

Caregivers' Management for Children with Asthma*

Apwan Nookong, PhD¹, Sudaporn Payakkaraung, PhD¹,
Yuwadee Pongsaranuntakul, MA¹, Siriwan Chudapongse, BSc²

Abstract

Purpose: To examine caregivers' management for children with asthma.

Design: Descriptive study.

Methods: A sample of 287 caregivers of children with asthma was recruited by convenience sampling. Data were collected using the Caregiver Management Questionnaire containing 29 items with 5-point rating scale and 5 open-ended questions; and were analyzed using Pearson's product moment correlation coefficient and content analysis.

Main findings: The results revealed that the mean age of caregivers was 41.35 years, family income was 22,031.01 bath/month. Average months of experience in care for children with asthma was 81.35 months. Caregivers often performed asthma management for their children ($\bar{X} = 3.07$, $SD = .55$) with the highest score found in the communication subscale ($\bar{X} = 3.46$, $SD = .69$), and the lowest in medication adherence subscale ($\bar{X} = 2.25$, $SD = .98$). Family income and caregivers' education were significantly related to caregivers' management ($r = .173$, $p = .003$; and $r = .169$, $p = .004$, respectively). Caregivers' experience about problems in care for children with asthma was presented in 4 themes as follows: 1) medication adherence, 2) environmental management, 3) asthma symptoms monitoring and attacks management, and 4) communication. The problem found most in care for the asthmatic children was environmental management (69.92%), followed by medication adherence (28.57%).

Conclusion and recommendations: Nurses should examine caregivers' knowledge, and asthma management for children. In addition, nurses should explore problems and barriers to asthma management of caregivers and families members, which will be used as essential information for promoting asthma management interventions to caregivers and family members.

Keywords: asthma, barriers, caregivers, children, management

J Nurs Sci. 2012;30(1):49-60

Corresponding Author: Assistant Professor Apawan Nookong, Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand; e-mail: apawan.noo@mahidol.ac.th

* This research project was funded by Mahidol University

¹ Faculty of Nursing, Mahidol University, Bangkok, Thailand

² Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand

การจัดการของฟัฒนแลในการดูแลเด็กโรคหืด*

อากาวรรณ หนูคง, PhD¹ สุตากรณ พยัคฆเรือง, ปส.ด.¹ ยุวดี พงษ์สาร-นันทกุล, ศศ.ม.¹
ศิริวรรณ จูทะพงษ์, วท.บ.²

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาการจัดการของฟัฒนแลในการดูแลเด็กโรคหืด

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีการดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคหืดจำนวน 287 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการจัดการของฟัฒนแลในการดูแลเด็กโรคหืด จำนวน 29 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ และคำถามปลายเปิด 5 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย: ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 41.35 ปี รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 22,031.01 บาท/เดือน ประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหืดเฉลี่ย 81.35 เดือน คะแนนการจัดการของฟัฒนแลอยู่ในระดับบ้อยครั้ง ($\bar{X} = 3.07$, $SD = .55$) โดยมีคะแนนสูงสุดด้านการติดต่อสื่อสาร ($\bar{X} = 3.46$, $SD = .69$) และต่ำสุดด้านการดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 2.25$, $SD = .98$) ระดับการศึกษาของผู้ดูแลและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการของฟัฒนแลในการดูแลเด็กโรคหืด ($r = .173$, $p = .003$ และ $r = .169$, $p = .004$ ตามลำดับ) ประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลเด็กโรคหืดนำเสนอใน 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 2) การจัดการสิ่งแวดล้อม 3) การประเมินและการจัดการเมื่อเด็กมีอาการหอบ และ 4) การติดต่อสื่อสาร ปัญหาการดูแลที่พบมากที่สุดคือ การจัดการสิ่งแวดล้อม (ร้อยละ 69.92) รองลงมา คือ การดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง (ร้อยละ 28.57)

สรุปและข้อเสนอแนะ: พยาบาลควรประเมินความรู้ และพฤติกรรมของผู้ดูแลในการจัดการดูแลเด็กโรคหืด โดยคำนึงถึงปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมการจัดการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลเด็กโรคหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: โรคหืด อุปสรรค ผู้ดูแล เด็ก การจัดการ

ความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในเด็ก ปัจจุบันอุบัติการณ์ของเด็กโรคหืดมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก จากการสำรวจอัตราความชุกของโรคหืดในเด็กไทย ด้วยแบบสอบถามของ The International Study of Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC) Programs พบเด็กไทยเจ็บป่วยด้วยโรคหืดอยู่ระหว่างร้อยละ 10 ถึง 13¹⁻² และข้อมูลจากงานเวชระเบียน โรงพยาบาลศิริราชในปี 2553 พบผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคภูมิแพ้จำนวน 1,426 คน และพักรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากอาการหอบ 8 คน คิดเป็นร้อยละ 0.56

โรคหืดเป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็กอย่างมาก เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหืดจะมีอาการหอบเหนื่อย หายใจลำบาก ไอมากในเวลากลางคืน ทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ ส่งผลให้ร่างกาย อ่อนเพลีย ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง³ และหากมีอาการหอบก็จะเป็นสาเหตุทำให้เด็กขาดเรียน ไม่สามารถร่วมกิจกรรมหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป นอกจากนี้ยังพบผลกระทบของโรคที่มีต่อผู้ดูแลเนื่องจากความเครียดและความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็ก โดยเฉพาะอาการหอบในเวลากลางคืนทำให้ผู้ดูแลพักผ่อนได้น้อย⁴ อีกทั้งในเรื่องของค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเดินทางหรือการที่ต้องสูญเสียรายได้จากการขาดงานเพื่อพบบุตรมารับการรักษาในโรงพยาบาล⁵

The Global Initiative for Asthma⁶ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติในการดูแลเด็กโรคหืดซึ่งประกอบด้วย การควบคุมอาการของโรคโดยการใช้ยาที่เหมาะสม การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดการสัมผัสกับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ การประเมินและการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กเพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างทันที่ ทั้งนี้โดยการประสานความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัวและบุคลากรทีมสุขภาพในการดูแลเด็ก แนวปฏิบัติดังกล่าวได้ให้ความสำคัญกับบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลและควบคุมอาการหอบในเด็กโรคหืด

การศึกษาเกี่ยวกับการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืดในประเทศไทยพบว่า การดูแลเด็กโรคหืดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงเหมาะสม⁷⁻⁸ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าผู้ดูแลมีวิธีการจัดการให้เด็กได้รับยาสม่ำเสมอ มีการดูแลเพื่อหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบและการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่เหมาะสมในเรื่องจัดการ

แมลงสาบและเชื้อราและการหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่⁹

แต่อย่างไรก็ตามยังมิได้ดูแลเด็กโรคหืดจำนวนหนึ่งประสบปัญหาในการดูแลเด็กโรคหืด ปัญหาที่ผู้ดูแลรายงานได้แก่ การดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากเด็กมักจะลืมหรือเข้าใจว่าไม่จำเป็นต้องรับยาต่อเนื่องหากอาการดีขึ้น¹⁰ ปัญหาในการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ เช่น ฝุ่นละออง ควันบุหรี่ หรือสิ่งแวดล้อมที่โรงเรียนซึ่งผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้¹¹⁻¹² ตลอดจนปัญหาการประเมินอาการและการจัดการเมื่อเด็กเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลสามารถจัดการได้อยู่ในระดับน้อยถึงปานกลาง โดยผู้ดูแลไม่แน่ใจในระดับความรุนแรงและรวมถึงการบริหารยาเมื่อเด็กมีอาการหอบ¹³⁻¹⁵ ทั้งนี้เมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอาการหอบได้ จะทำให้อาการของโรคมีความรุนแรงขึ้นจนกระทั่งต้องมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินหรือต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล¹⁶

การจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืดนั้น มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องในด้านต่างๆ ทั้งปัจจัยด้านผู้ดูแล ด้านเด็ก และด้านคุณภาพการดูแล สำหรับปัจจัยด้านผู้ดูแลพบว่าความรู้ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการจัดการดูแลเด็กโรคหืด มีความสัมพันธ์กับการจัดการการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)⁸⁻⁹ ปัจจัยด้านเด็กได้แก่ ความรุนแรงของโรค ผู้ดูแลต้องให้การดูแลมากในเด็กที่มีความรุนแรงของโรคในระดับสูง โดยที่ความรุนแรงของโรคส่งผลกระทบต่อเด็กและครอบครัว 9.6 เปอร์เซนต์¹⁷ ส่วนปัจจัยด้านคุณภาพการดูแล มีการศึกษาพบว่าการใช้ยาอย่างถูกต้อง การทราบวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบ และการปรับการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมทำให้สามารถควบคุมโรคหืดได้เพิ่มขึ้น 14.32 เท่า (95% CI: 2.4-85.6)¹⁸

ถึงแม้ว่ามีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านต่างๆ ต่อการจัดการผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด แต่การศึกษาเหล่านี้มุ่งเน้นตัวแปรที่สามารถจัดการทำได้หรือปรับเปลี่ยนได้ (modifiable variables) ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการนำผลวิจัยไปจัดกระทำกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมต่อไป อย่างไรก็ตามการที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืดนั้น หากทราบถึงปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลและช่วยทำให้เข้าใจถึงลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้มากยิ่งขึ้นว่าคนกลุ่มนี้มีลักษณะอย่างไร และมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์การจัดการดูแลเด็กโรคหืดหรือไม่ อย่างไร ปัจจัยพื้นฐานซึ่งได้แก่ อายุ ระดับ

การศึกษา รายได้ ระยะในการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล มีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาและรายได้สูงสามารถดูแลเด็กได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ ผู้ดูแลที่มีอายุมากสามารถให้การดูแลเด็กโรคหืดได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย¹³ นอกจากนี้ในการศึกษาถึงการจัดการดูแลเด็กโรคหืดที่ผ่านมามักเป็นการศึกษาโดยใช้แบบสอบถามปลายปิด และไม่ได้ศึกษารวมถึงปัญหาและอุปสรรคของการดูแลเด็กโรคหืดด้วย ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ต้องการศึกษาให้ครอบคลุมทั้งปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการดูแลเด็กโรคหืด และปัญหาอุปสรรคในการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล โดยจะใช้คำถามปลายเปิดร่วมด้วย เพื่อสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลซึ่งจะทำให้ได้รายละเอียดของข้อมูลมากขึ้น ช่วยให้เข้าใจการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็กโรคหืด ตลอดจนประสบการณ์จริงของผู้ดูแลเด็กโรคหืดในการจัดการและการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในบริบทของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม ข้อมูลดังกล่าวจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อบุคคลากรทีมสุขภาพในการให้การดูแลเด็กโรคหืด ทำให้บุคคลากรทีมสุขภาพตระหนักถึงปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ด้วยการนำข้อมูลดังกล่าวมาประกอบการพิจารณาวางแผนและปรับปรุงวิธีปฏิบัติในการดูแลเด็กโรคหืด รวมถึงการช่วยเหลือผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา

1. การจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด
2. ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการในการดูแลเด็กโรคหืด ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล รายได้ของครอบครัว และระยะเวลาในการดูแลเด็กโรคหืด
3. ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยหลักเรื่อง “คุณภาพการดูแลเด็กโรคหืดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ” ในการศึกษาครั้งนี้ข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืดมาศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive

study) และข้อมูลจากคำถามปลายเปิดมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลของเด็กโรคหืดวัยเรียนถึงวัยรุ่น ซึ่งมาตรวจรับการรักษาด้วยโรคหืด ที่งานบริการผู้ป่วยนอก ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเด็กโรคหืด อาศัยอยู่บ้านเดียวกับเด็ก มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหืดอย่างน้อย 1 ปี และมีอายุมากกว่า 18 ปี การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสะดวก (convenience sampling) มีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยหลักจำนวน 287 คน และในจำนวนดังกล่าวมีผู้ตอบแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืดจำนวน 133 คน ดังนั้นข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิเคราะห์เนื้อหาในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 133 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ระยะเวลาการดูแลเด็กโรคหืด ชนิดของสิทธิการรักษา

2. แบบสอบถามการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน

2.1 แบบสอบถามการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยหลักการดูแลเด็กโรคหืดของ Global Initiative for Asthma⁶ ประกอบด้วยคำถามครอบคลุมการดูแล 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 2) การจัดการสิ่งแวดล้อมและการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ 3) การสังเกตอาการและการจัดการเมื่อหอบ และ 4) การติดต่อสื่อสาร จำนวน 29 ข้อ คำตอบเป็นลักษณะกำหนดตัวเลือกและคะแนนประจำตัวเลือกตั้งแต่ 0-4 คะแนน 0 หมายถึงปฏิบัติไม่ได้ 4 หมายถึงปฏิบัติเป็นประจำ พิสัยของคะแนนอยู่ระหว่าง 0-116 คะแนน

2.2 แบบสอบถามปัญหาและอุปสรรคของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด เป็นข้อคำถามปลายเปิดจำนวน 5 ข้อถามเกี่ยวกับการใช้ยา การจัดการสิ่งแวดล้อม การสังเกตอาการและการจัดการเมื่อเด็กมีอาการหอบ การติดต่อสื่อสาร และปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในการดูแลเด็กโรคหืด

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความเหมาะสม

และความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลเด็กโรคหัดจำนวน 5 คน และนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นกับผู้ดูแลเด็กโรคหัดจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient 0.81 สำหรับแบบสอบถามเปิดได้ทดสอบความเข้าใจในคำถามและความชัดเจนของภาษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้เป็นส่วนหนึ่งของข้อมูลจากโครงการวิจัยหลัก ที่ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (COA no.si 194/2007) และได้รับการอนุมัติให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยความสะดวกโรงพยาบาลศิริราชแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการอนุมัติให้เก็บรวบรวมข้อมูลตามสายการบังคับบัญชา และชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล และได้รับความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ขณะที่ผู้ดูแลเด็กโรคหัดและเด็กโรคหัดตรวจ โดยผู้วิจัยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามในท้องที่แยกเป็นสัดส่วน ผู้ดูแลใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามของโครงการหลักประมาณ 30 - 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลและการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัดวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ข้อมูลจากคำถามปลายเปิดใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อจัดกลุ่มตามความเกี่ยวข้องของเนื้อหา โดยใช้วิธี The modified multi-stage approach¹⁹ วิธีนี้ใช้ทั้งการวิเคราะห์เชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามได้รับการอ่านโดยนักวิจัยจำนวน 3 คน เพื่อนำไปถอดรหัส โดยมีวิธีการคือ ผู้วิจัยคนหนึ่งและคนที่สองอ่านข้อมูลชุดเดียวกัน โดยแต่ละคนทำการค้นหาและจัดกลุ่มของข้อมูล (categories) เบื้องต้น แล้วนำ

ข้อสรุปที่ได้มารวบรวมอภิปรายจนกระทั่งได้ข้อสรุปที่เห็นพ้องตรงกัน หากมีข้อสรุปที่มีความเห็นไม่ตรงกัน ผู้วิจัยคนที่สามจะทำการวิเคราะห์ด้วยวิธีการเดียวกันกับผู้วิจัยทั้ง 2 คน จากนั้นผู้วิจัยทั้ง 3 คนจะนำข้อสรุปที่เกิดจากความเห็นไม่ตรงกันมารวบรวมกันวิเคราะห์และอภิปรายอีกครั้ง จนกระทั่งได้ข้อสรุปที่เห็นพ้องตรงกันทั้ง 3 คน สำหรับข้อมูลที่มีปัญหาไม่สามารถจำแนกตามกลุ่มของข้อมูลได้ ผู้วิจัยคนหนึ่งและสองจะร่วมกันพิจารณาเพื่อหาข้อสรุป หากข้อมูลดังกล่าวไม่สามารถจำแนกตามกลุ่มข้อมูลได้ ก็จะร่วมกันพิจารณาเพื่อสร้างกลุ่มข้อมูลขึ้นใหม่ จากนั้นผู้วิจัยทั้ง 3 คนร่วมกันสังเคราะห์ประเด็นที่ได้จากข้อมูล (theme) และนับจำนวนความถี่ของข้อความ

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัด โดยผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 41.35 ปี (SD = 8.54) ผู้ดูแลร้อยละ 75.2 เป็นมารดา จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและระดับปริญญาตรี ร้อยละ 34.1 และ 21.6 ตามลำดับ ผู้ดูแลมีอาชีพแม่บ้าน/พ่อบ้านร้อยละ 25.4 รองลงมาคือรับราชการ/ รัฐวิสาหกิจร้อยละ 21.3 รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 22,031.01 บาทต่อเดือน (SD = 17,866.07) ประสบการณ์การดูแลเด็กโรคหัดเฉลี่ย 81.35 เดือน (SD = 42.31, พิสัย 3 - 180) เด็กโรคหัดอายุเฉลี่ย 10.56 ปี (SD = 2.42) เป็นเพศชายร้อยละ 63.8 และใช้สิทธิการรักษาด้วยการจ่ายเงินเองร้อยละ 46.0 รองลงมาคือ มีต้นสังกัดร้อยละ 36.2 มีอาการจับหัดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาเฉลี่ย .61 ครั้ง (SD = 1.73, พิสัย 0 - 20) โดยมีเด็กที่ไม่มีอาการจับหัดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 73.5

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กในภาพรวมผู้ดูแลเด็กโรคหัดปฏิบัติบ่อยครั้ง ($\bar{X}$ = 3.07, SD = .55) เมื่อจำแนกตามรายด้านพบว่าผู้ดูแลมีคะแนนสูงสุดในด้านการติดต่อสื่อสาร ($\bar{X}$ = 3.46, SD = .69) และมีคะแนนต่ำสุดในด้านการดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X}$ = 2.25, SD = .98) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัดรายด้าน
(n = 287)

การจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัด	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
ด้านการดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง	2.25	.98
ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม	3.13	.71
ด้านการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ	3.19	.72
ด้านการสังเกตอาการและจัดการเมื่อเกิดอาการหอบ	3.03	.96
ด้านการติดต่อสื่อสาร	3.46	.69
รวม	3.07	.55

ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัดพบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลและรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .173$, $p = .003$ และ $r = .169$, $p = .004$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ประสบการณ์การดูแลเด็กโรคหัด และอาการจับหัดในรอบเดือนที่ผ่านมากับการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัด

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. อายุ	1.000				
2. ระดับการศึกษา	.066	1.000			
3. รายได้ของครอบครัว	.080	.564*	1.000		
4. ระยะเวลาการดูแลเด็กโรคหัด	.208*	.051	.112	1.000	
5. การจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหัด	-.025	.173*	.169*	-.015	1.000

* $p < .01$

ผลการวิเคราะห์เนื้อหาของประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็กโรคหัดของผู้ดูแลจำนวน 133 คน ใน 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ด้านการดูแลให้เด็กได้รับยา 2) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม 3) ด้านการประเมินและการจัดการเมื่อเด็กมีอาการหอบ และ 4) ด้านการติดต่อสื่อสาร มีรายละเอียดดังนี้

1. ประสบการณ์ด้านการดูแลให้เด็กได้รับยา

ประสบการณ์ด้านการดูแลให้เด็กได้รับยา จำแนกได้เป็น 3 กลุ่มคือ ควบคุมการรับประทานยาและการพ่นยาอย่างสม่ำเสมอ ดูแลเรื่องการล้างจมูกอย่างสม่ำเสมอ และวิตกกังวลเกี่ยวกับยาที่เด็กได้รับ สามารถอธิบายได้ดังนี้

ควบคุมการรับประทานยาและการพ่นยาอย่างสม่ำเสมอ (n = 38, 28.57 %)

การรักษาโรคหัดในเด็กจำเป็นต้องดูแลให้เด็กได้รับประทานยาและพ่นยาอย่างสม่ำเสมอ ตามแผนการรักษาของแพทย์ หากผู้ดูแลไม่เข้มงวดเรื่องการรับประทานยาและ

พ่นยาอย่างสม่ำเสมอ อาจทำให้เด็กมีอาการหอบกำเริบขึ้น ประสบการณ์ที่ผู้ดูแลพบคือ เด็กมักลืมรับประทานยาหรือพ่นยา ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยเตือนอยู่เสมอ ผู้ดูแลบอกว่า “ต้องเตือนเรื่องการใช้ยา ถ้าไม่เตือนก็จะลืมกินยาและพ่นยา” “ทำให้ได้ยาไม่ครบ แม้จะต้องใช้ความเข้มงวดมาก” บางครั้งจำเป็นต้องเตรียมยาให้เด็กด้วยเพราะ “เด็กมักชอบลืมรับประทานยา ต้องคอยกระตุ้น หรือคอยทายาให้รับประทาน หากผู้ดูแลลืม เด็กก็จะไม่ได้รับประทานยาหรือพ่นยา” อีกทั้งยังพบปัญหาการพ่นยาที่ไม่ถูกต้อง ผู้ดูแลอธิบายว่า “เด็กมักจะพ่นยาไม่ถูกวิธี และเมื่อในการใช้ยาพ่นและยากิน”

ดูแลเรื่องการล้างจมูกอย่างสม่ำเสมอ (n = 10, 7.52 %)

การล้างจมูก เป็นอีกกิจกรรมหนึ่งที่ผู้ป่วยเด็กโรคหัดต้องปฏิบัติได้ด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ปัญหาที่ผู้ดูแลประสบคือ การที่เด็กลืมหรือไม่ยอมล้างจมูก ดังที่ผู้ดูแลกล่าวว่า “บางครั้งเด็กลืมล้างจมูก ถ้ากลับจากทำงาน

เด็กยังไม่หลับก็จะเตือนให้ล้างจมูกได้” และ “เด็กไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการล้างจมูก”

วิกฤตกังวลเกี่ยวกับยาที่เด็กได้รับ (n = 3, 2.26 %)

ผู้ดูแลวิกฤตกังวลเกี่ยวกับประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยารักษาโรคหืด ผู้ดูแลกล่าวว่า “เป็นห่วงเรื่องการใช้ยาเนื่องจากต้องใช้ยาเป็นระยะเวลาติดต่อกันยาวนานเกรงว่าจะมีผลข้างเคียง เคยสอบถามคุณหมอหลายครั้ง แต่คำตอบที่ได้ค่อนข้างคลุมเครือ จับประเด็นไม่ถูก” หรือ “ยาที่ใช้มีอยู่หลายชนิดและหลายยี่ห้อ จึงไม่แน่ใจว่าตัวใดเป็นตัวยาทที่ดีที่สุดในการรักษา”

2. ประสพการณ์ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ

จากการศึกษาพบกลุ่มผู้ดูแลที่มีประสพการณ์จัดการสิ่งแวดล้อมได้ และกลุ่มผู้ดูแลที่มีประสพการณ์จัดการสิ่งแวดล้อมไม่ได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มที่มีประสพการณ์จัดการสิ่งแวดล้อมได้ (n = 22, 16.54 %)

ผู้ดูแลที่มีประสพการณ์ในการจัดการสิ่งแวดล้อมและการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบจะให้การดูแลอย่างใกล้ชิด คอยสังเกต คาดเดาหรือสอนให้เด็กรู้ว่าอะไรเป็นปัจจัยกระตุ้น ต้องพยายามหลีกเลี่ยง ดังที่ผู้ดูแลกล่าวว่า “พยายามทำความสะอาดบ้านและห้ามเด็กเล่นดอกไม้และสุนัข” การทำความสะอาดห้องนอนเป็นสิ่งสำคัญมาก เพราะเป็นสิ่งที่เด็กสัมผัสตลอดทั้งคืน ผู้ดูแลจึงให้ความสำคัญกับห้องนอน โดยบอกว่า “ทำห้องนอนให้สะอาด” และ “จัดห้องนอนให้อากาศถ่ายเทสะดวก” การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ เช่น “พ่อของเด็กสูบบุหรี่แต่ขอให้ไปสูบนอกบ้าน” การจัดการสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านเป็นสิ่งที่ควบคุมได้ยาก เช่น มลภาวะ ควันบุหรี่ และสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลต้องหาวิธีการหลีกเลี่ยง เช่น “คอยป้องกันไม่ให้เด็กฝนและไม่ให้เล่นไต้แม่แห้ง” หรือ “ให้เด็กพยายามหลีกเลี่ยงจากมลพิษต่างๆ เช่น ควันบุหรี่ ยาฆ่าแมลง ควันสัตว์ ฯลฯ” “ให้อยู่ไกลจากคนสูบบุหรี่”

กลุ่มที่มีประสพการณ์จัดการสิ่งแวดล้อมไม่ได้ (n = 93, 69.92 %)

สิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการได้ คือ ฝุ่นทั้งจากเครื่องนอนและฝุ่นในบ้าน ผู้ดูแลรายงานว่า “ไม่สามารถปฏิบัติเรื่องการซักผ้าปูที่นอนและปลอกหมอนในน้ำอุ่นได้” “มีปัญหาด้านเวลา ไม่สามารถทำความสะอาด

บ้านได้ทุกวัน” นอกจากนี้ยังพบอาชีพของผู้ดูแลก่อให้เกิดฝุ่นละออง ดังเช่นผู้ดูแลที่ใช้บ้านเป็นที่ทำงานกล่าวว่า “ที่บ้านทำอาชีพเย็บผ้า ทำให้ระวังฝุ่นละอองผ้าได้ยาก”

การสูบบุหรี่ของคนในครอบครัวเป็นปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่มาเป็นเวลานานจึงมักไม่ยอมเลิกบุหรี่ ดังที่ผู้ดูแลกล่าวว่า “บุคคลในบ้านเช่น ปู่แก่แล้ว สูบบุหรี่มานานแล้ว ไม่หยุดสูบบุหรี่ก็เป็นปัญหาด้านการควบคุม” บางครั้งก็ต้องขอร้องให้ไปสูบบุหรือนอกบ้านแต่ก็ไม่สำเร็จ ดังเช่น “คุณพ่อสูบบุหรี่ในบ้าน ลูกเตือนแล้วคุณพ่อไม่ฟัง”

นอกจากนี้ยังพบปัญหาจากสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน ดังเช่น “ต้องไม่มีสัตว์เลี้ยง แต่เด็กชอบสัตว์เลี้ยง ก็เลยต้องให้เลี้ยง” และบางครั้งเป็นสัตว์เลี้ยงของเพื่อนบ้าน เช่นที่ผู้ดูแลกล่าวว่า “ที่อยู่อาศัยเป็นบ้านเช่า ช่างห้องเลี้ยงสุนัขและแมว เด็กมักแอบไปเล่นกับสัตว์เลี้ยงเหล่านี้ แต่เด็กแพ้ขนสุนัขและแมว”

สิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านเป็นประสพการณ์ที่ผู้ดูแลบอกว่าเป็นปัญหาที่ยากต่อการจัดการ ผู้ดูแลกล่าวว่า “ข้างบ้านมีแมลงสาบเยอะ ถึงกำจัดที่บ้าน แต่ข้างบ้านไม่กำจัดก็เหมือนเดิม” ผู้ดูแลรายงานถึงปัญหาของฝุ่นละอองจากข้างบ้าน ไรนา หรือโรงงานอุตสาหกรรม ซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ “สภาพแวดล้อมเป็นนาข้าว จะมีละอองข้าวบ่อยๆ” “บ้านอยู่ใกล้โรงงานทำรองเท้า ทำให้มีฝุ่น หลีกเลี่ยงไม่ได้” และคำพูดที่ผู้ดูแลกล่าวถึงมากที่สุดคือ “ฝุ่นควัน” โดยเฉพาะบ้านที่อยู่ติดถนนและมลภาวะบนท้องถนน ผู้ดูแลส่วนใหญ่กล่าวว่า “สิ่งแวดล้อมแถวบ้านฝุ่นควันเยอะ ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้” แม้ว่าเด็กจะอยู่ในบ้านก็ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้

3. ประสพการณ์ด้านการประเินและการจัดการเมื่อเด็กมีอาการหอบ

ประสพการณ์ของผู้ดูแลด้านการประเินและการจัดการเมื่อเด็กมีอาการหอบ จำแนกได้เป็นกลุ่มที่สามารถประเินและจัดการอาการหอบ กลุ่มที่ไม่สามารถประเิน/ไม่มั่นใจในการประเินและจัดการอาการหอบ และกลุ่มที่ไม่มีผู้ประเินและจัดการอาการหอบของเด็ก

กลุ่มที่สามารถประเินและจัดการอาการหอบได้ (n = 34, 25.56 %)

ในการดูแลเด็กโรคหืดการประเินและให้การช่วยเหลือเบื้องต้นเป็นสิ่งสำคัญ ประสพการณ์ที่ทำให้ผู้ดูแลสามารถประเินและจัดการกับอาการหอบของเด็กได้

ดังเช่น “ไม่มีปัญหาในเรื่องการประเิน เพราะศึกษามาจน
 ละเอียด และลูกสาวเป็นมานานก็เลยไม่มีปัญหา มีอะไรก็
 ปรึกษาคุณหมอตลอด” ผู้ดูแลจะมีการประเินอย่างต่อเนื่อง
 เป็นประจำจนเกิดทักษะที่ถูกต้อง ผู้ดูแลสามารถสังเกต
 อาการนำก่อนมีอาการหอบได้ว่า “จะมีอาการไอก่อนหอบ”
 “บางครั้งเด็กมีอาการใกล้เคียงกับการเป็นหวัด เช่น มีอาการ
 ไอ มีน้ำมูก” นอกจากนี้ผู้ดูแลยังสามารถจัดการเพื่อป้องกัน
 อาการหอบและให้การแก้ไขก่อนจะมีอาการรุนแรงขึ้น โดย
 การสังเกตว่ามีน้ำมูกร่วมด้วยหรือไม่ “ต้องคอยสังเกตว่ามี
 อาการไอหรือเปล่า มีน้ำมูกด้วยหรือไม่ ก็ต้องเอาน้ำเกลือ
 ล้างจมูก อาการของลูกก็จะดีขึ้น และไม่หอบ” ส่วนการ
 จัดการอาการหอบนั้นผู้ดูแลกล่าวว่า “เมื่อเด็กมีอาการหอบก็
 จะให้ยาพ่นขยายหลอดลม หากไม่ทุเลาลงก็จะพ่นซ้ำโดยให้
 ห่างประมาณ 20 นาที” หากมีอาการรุนแรงหลังพ่นยาแล้ว
 จะรีบพาไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล โดยผู้ดูแลได้กล่าวว่า
 “เมื่อมีหอบฉุกเฉินก็จะให้พ่นยาขยายหลอดลม แล้วนำมา
 พบแพทย์”

กลุ่มที่ไม่สามารถประเมิน/ไม่มั่นใจในการประเมิน
และจัดการอาการหอบ (n = 8, 6.02 %)

ผู้ดูแลบางคนไม่สามารถประเมิน/ไม่มั่นใจในการประเมินอาการหอบของเด็ก ทำให้ไม่สามารถให้การช่วยเหลือเบื้องต้นแก่เด็กได้ ดังที่ผู้ดูแลได้เล่าประสบการณ์ของตนเองว่า “ดูไม่ออกกว่าเมื่อไหร่เด็กเริ่มมีอาการหอบ เมื่อมาหาหมอถึงได้รู้ว่าเป็นหอบ” และ “ไม่ทราบว่าเป็นเด็กมีอาการขนาดไหนถือว่าเป็นมาก และอาการขนาดไหนถือว่าเป็นน้อย” หรือ “พอประเมินได้ แต่ยังไม่มั่นใจในการใช้ยาแต่ละครั้งที่เด็กมีอาการ”

กลุ่มที่ไม่มีผู้ประเมินและจัดการอาการหอบของเด็ก
(n = 3, 2.26 %)

ในบางสถานการณ์ผู้ดูแลต้องทำงานนอกบ้านทำให้ไม่มีเวลาดูแลเด็กและสมาชิกในบ้านไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแล จึงไม่สามารถประเมินอาการหอบของเด็กได้ ผู้ดูแลกล่าวว่า “บางครั้งเด็กไม่ได้อยู่กับแม่ เพราะแม่ผู้ดูแลประจำต้องทำงานนอกบ้าน” และสถานการณ์ที่เป็นปัญหาที่สุดคือโรงเรียนและสถานรับเลี้ยงเด็ก เพราะไม่มีผู้ที่สามารถประเมินอาการและจัดการกับอาการหอบของเด็กได้ ดังที่ผู้ดูแลกล่าวว่า “ดูได้แต่เฉพาะที่บ้าน แต่เด็กอยู่ที่โรงเรียนก็ไม่สามารถดูได้ จะประเมินไม่ได้”

4. ประสพการณ์ด้านการติดต่อสื่อสาร

ผู้ดูแลได้อธิบายประสบการณ์ของตนเองซึ่งสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเด็น คือ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การสื่อสารภายในครอบครัว และการสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพ

การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (n = 12, 9.02%)

ผู้ดูแลได้ถ่ายทอดประสบการณ์ทั้งในส่วนของการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร (n = 10, 7.52 %) และการเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสาร (n = 2, 1.50 %) ผู้ดูแลได้อธิบายวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารจากแหล่งข้อมูล เช่น “ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และเจ้าหน้าที่เป็นอย่างดี” “ได้รับข้อมูลข่าวสารจากสมาคมโรคไต” และ “ได้รับข่าวสารจากการดูโทรทัศน์” ในขณะที่เดียวกันพบกลุ่มผู้ดูแลที่เข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสารสะท้อนออกมาในลักษณะของความต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารในรูปแบบต่างๆ เช่น “อยากให้มีการส่งเอกสารเผยแพร่เกี่ยวกับการดูแลรักษาเด็กไปที่บ้าน เพื่อให้คนในครอบครัวได้อ่านและจะได้ดูแลอย่างถูกต้อง เพื่อจะได้ลดความแออัดในการมาพบแพทย์” และ “อยากให้มีการสารแผ่นพับเพื่อเผยแพร่ความรู้เป็นข้อความ บทความสั้นๆ ไว้เพื่อให้ญาติได้อ่าน”

การสื่อสารภายในครอบครัว (n = 8, 6.01 %)

ผู้ดูแลกล่าวถึงปัญหาจากการสื่อสารภายในครอบครัว
ว่า (n = 6, 4.51 %) “ในครอบครัวไม่มีการสื่อสารกัน” หรือ
แม้แต่ตัวเด็กเองหากไม่บอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับ
ตนเองให้ผู้ดูแลทราบ ก็ทำให้การประเมินอาการถูกชะเลย
โดยมีผู้ดูแลคนหนึ่งกล่าวว่า “ลูกเป็นเด็กเงิบๆ ไม่ค่อยพูด
และเป็นเด็กอดทน ถ้าไม่สังเกตจะไม่ทราบว่าเกิดอาการ”

การสื่อสารกับบุคลากรที่มีสุขภาพ (n = 11, 8.27 %)

ผู้ดูแลรายงานว่าไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ($n = 9, 6.77\%$) แต่มีผู้ดูแล 2 คน (1.50%) ได้สะท้อนประสบการณ์ของตนเองเกี่ยวกับการรักษาว่า “บ้านอยู่ห่างจากโรงพยาบาลมาก บางครั้งมาตามนัด แต่ไม่ได้เจอกับคุณหมอคนเดิม” หรือบางครั้งเกิดปัญหาแต่ไม่สามารถขอความช่วยเหลือได้ เช่น “ติดต่อกับทางโรงพยาบาลไม่ได้ เพราะไม่สามารถโทรติดต่อ ควรจะมี call center” และ “ต้องการข้อมูลและโทรศัพท์สายตรงของโรงพยาบาล ในการตอบคำถาม”

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่าการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหิดในภาพรวมยังมีการปฏิบัติที่ไม่สม่ำเสมอ แสดงให้เห็นว่าการจัดการบางด้านที่ผู้ดูแลยังไม่สามารถกระทำได้ และเมื่อวิเคราะห์การจัดการดูแลเด็กโรคหิดรายด้าน พบว่าการจัดการดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่องมีคะแนนต่ำสุด โดยการจัดการดูแลให้เด็กพยายายยาลดลงเมื่อไปโรงเรียนหรือเมื่อออกนอกบ้านเป็นข้อที่มีคะแนนต่ำสุด พฤติกรรมดังกล่าวเป็นสิ่งที่ทีมสุขภาพคาดหวังที่จะให้ผู้ดูแลปฏิบัติ เนื่องจากอาการหิดอาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา และเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่นอกบ้าน ดังนั้นการที่เด็กมียาดูดตัวไว้ตลอดเวลาจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเด็ก แต่ในขณะที่ผู้ดูแลรายงานถึงความยากลำบากในการดูแลเด็กให้ได้รับยาล้างจมูกอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อจำกัดทั้งในด้านผู้ดูแลที่ไม่มีเวลาและด้านตัวเด็กเองคือ เด็กลืมกิน/พ่นยา และเมื่อที่จะต้องใช้อย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อต้องใช้ยาเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลต้องคอยเตือนบ่อยๆ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการให้ยาในเด็กโรคหิด พบว่าในระยะเวลาที่นานขึ้นความต่อเนื่องในการได้รับยาลดลง และเด็กอายุน้อยกว่า 9 ปี ได้รับยาสม่ำเสมอว่าเด็กที่อายุมากกว่า ทั้งนี้เป็นเพราะเด็กที่อายุน้อยจะมีผู้ดูแลเป็นหลักในการควบคุมการให้ยา²⁰⁻²¹ แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้เด็กได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ

การจัดการด้านการประเมินและการจัดการเมื่อเกิดอาการหิดมีคะแนนต่ำเป็นลำดับที่สอง แต่ผู้ดูแลมีการปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบข้อคำถามเรื่องการให้ยาล้างจมูกลดและการดูแลให้เด็กสงบขณะหิดมีคะแนนในระดับปานกลาง สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เนื้อหาของประสบการณ์ด้านการประเมินและการจัดการเมื่อเด็กเกิดอาการหิด กลุ่มผู้ดูแลที่มีประสบการณ์สามารถประเมินและจัดการอาการหิดได้ เนื่องจากมีความมั่นใจในการประเมิน ซึ่งผู้ดูแลรายงานว่าเกิดจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทีมสุขภาพพร้อมกับผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคหิดในการจัดการเมื่อเด็กมีอาการหิด ซึ่งผู้ดูแลได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ความยากลำบากในการจัดการเมื่อเด็กมีอาการหิดจนกระทั่งผู้ดูแลสามารถจัดการอาการหิดของเด็กได้ โดยการมีสติ

แล้วดูแลให้เด็กได้รับยาบรรเทาอาการหิดตามแผนการรักษา มีการประเมินอาการของเด็ก รวมถึงการประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพ⁷⁻¹⁶ สำหรับผู้ดูแลที่ไม่สามารถประเมินและไม่มั่นใจในการประเมินอาการหิดเนื่องจากไม่ทราบวิธีการประเมิน ขาดความมั่นใจในการประเมินอาการหิด ดังการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลที่ไม่ทราบถึงวิธีการจัดการเมื่อเด็กมีอาการหิดจะรายงานว่าไม่สามารถจัดการดูแลเด็กได้ดีเมื่อเด็กมีอาการหิด²²

การจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหิดในเด็กโรคหิด ผู้ดูแลปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ ซึ่งข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมและการหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหิดเน้นที่สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน โดยการจัดการเรื่องการทำความสะอาดบ้าน การทำความสะอาดเครื่องนอนในน้ำร้อนผู้ดูแลปฏิบัติได้ปานกลาง ทั้งนี้เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาผู้ดูแลรายงานว่าไม่สามารถควบคุมหรือจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านได้เนื่องจากไม่มีอุปกรณ์ในการต้มผ้า ไม่มีเวลาทำความสะอาดบ้าน บ้านไม่มีที่เก็บของ และคนในบ้านไม่ให้ความร่วมมือในเรื่องการสูบบุหรี่และการมีสัตว์เลี้ยงปัจจัยเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่สำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอาการหิด ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมภายในบ้านกับโรคหิดในเด็ก ที่พบว่าครอบครัวที่มีบุคคลในบ้านสูบบุหรี่ มีสัตว์เลี้ยง และลักษณะบ้านมีความชื้นสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เด็กโรคหิดเกิดอาการหิดได้²³

การจัดการสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้านไม่ได้รวมอยู่ในข้อคำถามของแบบสอบถามปลายปิด แต่การวิเคราะห์เนื้อหาผู้ดูแลรายงานว่าปัญหาที่สำคัญ ถึงแม้ว่าผู้ดูแลทราบว่าต้องให้เด็กโรคหิดหลีกเลี่ยงจากปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหิด แต่ด้วยข้อจำกัดของที่อยู่อาศัยอยู่ใกล้ถนน โรงงาน อุตสาหกรรม หรือไร่ นา จึงไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ทั้งนี้การสัมผัสกับปริมาณฝุ่นละอองนอกบ้านมีความสัมพันธ์กับอาการหิดในเด็กโรคหิด²⁴ และโรงเรียนเป็นสิ่งแวดล้อมหนึ่งที่ผู้ดูแลไม่สามารถควบคุมได้ การสัมผัสกับปัจจัยกระตุ้นที่โรงเรียนซึ่งมีฝุ่นละออง อาหารและสัตว์เลี้ยงเสริมอาการหิดในเด็กเช่นกัน¹¹

การจัดการด้านการติดต่อสื่อสารมีคะแนนสูงสุด เมื่อวิเคราะห์รายข้อ ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุดคือการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และข้อที่มีคะแนนต่ำคือการรายงาน

อาการของเด็กให้แพทย์ทราบและการซักถามแพทย์/พยาบาลเกี่ยวกับการดูแลเด็ก แต่ยังจัดได้ว่าข้อคำถามทุกข้อในด้านการติดต่อสื่อสารมีคะแนนสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์เนื้อหาพบว่าผู้ดูแลเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และไม่มีปัญหาด้านการสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพ ทั้งนี้การติดต่อสื่อสารและการประสานงานกับบุคลากรทีมสุขภาพช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบได้ และมีการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอ¹⁶⁻²⁵ แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลรายงานว่ามีปัญหาด้านการสื่อสารภายในครอบครัว เช่น การที่เด็กไม่รายงานถึงความผิดปกติให้ผู้ดูแลทราบ การไม่มีผู้ดูแลหลักในการดูแลเด็กหรือมีผู้ดูแลหลายคนแต่ไม่มีการสื่อสารกัน ทำให้การดูแลเด็กโรคหืดขาดความต่อเนื่อง สมาชิกในครอบครัวไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ เช่น การงดสูบบุหรี่ในบ้าน ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็กโรคหืด ซึ่งพบว่าครอบครัวเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดูแลเด็กโรคหืด โดยลักษณะของครอบครัวที่เป็นอุปสรรคคือครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดีและขาดความรู้ในการดูแลเด็ก²⁶

สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างระดับการศึกษาของผู้ดูแลและรายได้ของครอบครัวกับพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหืด ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาดีและครอบครัวมีรายได้สูง สามารถแสวงหาความรู้และข้อมูลข่าวสารจากแหล่งต่างๆ เพื่อให้การดูแลและจัดการกับอาการหอบได้ดี ทั้งนี้รายได้ของครอบครัว และการศึกษาเป็นปัจจัยทำนายการควบคุมอาการหอบและระดับความรุนแรงของโรคหืดในเด็ก²⁷ ส่วนผู้ดูแลที่มีการจัดการโรคหืดไม่ดีนั้น พบในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจต่ำและไม่สามารถจัดหาอุปกรณ์สำหรับจัดการสิ่งแวดล้อมได้²⁸⁻²⁹

ระยะเวลาในการเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรคหืดซึ่งประเมินจากอาการจับหืดของเด็กในรอบเดือนที่ผ่านมา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหืด ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคหืด เคยเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหืดมาแล้วโดยเฉลี่ย 7 ปี อีกทั้งโรคหืดที่เด็กเป็นมีความรุนแรงระดับต่ำที่ผู้ดูแลสามารถควบคุมได้ สอดคล้องกับการศึกษาถึงผลกระทบของโรคหืดต่อเด็กป่วยวัยเรียนและครอบครัวที่พบว่าความรุนแรงของโรคหืดในระดับต่ำส่งผลกระทบต่อครอบครัวน้อย¹⁷

ข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์เนื้อหาได้มาจากคำถามปลายเปิดของแบบสอบถาม จึงทำให้รายละเอียดของข้อมูลถูกจำกัดด้วยคำตอบที่ผู้ดูแลเขียนตอบกลับมาเท่านั้น ผู้วิจัยไม่สามารถซักถามต่อในประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนจากคำตอบที่ได้รับ

ข้อเสนอแนะ

ผู้ดูแลเด็กโรคหืดส่วนใหญ่มีความรู้ในการจัดการดูแลเด็กโรคหืด แต่มีข้อจำกัดบางประการทั้งด้านของผู้ดูแล เด็ก ครอบครัว และสิ่งแวดล้อม ทำให้เด็กโรคหืดไม่ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นพยาบาลควรเข้าใจบริบทของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด โดยการประเมินความรู้ ข้อจำกัดในการจัดการดูแลเด็กโรคหืด และปัญหา อุปสรรคของผู้ดูแลและครอบครัว ก่อนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคหืดและครอบครัว รวมถึงสมาชิกในครอบครัว ในด้านการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การจัดการสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ การประเมินและการจัดการเมื่อเด็กเกิดอาการหอบ เพื่อให้การจัดการดูแลเด็กโรคหืดเป็นไปในทางเดียวกันและสอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Teeratakulpisarn J, Paironkul S, Heng S. Survey of the prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in schoolchildren from Khon Kaen, Northeast Thailand, an ISAAC study. International Study of Asthma and Allergies in Childhood. Asian Pac J Allergy. 2000 Dec;18(4):187-94.
2. Vichyanond P, Jirapongsananuruk O, Visitsuntorn N, Tuchinda M. Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC (International Study for Asthma and Allergy in Children) questionnaires. J Med Assoc Thai. 1998 Mar;81(3):175-84. (in Thai).
3. Sawyer MG, Spurrier N, Kennedy D, Martin J. The relationship between the quality of life of children with asthma and family functioning.

- J Asthma. 2001;38(3):279-84.
4. Brown ES, Gan V, Jeffress J, Mullen-Gingrich K, Khan DA, Wood BL, et al. Psychiatric Symptomatology and Disorders in Caregivers of Children With Asthma. *Pediatrics*. 2006 Dec;118(6):e1715-e20.
 5. Parker-Oliver D. Asthma management: a role for social work. *Health Soc Work*. 2005 May;30(2):167-70.
 6. Global Initiative for Asthma [Internet]. USA. 2010 [cited 2011 September, 19]. Global strategy for asthma management and prevention. Available from: <http://www.ginasthma.org/Guidelines/guideline-report-2010.html>
 7. Samranchaitam K. Maternal perceived self-efficacy, maternal caring behaviors and health outcomes of 1-5 year old asthmatic children [master's thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1998. 124 p. (in Thai).
 8. Kaewlao T, Patoomwan A. 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; 2008. 180 p.
 9. Areegamlert N, Wichiencharoen K, Sriussadaporn P, PiBoonpocaun A. Caregiver management of asthma triggers within the home environment *J Nurs Sci*. 2010;28(4):76-85. (in Thai).
 10. Wamboldt FS, Bender BG, Rankin AE. Adolescent decision-making about use of inhaled asthma controller medication: results from focus groups with participants from a prior longitudinal study. *J Asthma*. 2011 Sep;48(7):741-50.
 11. Sriyaraj K, Priest N, Shutes B. Environmental factors influencing the prevalence of respiratory diseases and allergies among schoolchildren in Chiang Mai, Thailand. *Int J Environ Health Res*. 2008 Apr;18(2):129-48.
 12. Kennedy S, Stone A, Rachelefsky G. Factors associated with emergency department use in asthma: acute care interventions improving chronic disease outcomes. *Ann Allergy Asthma Im*. 2003;90(1):45-50.
 13. Sawangha S. The factors affecting symptom management behaviors of caregiver for asthmatic children at home [master's thesis]. Nakhon Pratom: Christian University; 2010. 105 p. (in Thai).
 14. Morawska A, Stelzer J, Burgess S. Parenting asthmatic children: identification of parenting challenges. *J Asthma*. 2008 Aug;45(6):465-72.
 15. Valerio M, Cabana MD, White DF, Heidmann DM, Brown RW, Bratton SL. Understanding of asthma management: Medicaid parents' perspectives. *Chest*. 2006 Mar;129(3):594-601.
 16. Santati S, Ratinthorn A, Christian B. Parent's Experiences in Asthma Attack Prevention: Struggling to Take Control. *Thai J Nurs Res*. 2003;7(3):186-98.
 17. Ruanglapanum W, Wichiencharoen K. Impacts of asthma disease on school-age asthmatic children and family. *J Nurs Sci*. 1999;27(2 Suppl 1):18-27. (in Thai).
 18. Sirimai P, Limwattananon C, Boonsawat W, Schommer J. Quality of care and outcomes in asthma management at Prachuap Khiri Khan Hospital [master's thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2010. 200 p. (in Thai).
 19. Hickey G, Kipping C. Issues in research. A multi-stage approach to the coding of data from open-ended questions. *Nurs Researcher*. 1996 Sep;4(1):81-91.

20. Jónassona G, Carlsenb KH, Mowinkelc P. Asthma drug adherence in a long term clinical trial. *Arch Dis Child*. 2000;83:330-33.
21. Cane R, Pao C, McKenzie S. Understanding childhood asthma in focus groups: perspectives from mothers of different ethnic backgrounds. *BMC Fam Pract*. 2001;2:4.
22. Deis JN, Spiro DM, Jenkins CA, Buckles TL, Arnold DH. Parental knowledge and use of preventive asthma care measures in two pediatric emergency departments. *J Asthma*. 2010 Jun;47(5):551-6.
23. Sun Y, Sundell J. Life style and home environment are associated with racial disparities of asthma and allergy in Northeast Texas children. *Sci Total Environ*. 2011 Sep 15;409(20):4229-34.
24. Nastos PT, Paliatsos AG, Anthracopoulos MB, Roma ES, Priftis KN. Outdoor particulate matter and childhood asthma admissions in Athens, Greece: a time-series study. *Environ Health*. 2010;9:45.
25. Butz A, Kub J, Donithan M, James NT, Thompson RE, Bellin M, et al. Influence of caregiver and provider communication on symptom days and medication use for inner-city children with asthma. *J Asthma*. 2010 May;47(4):478-85.
26. Mansour ME, Lanphear BP, DeWitt TG. Barriers to asthma care in urban children: parent perspectives. *Pediatrics*. 2000 Sep;106(3):512-9.
27. Stanford RH, Gilsenan AW, Ziemiecki R, Zhou X, Lincourt WR, Ortega H. Predictors of uncontrolled asthma in adult and pediatric patients: analysis of the Asthma Control Characteristics and Prevalence Survey Studies (ACCESS). *J Asthma*. 2010 Apr;47(3):257-62.
28. Morgan WJ, Crain EF, Gruchalla RS, O'Connor GT, Kattan M, Evans R, 3rd, et al. Results of a home-based environmental intervention among urban children with asthma. *N Engl J Med*. 2004 Sep 9;351(11):1068-80.
29. Stingone JA, Ramirez OF, Svensson K, Claudio L. Prevalence, demographics, and health outcomes of comorbid asthma and overweight in urban children. *J Asthma*. 2011 Nov;48(9):876-85.