁴ พบความเชื่อมั่นในสมรรถนะของตนเองสูงจะสามารถแสดงออกถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กได้ดี⁸ ในด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่าการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยเด็กวัยเรียนสามารถทำให้ผู้ป่วยเด็กมีพฤติกรรมในการป้องกันอาการภูมิแพ้ได้⁵ และการสนับสนุนจากครอบครัวในการจัดสิ่งแวดล้อมลดสิ่งกระตุ้นอาการภูมิแพ้มีความสัมพันธ์

ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการอาการด้านการป้องกันอาการภูมิแพ้⁵ การสนับสนุนจากสถานบริการ ทั้งการเยี่ยมบ้าน การจัดคลินิกเฉพาะโรคให้ผู้ป่วยโรคหืดเข้าถึงบริการได้มากขึ้น มีผลต่อการควบคุมโรคหืดของผู้ป่วย^{2,6} จึงเป็นข้อมูลสนับสนุนให้ศึกษาความรู้โรคหืด การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-6 ปี
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของความรู้โรคหืด การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-6 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (correlational predictive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลหลักอายุ 19-59 ปี ที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 1-6 ปี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 1-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดมาอย่างน้อย 6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลชุมชนในเขตเมือง ทำการสุ่มมา 3 โรงพยาบาล จากโรงพยาบาลชุมชนในเขตปริมณฑล 13 แห่ง คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power กำหนดค่าอิทธิพล .122 ซึ่งได้จากการหาค่าความสัมพันธ์เฉลี่ยจากการศึกษาที่คล้ายคลึงกัน⁴ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 94 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือการวิจัย

โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับ

การศึกษา อาชีพ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็ก และผู้ป่วยเด็กโรคหืด ได้แก่ อายุระยะเวลาในการรักษาโรคหืด ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืด สิ่งกระตุ้นอาการของโรค จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม จำนวน 4 ชุด ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่

1) แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหืด จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน ประเมินคะแนนตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน 3 ระดับ คือ ความรู้น้อย คะแนน 0-7.9 ความรู้ปานกลาง คะแนน 8-10.9 ความรู้มาก คะแนน 11-12

2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะในการดูแล จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ไม่นั่นใจเลย ไม่นั่นใจน้อย ไม่นั่นใจปานกลาง ไม่นั่นใจมาก ไม่นั่นใจมากที่สุด แปลผลเป็น 3 ระดับ ระดับความเชื่อมั่นน้อย ช่วงคะแนน 1.00-2.33 ระดับความเชื่อมั่นปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34-3.66 ระดับความเชื่อมั่นมาก ช่วงคะแนน 3.67-5.00

3) แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 13 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด แปลผลเป็น 3 ระดับ รับรู้แรงสนับสนุนน้อย ช่วงคะแนน 1.00-2.33 รับรู้แรงสนับสนุนปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34-3.66 รับรู้แรงสนับสนุนมาก ช่วงคะแนน 3.67-5.00

4) แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กโรคหืด จำนวน 15 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ มีพฤติกรรมกรรมการดูแล นานๆ ครั้ง บางครั้ง เกือบทุกครั้ง ทุกครั้ง แปลผลเป็น 3 ระดับ พฤติกรรมการดูแลน้อย ช่วงคะแนน 1.0-2.0 พฤติกรรมการดูแลปานกลาง ช่วงคะแนน 2.1-3.0 พฤติกรรมการดูแลมาก ช่วงคะแนน 3.1-4.0

เครื่องมือทั้งหมดได้มีการทดสอบค่าความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ได้ค่า Content validity index (CVI) เท่ากับ .91, .90, .92 และ .86 และทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 30 คน ที่คลินิกโรคหืดของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ได้ค่า KR-20 ของแบบสอบถามความรู้ เท่ากับ

.773 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบสอบถาม การรับรู้สมรรถนะ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล เท่ากับ .837, .859 และ .843 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (COA No.IRB-NS2016/362.0106) และได้รับการอนุมัติ ได้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยเชิญชวนให้เข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์ ชี้แจงให้ทราบเกี่ยวกับการเก็บข้อมูล และเอกสารชี้แจง การเข้าร่วมการวิจัย สิทธิการตัดสินใจโดยอิสระและ ไม่กระทบต่อการรักษาที่ได้รับจากโรงพยาบาล การเก็บ ความลับและการนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และนำไปใช้ ประโยชน์ในทางวิชาการที่ไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและ ผู้ป่วยเด็กโรคหืด

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำคลินิกโรคหืด เพื่อเป็นผู้สอบถามความสมัครใจในการให้ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วย เด็กโรคหืด แล้วคัดกรองผู้ดูแลตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะให้ลงนามในหนังสือแสดงเจตนา ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บ รวบรวมข้อมูลด้วยตนเองขณะผู้ดูแลเด็กโรคหืดและเด็ก รอแพทย์ตรวจในคลินิกโรคหืด โดยไม่ทำให้เกิดการล่าช้า ในการตรวจ ผู้ดูแลใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 20-25 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนด ระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

- 1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) วิเคราะห์อิทธิพลของความรู้โรคหืด การรับรู้

สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหืด และการรับรู้แรงสนับสนุน ทางสังคมของผู้ดูแล ในการทำนายพฤติกรรมการดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ การถดถอยแบบพหุคูณ (multiple regression analysis) ด้วยวิธีการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสมการถดถอยในขั้นตอน เดียว (enter multiple regression) ซึ่งทดสอบข้อตกลง เบื้องต้นของสถิติก่อนวิเคราะห์ข้อมูล⁹ พบว่าลักษณะการ แจกแจงข้อมูลตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเป็นค่าต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์เชิงเส้นในทิศทางบวก ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรอิสระไม่มีปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น ค่าความแปรปรวนของความคลาดเคลื่อนในการพยากรณ์ มีค่าคงที่ ข้อมูลกระจายตัวบริเวณค่าศูนย์ ตรวจสอบความ เป็นอิสระจากกันของค่าความคลาดเคลื่อนระหว่างตัวแปร อิสระและตัวแปรตามมีค่าเข้าใกล้ 2 คือ เท่ากับ 2.024 และ ตรวจสอบค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเท่ากับศูนย์

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยอายุ 39.7 ปี (SD = 11.9) ช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ 31-40 ปี ร้อยละ 30 เป็นมารดา ร้อยละ 50 และร้อยละ 34 จบ การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ พบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 25.5 รองลงมาไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 20.2 รายได้ เฉลี่ย 12,063.83 บาทต่อเดือน (SD = 8963.56) ช่วงของ รายได้ที่พบมากที่สุด คือ 10,001-15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 27.7 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.5 ไม่มีประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดมาก่อน มีประวัติโรคหืดใน ครอบครัว ร้อยละ 54.3 ลักษณะที่พักอาศัยเป็นบ้านเดี่ยว ร้อยละ 43.6 มีสิ่งกระตุ้นอาการของโรคหืดในครอบครัว และในชุมชน ร้อยละ 96.8 โดยมีสิ่งกระตุ้นที่เป็นควันบุหรี่ ควันสัตว์ และฝุ่นละออง ร้อยละ 48.9, 46.8 และ 44.7 ตามลำดับ

ผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ มากกว่า 3 ปี ร้อยละ 88.3 อายุเฉลี่ยของเด็กที่มีอาการที่ติดกำเริบ ครั้งแรก คือ 1 ปี 4 เดือน (SD = 1.24) ช่วงอายุของผู้ป่วย เด็กที่พบว่ามีอาการที่ติดกำเริบครั้งแรกน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ

61.7 ระยะเวลาในการเข้ารับการรักษานาน 2 ปี 6 เดือน (SD = 1.26) ผู้ป่วยเด็ก ร้อยละ 63.8 ไม่มีอาการหิด กำเริบเฉียบพลันใน 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 16 มีอาการหิดกำเริบเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ผู้ป่วยเด็ก ร้อยละ 98.9 มีการรักษาโรคหิด โดยมียาพ่นขยายหลอดลมมากที่สุด คือ ร้อยละ 91.5 รองลงมา คือ ยาพ่นควบคุมอาการหิดกำเริบ ร้อยละ 80.9 ผู้ป่วยเด็ก ร้อยละ 94.7 มาตรวจตามนัดทุกครั้ง สิทธิการรักษาส่วนมากเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 96.2

ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหิด กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดโดยรวม อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.09, SD = .345) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลเป็นรายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสังเกตระดับความรุนแรงอาการหิดกำเริบ การพ่นยาซ้ำเมื่ออาการ

ไม่ดีขึ้น และการพ่นยาขยายหลอดลมเมื่อมีอาการหิดกำเริบ อยู่ในระดับมาก (Mean = 3.67, 3.66, 3.61 ตามลำดับ) ส่วนค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดที่น้อยที่สุด คือ การโทรขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลเมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการหิดกำเริบ (Mean = 1.71, SD = .83)

ข้อมูลความรู้โรคหิด การรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหิด และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหิด และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหิดของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก (Mean = 10.62, 4.0, SD = 1.31, .41 ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.54, SD = .49) แต่เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.89, SD = .58) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ช่วงคะแนนของแบบวัด ช่วงคะแนนที่ได้ และระดับคะแนนของข้อมูล

ความรู้โรคหิด การรับรู้สมรรถนะในการดูแล การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดของผู้ดูแล

ตัวแปร	Mean	SD	ช่วงคะแนนของแบบวัด	ช่วงคะแนนที่ได้	ระดับคะแนน
ความรู้โรคหิด	10.62	1.31	0-12	7-12	มาก
การรับรู้สมรรถนะในการดูแล	4.00	.41	1-5	1-5	มาก
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	3.54	.49	1-5	2.31-4.62	ปานกลาง
- จากครอบครัว	3.89	.58	1-5	2.5-5	มาก
- จากชุมชน	3.02	.75	1-5	1-5	ปานกลาง
- จากระบบบริการสุขภาพ	3.58	.62	1-5	2.17-5	ปานกลาง
- พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดของผู้ดูแล	3.09	.345	1-4	1-4	มาก

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้โรคหิด การรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหิดและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดของผู้ดูแล

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้โรคหิด การรับรู้สมรรถนะในการดูแล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลในผู้ป่วยเด็กโรคหิดของผู้ดูแล

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความรู้โรคหิด	1			
2. การรับรู้สมรรถนะในการดูแล	.055	1		
3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	.083	.309*	1	
4. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดของผู้ดูแล	.060	.440*	.361*	1

*p < .05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) ในระดับสูง และเมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามพบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแล และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม

การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .440$ และ $r = .361$, $p < 0.05$ ตามลำดับ)

การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่างความรู้โรคหืด การรับรู้สมรรถนะในการดูแล และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุระหว่าง ความรู้โรคหืด การรับรู้สมรรถนะในการดูแล และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	1.217	.415		2.932	.004
ความรู้โรคหืด	.005	.025	.019	.209	.835
การรับรู้สมรรถนะในการดูแล	.303	.080	.363	3.780	.000*
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	.173	.067	.247	2.569	.012*

$R = .500$, $R^2 = .250$, Adj. $R^2 = .225$, $df = 3, 93$ $F = 10.006$

* $p < .05$

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความรู้โรคหืด การรับรู้สมรรถนะในการดูแล และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สามารถอธิบายความแปรผันของพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 25 ($R^2 = .250$, $df = 3, 93$ $F = 10.006$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแล และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .363$, $p < .05$ และ $\beta = .247$, $p < .05$ ตามลำดับ)

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมในระดับมาก (Mean = 3.09, SD = .345) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนมากเป็นมารดา มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดมากกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยเด็กโรคหืดส่วนมากเข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคหืดมา 2 ปี 6 เดือน ลักษณะที่พบบ่อยของกลุ่มตัวอย่างเป็นชุมชนเขตเมืองพบว่า ในครอบครัวและในชุมชนมีสิ่งกระตุ้นอาการหืดกำเริบ คือ ควันบุหรี่ เนื่องจากในครอบครัวยังมีสมาชิกที่สูบบุหรี่ในบ้าน รองลงมา คือ

สิ่งกระตุ้นที่เป็นชนจากสัตว์เลี้ยง และพบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมทำความสะอาดเครื่องนอนเพื่อกำจัดไรฝุ่นเป็นบางครั้ง ส่งผลให้มีฝุ่นละอองในบ้าน ซึ่งสิ่งกระตุ้นเหล่านี้เกิดจากสภาพแวดล้อมในบ้าน หากสมาชิกในบ้านร่วมกันจัดการสิ่งแวดล้อมจะสามารถลดสิ่งกระตุ้นอาการของโรคหืดได้ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กในวัยนี้ส่วนมากเลี้ยงดูที่บ้าน ดังนั้นสิ่งแวดล้อมในบ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการศึกษาของ อามารวรรณ หนูคง และคณะ¹⁰ พบว่าผู้ดูแลที่ไม่สามารถจัดการสิ่งแวดล้อมได้ มีสูงถึงร้อยละ 69.92 ทั้งในด้านการทำความสะอาดเครื่องนอน การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นการศึกษาของ ลักขมี สารบรรณ และคณะ⁵ พบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ การทำความสะอาดเครื่องนอนของเด็ก และพฤติกรรมของผู้ดูแลในด้านการป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากอยู่ในระดับปานกลาง

พฤติกรรมดูแลเมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการหืดกำเริบเฉียบพลันสามารถปฏิบัติได้ดี เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยเด็กมาเข้ารับการรักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคหืด ได้รับแนวปฏิบัติเมื่อเกิดอาการหืดกำเริบจากบุคลากรทางสุขภาพ รวมถึงมีระบบการเข้าถึงบริการที่ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเมื่อ

ผู้ป่วยเด็กมีอาการหิดกำเริบได้ดี สามารถควบคุมอาการของโรคหิดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อาภาวรรณ หนูคง และคณะ¹⁰ ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิด ในด้านการสังเกตอาการหิดกำเริบและการจัดการเมื่อเกิดอาการหิดกำเริบปฏิบัติได้บ่อยครั้ง (Mean = 3.03, SD = .96)

ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการประเมินความรุนแรงอาการหิดกำเริบได้ดี (Mean = 3.67, SD = .53) ในขณะที่การขอความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านเมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการหิดเฉียบพลัน ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 2.47, SD = 1.03) และการโทรขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลเมื่อเด็กมีอาการหิดเฉียบพลัน ปฏิบัติอยู่ในระดับน้อย (Mean = 1.71, SD = .83) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลประเมินอาการหิดกำเริบตามแนวปฏิบัติเมื่อมีอาการหิดกำเริบ สามารถประเมินอาการเพื่อนำผู้ป่วยเด็กไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลหากอาการไม่ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบการให้คำปรึกษาจากคลินิกเฉพาะโรคหิด ทั้งการโทรปรึกษา หรือการพัฒนาเป็นโปรแกรมให้คำปรึกษาด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ จึงเป็นสิ่งที่ระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลชุมชนต้องให้ความสำคัญ เพราะในปัจจุบันมีเทคโนโลยีเกี่ยวกับการสื่อสารพัฒนามากขึ้น ผู้ดูแลสามารถติดต่อกับโรงพยาบาลได้หลายช่องทาง หากคลินิกโรคหิดนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลและผู้ดูแล จะสามารถทำให้การควบคุมอาการของโรคหิดมีแนวโน้มดีขึ้น¹¹

ความรู้โรคหิด การรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหิด และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดของกลุ่มตัวอย่างได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหิด การรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็กโรคหิด และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม จะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหิดได้

ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงที่สุด คือ การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดของผู้ดูแลอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .363, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และพบว่าการรับรู้สมรรถนะในการดูแลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4, SD = .41) เนื่องจากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหิดมากกว่า 6 เดือน ทำให้มีโอกาสได้พัฒนา ฝึกฝนความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็ก จนเกิดเป็นความมั่นใจในความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยเด็กมารักษาต่อเนื่องที่คลินิกโรคหิด มีโอกาสได้รับความรู้ ข้อมูล คำแนะนำ แนวปฏิบัติเมื่อเกิดอาการหิดกำเริบ ทั้งจากบุคลากรสาธารณสุข และได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ดูแลเด็กคนอื่นๆ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถแสดงออกถึงพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหิดได้ เป็นไปตามแนวคิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองของ Bandura¹² ที่อธิบายว่า บุคคลที่ประสบความสำเร็จจากการลงมือกระทำด้วยตนเอง หรือ ได้เห็นความสำเร็จจากประสบการณ์ของบุคคลอื่น ทำให้บุคคลมีความมั่นใจว่าตนมีความสามารถที่จะแสดงพฤติกรรมที่ต้องการนั้นจนเป็นผลสำเร็จตามที่ต้องการ ดังนั้นจึงอธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองมีผลต่อพฤติกรรมที่สามารถแสดงออกมาในผู้ดูแลเด็กโรคหิด เป็นข้อมูลสนับสนุนให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหิด เห็นถึงความสำคัญของการสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิดที่บ้าน ทั้งในด้านการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นอาการหิดกำเริบ การใช้ยารักษาผู้ป่วยเด็กโรคหิด เมื่อผู้ป่วยเด็กเกิดอาการหิดกำเริบ และการประเมินอาการของโรคเพื่อนำผู้ป่วยไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหิด และแนวปฏิบัติเมื่อเกิดอาการหิดกำเริบ¹¹

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหิดได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .247, p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว จากเพื่อนบ้าน/สมาชิกในชุมชน และจากระบบบริการสุขภาพ ในด้านการให้ข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคหิด การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเด็กเกิดอาการหิด

กำเริบ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงออกถึงพฤติกรรม การจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดได้ดี และพบว่าผู้ดูแลรับรู้ แรงสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับมาก เนื่องจาก สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันใกล้ชิดกับผู้ดูแลและ ผู้ป่วยเด็กมากที่สุด ซึ่งสามารถสนับสนุนทั้งในด้านข้อมูล ข่าวสาร การช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยเด็กมีอาการหืดกำเริบ การ ให้ความร่วมมือในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอาการหืด กำเริบได้ เป็นไปตามแนวคิดของ House¹³ ที่อธิบายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ผู้รับได้รับแรงสนับสนุน จากบุคคล หรือกลุ่มคนทั้งการให้ความช่วยเหลือ การให้ ข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ที่ตรงกับความต้องการของผู้รับ จะเป็นผลให้ผู้รับปฏิบัติหรือแสดงพฤติกรรมไปในทางที่ ผู้รับต้องการได้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ แรงสนับสนุนทางสังคมพบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ในเด็ก วัยเรียนได้ และมีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกัน อาการภูมิแพ้ในเด็กวัยเรียนได้ การสนับสนุนจากระบบ บริการสุขภาพ ทั้งในด้านการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในวางแผน การรักษาเด็กโรคหืด การวางแผนเยี่ยมบ้าน ส่งผลให้ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดสูงขึ้น⁶ ดังนั้นผู้ดูแลที่รับรู้แรง สนับสนุนทางสังคมสูง จะสามารถแสดงออกถึงพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของผู้ดูแล และไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดผู้ดูแลได้ ซึ่ง ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ในการศึกษาครั้งนี้ จากการ ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้โรคหืดของผู้ดูแลเด็ก โรคหืดพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคไม่สามารถทำนาย พฤติกรรมการป้องกันอาการภูมิแพ้ของเด็กวัยเรียนได้ แต่ ปัจจัยด้านความรู้ร่วมกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคมและ การจัดสิ่งแวดล้อม สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันอาการภูมิแพ้ได้ เนื่องจากความรู้มีความจำเป็นต่อ การแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่สามารถทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ต้องมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม³

ผู้ดูแลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหืดอาจไม่สามารถ แสดงออกถึงพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดได้ตามที่ ความรู้ที่มี อย่างไรก็ตามความรู้อาจเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะ ทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแล การศึกษานี้พบว่า การ รับรู้สมรรถนะของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ดังนั้นพยาบาลใน

คลินิกโรคหืดควรเน้นการให้ความรู้กับผู้ดูแลที่สามารถนำ ไปปฏิบัติได้จริงตามแนวทางการรักษาที่มีการปรับให้ ทันสมัยอยู่ตลอด เช่น แนวปฏิบัติเมื่อเกิดอาการหืดกำเริบ ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยเด็กได้ด้วยตนเอง เพื่อให้สามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ และลดอัตรา การเสียชีวิตจากอาการหืดกำเริบรุนแรง⁸

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลเด็ก โรคหืดของผู้ดูแลมีอำนาจทำนายพฤติกรรมในการดูแลเด็ก โรคหืดได้ ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความ มั่นใจในการดูแลเด็กโรคหืดได้มากขึ้น โดยการให้คำปรึกษา รายบุคคล การจัดกลุ่มเพื่อให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กรายอื่นๆ

2. ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีอำนาจทำนายพฤติกรรมในการดูแล โดยเฉพาะแรง สนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นพยาบาลจึงควร ส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแล ผู้ป่วยเด็กที่บ้านมากขึ้น โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลัก และสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการ ดูแลผู้ป่วยเด็ก ให้ความสำคัญกับการให้ข้อมูลการเจ็บป่วย กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ นอกจากผู้ดูแลหลักด้วย เพื่อให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน และให้ความร่วมมือในการ ช่วยเหลือผู้ดูแลหลักจัดการกับอาการหอบของผู้ป่วยเด็กได้ ดีขึ้น ในด้านการรับรู้แรงสนับสนุนจากชุมชน พยาบาลควร เน้นการให้บริการเชิงรุกมากขึ้น เพื่อศึกษาปัญหาที่เกี่ยวข้อง กับโรคหืดในชุมชน ทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อม และการ พัฒนาเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดในชุมชน ในด้าน การรับรู้แรงสนับสนุนจากระบบสุขภาพ การมีคลินิกโรคหืด ให้ผู้ป่วยเด็กเข้าถึงบริการมากขึ้นตามนโยบายของ กระทรวงสาธารณสุข

3. พยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ทั้งในคลินิกโรคหืดและดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ควรปฏิบัติตาม แนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ทั้งในด้านการป้องกัน การเกิดอาการหืดกำเริบ และแนวปฏิบัติเมื่อเกิดอาการหืด กำเริบ (asthma action plan) ให้ผู้ดูแลหลักและสมาชิก ในครอบครัวใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้พบการรับรู้สมรรถนะในตนเองของ

ผู้ดูแลและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ดูแล ซึ่งสามารถเป็นข้อมูลสนับสนุนการศึกษาพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลในรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง วิจัยทดลอง เป็นลำดับต่อไป

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดสิ่งกระตุ้นอาการหืดกำเริบในครอบครัวเพิ่มเติม เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สิ่งกระตุ้นอาการของโรคหืดที่มีมากที่สุดคือ บุหรี่ ควันจากส้วมเสีย และฝุ่นละอองในบ้าน ซึ่งเป็นสิ่งกระตุ้นที่สมาชิกในครอบครัวต้องร่วมกันหาแนวทางการจัดการ

References

1. World Health Organization. Media center asthma [Internet]. Geneva, Switzerland: WHO; 2013 [cited 2016 Nov 26]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/>
2. Boonsawat W. The development of asthma care Contracting Unit for Primary care (CUP) and health promotion in primary care. Nonthaburi: Bulatin; 2011. (in Thai).
3. Wichayanon P, editor. The Thai national guideline for diagnosis and management of childhood asthma [Internet]. Bangkok: Pediatric Society of Thailand; 2012 [cited 2016 Jun 10]. Available from: <http://www.thaipediatrics.org/attchfile/AsthmaGuiline.pdf>. (in Thai).
4. Nitirungreuang P, Ua-Kit N. Factors predicting of allergic symptoms preventive behavior among school-age children. Journal of Public Health Nursing. 2013;27(2):1-13. (in Thai).
5. Saraban L, Thoranasonton S, Chu-ngan T, Wongwirud S. Dyspnea experience, symptom management and outcomes among caregivers of school-age asthmatic children. Songklanagarind Journal of Nursing. 2012;32(2):23-36. (in Thai).
6. Khawprapan S, Ratchanakul P, Junprasert S. Impacts of home-based healthcare on families' care for asthmatic children. Thai Journal of Nursing Council. 2012;27(2):108-21. (in Thai).
7. Soo WF, Tan NC. The influence of caregivers' knowledge and understanding of asthma aetiology on domiciliary management of children with asthma. Singapore Med J. 2014;55(3):132-6.
8. Preechapongmit K, Iamchang S, Jintrawet U. Factor relate to caregiving burden among caregivers of children with asthma. Nursing Journal. 2012;39(4):13-21. (in Thai).
9. Srisatitnarakun B. The methodology in nursing research. Bangkok: U and I Intermedia; 2010. (in Thai).
10. Nookong A, Payakkaraung S, Pongsaranuntakul Y, Chudapongse S. Caregivers' management for children with asthma. Journal of Nursing Science. 2012;30(2):49-60. (in Thai).
11. Poachanukoon O, editor. Role of oral beta-2 agonist in chronic cough and asthma [Internet]. Bangkok: Community Pharmacy Association (Thailand); 2013 [cited 2016 Nov 26]. Available from: http://www.pharcpa.com/files/2556/0813_01_role-of-oral-beta2-agonist-in-asthma-meptin-280713.pdf. (in Thai).
12. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavior change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.
13. House JS. The nature of social support. California: Addison Wesley; 1985.