บทความวิจัย

ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการในเด็กวัยเรียนโรคหืดของผู้ดูแลเด็ก

ลักษมี สารบรรณ* ศรีวภา ธรณสุนทร* ถนอม ชูงาน* สุพิศ ว่องไวรุด**

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการในเด็กวัยเรียนโรคหืดของผู้ดูแลเด็ก กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหืด ที่มารับการตรวจและรักษาที่คลินิกเด็ก-โรคปอดของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2554 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 197 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการ ซึ่งแบ่งเป็น ด้านสภาวะทางอารมณ์ และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ ครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ ผลลัพธ์การจัดการกับอาการด้านสภาวะทางอารมณ์ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เท่ากับ 0.91, 0.93, 0.87 และ 0.85 ตามลำดับ

ผลการวิจัย พบว่า ประสบการณ์อาการหายใจลำบากของเด็กวัยเรียนโรคหืด ใน 24 ชั่วโมง เฉลี่ยมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อยที่สุด (M = 2.32, S.D. = 1.97) วิธีการจัดการกับอาการหอบหืดของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก (M = 2.42, S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีการจัดการระดับมาก คือ ด้านการจัดการและการดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด (M = 2.55, S.D. = 0.38) ด้านการส่งเสริมสุขภาพของเด็กโรคหืด เพื่อให้เด็กมีการพัฒนาการตามปกติ และเหมาะสมตามอายุ (M = 2.50, S.D. = 0.41) และด้านการแสวงหาความรู้ และการยอมรับว่าโรคหอบหืดเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของเด็ก (M = 2.47, S.D. = 0.46) ส่วนด้านการป้องกันการเกิดอาการหอบหืดและผลข้างเคียงจากการใช้ยาป้องกันอาการหอบหืด หรือยาขยายหลอดลม อยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.16, S.D. = 0.49) ผลลัพธ์ด้านสภาวะอารมณ์ของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด อยู่ในระดับปานกลาง (M = 40.83, S.D. = 18.72) และด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับมาก (M = 17.45, S.D. = 1.03)

* พยาบาลชำนาญการ ฝ่ายบริการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

** ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลชำนาญงาน ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพ และระบบการให้ความรู้เชิงด้านการป้องกันอาการหอบหืด เพื่อส่งเสริมเด็กวัยเรียนโรคหืดมีคุณภาพชีวิตและสภาวะอารมณ์ที่ดี และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก; การจัดการกับอาการหอบหืด; ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ; ผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ความเป็นมาของปัญหา

โรคหืด (asthma) เป็นโรคที่พบบ่อยทั่วโลก ในช่วง 20-30 ปีที่ผ่านมา พบว่า มีผู้ป่วยประมาณ 300 ล้านคน (สุวัฒน์, 2551) โดยมีผู้ป่วยที่อาการรุนแรงเสียชีวิต 255,000 คน/ปี คาดว่าจะมีอัตราสูงขึ้นถึง 400 ล้านคนในปี 2025 (World Health Organization [WHO], 2009 อ้างตามสุรีรัตน์, 2553) สถิติของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี พ.ศ. 2552 (ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2552) พบว่า มีผู้ป่วยโรคหืด 2,347 ราย เป็นผู้ใหญ่ 1,158 ราย (ร้อยละ 49.34) เด็ก 1,189 ราย (ร้อยละ 50.66) แบ่งเป็นอายุ 1- 6 ปี 534 ราย อายุ 7 - 15 ปี 655 ราย ซึ่งในจำนวนผู้ป่วยเด็กเหล่านี้เป็นผู้ป่วยรายเก่าที่มารับการรักษาซ้ำ เฉลี่ย 3 ครั้ง (2 - 9 ครั้ง) ในรอบ 1 ปี โดยผู้ป่วยที่มาตรวจต้องเข้ารับการรักษาที่หน่วยฉุกเฉินเนื่องจากมีอาการหอบหืดรุนแรง จำนวน 236 ราย (ร้อยละ 19.85) เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 3.36)

แม้ว่าวิทยาการทางการแพทย์ในการรักษาโรคหืดจะมีความก้าวหน้าไปมาก และยาที่ใช้รักษามีประสิทธิภาพสูง แต่ยังพบว่า เด็กที่เป็นโรคหืดต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ต้องขาดเรียนเป็นจำนวนมาก ซึ่ง ดอนเนลลี่, ดอนเนลลี่ และทอง (Donnelly, Donnelly, & Thong, 1987) ให้ความเห็นว่า อาจเนื่องจากเด็กไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและรักษาที่ถูกต้อง บิดา มารดาไม่ได้ดูแลเด็กให้เป็นไปตามแผนการรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนถูกต้อง จากการศึกษาของ สุรีพร และสุกัลยา (2544) พบว่า แม้ผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหืดส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี แต่ยังมีการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องอยู่บ้าง เช่น การรับรู้ว่ายาพ่นสูดป้องกันมีอันตราย ผู้ดูแลจึงไม่กล้าพ่นยาให้เด็กทุกวัน และพบว่า บิดามารดามักกังวลว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือเด็กได้ทันท่วงทีขณะที่เด็กมีอาการจับหืด และจากการศึกษาของ รัตนาวดี และพัชรี (2547) พบว่า ความรู้ของบิดามารดาเกี่ยวกับโรคหืดอยู่ในระดับสูง แต่พบว่าหลายรายต้องการความช่วยเหลือ และคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา การดูแลเด็กเมื่ออาการหอบหืดกำเริบ

ประสบการณ์การดูแล หรือการจัดการเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กนั้น พบว่า บิดามารดามักเผชิญกับการที่ต้องตัดสินใจเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันของเด็ก เช่น การไปโรงเรียน การออกกำลังกาย เป็นต้น และบ่อยครั้งบิดามารดาสับสนไม่แน่ใจว่าควรทำอย่างไร ในประเทศสหรัฐอเมริกา สถาบันโรคหัวใจ ปอด และโลหิตแห่งชาติ (The National Heart Lung and Blood Institute) ได้จัดทำคู่มือการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด จากการศึกษาพบว่า บิดามารดาไม่ค่อยได้ปฏิบัติตามคู่มือดังกล่าว เมื่อเด็กมีอาการหอบหืดกำเริบ (Warman, Silver, McCourt, & Stein, 1999) และจากการศึกษาในกลุ่มมารดาเด็กเล็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด พบว่า ใช้เวลาส่วนใหญ่ไปในการปลอบโยนเด็ก การควบคุมอาการหอบหืดของเด็ก และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในการศึกษาเดียวกัน กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบิดาระบุว่างานที่ยากลำบาก คือ การควบคุมอาการหอบหืดของเด็ก (Svavarsdottir,

Mc Cubbin, & Kane, 2000)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคหอบหืดยังเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กวัยเรียน หากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม จะส่งผลให้เด็กมีอาการกำเริบ ทำให้เด็กขาดเรียน ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ บิดา มารดา หรือผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหืดจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแล จัดการกับอาการโรคหืดทั้งในเชิงป้องกัน และจัดการเมื่อเด็กมีอาการ รวมทั้งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น สำหรับโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ยังไม่มีข้อมูลในเรื่องนี้ ผู้วิจัยต้องการศึกษา วิธีการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ของบิดามารดา/ผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหืด เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนให้ความช่วยเหลือ แนะนำ และช่วยบรรเทาปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล และเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กวัยเรียนโรคหืด ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการในเด็กวัยเรียนโรคหืดของผู้ดูแลเด็ก

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการในเด็กวัยเรียนโรคหืดของผู้ดูแลเด็ก อยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดของ ดอด์ด และคณะ (Dodd, Facione, Faucett, Froelicher, Humhreys, & Lee et al., 2001) ร่วมกับการประมวลความรู้เกี่ยวกับอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคหืด โดยกรอบแนวคิดนี้มีองค์ประกอบสำคัญ คือ บุคคล ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย และสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยต่างๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อตัวแปรหลัก คือ 1) ประสบการณ์อาการ 2) การจัดการกับอาการ และ 3) ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลมีประสบการณ์อาการหายใจลำบาก ประกอบด้วย การรับรู้ระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก ในรอบ 1 สัปดาห์ รอบ 24 ชั่วโมงก่อนวันตรวจ และในวันที่มาตรวจ จะใช้วิธีการต่างๆ ในการจัดการกับอาการนั้นจนได้ผลเป็นที่น่าพอใจ ประกอบด้วย วิธีการป้องกันไม่ให้เกิดอาการหายใจลำบาก และวิธีการจัดการเมื่อมีอาการหายใจลำบาก การส่งเสริมสุขภาพ การแสวงหาความรู้และการยอมรับ ทำให้เกิดผลลัพธ์ตามมา ประกอบด้วย ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและสภาวะอารมณ์

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหืด ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์การจัดการกับอาการในเด็กวัยเรียนโรคหืดของผู้ดูแลเด็ก

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นเป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการเด็กวัยเรียนโรคหืดของผู้ดูแลเด็ก ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กวัยเรียนและเด็กวัยเรียนโรคหืด ที่มารับการตรวจและรักษาที่คลินิกเด็ก-โรคปอดของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม 2554 ในการศึกษาครั้งนี้ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้ร้อยละ 30 ของประชากร 655 คน ได้ขนาดตัวอย่าง 197 คู่ โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ 1) มีบุตร หรือเด็กในความดูแล อายุระหว่าง 7 - 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด มาไม่น้อยกว่า 1 ปี 2) เด็กวัยเรียนโรคหืดในความดูแลไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นที่มีผลต่อระบบหายใจ เช่น วัณโรค โรคหัวใจ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถาม 6 ชุด ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหืด เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 8 ข้อ

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหืด จำนวน 18 ข้อ

3. แบบประเมินประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การเกิดอาการ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินความรุนแรงของการเกิดอาการหายใจลำบากของ จุก (2549) โดยใช้กรอบแนวคิดในการจัดการกับอาการของ ดอด์ด และคณะ (Dodd et al., 2001) จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็นสองส่วน ส่วนที่หนึ่ง มี 6 ข้อ ประเมินโดยใช้ dyspnea numerical rating scale (0-10 คะแนน) การแปลผล แบ่งคะแนน อิงเกณฑ์ของการประเมิน 4 ระดับ ดังนี้

0.00-2.50 คะแนน = มีอาการหายใจลำบากรุนแรงน้อยที่สุด

2.51-5.00 คะแนน = มีอาการหายใจลำบากรุนแรงน้อย

5.01-7.50 คะแนน = มีอาการหายใจลำบากรุนแรงปานกลาง

7.51-10.00 คะแนน = มีอาการหายใจลำบากรุนแรงมาก

ส่วนที่สอง มี 2 ข้อ สอบถามจำนวนครั้งและช่วงเวลาของประสบการณ์อาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบาก

4. แบบสอบถามการจัดการกับอาการหายใจลำบาก ผู้วิจัยได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด ของ เสริมศรี (2548) จำนวน 54 ข้อ มี 4 ด้าน คือ 1) กิจกรรมในด้านการป้องกันการเกิดอาการหอบ และผลข้างเคียงจากการใช้ยาป้องกันอาการหอบหืด 18 ข้อ 2) กิจกรรมด้านการจัดการและการดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด 13 ข้อ 3) กิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพของเด็กโรคหืด เพื่อให้เด็กมีการพัฒนาการตามปกติและเหมาะสมตามอายุ 14 ข้อ 4) กิจกรรมด้านการแสวงหาความรู้ และการยอมรับว่าโรคหอบหืดเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของเด็ก 9 ข้อ แบ่งระดับคะแนนเป็น 4 ระดับ (0-3 คะแนน) การแปลผล แบ่งคะแนน อิงเกณฑ์ของการประเมิน 4 ระดับ ดังนี้

0.00-0.75 คะแนน = มีการจัดการระดับน้อยที่สุด

0.76-1.50 คะแนน = มีการจัดการระดับน้อย

1.51-2.25 คะแนน = มีการจัดการระดับปานกลาง

2.26-3.00 คะแนน = มีการจัดการระดับมาก

5. แบบสอบถามผลลัพธ์ของอาการด้านสภาวะอารมณ์ ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามสภาวะอารมณ์ของ จุก (2549) จำนวน 30 ข้อ แบ่งระดับคะแนนเป็น 5 ระดับ (0 - 4 คะแนน) คะแนนรวมมีค่าตั้งแต่ 0 - 120 คะแนน การแปลผล แบ่งคะแนน อิงเกณฑ์ของการประเมิน 4 ระดับ ดังนี้

0 - 30 คะแนน = มีสภาพด้านสภาวะอารมณ์ภาพรวมอยู่ในระดับดี

31 - 60 คะแนน = มีสภาพด้านสภาวะอารมณ์ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง

61- 90 คะแนน = มีสภาพด้านสภาวะอารมณ์ภาพรวมอยู่ในระดับที่ไม่ค่อยดี

91 -120 คะแนน = มีสภาพด้านสภาวะอารมณ์ภาพรวมอยู่ในระดับแย่ที่สุด

6. แบบสอบถามผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามผลลัพธ์ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน/การทำงานของ จุก (2549) จำนวน 9 ข้อ คะแนน 0 -1 คะแนน มี 2 ข้อ คะแนน 0 - 2 คะแนน มี 5 ข้อ คะแนน 0 - 3 คะแนน มี 2 ข้อ คะแนนรวม 18 คะแนน การแปลผล แบ่งช่วงคะแนน เป็น 4 ระดับ ตามเกณฑ์ของ สุทธิชัย (2544) ดังนี้

0 - 4 คะแนน = ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อยมาก

5 - 9 คะแนน = ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับน้อย

10 - 11 คะแนน = ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง

มากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน = ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับมาก

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ดัดแปลงไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คือ อาจารย์กุมารแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลเด็ก 1 ท่าน และพยาบาลชำนาญการพิเศษ 1 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มีคุณสมบัติเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลมาคำนวณหาความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของ ครอนบาค (Cronbarch's alpha coefficient) ของแบบสอบถามประสบการณ์อาการ ได้ค่าเท่ากับ 0.91 แบบสอบถามการจัดการกับอาการ ได้ค่าทั้งฉบับเท่ากับ 0.93 และรายด้านเท่ากับ 0.88, 0.85, 0.88 และ 0.85 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามผลลัพธ์ด้านสภาวะทางอารมณ์ ได้ค่าเท่ากับ 0.87 และ แบบสอบถามผลลัพธ์ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้ค่าเท่ากับ 0.85

การรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยฝึกการเก็บข้อมูลให้กับผู้ช่วยวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนบางส่วน และให้ข้อมูลกลุ่มตัวอย่างก่อนตอบแบบสอบถาม โดยผู้ช่วยวิจัยจะเก็บข้อมูลภายหลังการได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ตามลำดับขั้นตอนดังนี้ ผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมโครงการวิจัยในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังโดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกตอบข้อที่ตรงกับความคิดเห็นกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ข้อมูลบางส่วนได้จากการสังเกต เช่น อัตราการหายใจ และบางส่วนเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากเวชระเบียน เช่น การใช้ยา การวิเคราะห์ข้อมูลใช้ 3 โปรแกรม คือ Epidata Tinn-R และ R ซึ่งเป็นโปรแกรม Open-source โดยป้อนข้อมูลใช้ Epidata version 3.1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Tinn-R ร่วมกับ R version (Tinn-R 2.3.7.1 และ R 2.12.1) สถิติที่ใช้มีดังนี้ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

1. ผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหืด ร้อยละ 78.17 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.80 อายุมากกว่า 40 ปี (M = 40.88, S.D. = 7.39) ร้อยละ 87.82 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 86.29 สถานภาพการสมรส ร้อยละ 40.61 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ประมาณครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพที่ไม่เกี่ยวกับด้านสุขภาพ (ร้อยละ 50.25) และร้อยละ 78.68 รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหืด (N = 197)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี) (M = 40.88, S.D. = 7.39, min = 18, max = 73)	
ต่ำกว่า 30 ปี	15 (7.62)
31 – 40 ปี	11 (5.58)
41 – 50 ปี	87 (44.16)
มากกว่า 50 ปี	84 (42.64)
เพศ	
หญิง	154 (78.17)
ชาย	43 (21.83)
ศาสนา	
พุทธ	173 (87.82)
อิสลาม	22 (11.17)
คริสต์	2 (1.01)
ระดับการศึกษา	
ประถมศึกษา/ต่ำกว่า	42 (21.32)
มัธยมศึกษา	61 (30.96)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	14 (7.11)
ปริญญาตรีขึ้นไป	80 (40.61)
สถานภาพสมรส	
สมรส อยู่ด้วยกัน	170 (86.29)
สมรส ไม่อยู่ด้วยกัน	6 (3.05)
หย่า/หม้าย	12 (6.09)
โสด	9 (4.57)
อาชีพ	
แม่บ้าน /พ่อบ้าน	76 (38.58)
เกี่ยวกับด้านสุขภาพ	22 (11.17)
ไม่เกี่ยวกับด้านสุขภาพ	99 (50.25)
รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน	
ต่ำกว่า 10,000 บาท	42 (21.32)
10,000 - 25,000 บาท	82 (41.62)
25,001 - 40,000 บาท	39 (19.80)
40,001 - 55,000 บาท	17 (8.63)
มากกว่า 55,000 บาท	17 (8.63)

2. เด็กวัยเรียนโรคหืด ร้อยละ 53.30 อายุมากกว่า 10 – 15 ปี (M = 10.47, S.D. = 2.38) ร้อยละ 54.31 เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.84 ระยะเวลาเจ็บป่วย มากกว่า10 ปี (M = 6.18, S.D. = 3.12) ปัจจุบันร้อยละ 87.31 ใช้ยาเพื่อป้องกันอาการหอบหืด การควบคุมอาการกำเริบของโรคในระยะ 1- 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 75.13-77.66 ควบคุมอาการได้ดี (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วยด้วยโรคหืด การให้ความร่วมมือต่อการรักษา และการควบคุมอาการของโรค ในเด็กวัยเรียนโรคหืด (N = 197)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)
อายุ (ปี) (M = 10.47, S.D. = 2.38)	
7-10 ปี	92 (46.70)
มากกว่า 10-15 ปี	105 (53.30)
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (M = 6.18, S.D. = 3.12)	
น้อยกว่า 5 ปี	63 (31.98)
5 – 10 ปี	24 (12.18)
มากกว่า10 ปี	110 (55.84)
การมาตรวจตามนัด	
มาตามนัดทุกครั้ง ไม่เคยขาด	176 (89.34)
มาตามนัดไม่สม่ำเสมอ	21 (10.66)
การควบคุมอาการกำเริบของโรคในระยะ 6 เดือน	
ควบคุมอาการได้ดี	148 (75.13)
ควบคุมอาการได้ไม่ดี/บางส่วน	49 (24.87)
เพศ	
หญิง	90 (45.69)
ชาย	107 (54.31)
การใช้ยาในปัจจุบัน	
ใช้ยา	172 (87.31)
ไม่ได้ใช้ยา	25 (12.69)
การรับประทานยา/ใช้ยาป้องกันอาการหอบ	
รับประทานยาทุกวัน ไม่เคยขาด	91 (46.19)
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ/ไม่ใช้ยาเลย	106 (53.81)
การควบคุมอาการกำเริบของโรคในระยะ 1 เดือน	
ควบคุมอาการได้ดี	153 (77.66)
ควบคุมอาการได้ไม่ดี/บางส่วน	44 (22.34)

3. ประสบการณ์อาการและความรุนแรงของอาการหายใจลำบากของเด็กวัยเรียนโรคหืด พบว่า เด็กวัยเรียนโรคหืดมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/หายใจลำบาก มีความรุนแรงมากที่สุดอยู่ในระดับน้อยทั้งในรอบสัปดาห์ (M = 3.64, S.D. = 2.70) และรอบวันที่ผ่านมา (M = 3.05, S.D. = 2.68) และมีความรุนแรงเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ทั้งในขณะที่ตรวจ (M = 2.41, S.D. = 1.99) และเฉลี่ยในรอบวัน (M = 2.32, S.D. = 1.97) (ตาราง 3) ในช่วง 1 วันก่อนมาตรวจพบว่า ร้อยละ 81.22 ไม่มีอาการกำเริบของการหายใจเหนื่อยหอบ ร้อยละ 18.78 มีอาการกำเริบของการหายใจเหนื่อยหอบ ในกลุ่มที่มีอาการพบว่า ร้อยละ 70.27 มีอาการกำเริบมากที่สุดในช่วงเวลากลางคืน ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนมาตรวจพบว่า ร้อยละ 89.34 ไม่มีอาการกำเริบของการหายใจเหนื่อยหอบ (ตาราง 4)

ตาราง 3 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ประสบการณ์อาการและระดับความรุนแรงของอาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบากในเด็กวัยเรียนโรคหืด (N=197)

ประสบการณ์อาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบาก	Min-max	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	ระดับความรุนแรง
-อาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/หายใจลำบาก รุนแรงมากที่สุดในช่วง 1 สัปดาห์	0.50-10.00	3.64 (2.70)	น้อย
-อาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/หายใจลำบาก รุนแรงน้อยที่สุดในช่วง 1 สัปดาห์	0.50-10.00	2.59 (2.30)	น้อย
-อาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/หายใจลำบาก รุนแรงมากที่สุดในรอบวัน	0.50-9.50	3.05 (2.68)	น้อย
-อาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/หายใจลำบาก รุนแรงน้อยที่สุดในรอบวัน	0.50-10.00	2.37 (2.40)	น้อยที่สุด
-อาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/หายใจลำบากขณะตรวจ	0.50-9.00	2.41 (1.99)	น้อยที่สุด
-อาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/หายใจลำบาก รุนแรงเฉลี่ยในรอบวัน	0.50-9.00	2.32 (1.97)	น้อยที่สุด

ตาราง 4 ร้อยละ และช่วงเวลาของประสบการณ์อาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบากในเด็กวัยเรียนโรคหืด (N=197)

ประสบการณ์อาการเหนื่อยหอบ/หายใจลำบาก	จำนวน (ร้อยละ)
-การกำเริบของการหายใจเหนื่อยหอบในช่วง 1 วันก่อนมาตรวจ	
ไม่มีอาการ	160 (81.22)
มีอาการ	37 (18.78)
-การกำเริบของการหายใจเหนื่อยหอบในช่วง 1 สัปดาห์	
ไม่มีอาการ/มีอาการ 1 ครั้ง	176 (89.34)
มีอาการ 2-5 ครั้ง	17 (8.63)
มีอาการ 6-7 ครั้ง	4 (2.03)

ประสบการณ์อาการเหนื่อยหอบ หายใจลำบาก	จำนวน (ร้อยละ)
-ช่วงเวลาที่อาการหายใจเหนื่อยหอบรุนแรงที่สุด ในกลุ่มที่มีอาการ (N = 37)	
เช้า	3 (8.11)
เที่ยง	3 (8.11)
เย็น	5 (13.51)
กลางคืน	26 (70.27)

4. วิธีการจัดการกับอาการหอบหืดของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด โดยภาพรวมมีวิธีการจัดการอยู่ในระดับมาก (M = 2.41, S.D. = 0.40) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีการจัดการในระดับมากตามลำดับคือ การจัดการและการดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด (M = 2.55, S.D. = 0.38) ด้านการส่งเสริมสุขภาพของเด็กโรคหืด เพื่อให้เด็กมีการพัฒนาการตามปกติและเหมาะสมตามอายุ (M = 2.50, S.D. = 0.41) และด้านการแสวงหาความรู้ และการยอมรับว่าโรคหอบหืดเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของเด็ก (M = 2.47, S.D. = 0.46) ส่วนด้านการป้องกันการเกิดอาการหอบหืด และผลข้างเคียงจากการใช้ยาป้องกันอาการหอบหืดหรือยาขยายหลอดลมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.16, S.D. = 0.49) (ตาราง 5)

ตาราง 5 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับการจัดการของวิธีการจัดการกับอาการหอบหืดของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด แยกรายด้านและโดยรวม (N = 197)

วิธีการจัดการกับอาการหอบหืดของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด	ค่าเฉลี่ย (S.D.)	ระดับการจัดการ
1. ด้านการจัดการและการดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบ	2.55 (0.38)	มาก
2. ด้านการส่งเสริมสุขภาพของเด็กโรคหืด เพื่อให้เด็กมีการพัฒนาการตามปกติและเหมาะสมตามอายุ	2.50 (0.41)	มาก
3. ด้านการแสวงหาความรู้ และการยอมรับว่าโรคหอบหืดเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของเด็ก	2.47 (0.46)	มาก
4. ด้านการป้องกันการเกิดอาการหอบ และผลข้างเคียงจากการใช้ยาป้องกันอาการหอบหรือยาขยายหลอดลม	2.16 (0.49)	ปานกลาง
โดยรวม	2.41 (0.40)	มาก

5. ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ พบว่าผลลัพธ์ด้านสภาวะอารมณ์ของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดมีสภาวะอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (M = 40.83, S.D. = 18.72) และด้านความสามารถทำกิจวัตรประจำวัน อยู่ในระดับมาก (M = 17.45, S.D. = 1.03) (ตาราง 6)

ตาราง 6 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ โดยรวม (N = 197)

ผลลัพธ์ของการจัดการ	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย (S.D.)	ระดับการจัดการ
	แบบสอบถาม	กลุ่มตัวอย่าง		
- ด้านสภาวะอารมณ์	0-120	0-99	40.83 (18.72)	ปานกลาง
- ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	0-18	0-18	17.45 (1.03)	มาก

วิจารณ์

ประสบการณ์อาการหายใจลำบากของเด็กวัยเรียนโรคหืดพบว่า ค่าเฉลี่ยสูงสุดของประสบการณ์อาการเด็กวัยเรียนโรคหืดมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ/หายใจไม่อิ่ม/หายใจลำบากมีความรุนแรงอยู่ในระดับน้อย ทั้งในรอบสัปดาห์และรอบวันที่ผ่านมา และมีความรุนแรงเฉลี่ยอยู่ในระดับน้อยที่สุด ทั้งในขณะที่ตรวจ และเฉลี่ยในรอบวัน ดังตาราง 3 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มาตรวจตามนัด สามารถควบคุมโรคได้ดีในระยะ 1 เดือนก่อนมาตรวจ ร้อยละ 77.66 (ตาราง 2) ในช่วง 1 วันก่อนมาตรวจ

พบว่า ร้อยละ 81.22 ไม่มีอาการกำเริบของการหายใจเหนื่อยหอบ ร้อยละ 18.78 มีอาการกำเริบของการหายใจเหนื่อยหอบ ในกลุ่มที่มีอาการพบว่า ร้อยละ 70.27 มีอาการกำเริบในช่วงเวลากลางคืน ในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนมาตรวจ พบว่า ร้อยละ 89.34 ไม่มีอาการกำเริบของการหายใจเหนื่อยหอบ (ตาราง 4) สำหรับผู้ที่มีอาการรุนแรงจะเข้าตรวจที่หน่วยฉุกเฉิน

วิธีการจัดการกับอาการหอบหืดของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหืด การจัดการโดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีการจัดการระดับมากเกือบทุกด้าน ตามลำดับคือ ด้านการจัดการและการดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบหืด และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหืดสามารถปฏิบัติได้ในระดับมากเกือบทุกรายการ อันดับแรกคือ การนำเด็กมาพบแพทย์ทันทีที่พบว่าเด็กมีอาการหอบรุนแรง หายใจลำบาก หน้าอกบุ๋ม เขียว (M = 2.88, S.D. = 0.38) สอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนาวดี และพัชรี (2547) พบว่าเมื่อเด็กจับหืด บิดามารดาจะรีบนำเด็กไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหรือคลินิกเป็นอันดับแรก ร้อยละ 67.10 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบิดามารดาเห็นว่า เด็กมีอาการรุนแรงประกอบกับความกลัวเด็กจะเสียชีวิตจึงรีบนำไปพบแพทย์ อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคหืดช่วยดูแลเด็กอีกหลายอย่างเช่น การดูแลให้เด็กได้รับยาที่ใช้ป้องกันหรือรักษาอาการหอบได้อย่างถูกต้อง ทั้งชนิด วิธี ขนาด และระยะเวลาตามแผนการรักษาของแพทย์ (M = 2.77, S.D. = 0.44) การดูแลให้เด็กได้รับประทานยาหรือพ่นยาขยายหลอดลมทันทีตามแผนการรักษาของแพทย์ เมื่อเด็กมีอาการเตือนก่อนหอบ เช่น ไอติดๆ กัน หายใจเร็ว แน่นหน้าอก (M = 2.75, S.D. = 0.51) รวมทั้งการจัดท่าให้เด็กหายใจได้สะดวก เมื่อเด็กมีอาการหอบ เช่น นอนศีรษะสูง โน้มตัวไปข้างหน้าหรืออุ้มพาดไหล่ (M = 2.35, S.D. = 0.77) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า บิดามารดาอุ้มหรือจัดท่านั่งให้เด็กหายใจสะดวก ร้อยละ 13.40 (รัตนาวดี และพัชรี, 2547) และมารดาใช้เวลาอย่างมากในการอุ้มปลอบโยนเด็กเพื่อช่วยควบคุมอาการหืด (Svavarsdottir et al., 2000) ส่วนกิจกรรมที่ได้คะแนนน้อยที่สุด คือ การใช้วิธีการที่ทำให้เด็กรู้สึกผ่อนคลาย เช่น ทำสมาธิ สวดมนต์ ไหว้พระ เพื่อทำให้จิตใจสงบได้ คะแนนระดับน้อย (M = 1.36, S.D. = 0.85) อาจเนื่องมาจากช่วงเวลาที่อาการกำเริบมากที่สุด คือ กลางคืน ร้อยละ 70.27 เช่นเดียวกับการศึกษาของ รัตนาวดี และพัชรี (2547) เกิดขณะเด็กหลับต้องตื่นขึ้นมา เด็กมักมีอาการร้องไห้มากร่วมด้วย ทำให้บิดามารดาตื่นตกใจ กลัวบุตรจะเสียชีวิตเพราะหายใจไม่ออก จึงช่วยเหลือด้านอื่นก่อน ไม่มีเวลาทำสมาธิ สวดมนต์ และไหว้พระ

การจัดการกับอาการด้านการส่งเสริมสุขภาพของเด็กโรคหืด เพื่อให้เด็กมีการพัฒนาการตามปกติและเหมาะสมตามอายุ อยู่ในระดับมาก รองลงมา เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้ดูแลเด็กโรคหืดปฏิบัติได้ในระดับมากที่สุดคือ การดูแลให้เด็กได้อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง (M = 2.87, S.D. = 0.46) รองลงมา คือ การส่งเสริมให้เด็กทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองและเหมาะสมกับอายุ เช่น แปรงฟัน แต่งตัว ทำงานบ้าน เป็นต้น (M = 2.77, S.D. = 0.51) ส่วนการจัดการกับอาการด้านการแสวงหาความรู้และการยอมรับว่าโรคหอบหืดเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตของเด็กอยู่ในระดับมาก รองลงมา เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อที่ผู้ดูแลเด็กโรคหืดปฏิบัติได้ในระดับมากที่สุดคือ การดูแลให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง (M = 2.85, S.D. = 0.38) รองลงมาคือ การพยายามหาทางป้องกันเพื่อไม่ให้เด็กเกิดอาการหอบถึงแม้ว่าโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลา (M = 2.71, S.D. = 0.49) และความสามารถนำคำแนะนำจากแพทย์หรือพยาบาล ไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง (M = 2.61, S.D. = 0.56) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก 1) ผู้ดูแลเด็กโรคหืดส่วนใหญ่เป็นผู้มีความรู้ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 78.68 และเป็นผู้มี

เศรษฐานะดี รายได้มากกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 78.68 เด็กป่วยมาแล้วเฉลี่ย 6.18 ปี (ตาราง 1- 2) จึงสามารถเรียนรู้ได้ดี ดังการศึกษาของ รัตนาวดี และพัชรี (2547) พบว่า บิดามารดาสามารถเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหืดได้จากคำแนะนำของแพทย์ ร้อยละ 89.69 พยาบาล ร้อยละ 78.35 จากสื่ออื่นๆ ได้แก่ โทรทัศน์ ร้อยละ 43.29 นิตยสารเกี่ยวกับสุขภาพ ร้อยละ 37.11 และหนังสือตำรา ร้อยละ 32.90 และ 2) การจัดระบบบริการคลินิกเด็ก-โรคปอดของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีการจัดระบบแบบครบวงจร โดยมีแพทย์เป็นผู้ตรวจรักษาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค พยาบาลดูแลให้การพยาบาลตามแผนการรักษา ให้ข้อมูลและแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยและญาติ เจ้าหน้าที่หน่วยระบบทางเดินหายใจดูแลเรื่องเทคนิคการบริหารยาของผู้ป่วย และมีการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น ทดสอบภูมิแพ้ ทดสอบสมรรถภาพปอด ผู้ปฏิบัติการพยาบาล/พนักงานช่วยการพยาบาล มีหน้าที่ซักประวัติและช่วยประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วย บันทึกข้อมูลการซักประวัติ และค่าสัญญาณชีพไว้ในคอมพิวเตอร์ ทำให้ผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มารับการตรวจและเข้ารับการรักษาที่คลินิกเด็ก-โรคปอดของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ได้รับข้อมูลและสามารถนำไปจัดการและการดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบได้เป็นอย่างดี

ส่วนการจัดการกับอาการด้านการป้องกันการเกิดอาการหอบหืด และผลข้างเคียงจากการใช้ยาป้องกันอาการหอบหืดหรือยาขยายหลอดลมอยู่ระดับปานกลาง (M = 2.16, S.D. = 0.49) ซึ่งน้อยกว่าการจัดการด้านอื่นๆ ข้างต้น เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ข้อที่ผู้ดูแลเด็กโรคหืดปฏิบัติได้ในระดับมากที่สุดคือ การดูแลให้เด็กได้มาตรวจตามนัดถึงแม้จะไม่มีอาการหอบ (M = 2.78, S.D. = 0.54) รองลงมาคือ ดูแลให้เด็กสวมเสื้อผ้าอบอุ่นเมื่ออากาศเย็น ฝนตกหรือเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีอากาศเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว (M = 2.47, S.D. = 0.69) และสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นหลังจากที่เด็กได้ยาขยายหลอดลม ได้แก่ ใจสั่น คลื่นไส้ อาเจียน กระวนกระวาย (M = 2.47, S.D. = 0.76) ส่วนกิจกรรมที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ ทำความสะอาดเครื่องนอนของเด็กโดยการแช่ในน้ำร้อนที่มีอุณหภูมิสูงกว่า 60 องศาเซลเซียส อย่างน้อย 30 นาที ก่อนนำไปซักตามปกติ (M = 1.13, S.D. = 0.89) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ ลักษมี, วันดี และจันทิรา (2547) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ให้ความสำคัญกับการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมากกว่าการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง โดยเฉพาะเรื่อง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและการจัดสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการดูแลเด็กกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันอาการกำเริบ

ผลลัพธ์การจัดการกับอาการ พบว่า ผลลัพธ์ด้านอารมณ์จิตใจของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดมีสภาวะอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง (M = 40.83, S.D. = 18.72) (ตาราง 6) แม้ว่าผู้ดูแลเด็กสามารถจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพของเด็กโรคหืด เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการตามปกติและเหมาะสมตามอายุได้ในระดับมาก แต่ยังพบว่า บางคนไม่สามารถปล่อยให้เด็กเล่นหรือทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ เพราะบางครั้งเด็กอาจเหนื่อยกว่าเด็กปกติ อาจทำให้เด็กมีความเครียดได้ นอกจากนั้นแล้วยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กวัยเรียนโรคหืดเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นานเฉลี่ย 6.18 ปี (S.D. = 3.12) ร้อยละ 55.84 เจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ปัจจุบันใช้ยาเพื่อป้องกันอาการหอบ ร้อยละ 87.31 มีอาการไม่แน่นอน บางครั้งมีอาการกำเริบต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน/ต้องเข้ารับการรักษาตัวอยู่โรงพยาบาล หรือมีอาการกำเริบช่วงเวลากลางคืน (ตาราง 4) ต้องตื่นจากการนอน ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้อารมณ์ไม่ดีได้

ผลลัพธ์ด้านความสามารถทำกิจวัตรประจำวันโดยรวม อยู่ในระดับมาก (M = 17.45, S.D. = 1.03) (ตาราง 6) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง

เป็นเด็กวัยเรียน การควบคุมอาการกำเริบของโรคในระยะ 1 – 6 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ควบคุมอาการได้ดี ร้อยละ 75.13 –77.66 เนื่องจากผู้ดูแลเด็กสามารถจัดการด้านส่งเสริมสุขภาพของเด็กโรคหืด เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการตามปกติและเหมาะสมตามอายุได้ในระดับมาก (M = 2.50, S.D. = 0.41) จึงทำให้เด็กสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ เช่น การเดิน การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะ การอาบน้ำ/การเช็ดตัวด้วยตนเอง และสุขวิทยาส่วนบุคคล

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงว่า ผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหืด สามารถจัดการกับอาการหอบหืดของเด็กโรคหืดได้ดีเมื่อเด็กป่วยมากกว่าการป้องกันหรือส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ดังนั้นสถานบริการพัฒนาระบบการให้ความรู้ด้านการป้องกันการเกิดอาการหอบ และผลข้างเคียงจากการใช้ยาป้องกันอาการหอบหรือยาขยายหลอดลม เช่น การดูแลให้เด็กได้มาตรวจตามนัดถึงแม้จะไม่มีอาการหอบ ดูแลให้เด็กสวมเสื้อผ้าอบอุ่นเมื่ออากาศเย็น ฝนตก หรือเมื่ออยู่ในสถานที่ที่มีอากาศเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นหลังจากที่เด็กได้ยาขยายหลอดลม และการทำความสะอาดเครื่องนอนของเด็กโดยการแช่ในน้ำร้อนที่มีอุณหภูมิสูงกว่า 60 องศาเซลเซียส นานอย่างน้อย 30 นาที ก่อนนำไปซักตามปกติ เป็นต้น เพื่อส่งเสริมเด็กวัยเรียนโรคหืดมีคุณภาพชีวิตและสภาวะอารมณ์ที่ดี และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเรื่อง 1) เปรียบเทียบรูปแบบการจัดการของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหืดในกลุ่มที่ควบคุมอาการได้ดี กับกลุ่มที่ควบคุมอาการได้ไม่ดี 2) วิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดให้ความร่วมมือในการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัดของการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ดูแลและเด็กวัยเรียนโรคหืดที่มาใช้บริการที่คลินิกเด็กหน่วยผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อาจมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปใช้อ้างอิงประชากรผู้ดูแลและเด็กวัยเรียนโรคหืดทั้งหมด

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้คณะผู้วิจัยขอขอบคุณฝ่ายบริการพยาบาลที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการจัดการประสานงานกับผู้ทรงคุณวุฒิ ขอขอบคุณ พญ. ภาสุรี แสงศุภวานิช และ ผศ.ดร.ขนิษฐา นาคะ ที่ปรึกษาโครงการวิจัย ขอขอบคุณ ผศ.นพ. สมชาย สุนทรโลหะนะกูล ผศ.ดร.เกศรา เสนงาม และ คุณวัชรีย์ แสงมณี ที่กรุณาช่วยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกเด็กทุกท่านที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหืดและผู้ดูแลที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งคณะแพทยศาสตร์ที่ให้ทุนสนับสนุนในการวิจัย

บรรณานุกรม

จุก สุวรรโณ. (2549). *การศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการและผลลัพธ์ในผู้ป่วยโรคปอดอุดตันเรื้อรัง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ. (2552). *สถิติผู้ป่วยโรคหืด.* สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

รัตนาวดี ชอนตะวัน, และพัชรี วรกิจพูลผล. (2547). โรคหอบหืดในเด็ก: ความรู้ ความต้องการประสบการณ์การดูแลของบิดามารดา. *พยาบาลสาร, 31*(3), 16-28.

ลักษมี สารบรรณ, วันดี ชุณหวิกสิต, และจันทิรา ชีวะอิสระกุล. (2547). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. *สงขลานครินทร์เวชสาร, 22*(1), 37-46.

สุรีพร แซ่เฮง, และสุกัลยา คุณกิตติ. (2544). *รายงานการวิจัย เรื่อง การรับรู้และพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหอบหืดวัยก่อนเรียน.* ขอนแก่น: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุรีรัตน์ ถามะพันธ์. (2553). *ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในโรงพยาบาลพนา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์.

เสริมศรี สันคติ. (2548). *รูปแบบจำลองการวิเคราะห์เชิงสาเหตุของผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืด: การทดลองเชิงประจักษ์ในผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืด.* วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

Dodd, M. J. S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humhreys, J., & Lee, K., et al. (2001). Nursing theory and concept development or analysis: Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing, 33*(5), 668-676.

Donnelly, J. E., Donnelly, W. J., & Thong, Y. H. (1987). Parental perceptions and attitudes toward asthma and its treatment: A controlled study. *Social Science & Medicine, 24*(5), 431–437.

Svavarsdottir, E. K., Mc Cubbin, M. A., & Kane, J. H. (2000). Well–Being of parents of young children with asthma. *Research in Nursing & Health, 23*, 346-358.

Warman, K. L., Silver, E. J., McCourt, M. P., & Stein, R. E. (1999). How does home management of asthma exacerbations by parents of inner-city children differ from NHLBI guideline recommendations? *Pediatrics, 103*(2), 422-427.

Dyspnea Experience, Symptom Management and Outcomes Among Caregivers of School – Age Asthmatic Children

Laksamee Saraban* Srivapa Thoranasonton* Thanom Chu-ngan* Supit Wongwirud**

Abstract

The purpose of this descriptive research was to describe dyspnea experience, asthma symptom management and outcomes among caregivers of the school-age asthmatic children. Purposive sampling was used to select 197 caregivers of the school-age asthmatic children who came to visit at the Pediatric Chest Outpatient Clinic in Songklanagarind Hospital between August to December, 2011. The data were collected using four questionnaires: 1) Dyspnea Experience, 2) Asthma Symptom Management, 3) Emotional Outcome, and 4) Activity of Daily Living Outcome. The questionnaires were evaluated for content validity with three experts and tested for reliability yielding Cronbarch's alpha coefficients of questionnaires 1-4 equal to 0.91, 0.93, 0.87, and 0.85, respectively.

The results showed that experience of dyspnea severity over the past 24 hours was at the lowest level (M = 2.32, S.D. = 1.97). The overall asthma symptom management among caregivers was at a high level (M = 2.42, S.D. = 0.40). Most dimensions of asthma symptom management were at a high level such as treatment and care when the child had asthmatic attack (M = 2.55, S.D. = 0.38), growth and developmental promotion (M = 2.50, S.D. = 0.4), and knowledge seeking and acceptance of asthma as a part of the child' s life (M = 2.47, S.D. = 0.46). Only one dimension, prevention of asthmatic attack and side effects of medicine or bronchodilator, was at a moderate level (M = 2.16, S.D. = 0.49). The emotional outcome was at a moderate level (M = 40.83, S.D. = 18.72). The activity of daily living outcome was at a high level (M = 17.45, S.D. = 1.03). The findings of this study will be useful for health care providers to enhance health promo-

* Registered Nurse, Nursing Department, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Songkhla Province.

** Practical Nurse, Pediatric Department, Faculty of Medicine, Prince of Songkla University, Songkhla Province.

tion and provide asthmatic symptom management knowledge in order to promote better quality of life, emotion, and activity of school-age asthmatic children.

Keywords: Dyspnea Experience; Asthmatic Symptom Management and Outcomes; Caregivers; School-Age Children