

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาหารของพ่อแม่ผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน



Christian University of Thailand

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน

พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

.....
นางสุวิวรรณ แสงหา

ผู้วิจัย



.....
อาจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์

พย.บ., วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)

ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)

ประธานกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

Christian University of Thailand

.....
อาจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน

วท.บ. (พยาบาล)

วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์), Ph.D.(Nursing)

กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้

วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)

วท.ม. (พยาบาลศาสตร์), Ph.D. (Health Science)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาชีระนันท์

วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.

ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร

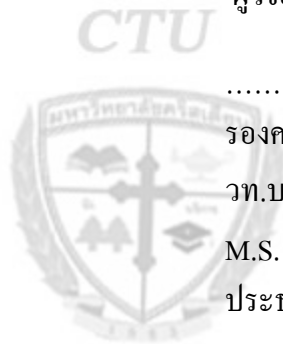
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน
ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
วันที่ 3 กรกฎาคม พ.ศ. 2553

.....
นางสุวิวรรณ แสงหา
ผู้วิจัย



.....
รองศาสตราจารย์ อารีนา ภาณุโสภณ
วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)
M.S. (Maternity and Child Health)
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

Christian University of Thailand

.....
อาจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์
พย.บ., วท.ม. (พยาบาลศาสตร์)
ส.ด. (การพยาบาลสาธารณสุข)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
อาจารย์ ดร.ฉันทจิตร โพธิศัพท์สุข
วท.บ. (พยาบาลสาธารณสุข)
วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)
ส.ด. (บริหารสาธารณสุข)
กรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศากุล ช่างไม้
วท.บ. (พยาบาลและผดุงครรภ์)
วท.ม.(พยาบาลศาสตร์), Ph.D. (Health Science)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

.....
รองศาสตราจารย์ สมพันธ์ หิญาชีระนันท์
วท.บ. (พยาบาล) เกียรตินิยม, M.S.
ประธานกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยผู้วิจัยได้รับความกรุณาจาก อาจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์ อาจารย์ ดร.สุพัฒนา คำสอน คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ อารีนา ภาณุโสภณ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ชื่นจิตร โพธิ์ศัพท์สุข ผู้ทรงคุณวุฒิรายวิชาวิทยานิพนธ์ ที่ได้ให้คำปรึกษา เสนอแนะและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยดีตลอดมา รวมทั้งให้กำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณในความกรุณาของท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์หญิง สุนันทา จินดารัตน์ อาจารย์สุภาพร เขยชิด และ คุณอัมพา กิตติอุดมเดช พยาบาลผู้ปฏิบัติกรขั้นสูงโรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์พนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือสำหรับการวิจัยในครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี ที่อนุญาตให้ทดลองเก็บข้อมูลเพื่อทดสอบการใช้เครื่องมือก่อนการเก็บข้อมูลจริง

ขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลด่านช้างและผู้อำนวยการ โรงพยาบาลอุ้มถ้อง ที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลในพื้นที่และคุณสิริเกศ ชื่นนิตกุล หัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลอุ้มถ้อง ที่ให้การสนับสนุนส่งเสริมและเป็นแรงใจในการศึกษาครั้งนี้ และที่สำคัญขอขอบคุณญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามทุกท่าน และผู้ที่มีส่วนส่งเสริมในการทำวิจัยในครั้งนี้

512016 : สาขาวิชา:การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, พย.ม.(การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ : พฤติกรรมการจัดการอาการ /โรคหืด

ผู้วิจัย: สุวีรรณ แสงหา: ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน (The Factors Affecting Symptom Management Behaviors of Caregiver for Asthmatic Children at Home) คณะกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ พันเอกหญิง ดร.นงพิมล นิมิตรอนันท์, อาจารย์ ดร.สุพัฒน์ คำสอน, Ph.D., 105 หน้า

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล การจัดการอาการหอบของผู้ดูแลที่บ้านที่ดี สามารถช่วยลดความรุนแรงของการเกิดอาการหอบ การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการอาการ (Symptom management model) ของ ดอร์ด และคณะ (Dodd, et.al., 2001) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2553 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคหืด (Asthma) อายุ 2 - 6 ปี จำนวน 130 ราย คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ ธอร์นไคค์ (Thronldike) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นอาการหอบ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ประสิทธิภาพอาการ ผลการบำบัดอาการ และพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติ Chi - square สถิติ Eta และการวิเคราะห์สถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล ได้แก่ ประสิทธิภาพอาการ สิ่งกระตุ้นชนิดฝุ่นละออง และจำนวนสิ่งกระตุ้นอาการ ส่วนอายุของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลที่บ้านได้แก่ ประสิทธิภาพอาการ สิ่งกระตุ้นอาการหอบ(ฝุ่นละออง) อายุของผู้ดูแล และจำนวนสิ่งกระตุ้นอาการหอบ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการจัดการกับอาการหอบของผู้ดูแลที่บ้าน ได้ร้อยละ 37 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผู้วิจัยเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนควรมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างศักยภาพของญาติผู้ดูแล เพื่อให้สามารถจัดการกับอาการจับหืดของผู้ป่วยเด็กที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งของเด็กป่วยและญาติผู้ดูแล

512016 MAJOR : Community Nurse Practitioner; M.N.S. (C.N.P.)

KEY WORDS : SYMPTOM MANAGEMENT BEHAVIOR /ASTHMA

Sureewan Sawaengha : The Factors Affecting Symptom Management Behaviors of Caregiver for Asthmatic Children at Home. Thesis Advisors: Col. Dr. Nongpimol Nimit - arnun, Ph.D., Dr. Supatana Chomson, Ph.D., 105 pages.

Asthma is a chronic disease affecting both children and caregiver. Symptom management of caregiver at home is important. It can decrease asthmatic attack. This research was a predictive correlational research. The purpose of this study was to study the symptom management behaviors of caregiver for asthmatic children at home, and subjective norms factors affecting symptom management behaviors of caregiver for asthmatic children at home in Suphanburi province. The model of symptom management developed by Dodd, et al. (2001) was applied as the conceptual frame of the study. Data collection was conducted from January to February 2010. The samples were purposively selected and composed of 130 caregivers for children aged 2-6 years calculated by Thorndike. The data collecting instrument was questionnaire regarding symptom management, symptom experience, symptom outcome (QoL), personal, social (relationship), environment and health/illness (irritant of asthmatic attack). The data were analyzed by using means, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient, Chi-square, Eta, and the stepwise multiple regression.

The result showed that the management behaviors of caregiver were at the medium level, symptom experience, were positively related, age of caregiver and quality of life of children were negatively related to symptom management behaviors of caregiver for asthmatic children at home and to irritant of asthmatic attack, and number of irritant were related to symptom management behaviors of caregiver for asthmatic children at home with statistically significant level of 0.05 and symptom experience, age of caregiver, and irritant of asthmatic attack could jointly predict symptom management behaviors of caregiver for asthmatic children at home at 37 percent with statistically significant level of 0.05 ($R^2 = .37, p < 0.05$)

The research suggested that community nurse practitioners must empower caregivers about symptoms management behaviors for Asthmatic children at home.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพประกอบ	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามของการวิจัย.....	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
สมมติฐานของการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิดของการวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามตัวแปร.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
โรคหัดในเด็ก.....	10
บทบาทของผู้ดูแล.....	15
แนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการและงานวิจัย.....	20
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	36
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	38
การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	43
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	44
การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	46

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย.....	48
บทที่ 5 อภิปรายผล.....	65
บทที่ 6 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัย.....	76
ข้อเสนอแนะ.....	78
บรรณานุกรม.....	79
ภาคผนวก	
ก	87
ข	89
ค	91
ง	99
ประวัติผู้วิจัย.....	104

Christian University of Thailand

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1	จำนวนและร้อยละ จำแนกตามอายุเด็ก อายุของผู้ดูแล ระดับการศึกษาของผู้ดูแล..... 49
2	จำนวนและร้อยละ ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ..... 50
3	จำนวนและร้อยละของจำนวนสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ..... 51
4	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กโรคหืด..... 51
5	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับการประเมินประสพการณ์อาการ ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก..... 52
6	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ของผู้ป่วยเด็กโรคหืด..... 54
7	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ด้านการประเมินอาการขณะที่เด็กมีอาการหอบ..... 55
8	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเกี่ยวกับ พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กด้านการปรับการหายใจ..... 55
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเกี่ยวกับ พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กด้านกิจกรรมและอารมณ์ 56
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเกี่ยวกับ พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กด้านการดูแลรักษา..... 57
11	ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน..... 58
12	ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ชนิดของสิ่งกระตุ้นอาการหอบกับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล..... 59
13	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างอายุเด็ก อายุของผู้ดูแล จำนวนสิ่งกระตุ้นอาการหอบสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ประสพการณ์อาการ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล..... 60
14	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน..... 61

สารบัญภาพประกอบ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2	แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ Dodd, et al., 2001.....	21



Christian University of Thailand

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เกิดจากการตอบสนองของหลอดลมต่อสิ่งกระตุ้น จากสิ่งแวดล้อมที่มากกว่าปกติ หลังการสัมผัสกับสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้เฉียบพลัน หลอดลมเกิดการอักเสบ บวม ตีบและหดเกร็งตัว มีการสร้างเสมหะมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหอบ ไอ มีเสมหะ หายใจลำบากมีเสียงดังวี๊ด ๆ ซึ่งเกิดจากแรงอัดของอากาศเมื่อผ่านทางเดินอากาศที่บวมและอุดตันในส่วนต่าง ๆ ของปอด ลักษณะของอาการอาจเกิดขึ้นแบบเป็น ๆ หาย ๆ และเรื้อรัง ซึ่งพบได้ทุกวัยและมีแนวโน้มสูงขึ้น การสำรวจข้อมูลขององค์การอนามัยโลกในประเทศตะวันตกพบว่า มีผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มมากขึ้นทั่วโลกมีประมาณ 300 ล้านคน เสียชีวิต 255,000 คนต่อปี สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจ ของสมาคมโรคหืดของประเทศไทย พบผู้ป่วยเป็นโรคหืดประมาณ 4 ล้านคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิต ปีละประมาณ 1,000 คน ส่วนการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหืดเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี พ.ศ. 2538 ถึงปี พ.ศ.2545 เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่า ทำให้มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคหืดเพิ่มขึ้น และคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคหืด ที่มีอาการหอบรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินไม่ต่ำกว่าปีละ 1 ล้านคน ซึ่งการศึกษาของ ไพศาล เลิศฤดีพรและมุกดา หวังวีรวงศ์ (2541: 14) พบว่าโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากที่สุดในเด็กโดยตรวจพบได้ตั้งแต่อายุ 2 - 5 ปี และมากกว่าร้อยละ 80 มีอาการเกิดขึ้นครั้งแรกใน อายุ 5 ปี จากการศึกษาของพอลโล (Paulo, et al.,1999: 780) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอัตราการมารับบริการที่ห้องฉุกเฉินสูงสุด คือ เด็กที่มีอายุอยู่ในช่วง 1-4 ปี

ผลของการเกิดอาการหอบ จะรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมถึงการพักผ่อนของผู้ป่วย จากลักษณะของโรคที่เรื้อรังและมีโอกาสที่อาการจะกำเริบ ได้ตลอดเวลา เมื่อร่างกายได้รับสิ่งกระตุ้น (GINA, 2008:5) ซึ่งการศึกษาของ ยุกต สุขสะอาด (2541: 33 - 35) พบว่า ผลการบำบัดอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหืด มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือ บั่นทอนสุขภาพ คุณภาพต่อชีวิต วิถีชีวิตเปลี่ยนไป ส่วนการศึกษาของพาโลและคณะ (Paulo, et al.,1999: 779) พบว่า คุณภาพชีวิตเป็นผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการจัดการอาการ ส่วนการศึกษาของ เพลินตา พรหมบัวศรี (2536: 152) พบว่า มีผู้ป่วยเด็กโรคหืดจำนวนมากที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี ทำให้เด็กมีอาการหอบบ่อยๆ มีอาการแย่งจนเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดแฟบ หายใจล้มเหลว จนเกิดการเสียชีวิตในที่สุด และเกิดผลกระทบต่างๆ ทั้งทางด้านร่างกาย เด็กจะอ่อนเพลียพักผ่อนไม่เพียงพอ มีการเจริญเติบโตช้า ทางด้านอารมณ์เด็กมักมีความกังวล กลัว ส่วนด้านสังคม เด็กจะมีข้อจำกัดทั้งทางด้านกิจกรรม การเล่นกับเพื่อนด้วยเกรงว่า การออกกำลังกายหรือการเล่น จะทำให้เด็กเกิดอาการหอบ โรคหืดจึงเป็นโรคที่บั่นทอนต่อสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก จากการศึกษาของ พาติลลา (Padilla, et.al.,1983: 117) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดเป็นตัวกำหนดการดูแลรักษา การป้องกันอาการกำเริบจากโรคหืด และคุณภาพชีวิตยังเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงถึงคุณภาพของการพยาบาล จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหืดของ ไข่มุก วิเชียรเจริญและคณะ (2544: 37) มีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดควรนึกถึงผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะพฤติกรรมดูแล ควรส่งเสริมการดูแลที่เหมาะสมเพื่อส่งผลให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะจะทำให้เด็กอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

การเก็บข้อมูลการมารับบริการของเด็กในคลินิก โรคหืด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลด่านช้าง และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าเด็กที่มารับบริการ ร้อยละ 66 เป็นเด็กที่มีอายุอยู่ในช่วง 2 - 6 ปี ปัญหาสำคัญในการมารับบริการ คือ อาการหอบในเวลากลางคืน ซึ่งมีการกลับมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินซ้ำๆ ด้วยอาการหอบกำเริบที่รุนแรง โดยพบสถิติการป่วย และค่าใช้จ่ายในการรักษามีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี และเป็นสาเหตุที่พบมากที่สุด ที่ทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งอาการของการเข้านอนโรงพยาบาลส่วนใหญ่ คือ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) โดยธรรมชาติของการเกิดอาการหอบ สามารถกำเริบได้ตลอดเวลา ด้วยปัจจัยกระตุ้นหลายประการจากสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยเด็กจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในขณะที่มีอาการหอบ ผู้ดูแลจะต้องดูแลในเรื่องการใส่ยา การจัดสิ่งแวดล้อมการป้องกันอาการ เพื่อให้เป็นไปตามการรักษา ความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลที่ยาวนาน จึงอาจทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลที่ไม่เหมาะสม อาจส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลและการจัดการอาการที่ไม่เหมาะสม เมื่อเกิดอาการหอบที่บ้าน และสิ่งที่สำคัญ คือ

อาการจับหัดมักเกิดกลางดึกและเช้ามืด (Ganong, 1995: 632; Stauffer, 1995: 208) ซึ่งมีผลรบกวนการพักผ่อนทั้งตัวเด็กและมารดา จากการศึกษาของ กิตติมา สำราญไชยธรรม (2541: 16) เรื่องการดูแลเด็กของมารดา พบว่ามารดา ร้อยละ 31.25 ไม่ทราบปัจจัยและวิธีการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ ร้อยละ 30 ไม่มีความมั่นใจในการดูแล การสังเกตอาการ และ ร้อยละ 22.5 ไม่มั่นใจ เรื่องการดูแลบุตรขณะมีอาการหอบ ไม่สามารถจัดการกับอาการหอบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และจากการศึกษาของลาเดนซอ (Landensuo, 1999: 748) พบว่าผู้ป่วยโรคหัดที่มีอาการกำเริบรุนแรงส่วนใหญ่อายุ ร้อยละ 60 เกิดจากการที่ครอบครัวมีการจัดการที่ไม่ดี และไม่สามารถประเมินอาการของตนเองได้ และมากกว่า ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่นอนโรงพยาบาลนั้น มีอาการกำเริบนำมาก่อนอย่างน้อยหนึ่งสัปดาห์ ถ้าผู้ดูแลมีการจัดการอาการที่ดี ที่เหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรกของการจับหัด ก็จะสามารถป้องกัน ลดความรุนแรงของอาการ และการดำเนินของโรคได้ การจัดการที่ดีในวัยเด็กยังส่งผลถึงการดำเนินของโรคในอนาคตซึ่งพบอุบัติการณ์ร้อยละ 40 อาการของโรคหัดดีขึ้นหรือหายไป เมื่อเข้าสู่วัยรุ่น (สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย, 2547: 179 -193) การที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถแก้ไข ควบคุม หรือบรรเทาอาการต่าง ๆ ได้ ต้องเข้าใจ ประสบการณ์อาการ ผลจากอาการ และวิธีการจัดการอาการของผู้ดูแล (Hegyvary, 1993: 150)

การดูแลของผู้ดูแลเด็กในแต่ละวัยนั้นมีความแตกต่างกัน รัชณี สีดา (2548:3) กล่าวว่า การใช้ชีวิตของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่ว่าจะ เป็นโรคหัวใจ เบาหวาน และโรคหอบหืด ผู้ป่วย จะหมุนเวียนระหว่างบ้านและโรงพยาบาล ผู้ดูแลเด็กจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลช่วยเหลือเด็ก ดังนั้นการดูแลเด็กโรคเรื้อรัง จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญ เพราะการดูแลที่ดี ส่งผลให้ลดระยะเวลาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ให้มีระยะเวลาสั้นลง เป็นการลดค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาลในส่วนของรัฐ ขณะเดียวกันทำให้เด็กโรคเรื้อรังกลับไปอยู่บ้านเร็วขึ้น ซึ่งเด็ก แต่ละวัยจะมีแบบแผนการเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน อีกทั้งความเรื้อรังของอาการของเด็กแต่ละคน ล้วนแต่มีความแตกต่างกันทั้งด้านพยาธิสรีรภาพ ความรุนแรงของโรค และการรักษาพยาบาล ดังนั้นพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลเด็กจึงแตกต่างกันตามวัย ในผู้ป่วยเด็กโรคหัดวัยก่อนเรียน เป็นช่วงวัยแห่งการเจริญเติบโต และพึ่งพิงผู้ดูแล โดยเฉพาะเมื่อเกิดอาการหอบ ซึ่งสามารถกำเริบได้ตลอดเวลา และมักมีอาการที่บ้านในช่วงเวลากลางคืน ผู้ดูแลจึงเป็นผู้มีบทบาทสำคัญ ที่ต้องจัดการอาการที่เกิดขึ้นที่บ้าน เมื่อเด็กโตขึ้นบทบาทการดูแลของผู้ดูแลจะลดลง

จากการศึกษาแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอร์ดี และคณะ (Dodd, et al., 2001: 762) ซึ่งพัฒนาแบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ต่อมาจาก ลาร์สัน และคณะ (Lason, et al., 1994: 272) มีความเชื่อว่า ผู้ที่มีอาการ มีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการเชื่อว่า

ประสบการณ์อาการ ผลลัพธ์ และวิธีการจัดการอาการ ทั้ง 3 องค์ประกอบ มีความสัมพันธ์กันแบบเป็นพลวัต ซึ่งต่อมา ดอร์คและคณะ (Dodd, et al., 2001: 762) ได้พัฒนาเพิ่มเติมในส่วนที่มีความเกี่ยวข้องกับโมเดลของศาสตร์ทางการแพทย์ ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Person) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health/Illness) ทฤษฎีการจัดการอาการของดอร์ค และคณะ (Dodd, et al., 2001: 762) สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการอาการของบุคคล

การจัดการอาการหอบที่บ้านในเด็กเล็ก เป็นศักยภาพที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการค้นหาวิธีการจัดการกับอาการหอบที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งรับผิดชอบดูแลคลินิกโรคหืดเด็ก จึงมีความสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่บ้าน โดยใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของ ดอร์คและคณะ (Dodd, et al., 2001: 762) ซึ่งประกอบด้วย ประสบการณ์อาการ ผลการบำบัดอาการด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และพฤติกรรมจัดการอาการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน มีปัจจัยโมเดลที่เกี่ยวข้อง คือ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย และปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม โดยศึกษาในกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 2 - 6 ปี ที่ขึ้นทะเบียนรับการรักษาในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช โรงพยาบาลด่านช้าง และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ไปอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการอาการหอบที่บ้านของผู้ดูแล และนำข้อมูลไปเป็นฐานข้อมูลทางการแพทย์ในการวางแผนการดูแลและส่งเสริมพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่บ้านต่อไป

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ประสบการณ์อาการ และผลการบำบัดอาการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน อย่างไร
3. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ประสบการณ์อาการและผลการบำบัดอาการร่วมกัน มีอำนาจทำนายพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ประสบการณ์อาการและผลการบำบัดอาการ ต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ป่วยเด็กโรคหืด
3. เพื่อศึกษาอำนาจทำนาย ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ประสบการณ์อาการและผลการบำบัดอาการต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด

สมมติฐานการศึกษา

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ประสบการณ์อาการ และผลการบำบัดอาการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ประสบการณ์อาการและผลการบำบัดอาการร่วมกัน มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของดอร์คและคณะ (Dodd, et al.,2001: 672) มาเป็นกรอบแนวคิดส่วนของมโนทัศน์ที่นำมาศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ประกอบด้วยอายุของผู้ป่วย อายุของผู้ดูแล และการศึกษาของผู้ดูแล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการหอบ คือ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอาการหอบ และปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม คือสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการของดอร์คและคณะ (Dodd, et al.,2001: 672)

กล่าวว่า สิ่งแวดล้อมทางสังคมประกอบด้วย สัมพันธภาพระหว่างบุคคล มีอิทธิพลและความเกี่ยวพันกับการจัดการอาการ

ประสบการณ์อาการ ประกอบด้วย การรับรู้อาการของผู้ดูแล จากการแสดงอาการหอบของผู้ป่วยเด็ก ซึ่งการรับรู้อาการเป็นการแปลความหมายของข้อมูลผ่านกระบวนการคิด นำไปสู่การสังเกตความเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เคยเป็น การรับรู้อาการเป็นเรื่องที่มีความซับซ้อน การศึกษาของดอร์ดีและคณะ (Dodd, et al., 2001: 762) พบว่า เมื่อเด็กเริ่มมีอาการหอบ ผู้ปกครองจะรับรู้อาการหอบของเด็กจากการหายใจ โดยผู้ป่วยเด็กจะมีการตอบสนองต่ออาการออกมาทางด้านร่างกาย เช่น ใจสั่น หายใจเสียงวี๊ด ในผู้ป่วยที่มีประสบการณ์หายใจลำบากจะมีการตอบสนองโดยเพิ่มความเร็วของการหายใจ ซึ่งบุคคลจะประเมินอาการจากผลของอาการที่การประเมินของบุคคลต่อความรุนแรงของอาการ ความถี่ของการเกิดอาการ รูปแบบของการเกิดอาการ ว่าอาการนั้นคุกคามชีวิต คืออาการที่ส่งผลหรือรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ส่วนกีฟ (Gift, 1993: 57) พบว่า อาการจับหืดเป็นความรู้สึกไม่สุขสบาย หายใจไม่สะดวก เป็นปรากฏการณ์ที่บุคคลรับรู้เมื่อมีตัวกระตุ้นอาการหอบ ผู้ดูแลจะรับรู้ที่เกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย จะแปลความหมายของอาการตามความรู้สึกของตน และตอบสนองต่อการหายใจลำบาก ทั้งทางสรีระ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งถ้าการรับรู้อาการว่า ไม่ร้ายแรง ก็อาจทำให้มีการจัดการที่ไม่ดีหรือไม่ยอมจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น คนแต่ละบุคคลย่อมมีการรับรู้และประเมินความรุนแรงของอาการแตกต่างกันออกไป (Dodd,; Miaskoski, & Paul, 2001: 466) สะท้อนให้เห็นถึงความซับซ้อนของปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของประสบการณ์ ผู้ที่มีประสบการณ์อาการมากจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้อง และมีคุณภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์อาการ

ผลการบำบัดอาการ เป็นผลที่เกิดจากการจัดการอาการ ที่มีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก โดยการประเมินจาก ความสามารถทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านสังคม ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดเป็นตัวกำหนดการดูแลรักษา และการป้องกันอาการกำเริบจากโรคหืด (Paulo, et al.,1999: 779) และคุณภาพชีวิตเป็นตัวชี้วัดสำคัญ ที่แสดงถึงคุณภาพของการพยาบาล (Padilla, et al.,1983: 117) ในการศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียน โรคหืดของ ไช่มุก วิเชียรเจริญและคณะ (2544: 37) มีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืดควรนึกถึงผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะพฤติกรรมดูแล ควรส่งเสริมการดูแลที่เหมาะสม เพื่อส่งผลให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วิธีการจัดการอาการดอร์ดี (Dodd, et al.,2001: 672) กล่าวว่า การจัดการเริ่มด้วยการประเมิน ประสบการณ์อาการจากมุมมองของแต่ละบุคคลเพื่อนำไปสู่กลยุทธ์การจัดการอาการ ซึ่งมุ่งเน้นที่การควบคุมอาการที่เกิดขึ้นซึ่งแต่ละบุคคลจะมีที่แตกต่างกันออกไป เพื่อชะลอผลลบ

ทางชีววิทยาให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด วิธีการจัดการอาการเปลี่ยนไปตามการรับรู้และประสบการณ์อาการ ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมกรปฏิบัติ เพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ

โดยสรุป กรอบแนวคิดการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของดอร์คและคณะ (Dodd, et al.,2001: 762) ซึ่งประกอบด้วยประสบการณ์อาการ ผลการบำบัดอาการด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก พฤติกรรมจัดการอาการ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ และปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม คือสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย กับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีกรอบแนวคิด ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ประยุกต์จากแบบจำลองการจัดการอาการของดอร์คและคณะ (Dodd, et al.,2001: 672)

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่บ้าน โดยศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอายุ 2 - 6 ปี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืดและขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยคลินิกโรคหืดเด็ก ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร โรงพยาบาลด่านช้าง และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 130 ราย

นิยามศัพท์

พฤติกรรมการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กเมื่อมีอาการหอบเกิดขึ้นที่บ้าน ประเมินได้จากแบบสอบถามการจัดการกับอาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดการจัดการอาการของดอร์ด์และคณะ (Dodd, et al., 2001) ซึ่งเป็นแบบสอบถามลักษณะมีโครงสร้างแบบเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ

ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแล ถึงอาการหอบของผู้ป่วยเด็กโรคหืด เมื่อมีอาการหอบเกิดขึ้น โดยการประเมินจากการตอบสนองต่ออาการหอบของผู้ป่วย ซึ่งอาการที่เกิดมีภาวะคุกคามและรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยการประเมินจากแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดการจัดการอาการของดอร์ด์และคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) เป็นลักษณะแบบสอบถามมีโครงสร้างแบบเลือกตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ

ผลการบำบัดอาการ (Symptom outcomes) หมายถึง ผลที่เกิดจากการจัดการอาการหอบที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้ป่วยเด็ก ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จากการประเมินของผู้ดูแล โดยใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตเด็กโรคเรื้อรัง (The 23 - item PedsQLTM) เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยวานิ (Varni, et al., 2003: 329) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย (Thai Pediatric Oncology Group) ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้เป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โดยประเมิน 3 ด้านด้วยกัน คือ ด้านกายภาพ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม เป็นลักษณะแบบสอบถามมีโครงสร้างแบบเลือกตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีความเกี่ยวข้องกัน ในที่นี้หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย หมายถึง ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหอบ ได้แก่ สิ่งกระตุ้นอาการหอบ คือ สิ่งที่คุณดูแลรู้ว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับทั้งทางการสัมผัส การหายใจ และการรับประทานแล้วเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบกำเริบ ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม เป็นลักษณะแบบสอบถามมีโครงสร้างแบบเลือกตอบ ระหว่าง ใช่ กับ ไม่ใช่

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม หมายถึง ระดับสัมพันธภาพของผู้ดูแลที่มีความรู้สึกผูกพันกับผู้ป่วย เป็นปฏิสัมพันธ์มีการแสดงความรู้สึก การมีอารมณ์ร่วม และความเข้าใจซึ่งกันและกัน ประเมินได้จาก แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นลักษณะแบบสอบถามมีโครงสร้างแบบเลือกตอบ มาตรฐานประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ นำไปปฏิบัติเพื่อพัฒนาการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง
3. ด้านการศึกษาเพื่อเป็นแนวทางการจัดการเรียน โดยเน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาการจัดการอาการ หอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน
4. ด้านการวิจัย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบในการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคหืดในเด็ก
2. บทบาทของผู้ดูแล
3. แนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคหืดในเด็ก

โรคหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ โดยมีสาเหตุที่สำคัญ จากสารก่อภูมิแพ้ ซึ่งกระตุ้นให้เกิดการอักเสบเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจ ทำให้ภาวะหลอดลมมีความไวต่อการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่มากกว่าปกติ โดยมีพยาธิสภาพจากการหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบรอบๆ หลอดลม พังหลอดลมบวมหนาตัวขึ้น มีการสร้างเสมหะมากผิดปกติ จึงเกิดการอุดกั้นในระบบทางเดินหายใจ และเกิดกระบวนการอักเสบของหลอดลม ทำให้หลอดลมเกิดการหดเกร็ง ตีบตัว และเกิดการสร้างเสมหะมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบาก (Dyspnea) อาการแสดงของโรคตามลักษณะทางคลินิกที่สำคัญ ได้แก่ อาการไอ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงวี๊ด โดยเฉพาะในช่วงการหายใจออก มีการใช้กล้ามเนื้อบริเวณหน้าอกช่วยในการหายใจมากผิดปกติ ทำให้น้ำอกและช่องซี่โครงบวม ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเป็นการปรับตัวของร่างกาย เพื่อให้มีการนำออกซิเจนมาเลี้ยงร่างกายอย่างเพียงพอ อาการของโรคหืดเกิดขึ้นได้ทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง อาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นมีทั้งอาการที่ไม่รุนแรงอาจมีเพียงแค่อาการไอ แต่หากอาการกำเริบรุนแรงขึ้น

ก็จะเกิดอาการหายใจหอบร่วมกับมีเสมหะและเสียงวี๊ดในหลอดลม ซึ่งอาการกำเริบส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยต้องมาโรงพยาบาล คือ หอบมีเสียงวี๊ด ไอตอนกลางคืน (HLBI, 2008: 16) จากการศึกษาของ ทิพาพร ยอดญาติไทย (2551: 53) กานองและสตรีฟเฟอร์ (Ganong, 1995: 632; Stauffer, 1995: 208) ที่มีความสอดคล้องกัน โดยพบว่า ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเด็ก มักเกิดอาการหอบหืดในช่วงกลางคืน สตราฟเฟอร์ (Stauffer, 1995: 208) ได้อธิบายว่า เกิดจากการที่ร่างกายได้รับสารก่อภูมิแพ้หรือฝุ่นในห้องนอน ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ตามช่วงเวลาของวันที่ปอดของคนปกติทำหน้าที่ได้ต่ำสุดในเวลาประมาณสี่นาฬิกา กล่าวคือ กล้ามเนื้อทางเดินหายใจทำหน้าที่ลดลง ทำให้การระบายอากาศลดลง (Hypoventilation) เกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซที่ไม่เหมาะสมกัน (V/Q mismatch) ร่วมกับการลดลงของระดับเอพิเนฟริน (Epinephrin) คอร์ติซอล (Cortisol) และไซคลิกเอเอ็มพี (CAPM) ประกอบกับการเพิ่มขึ้นของฮิสตามีน (Histamine) ในเซลล์ กระทบการอักเสบของระบบทางเดินหายใจ ความชื้นและสารเมือก (Mucous) ในทางเดินหายใจ จึงเกิดการอักเสบของหลอดลมเรื้อรังและซ้ำๆ ส่งผลให้มีการสร้างพังผืดในหลอดลม ทำให้หลอดลมมีการแข็งตัว เสียความยืดหยุ่น ก่อให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ ในการศึกษาของปิยธิดา ดวงใจ (2542: 82) พบว่าอาการหอบพบสูงสุดในวัยเด็ก และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่มีอายุน้อย กลไกในการเกิดอาการหอบ เกิดจากการตอบสนองต่อการกระตุ้น จากสารก่อภูมิแพ้ที่สำคัญ คือ เมื่อร่างกายได้รับสิ่งกระตุ้น ร่างกายจะมีปฏิกิริยาต่อสิ่งกระตุ้น โดยผ่านปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน ไอจีอี (IgE) และมาซเซลล์ (Mast cells) ตามลำดับ ไอจีอี (IgE) จับกับโปรตีนของสารภูมิแพ้ และเกาะกับผิวของเซลล์เม็ดเลือดขาว ที่เรียกว่า มาซเซลล์ (Mast cells) หลังจากนั้นจะเกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ เกิดการหลั่งของสารเคมีหลายชนิด เช่น ฮิสตามีน (Histamine) และ โพรสตราแกรนดิน (Prostaglandin) สารเหล่านี้จะทำให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้เฉียบพลันที่เรียกว่า อนุาไฟแลคติก (Anaphylaxis) ทำให้มีอาการลมพิษ ความดันโลหิตต่ำ คั้น ทำให้กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมหดตัว ทางเดินหายใจเกิดการอักเสบและบวม เกิดการตีบแคบของทางเดินหายใจ เมื่อร่างกายได้รับสารก่อภูมิแพ้ ร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันชนิด ไอจีอี (IgE) ขึ้น เพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอม เซลล์พวกนี้จึงถูกกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารที่ทำให้เกิดปฏิกิริยาภูมิแพ้ขึ้น จากการกระตุ้นซ้ำๆ จึงเกิดสารก่อภูมิแพ้

ปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้นอาการหอบ สามารถแบ่งได้เป็น 2 ประเภทได้แก่ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก

1. ปัจจัยภายใน ได้แก่ โรคภูมิแพ้ เป็นกระบวนการทางภูมิคุ้มกันของร่างกายที่ตอบสนองต่อสิ่งแปลกปลอมที่มีอันตรายต่อร่างกาย ทำให้หลอดลมที่อักเสบมีความไวผิดปกติ นับเป็นปัจจัยที่สำคัญ โดยร้อยละ 50 ของผู้ป่วยโรคหืด เกิดมาจากโรคภูมิแพ้ และกรรมพันธุ์ ซึ่งไม่ได้ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์โดยตรง แต่ถ้ามีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว ผู้ป่วยจะมีโอกาสเป็นโรค

หอบหืดได้ ถึงร้อยละ 50 (Stauffer, 1995: 208)

2. ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ที่พบได้รอบ ๆ ตัว ที่สำคัญคือฝุ่น ซึ่งเป็นปัจจัยทางด้านชีวภาพที่ส่งผลต่อการเกิดอาการผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ เช่น อาการแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ ที่สำคัญพบมากในอุตสาหกรรมที่เกี่ยวกับสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่ม ซึ่งฝุ่นทำให้เกิดอาการระคายเคืองต่อเยื่อทางเดินหายใจ เกิดอาการไอ จาม น้ำมูกไหล หลอดลมอักเสบ ฝุ่นที่มีขนาดเล็กถ้าได้รับอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาานานมากกว่า 1 เดือน จะทำให้เกิดการตีบแคบของหลอดลมขึ้น ทำให้หลอดลมเกิดการอักเสบเรื้อรัง ซึ่งร้อยละ 40 ทำให้เกิดโรคหืดภายใน 2 ปี และร้อยละ 20 จะเกิดอาการหลังจาก 10 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการสัมผัสสารก่อโรค และที่มีความแตกต่างกันนั้นแล้วแต่ชนิดของ สิ่งกระตุ้น ผลของการเป็นโรคหืดในระยะสุดท้าย จะทำให้มีการอักเสบของหลอดลมเรื้อรัง หลอดลมมีภาวะไวต่อการตอบสนอง (bronchial hyperresponsiveness) และทำให้เกิดอาการหอบหืดได้แม้ถูกกระตุ้นด้วยภาวะอื่น ๆ เช่น อากาศเย็น (สมเกียรติ วงษ์ทิม, 2542; อรรถนานา, 2541 อ้างใน กฤตริรา เกรื่อนันตา, 2548:4) รวมทั้ง แมลงสาบ สัตว์เลี้ยง ควันต่างๆ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ อุณหภูมิและความชื้น ส่งผลทำให้อาการหอบกำเริบขึ้นมาโดยไม่ทันตั้งตัว ในเด็กที่มีอาการหอบกำเริบนั้น ร้อยละ 10 - 15 พบว่า มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจร่วมด้วย และการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสมก็อาจเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการจับหืดได้ (Global initiative for asthma, 2008:16) จากการศึกษาของ ทิพาพร ยอดญาติไทย (2551: 53) พบสาเหตุที่กระตุ้นอาการหอบ ร้อยละ 80 มาจากอากาศเปลี่ยนแปลง รองลงมาร้อยละ 66.67 เกิดจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ สำหรับการศึกษาฤดูกาลของอาการหอบกำเริบนั้น พบว่า ความชุกสูงสุดของอาการหอบ กำเริบมากในฤดูหนาว ที่มีอากาศเย็น และแห้ง ในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน ถึงเดือนมกราคม (Teeratakulpisarn, et al, 2000: 186) โดยร้อยละ 70.10 ของบิดามารดามีความคิดเห็นว่าสภาพอากาศที่กระตุ้นอาการหอบของเด็ก อันดับแรกคืออากาศเย็น รองลงมาคือฝนตกชุก (รัตนาวดี ขอนตะวัน และ พัชรี วรกิจพูนผล, 2547: 21) และร้อยละ 80 ของผู้ป่วยเด็กมีอาการหอบ ในช่วง ฤดูหนาว ร้อยละ 60 มีอาการหอบในช่วงฤดูฝน (ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551:53) และพบว่า อาหารก็เป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบโดยตรงในเด็กเล็ก คือ นม ถั่ว (วัชรานุกฤษดิ์และคณะ, 2548: 83)

การดำเนินโรคที่เกิดอาการหอบเฉียบพลันแบ่งเป็น 2 ลักษณะ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ใช้เวลาหลายวันหรือหลายสัปดาห์ มักพบว่า มีสาเหตุมาจากการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้เป็นเวลานานหรือต่อเนื่องจนค่อยๆ เกิดการอักเสบในหลอดลมขึ้นถึงขั้นรุนแรง

หรืออาจเกิดจากการติดเชื้อในทางเดินหายใจ ซึ่งลักษณะนี้เป็นลักษณะที่พบได้บ่อยที่สุด ทำให้ผู้ป่วยประเมินความรุนแรงของการกำเริบต่ำ จึงมีการตัดสินใจมาพบแพทย์ช้า จนเกิดอาการกำเริบที่รุนแรงมากขึ้น 2) ผู้ป่วยมีอาการทรุดลงอย่างทันทีทันใดในระยะเวลาอันสั้น โดยที่ไม่มีความเจ็บป่วยมาก่อน การดำเนินโรคลักษณะนี้พบได้ประมาณร้อยละ 10 สาเหตุเกิดจากการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้หรือปัจจัยต่าง ๆ เพียงครั้งเดียว หรือภายในระยะเวลาอันสั้น เช่น เกิดหลังการออกกำลังกาย หรือ เกิดจากความเครียดทางจิตใจเฉียบพลัน จะส่งผลโดยตรงต่อเยื่อหุ้มหลอดลม ซึ่งจะทำให้หลอดลม เกิดอาการอักเสบขึ้น และเมื่อเกิดการอักเสบแล้วก็จะยิ่งทำให้หลอดลมนั้นไวต่อการกระตุ้นมากยิ่งขึ้นด้วย ซึ่งการดำเนินของโรคจะมีความรุนแรงที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย (GINA, 2008:7)

การประเมินระดับความรุนแรงของโรคหืด มีการแบ่ง (Classify asthma severity) เป็น 3 ระดับ โดยการประเมินตามความถี่ของการเกิดอาการ (GINA, 2008: 22) ได้แก่

1. ระดับความรุนแรงน้อย (Mild persistent) คือ มีความถี่ของการเกิดอาการหอบน้อยกว่า 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอาการหอบในเวลากลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน ไม่มีอาการไอและหายใจเสียงวี๊ด ในขณะที่ไม่มีอาการหอบ สามารถไปโรงเรียนและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ เมื่อรักษาด้วยยาขยายหลอดลมจะตอบสนองยาดีภายใน 12 - 24 ชั่วโมง

2. ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate persistent) คือ มีความถี่ของการเกิดอาการหอบมากกว่า 1 - 2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอาการหอบในเวลากลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือนมีอาการไอและหายใจเสียงวี๊ด ในขณะที่ไม่มีอาการหอบบ่อยครั้ง ผู้ป่วยอาจหยุดเรียน และ ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง และต้องมาห้องฉุกเฉิน 1 - 2 ครั้งต่อปี

3. ระดับความรุนแรงมาก (Severe persistent) คือ มีความถี่ของการเกิดอาการหอบหืดเกือบทุกวัน มีอาการหายใจหอบเหนื่อย แน่นหน้าอกในเวลากลางคืนเกือบทุกคืน มีอาการไอและหายใจเสียงวี๊ดในขณะที่มีอาการหอบเกือบตลอดเวลา ต้องมารักษาที่ห้องฉุกเฉินมากกว่า 2 ครั้งต่อปี และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งต่อปี

แนวทางการรักษาในระยะเฉียบพลัน

แนวทางการรักษาในระยะเฉียบพลันที่สำคัญ คือ เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน ภาวะหลอดลมอุดกั้นและควบคุมภาวะการอักเสบของหลอดลมให้ได้อย่างรวดเร็ว เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะการหายใจล้มเหลวจนต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา จากการกำเริบรุนแรง เช่น ภาวะสมองขาดออกซิเจน ภาวะมีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด ภาวะการไหลเวียนชนิดโลหิตล้มเหลว โดยการรักษา ประกอบไปด้วย

1. การบริหารออกซิเจน เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน
2. การบริหารยาขยายหลอดลม นิยมใช้ชนิดพ่นละอองฝอย ผ่านหน้ากากครอบ จมูก และปาก โดยใช้ออกซิเจนเป็นแรงขับ หรือแบบรูปสเปรย์ ละอองฝอยขนาดเล็ก ผ่านกระบอกต่อ
3. การบริหารคอร์ติโคสเตียรอยด์ ชนิดฉีดหรือรับประทาน เนื่องจากอาการกำเริบ หนักขึ้น เป็นผลมาจากการอักเสบรุนแรงของเยื่อผนังหลอดลม ซึ่งไม่ได้รับการควบคุมหรือ ควบคุมไม่ได้ แม้จะทำตามแผนการดูแลรักษาแล้ว การให้ยาพวกนี้พร้อมกับยาขยายหลอดลม จะ ช่วยลดอัตราการเสียชีวิต และทำให้ภาวะการกำเริบเฉียบพลันสิ้นสุดโดยเร็ว แต่ระยะเวลาหลังจาก ให้ยาจนเริ่มเห็นผลทางคลินิกใช้เวลาไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมงแรก แพทย์อาจจำเป็นต้องใช้กลุ่มขยาย หลอดลมทุก 15-20 นาที ในช่วงแรกและหากผู้ป่วยเริ่มตอบสนองต่อการรักษาจึงให้ยาขยาย หลอดลมห่างขึ้นเป็นชั่วโมง 1-4 ชั่วโมง ใน 4-6 ชั่วโมงถัดมา พร้อมกับติดตามอาการตอบสนอง อย่างใกล้ชิด หากมีอาการเหนื่อยหอบมากมีภาวะพร่องออกซิเจนรุนแรงมากขึ้น หรือ มีอาการซึมลง สับสน หรือพบว่ามีความเป็นกรดจากการหายใจล้มเหลวเกิดขึ้น ก็จำเป็นต้องใช้เครื่องช่วย หายใจ จนกว่าภาวะการอุดตันของหลอดลมจากหืดกำเริบหนักขึ้นจะดีขึ้น
4. ค้นหาปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ เพื่อที่จะป้องกัน ไม่ให้เกิดอาการหอบกำเริบซ้ำ รวมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัว วิธีการใช้ยาพ่น แผนการดูแลตนเองเบื้องต้น การมา พบแพทย์ เพื่อช่วยลดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากหืดกำเริบหนักขึ้น

เป้าหมายในการดูแลรักษา

แนวทางของจีน่า (GINA, 2008: 28) ซึ่งองค์การอนามัยโลกร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจาก 17 ประเทศ มาร่วมกันจัดทำแนวทางในการรักษาโรคหอบหืดให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วโลก เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการดูแลรักษาโรคหอบหืดในเด็กซึ่งเป็นมาตรฐานในการดูแลเด็กโรคหอบหืดที่ใช้ทั่วโลก มีเป้าหมายในการดูแลรักษา ดังนี้คือ

1. สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้
 2. สามารถป้องกันการจับหืดอย่างเฉียบพลัน
 3. สามารถที่จะทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอด ของผู้ป่วยกลับมาอยู่ในสถานะที่ใกล้เคียงค่าปกติมากที่สุดเท่าที่จะทำได้
 4. สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือนเด็กปกติ ป้องกันผลเสียที่เกิดจากการใช้ยารักษา
 5. ป้องกันพยาธิสภาพแบบอุดกั้นในปอดอย่างถาวร และการเสียชีวิตจากโรคหืด
- ขึ้นอยู่กับครอบครัวหรือผู้ดูแล ที่ให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดอาการหอบกำเริบนั้น ผู้ดูแลต้องมีทักษะการดูแลที่ถูกต้อง

หลักการจัดการและควบคุมโรคหอบหืดสำหรับเด็ก (GINA , 2008: 50)

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดแก่เด็กและครอบครัว เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ต่อเนื่อง (Educate children/ families to develop a partnership in asthma care)
2. ประเมินและควบคุมความรุนแรงของโรค (Assess and monitor asthma severity)
3. หลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งกระตุ้น (Avoid exposure to risk factors)
4. กำหนดการใช้ยาระยะยาวแก่เด็ก (Establish individual medication plans for long - term management)
5. กำหนดการจัดการขณะหอบรายบุคคล (Establish individual plans to manage asthma attacks)
6. การให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง (provide regular follow-up care)

บทบาทของผู้ดูแล

ถึงแม้ว่า โรคหืดเด็กจะเป็น โรคเรื้อรังแต่ร้อยละ 50ของผู้ป่วยมีโอกาสหายขาดได้ (GINA, 2008: 28) ถ้าได้รับการรักษาอย่างถูกต้อง การดูแลที่ต่อเนื่อง และนานเพียงพอต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการจัดการอาการที่บ้าน รวมทั้งการดูแลสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ การดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง ซึ่งเด็กเล็กไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในการดูแลตนเองได้ เนื่องจากยังเป็นระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทุก ๆ ด้าน ดังนั้นเด็กในวัย 2-6 ปี จึงจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้ดูแล ในการดูแลทั้งในขณะที่ปกติและโดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอาการหอบที่บ้าน ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการทำหน้าที่ดูแลเด็กซึ่งในการดูแลเด็กแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน

บทบาทของผู้ดูแลตามแนวทางการดูแลเด็กโรคเรื้อรังของ รัชนี สีดา (2548: 3) กล่าวว่า การใช้ชีวิตของเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ไม่ว่าจะเป็นโรคหัวใจ เบาหวาน หอบหืด ผู้ป่วยจะหมุนเวียนระหว่างบ้านและโรงพยาบาล บุคคลสำคัญที่จะให้การดูแลช่วยเหลือเด็กโรคเรื้อรังคือ บิดา มารดา หรือผู้เลี้ยงดูเด็ก ดังนั้นการดูแลเด็กโรคเรื้อรังจึงเป็นสิ่งสำคัญ การดูแลที่ดีสามารถลดระยะเวลา การนอนโรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล ขณะเดียวกันทำให้เด็กสามารถ กลับบ้านเร็วขึ้น เด็กแต่ละวัยจะมีแบบแผนการเลี้ยงดูที่แตกต่างกัน อีกทั้งความเรื้อรังของอาการของเด็กแต่ละคน ล้วนแต่มีความแตกต่างกัน ทั้งแง่ของพยาธิสภาพ ความรุนแรงของโรค และการรักษาพยาบาล ดังนั้นบทบาทของผู้ดูแลเด็กในแต่ละวัยจึงมีแตกต่างกันตามวัย ดังนี้

ถ้าเด็กเป็นโรคเรื้อรังอยู่ในวัยขวบปีแรก บิดา มารดา หรือผู้ดูแลควรมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลเรื่องความเจ็บป่วย พัฒนาการ การเจริญเติบโต อาหารตามวัย และสุขอนามัยในทุก ๆ ด้าน

เด็กโรคเรื้อรังวัยก่อนเรียนหรือวัยอนุบาล (อายุ 2-6 ปี) เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโต ในทุก ๆ ด้าน เด็กในวัยนี้ยังเป็นวัยฟุ้งเฟิง และต้องการดูแลจากผู้ดูแล โดยเฉพาะเรื่องของความเจ็บป่วย บทบาทของผู้ดูแลในวัยนี้ คือการป้องกันอุบัติเหตุตามวัย การเล่นกับพี่น้อง อาการที่จะบ่งชี้ว่าเด็กอาจมีพัฒนาการล่าช้า การดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียน โรคเรื้อรัง การจัดการอาการ บิดามารดาหรือผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือ หรือแนะนำเด็กโรคเรื้อรังให้ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอ

เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง บิดามารดาสนับสนุนให้เด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังสามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง ตามศักยภาพของเด็กโรคเรื้อรังแต่ละคน ซึ่งเมื่อเด็กเติบโต เด็กโรคเรื้อรังจะค่อย ๆ พัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น จนสามารถดูแลตนเองได้ในที่สุด

บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดตามแนวทางการดูแลขององค์การอนามัยโลก (GINA, 2008: 28) ประกอบด้วย

1. การใช้ยา ซึ่งโรคหืดเป็น โรคที่ผู้ดูแลต้องสังเกตอาการ และประเมินความรุนแรงของโรคได้ เพื่อการบำบัดหรือควบคุมอาการมิให้กำเริบรุนแรงขึ้น ซึ่งแนวทางการบำบัดรักษาตามระดับความรุนแรงของโรคประกอบด้วย

1.1 ระดับความรุนแรงน้อย (Mild persistent) การควบคุมอาการของโรคเพื่อบรรเทาอาการหอบในระยะเฉียบพลัน (Quick-relief medications) โดยการให้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (Shorting-acting inhaled beta 2- agonist) ทุก 15 นาที จำนวน 3 ครั้ง การดีดขึ้นให้พ่นต่อทุก 4 ชั่วโมงเป็นเวลาสองวัน และเพิ่มยาพ่นสเตียรอยด์ (inhaled steroid) เป็นสองเท่าของปกติ เมื่ออาการดีดขึ้น 2 วัน เริ่มใช้ยาตามขนาดเท่าเดิม

1.2 ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate Persistent) การควบคุมอาการของโรคระยะยาวใช้ยาสเตียรอยด์พ่น (Inhaled steroid) ในขนาดขนาดน้อยถึงปานกลาง ร่วมกับยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ยาว (Long-acting inhaled beta 2 - agonist) การควบคุมอาการของโรคในระยะเฉียบพลัน เพื่อบรรเทาอาการโดยการให้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (Shorting - acting inhaled beta 2 - agonist) ด้วยการพ่นยาทุก 15-20 นาที จำนวน 3 ครั้ง ถ้าไม่ดีขึ้นให้พ่นยาซ้ำทุกหนึ่งชั่วโมง หลังจากนั้นพ่นทุก 4 ชั่วโมงและเพิ่มขนาดยาพ่นสเตียรอยด์ (Inhaled steroid) เป็นสองเท่าของขนาดปกติถ้าไม่ดีขึ้นมาพบแพทย์

1.3 ระดับความรุนแรงมาก (Severe persistent) การควบคุมอาการของโรคระยะยาวโดยการให้ยาสเตียรอยด์พ่น (Inhaled steroid) ขนาดสูงร่วมกับยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์

ยาว (Long - acting beta 2 - agonist tablet) ร่วมกับการให้ยาสเตียรอยด์ชนิดรับประทาน การควบคุมอาการของโรคในระยะเฉียบพลันเพื่อบรรเทาอาการหอบ (Quick - relief medications) ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (Shorting - acting inhaled beta 2 - agonist) ทุก 20 นาที และให้พ่นยา สเตียรอยด์ (Inhaled steroid) เป็นสองเท่าของปกติ หลังพ่นยา 10 - 15 นาที อาการไม่ดีขึ้นให้นำส่งโรงพยาบาล

2. การดูแลสุขภาพ (ไพศาล เลิศฤดีพรและมุกดา หวังวิรวงศ์, 2541: 14)

2.1 เด็กที่เป็นโรคหืดสามารถออกกำลังกายได้ตามปกติ ในช่วงที่ไม่มีอาการหอบกำเริบ ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โดยอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์อย่างเหมาะสม

2.2 สำหรับอาหาร ไม่มีความจำเป็นต้องงดอาหาร ยกเว้นอาหารที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ

2.3 หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น ที่เป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ

2.4 การดูแลรักษาสุขภาพ หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอาการของไข้หวัดเรื้อรัง ไซนัสอักเสบหรือคออักเสบเรื้อรัง ซึ่งเป็นสาเหตุกระตุ้นให้อาการหอบกำเริบได้

2.5 ปรับเปลี่ยนสภาพสิ่งแวดล้อม รักษาความสะอาดห้องนอนให้ปราศจากฝุ่น

2.6 หลีกเลี่ยงสถานที่ที่อากาศเปลี่ยนแปลง อากาศร้อนหรือเย็นจัด และฝน

2.7 ดูแลร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรง รับประทานอาหารถูกหลักโภชนาการ

2.8 ดูแลด้านจิตใจให้สดชื่น ขจัดความกังวล หงุดหงิด ฉุนเฉียว ดีใจ หรือเสียใจ

2.9 ขณะที่เด็กมีอาการไอหรือหอบไม่ควรดื่มน้ำเย็นจัด หรือรับประทานไอศกรีม

ผลกระทบของโรคหืดต่อผู้ป่วยเด็ก

ผลกระทบของโรคหืด มีหลายประการ เนื่องจากอาการหอบเหนื่อยที่เกิดขึ้นซ้ำๆ ในผู้ป่วยเรื้อรัง อาจจำเป็นต้องได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน หรือเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เพื่อมารับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง การเจ็บป่วยที่เรื้อรังมีผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กโรคหืดทั้งด้านร่างกายและภาพลักษณ์ สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และสังคม นอน (ปกติ วิชยานนท์, 2541:171) ซึ่งมีรายละเอียดในแต่ละด้านดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกายและภาพลักษณ์ ผู้ป่วยที่มีอาการหอบที่รุนแรง อาการที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง และระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นเวลานาน ๆ ทำให้เกิดการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ และที่สำคัญสุขภาพร่างกายของเด็กอ่อนแอ เมื่อเทียบกับเด็กวัยเดียวกัน ถ้าอาการของโรครุนแรงเด็กก็จะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้น้อยลง (ไข่มุก วิเชียรเจริญ และคณะ, 2544: 37- 47) หากเกิดการหอบ

ในช่วงเวลากลางคืน และเข้านม ทำให้เด็กอ่อนเพลียจากการอดนอน อาการแสดงที่ชัดเจนในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงเป็นเวลานานๆ คือ อาการอกตึง (Barrell chest) ซึ่งเกิดจากการมีลมคั่งในปอดมานานๆ จะดันให้หน้าอกขยายใหญ่ขึ้น

2. ด้านสติปัญญานั้น พบว่าเด็กที่มีอาการหอบบ่อยๆ จะมีผลการเรียนที่ต่ำกว่าเด็กในวัยเดียวกัน จากการศึกษาของ ปิยธิดา ดวงใจ (1999: 82) พบว่าร้อยละ 84 ของเด็กโรคหืดนั้น อาการหอบมีผลรบกวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอายุน้อย ซึ่งเป็นวัยที่กำลังมีการเจริญเติบโต ทุกๆ ด้านรวมทั้งสติปัญญา เมื่ออาการกำเริบต้องเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว บางครั้งเด็กไม่สามารถเข้าร่วมทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือเล่นกับเพื่อนได้ ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้ และมีผลต่อการเจริญของสมอง ทำให้พัฒนาการหยุดชะงักหรือช้าลง

3. ด้านอารมณ์ จิตใจ เด็กที่มีอาการหอบต้องหยุดเรียนบ่อยๆ ทำให้เด็กมีภาวะเครียด กังวล การถูกจำกัดกิจกรรม การห้ามเล่นกีฬาบางชนิด ซึ่งแตกต่างจากเพื่อนวัยเดียวกัน อาจทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ความทุกข์ทรมานจากการหายใจไม่ออก ส่งผลให้เด็กเกิดความกลัว อาจแสดงออกในรูปของความโกรธ ซึมเศร้า ก้าวร้าวถดถอย รู้สึกมีปมด้อย และคุณค่าในตนเองลดลง การที่เด็กเครียด กังวล จะทำให้เด็กซึม ไม่เล่นขาดโอกาสที่จะพัฒนาทักษะที่เกิดจากการเล่น ซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก (ไข่มุก วิเชียรเจริญและคณะ, 2544: 37) เมื่อเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ รวมถึงโรคหืดทำให้มีข้อจำกัดมากกว่าเด็กทั่วไป ทั้งในเรื่องอาหาร การเคลื่อนไหว การออกกำลังกายและการเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆ ประกอบกับต้องพึ่งพาคนอื่นทำให้เกิดปัญหาการปรับตัวตามมา และเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางกายก็ส่งผลกระทบต่อทางจิตใจ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในเด็กแต่ละคน

4. ด้านสังคมและบุคลิกภาพ ในภาวะการเจ็บป่วย ผู้ดูแลกลัวว่าเด็กจะมีอาการหอบจะจำกัดกิจกรรมเด็ก เช่น ห้ามเล่นตุ๊กตา ห้ามเล่นสัตว์เลี้ยง ห้ามออกนอกบ้าน ห้ามรับประทานอาหารบางชนิด ซึ่งทำให้เด็กรู้สึกแตกต่างจากคนอื่น จนกลายเป็นเด็กที่ไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง ไม่กระตือรือร้น ไม่อดทน ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา (ไข่มุก วิเชียรเจริญและคณะ, 2544: 37)

ผลกระทบต่อครอบครัว และพี่น้อง เพอร์รินได้ (Perrin, 1993:152) กล่าวไว้ ดังนี้

1. ภาระของครอบครัวในการดูแลประจำวันสำหรับเด็กโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นโดยทั่วไป เด็กโรคเรื้อรังต้องการการดูแลเป็นพิเศษมากกว่าเด็กปกติ เพราะเด็กมีความต้องการพิเศษตามการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ โดยภาระของครอบครัวจะเพิ่มมากขึ้นกับประเภทและความรุนแรงของโรคเรื้อรัง ความพร้อมของครอบครัว และระบบสนับสนุนของครอบครัวเมื่อเด็กโรคเรื้อรังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล แพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพอื่นจะร่วมรับผิดชอบการดูแล

สุขภาพของเด็ก แต่เมื่อเด็กโรคเรื้อรังกลับมาอยู่ที่บ้าน ความรับผิดชอบในการดูแลจะเปลี่ยนมาเป็นของบิดามารดา หรือผู้ดูแล จากการศึกษาของเชาว์ (Chou, 2000: 398) พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังจะใช้เวลาในการดูแลเด็กสัปดาห์ละ 7 วัน วันละประมาณ 4 ชั่วโมง นอกจากนี้บิดา มารดา หรือผู้ดูแล ยังต้องมีความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนมีทักษะในการดูแลพิเศษตามความต้องการของเด็กโรคเรื้อรังด้วย เช่น อาหาร การรับประทานยา การทำความสะอาดร่างกาย รวมทั้งการใช้เครื่องมือพิเศษต่างๆ

2. การถูกแยกจากสังคมของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวต้องทุ่มเทเวลาในการดูแลเด็กโรคเรื้อรังที่บ้านมากขึ้น ทำให้เวลาที่ครอบครัวมีต่อสังคม เช่น เพื่อนหรือญาติลดน้อยลง ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของสังคมได้ตามปกติ ทำให้ค่อย ๆ ถูกแยกจากสังคมในที่สุด

3. ครอบครัวต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนหรือญาติ เมื่อมีเด็กโรคเรื้อรังอยู่ที่บ้าน บิดา มารดา หรือผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็นด้านจิตใจ อารมณ์ และการสนับสนุนด้านสิ่งของ ซึ่งส่วนใหญ่จะพบว่าครอบครัวที่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย จะมีระบบการสนับสนุนภายในครอบครัวดีกว่าครอบครัวเดี่ยว

4. ครอบครัวมีความเครียดภายในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น โดยสาเหตุของความเครียดเกิดจากความต้องการของเด็กโรคเรื้อรัง ที่ต้องการจากบิดามารดาหรือพี่น้องภายในครอบครัว เช่น เด็กโรคเรื้อรังต้องการการดูแลเป็นพิเศษและต้องการเวลาจากบิดามารดาค่อนข้างมาก ขณะเดียวกันพี่น้องที่ปกติก็ต้องการเวลาจากบิดามารดาเช่นเดียวกัน หรือบิดามารดาก็ต้องการเวลาซึ่งกัน และกัน เมื่อไม่สามารถบริหารเวลาได้ ย่อมนำไปสู่การทำให้ความเครียดของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น

5. การที่บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังต้องให้การอบรมเลี้ยงดูและดูแลเด็กโรคเรื้อรังที่บ้าน ย่อมเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว รวมทั้งพัฒนาการของเด็กโรคเรื้อรังด้วย

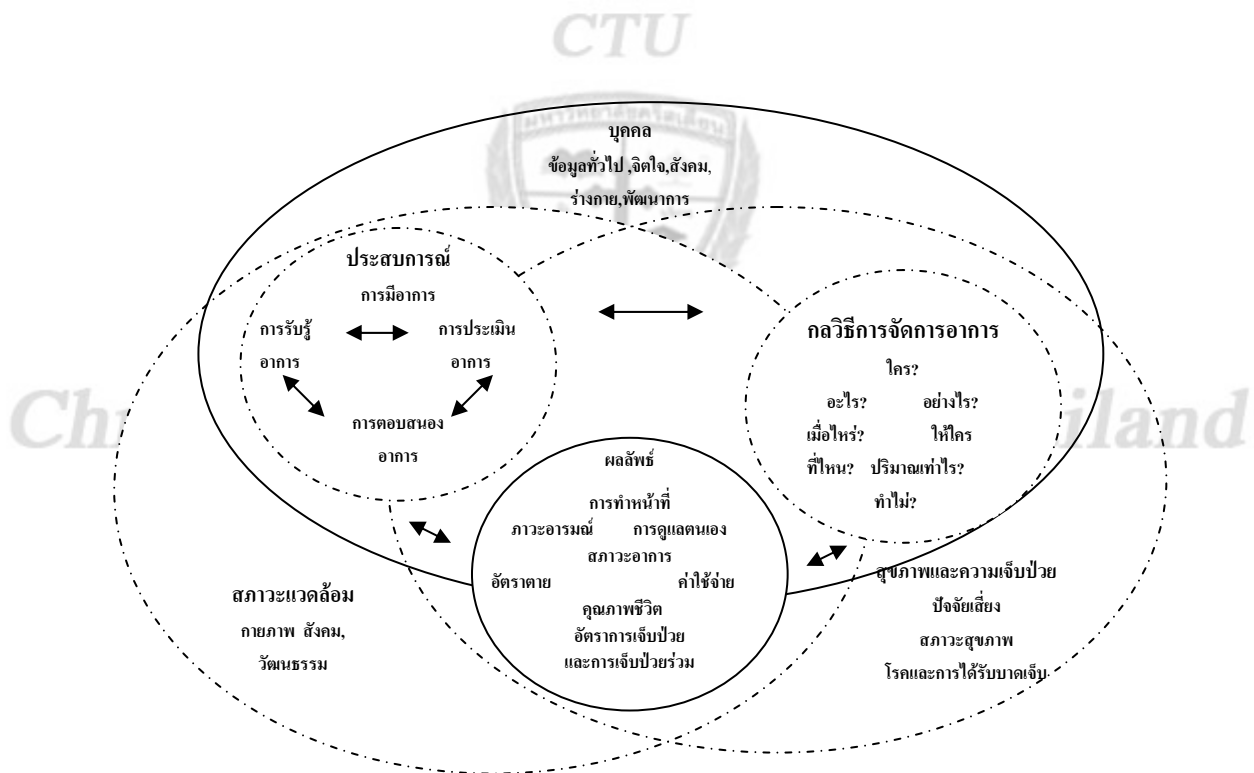
สรุป โรคหืดเด็ก เป็นโรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังที่มีทั้งระยะสงบและระยะหอบกำเริบ (Make, 1994: 568) เมื่อเกิดอาการกำเริบเรียกว่าอาการจับหืด ที่มักเกิดขึ้นที่บ้าน ในเวลากลางคืนและเช้ามืด หลังการได้รับปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้น อาการหอบสามารถกำเริบได้ตลอดเวลา เป็นภาวะที่เกิดขึ้นโดยที่ผู้ดูแลทำนายได้ยาก ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเพื่อแก้ไข บรรเทา หรือควบคุมอาการหอบ และป้องกันไม่ให้เกิดอาการหอบ ซึ่งต้องปฏิบัติกิจกรรมหลายอย่าง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และแผนการดำเนินชีวิต ดังนั้นผู้ดูแลต้องเรียนรู้อย่างต่อเนื่องในการจัดการกับอาการ จัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้ ดังนั้น โรคหืดจึงมีผลกระทบทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว (ประคอง อินทรสมบัติ อ่างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 135 - 136)

แบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Model) และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การจัดการของผู้ดูแลจะช่วยลดความรุนแรงโรค ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมได้ การจัดการของผู้ดูแล หมายถึง กระบวนการบริหารที่มีประสิทธิภาพที่ทำให้ครอบครัวดำรงอยู่ และเกิดผลสัมฤทธิ์ตามเป้าหมายของครอบครัว โดยการรู้จักใช้เทคนิควิธีต่าง ๆ ในการกระทำต่อผู้ป่วยโรคหอบหืดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของครอบครัวหรืออีกความหมายหนึ่งว่า การจัดการของครอบครัว เป็นการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินต่อไปได้ในสังคม

สำหรับแบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ได้มีการศึกษาและเผยแพร่ครั้งแรกโดย ลาร์สัน และคณะ (Larson, et al., 1994: 267) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า อาการเป็นประสบการณ์ การรับรู้ของบุคคล ต่อการเปลี่ยนแปลงทางชีวจิตสังคม ความรู้สึก และการรู้คิด รูปแบบการจัดการของลาร์สันและคณะ (Larson, et. al., 1994: 267) พบว่า บุคคลที่เป็นโรคจะใช้ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเป็นสิ่งประเมินภาวะสุขภาพของตน และค้นหาวิธีการจัดการกับอาการเพื่อบรรเทาความผิดปกติที่เกิดขึ้น โดยอยู่ภายใต้วัฒนธรรมของแต่ละบุคคล และอาการที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคคลมาพบเจ้าหน้าที่ที่มีความสุข ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่บุคคลและครอบครัวต้องรับผิดชอบในการจัดการอาการที่เกิดขึ้น และต้องจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งต้องรับผิดชอบผลลัพธ์ของการจัดการอาการที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดข้อสงสัยว่า ตนเองได้ดูแลจัดการอาการนั้นถูกต้องหรือไม่ และวิธีการที่ใช้ในการจัดการอาการของตนเองนั้นมีความเหมาะสมเพียงใด ถ้าการควบคุมอาการด้วยตนเองไม่ประสบผลสำเร็จ จะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของบุคคลนั้นได้ ต่อมาดอร์คและคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการจัดตั้งศูนย์การวิจัยการศึกษาเกี่ยวกับการจัดการอาการ เพื่อพัฒนาความรู้ทางด้านการจัดการอาการ ในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้พัฒนาแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ต่อจาก ลาร์สัน และคณะ (Larson, et al., 1994: 267) ขึ้นมาใหม่ ซึ่งดอร์คและคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) เชื่อในประสบการณ์และศักยภาพของผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการนั้น ๆ และเชื่อว่าบุคคลมีความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อใดก็ตามที่บุคคลไม่สามารถดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง การพยาบาลจะเข้าไปช่วยเหลือและสนับสนุนเพื่อเพิ่มศักยภาพให้คนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองอีกครั้งหนึ่ง การจัดการกับอาการเป็นส่วนหนึ่งของปฏิบัติการพยาบาล เป็นกุญแจของความรู้และการยอมรับทางด้านการพยาบาล ซึ่งเมื่อใดก็ตามที่กลวิธีในการจัดการอาการไม่เกิดประสิทธิภาพ จะต้องมีการทบทวนและประเมินประสบการณ์การเกิดอาการและกลวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการใหม่ เนื่องจากอาการมีการเกิด แบบ

พลวัต (Dynamic) วิธีการในการจัดการอาการแบบเดิมอาจไม่มีความเหมาะสมกับอาการแสดงที่เกิดขึ้น ในขณะนั้น การทบทวนการประเมินใหม่ เป็นการกระตุ้นให้บุคคลคิดค้นหาวิธีการที่เหมาะสม ในการจัดการต่อไป ซึ่งแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ประกอบด้วยความสัมพันธ์ในรูปแบบ 3 มิติ ได้แก่ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) วิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ (Outcomes) ซึ่งมิติทั้ง 3 ด้าน ที่มีความสัมพันธ์กันโดยมีความเกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Person) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health / Illness) แสดงดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 2 แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ของ ดอร์ค และคณะ (Dodd, et al., 2001: 672)

แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ของดอร์ค และคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) มีความเกี่ยวข้องกับมโนทัศน์ของศาสตร์ทางการแพทย์ ประกอบไปด้วย ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Person) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ดอร์ค และคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) อธิบายไว้ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านตัวบุคคล (Person) ได้แก่ ลักษณะพื้นฐานทั่วไปของบุคคล เช่น อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส บุคลิกภาพส่วนบุคคล ความคิด แรงจูงใจ สภาพร่างกาย สภาพอารมณ์ และจิตใจ พยาธิสภาพของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่เข้ามามีความเกี่ยวข้องกับการจัดการอาการ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดการจัดการอาการของดอร์ค และคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) มาศึกษาในส่วนของ ปัจจัยด้านตัวบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

1.1 อายุ

1.1.1 อายุของผู้ป่วย จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการปรับตัวและการแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยในเด็กแต่ละวัยมีความแตกต่างกัน ตามพัฒนาการทางด้านความคิดและการรับรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย (Stage of cognitive development) ซึ่งมีการแบ่งช่วงอายุเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงวัยก่อนเรียน ตั้งแต่อายุแรกเกิดถึง 4 ปี เป็นช่วงของการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง เด็กเริ่มรู้ความหมายของความเจ็บป่วย แต่ไม่เข้าใจสาเหตุอาจมีความเชื่อผิด ๆ และมีความคิดเชื่อมโยงความเจ็บป่วยกับประสบการณ์ที่ผ่านมา การพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองของเด็กทำให้เกิดความกลัวต่อต้าน ไม่ร่วมมือ ไม่ชอบการบังคับ โดยเฉพาะที่ต้องทานยา และวัยเรียนตอนต้นอายุมากกว่า 4-6 ปี เป็นช่วงการพัฒนา เด็กเริ่มรู้จักความหมาย แต่ไม่เข้าใจสาเหตุ อาจแปลความหมายผิด ๆ เด็กอาจรู้สึกตัวแตกต่างกับเพื่อน (Perrin, 1999: 152) จากการศึกษาของ รุจา ภูไพบูลย์ (2533: 23) พบว่า อายุเด็กมีความสัมพันธ์ด้านลบกับบทบาทของบิดามารดา กล่าวคือ มารดามีแนวโน้มที่จะให้ความช่วยเหลือดูแลบุตรป่วยโรคหัวใจรูมาติกห้ลดลงเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้น ในการศึกษาของรอย (Roy cited by Williams, 1977: 315 อ้างในพัชรินทร์ เวียงแก้ว, 2540: 92) พบว่า เมื่อบุตรมีอายุเพิ่มมากขึ้นสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น มารดาจะแบ่งเวลาให้บุตรน้อยลง เพราะเด็กจะดูแลตัวเองได้ จะใกล้ชิดเฉพาะเวลาที่บุตรมีอาการหอบเท่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของวนิดา ยืนยง (2537: 59) และพัชรินทร์ เวียงแก้ว (2541: 92) ซึ่งพบว่า บุตรโรคหืดที่มีอายุมากขึ้น บทบาทของมารดาในการดูแล และความเอาใจใส่ของมารดาที่มีต่อบุตรจะน้อยลง เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยโรคหืดมีอายุมากขึ้น มักมีอาการรุนแรงน้อยลง และสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น ส่วนผู้ป่วยที่มีอายุอยู่ในช่วง 2 - 3 ปี มักมีอาการพยากรณ์โรคไม่ดี (Boonsawat, et al., 2004: 112)

1.1.2 อายุของผู้ดูแล การศึกษาของวนิดา ยืนยง (2537: 61) และเพลินดา พรหมบัวศรี (2536: 72) พบว่า อายุของมารดาเป็นตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนายพฤติกรรมของการพาบุตรไปรับบริการทางสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกัญญา จ้อยกล้า (2550) พบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ดูแลที่อยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีประสบการณ์ การเรียนรู้และการปรับตัวที่จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ดี และผ่องศรี เรือนเครือ (2546: 34) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการกระทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไป เพราะอายุมีผลต่อพัฒนาการทางความคิด

ความเข้าใจ (Stage of cognitive development) ซึ่งเชื่อมโยงไปยังเจตคติและส่งผลถึงพฤติกรรม ส่วนเบคเกอร์ (Becker, 1978: 268) พบว่าพฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษา การรับประทานยา ไม่สม่ำเสมอ มักพบในผู้ที่มีอายุมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา เอกวัฒน์ (2540:42) พบว่า เด็กที่มีมารดาอายุ 40-50 ปี เป็นผู้ดูแล มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบเป็น 3.7 เท่าของเด็กที่มีมารดาอายุ 21-30 ปี และเด็กที่มีบิดาอายุ 41-50 ปี เป็นผู้ดูแล มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบเป็น 2.6 เท่าของเด็กที่มีมารดาอายุ 21-30 ปี

1.2 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล การศึกษาเป็นปัจจัยพื้นฐานของการรู้คิด การตัดสินใจ การพิจารณาเรื่องราวต่าง ๆ พร้อมทั้งการเรียนรู้และเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ได้ง่าย รู้จักแสวงหาแหล่งความรู้ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ได้หลายประเภท และยังช่วยให้บุคคลสามารถนำเอาความรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับ มาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และบุคคลอื่น การศึกษาจัดเป็น ประสบการณ์ของชีวิต ทำให้รู้จักกระบวนการทางสติปัญญา แก้ไขปัญหา อย่างมีเหตุผล เวทสโตน และโอโล แชนส์ตัน (Whetstone & Olow, 1989:976) กล่าวว่า เนื่องจากบุคคลที่มีการศึกษาสูง สามารถที่จะประยุกต์ความรู้สำหรับการดูแลตนเองที่มีอยู่มาใช้ได้ง่าย และบุคคลที่มีการศึกษา สามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ได้มากกว่า มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล เข้าใจ แผนการรักษา รู้จักซักถามปัญหา และใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย ส่วนเบคเกอร์และคณะ (Becker, et al.,1978:268-277) พบว่า ระดับการศึกษาของบิดามารดา มีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูบุตร บิดามารดาที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสที่จะได้รับรู้สิ่งใหม่ ๆ และมีเหตุจูงใจที่จะเลี้ยงบุตรของตนเองได้ดีกว่าบิดามารดาที่มีการศึกษาต่ำ และสอดคล้องกับการศึกษา ของคอบบ์ (Cobb,1996 อ้างในพ่องศรี เรือนเครือ, 2546:36) ที่พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ อย่างมากกับพฤติกรรมความร่วมมือในการปฏิบัติ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะให้ความร่วมมือ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาระดับต่ำ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลัดดา อิมทองใบ (2543:72) ที่พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความเข้าใจ สนใจต่อสุขภาพบุตร และให้ความร่วมมือในการให้ยาป้องกันอาการหอบแก่บุตร มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาน้อย และ การศึกษาของวนิดา ยืนยง (2537:61) พบว่า การศึกษาของมารดาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมในการดูแลบุตร เด็กมักจะมีอาการหอบซ้ำโดยผู้เป็นมารดา ที่จบการศึกษาใน ระดับประถม ส่วนเพลินตา พรหมบัวศรี (2536:72) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่างกันจะมี พฤติกรรมการดูแลบุตรแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ส่วน เบคเกอร์และคณะ (Becker, et al.,1978:268) พบว่า การศึกษาของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความร่วมมือในการรักษาของมารดาในกลุ่มเด็กโรค สำหรับการศึกษาระดับปริญญา จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการ (2548:22) พบว่า ผู้ป่วยเด็กที่บิดามารดาไม่ได้จบการศึกษาระดับปริญญา จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการ

เกิดอาการหอบซ้ำ เป็น 5.8 เท่าของเด็กที่บิดามารดา ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เอกวัฒน์ (2540:42) ที่พบว่า เด็กที่มีบิดาจบชั้นประถมถึงมัธยมศึกษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบเป็น 0.4 เท่า ส่วนเด็กที่มีบิดาจบชั้นมัธยมศึกษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบเป็น 0.6 เท่า

2. ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย (Health/Illness) ประกอบด้วยปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความผิดปกติทางพยาธิสภาพ หรือการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ และความรุนแรงหรือธรรมชาติของโรค (Disease and Injury) ซึ่งภาวะของโรคหรือความเจ็บป่วยของบุคคลแต่ละคนอาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการต่างกัน จากปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น ที่บ้าน ที่ทำงาน (Dodd, et al., 2001: 672) สำหรับปัจจัยสุขภาพ และความเจ็บป่วยในการศึกษาคั้งนี้ ได้ศึกษา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอาการหอบ คือสารก่อภูมิแพ้ที่เป็นปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการหอบ ซึ่งเมื่อร่างกายได้รับสิ่งกระตุ้นจะเกิดอาการหอบถี่ของหลอดลม ส่งผลให้เกิดอาการหอบได้ทันที การศึกษาของ ปิยธิดา ดวงใจ (2542) พบว่า สิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยเสี่ยง และเป็นสาเหตุหลักของการเกิดอาการหอบ ในผู้ป่วย อายุ น้อย ซึ่งสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสำคัญในการก่อให้เกิดโรค และอาการหอบเกิดขึ้นหลังจากสัมผัสกับสิ่งกระตุ้นที่ผู้ป่วยแพ้

สำหรับการศึกษาของนิตยา เอกวัฒน์ (2540: 45) ถึงปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบ พบว่า

เด็กที่มีสารกระตุ้นอาการแพ้ 1 ชนิดมีโอกาสเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบ 1.14 เท่าของเด็กที่ไม่มีสารกระตุ้นอาการแพ้ และเด็กที่มีสารกระตุ้นอาการแพ้มากกว่า 1 ชนิด มีโอกาสเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบ 2.1 เท่า และร้อยละ 61 ที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ มักเกิดร่วมกับอาการหอบ ซึ่งเป็นเหตุส่งเสริมให้มีอาการหอบกำเริบได้ 0.8 เท่า

สัตว์เลี้ยงภายในบ้าน พบว่า เด็กที่มีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน มีโอกาสเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบ 0.9 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน

เด็กที่มีแหล่งมลพิษอยู่ใกล้บ้านมีโอกาสเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบ 1.7 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีแหล่งมลพิษใกล้บ้าน

ผู้ดูแลที่ไม่ได้ทำความสะอาดบ้านทุกวัน มีโอกาสเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบ 1.7 เท่าเมื่อเทียบกับเด็กที่มีผู้ดูแลที่ทำความสะอาดบ้านทุกวัน

ความสัมพันธ์ระหว่างการสัมผัสควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมกับอาการหอบกำเริบหลังการรักษาในผู้ป่วยเด็กโรคหืด ที่มีบิดาหรือสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ภายในบ้าน พบว่า จำนวนบุหรี่ที่เพิ่มขึ้นทุก 1 มวน ทำให้โอกาสเสี่ยงต่ออัตราการหอบเพิ่มขึ้น 1.5-3 เท่า และการสัมผัส ควันบุหรี่ร่วมกับการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมีอิทธิพลร่วมกันในการทำให้โอกาสเสี่ยงต่อ

การเกิดอาการหอบกำเริบ เพิ่มขึ้นเป็น 14.8 เท่า ($p < 0.01$) เนื่องจากวันบุหรีที่เด็กสุดเข้าไปทำให้เกิดหลอดลมอักเสบ และการสัมผัสวันบุหรี ทำให้เด็กโรคหืดมีอาการรุนแรงมากขึ้น

การศึกษาของสุปรียา ดันสกุล (2548: 24) พบว่า การทราบโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค มีผลต่อพฤติกรรมการให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา จะทำให้เด็กมีโอกาสหอบน้อยลง หรือเมื่อเกิดอาการหอบก็จะไม่รุนแรงไม่ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และหากผู้ดูแลไม่ทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกัน ก็ทำให้เกิดการหอบซ้ำ ในเด็กวัยก่อนเรียนได้ง่าย วิธีการที่ดีที่สุดในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืด คือ การหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ซึ่งถือเป็นการรักษาที่ต้นเหตุ เพราะเมื่อไม่มีต้นเหตุที่ทำให้เกิดการแพ้ ซึ่งเป็นแอนติเจน (Antigen) ถึงแม้ร่างกายจะมีแอนติบอดี (Antibody) อยู่ก็ตาม ก็จะไม่เกิดปฏิกิริยาการแพ้ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ฉิชนันท์ อารีการเลิศ (2008: ง) พบว่า การจัดการสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการของผู้ดูแลเกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่จะกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เด็กมักจะมีจำนวนสิ่งกระตุ้นหลาย ๆ ชนิดในเวลาเดียวกัน มารดาเด็กจำเป็นต้องรู้และสังเกตสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ เพื่อป้องกันหรือลดความรุนแรงของอาการหอบ (Godfrey, 1992: 592 - 593 อ้างในพัชรินทร์ เวียงแก้ว, 2540)

การศึกษาของ ยุบล สุขสะอาด (2541: 33-35) พบว่า ผู้ป่วยสามารถรู้ปัจจัยกระตุ้นอาการจับหืด แต่บางครั้งก็เกิดขึ้น โดยไม่สามารถบอกได้ แต่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยกระตุ้นอาการที่พบบ่อยที่สุด ประกอบด้วย สารก่อภูมิแพ้ เช่น ไรฝุ่น ควันบุหรี่ ทั้งที่สูบเองหรือได้รับจากคนข้างเคียง มลภาวะทางอากาศ การติดเชื้อไวรัสของทางเดินหายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทรรศนีย์ นาคราช (2550: 79) พบว่า สิ่งแวดล้อมสนับสนุนการเกิดอาการหอบหืดซ้ำที่ร่างกายรับโดยการหายใจเข้าไป เด็กที่ป่วยเป็นหอบหืดจะมีความไวต่อสิ่งกระตุ้น การติดเชื้อไวรัสในระบบทางเดินหายใจ เป็นตัวกระตุ้นสำคัญที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด ครั้งแรกในเด็กเป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดอาการหอบซ้ำ (Recurrent wheezing) ในเด็กเล็กอายุ 2-5 ปี (วรลักษณ์ จารุตระกูลชัย, 2548: 17)

3. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม (Environment) สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล แหล่งสนับสนุนทางทางสังคม และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม ในแต่ละท้องถิ่น (Culture) เช่น ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณีปฏิบัติ ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สัมพันธ์ภาพ คือ ความผูกพันหรือความเกี่ยวพันเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และผลที่ได้เป็นความรู้สึกที่ดีต่อกัน โดยกระบวนการนี้เกิดขึ้นสะสมต่อเนื่อง จากการศึกษาของ ปิยะพรรณ เทียนทอง (2546: ง) พบว่า การสนับสนุนของครอบครัว ความรัก ความเอื้ออาทรต่อกันนั้น ส่งผลให้พฤติกรรมการจัดการผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของครอบครัวดีขึ้น ซึ่งการศึกษาของ ทราวิส (Travis,

2007 อ้างใน น้ำเพชร มาตาชนก, 2549: 60) พบว่าระยะเวลาที่ผ่านไปผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจ มีความรักใคร่ เอื้ออาทรและสงสารทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดียิ่งขึ้น ซึ่งทำให้ครอบครัวมีการจัดการที่ดี แต่ในขณะเดียวกันยังมีปัจจัยด้านอื่นที่ช่วยในการจัดการโดยไม่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพ คือ ระยะเวลาในการดูแล และความร่วมมือ จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการอาการ ของครอบครัวผู้ป่วยโรคหืดด้วยผู้ใหญ่ ของน้ำเพชร มาตาชนก (2549: ๖) พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกและสามารถร่วมทำนวยการจัดการ เนื่องจากการที่ครอบครัวมีความรัก ความไว้วางใจการช่วยเหลือกันยามเจ็บป่วยช่วยให้การดูแลผู้ป่วยโรคหืดเป็นไปอย่างเหมาะสม และเกิดพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสามารถในการจัดการที่ดี การสื่อสารและการสนับสนุนในครอบครัว สามารถอธิบายความผันแปรได้ร้อยละ 46

ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience)

แนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom management model) ของดอร์ดี และคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) อธิบายว่า ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ (Symptom experience) เป็นกระบวนการ ที่เป็นพลวัตไม่หยุดนิ่งมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาประกอบด้วย การรับรู้อาการ (Perception of symptom) การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) และการตอบสนองต่ออาการ (Response to symptom) ซึ่งการทบทวนวรรณกรรม พบว่า

1. การรับรู้อาการ (Perception of symptom) เป็นการรับรู้การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลงไปจากสิ่งที่ตนเคยรู้สึกหรือเคยปฏิบัติ โดยบุคคลนั้นต้องรู้สึกตัวและใช้ปัญญาในการรวบรวมความรู้สึกต่าง ๆ เพื่อแปลความหมายของข้อมูลในสถานการณ์ การรับรู้อาการมีความซับซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เมื่อเด็กเริ่มมีอาการหอบจะเริ่มมีอาการไอ หายใจวี๊ด ผู้ปกครองจะรับรู้อาการหอบของเด็กจากการหายใจ โดยรู้ว่าเด็กกำลังทุกข์ทรมาน ซึ่งบุคลากรทางสุขภาพรับรู้การตอบสนองของเด็กจากผู้ปกครอง แล้วทำการตัดสินใจจัดการกับการรักษานั้น ซึ่งถ้าการรับรู้สอดคล้องกัน การจัดการก็จะไม่เกิดการขัดแย้ง แต่ถ้าการรับรู้ขัดแย้งกันปัญหาที่เกิดขึ้นก็จะไม่ได้รับการจัดการที่เหมาะสม (Dodd, et al., 2001: 672) จึงเป็นการรับรู้ถึงสิ่งที่แสดงถึงความเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งบ่งชี้ถึงความเปลี่ยนแปลงไปจากการทำหน้าที่ปกติที่ผู้ป่วยเคยประสบและรับรู้ (Hegyvary, 1993: 146) ในการรับรู้ของบิดา มารดา ร้อยละ 80.40 คือ มีการรับรู้อาการไอเป็นอันดับแรกที่ทำให้เด็กมีอาการหอบ ซึ่งบิดามารดาจะรู้สึกตกใจกลัวเมื่อเด็กมีอาการหอบครั้งแรก แต่ต่อมาเมื่อมีประสบการณ์จะเรียนรู้และสังเกตจากอาการนำของการหอบ ด้วยการประเมินอาการจากประสบการณ์เดิม ก่อนการตัดสินใจจัดการกับอาการนั้นด้วยวิธีต่าง ๆ (รัตนาวดี ชอนตะวันและพัชรี วรกิจพูนผล, 2547: 21) ซึ่งอาการจับหืดเป็นความรู้สึก

ไม่สุขสบายเมื่อรู้ว่าหายใจไม่สะดวก เป็นปรากฏการณ์ที่บุคคลรับรู้ โดยเมื่อมีตัวรับ (Receptor) ที่หลอดลมของผู้ป่วยรับรู้ที่เกิดอาการหายใจลำบากขึ้น ผู้ป่วยจะแปลความหมายของอาการตามความรู้สึกของตน และตอบสนองต่อการหายใจลำบาก ทั้งทางสรีระ อารมณ์และพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของโรคของมารดา มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นหอบหืดของผู้ดูแล (ลัดดา อิ่มทองใบ, 2543: 122 และเพลินดา พรหมบัวศรี, 2536: 29- 33) การรับรู้ของบุคคลในครอบครัว ต่อการเจ็บป่วยของเด็ก ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของครอบครัว การรับรู้อาการ ความรุนแรงของผู้ป่วย หัวใจวาย สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้ (ลัดดา อิ่มทองใบ, 2542: 122)

2. การประเมินอาการ (Evaluation of symptom) ซึ่งเป็นการประเมินของบุคคลต่อความรุนแรงของอาการ ความถี่ของการเกิดอาการ รูปแบบของการเกิดอาการ ว่าอาการนั้นคุกคามชีวิต คืออาการที่ส่งผลหรือรบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ในแต่ละบุคคลย่อมมีการรับรู้และประเมินความรุนแรงของอาการแตกต่างกันออกไป สะท้อนถึงความซับซ้อนของปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบของประสบการณ์เกี่ยวกับอาการผู้ป่วย ที่มีประสบการณ์อาการมากจะสามารถอธิบายอาการได้อย่างถูกต้อง และมีคุณภาพมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประสบการณ์อาการ (Dodd, et al., 2001: 672) สำหรับการประเมินอาการหอบประเมินได้จากการตอบสนองต่ออาการของผู้ป่วยเด็กโรคหืดจากการศึกษา การประเมินอาการหอบ ซึ่งเป็นตัวกำหนดวิธีการจัดการอาการ โดยประเมินได้จากอาการและการแสดงของผู้ป่วย ลักษณะทางคลินิก โดยใช้ข้อมูลต่าง ๆ เข้ามาประกอบกัน ซึ่งการให้ความหมายต่อความเจ็บป่วยเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล ผลจากการประเมินอาการทำให้เกิดพฤติกรรมต่าง ๆ ของ (Rhodes, 1987: 242)

3. การตอบสนองต่ออาการ (Response to symptom) ปฏิกริยาตอบสนองของบุคคลต่ออาการหรือพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตามการรับรู้และการประเมินอาการเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมที่เกิดขึ้นภายหลังการเกิดอาการ ซึ่งในการประเมินและการตอบสนองต่ออาการนั้น สามารถส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงการรับรู้อาการ ซึ่งเป็นการรับรู้สิ่งที่เป็นภาวะคุกคามต่อตนเอง บุคคลก็จะรับรู้ความรุนแรงต่ออาการนั้นสูงขึ้น เมื่อบุคคลมีประสบการณ์อาการ ซึ่งถ้าอาการมีผลหรือคุกคามกับบุคคล ก็จะแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการนั้นๆ (Dodd, et al., 2001: 672) สำหรับการตอบสนองร่างกายต่ออาการหอบที่เกิดขึ้น โดยการประเมินจากความรุนแรงของอาการจับหืดเฉียบพลันที่เกิด และเป็นภาวะคุกคามจากอาการจับหืดที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน คือ ระดับความรุนแรงน้อย ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่ออาการโดยมีอาการหายใจลำบากขณะเดิน ยังนอนราบได้ปกติ พุดเป็นประโยชน์ได้ อาจมีอาการกระสับกระส่าย หายใจเร็วขึ้น ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ หายใจเสียงดังวี๊ดในช่วงการหายใจออก และชีพจรน้อยกว่า 100 ครั้ง ระดับความรุนแรงปานกลาง ผู้ป่วยจะมีการตอบสนองต่ออาการ

โดย การหายใจลำบากขณะพูด ร้องเบา คุณดมได้น้อย มักจะอยู่ในท่านั่ง พูดเป็นวลีกระสับกระส่าย หายใจเร็ว มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ หายใจเสียงดังวี๊ดในช่วงการหายใจออกตลอดเวลา ซีพจร 100-120 ครั้ง และถ้ามีอาการอยู่ในระดับความรุนแรงมาก จะมีอาการหายใจลำบากขณะพักไม่คุณดม นิ่งหรือนอนราบไม่ได้ นิ่งเอียงตัวไปข้างหน้า พูดเป็นคำ ๆ กระสับกระส่าย หายใจเร็วมักกว่า 30 ครั้งต่อนาที มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ หายใจเสียงดังวี๊ดในช่วงการหายใจเข้าและหายใจออก ตลอดเวลา ซีพจรมากกว่า 120 ครั้ง (NHLBI, 2008: 57)

จากการศึกษาของวิลโด เกิดผล (2548:151) ได้ศึกษาประสบการณ์ของเด็กไทยวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคหืด พบว่า การพัฒนาความชำนาญในการจัดการกับโรคหืด เป็นแก่นมโนทัศน์ของกระบวนการเรียนรู้ในการจัดการและควบคุมโรคหืดของเด็กไทยวัยเรียน ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาทางความคิด ทักษะและความมั่นใจในการควบคุมภาวะโรคหืด โดยอาศัย การสะสม การรับรู้จากประสบการณ์ และพัฒนาทักษะความสามารถในการจัดการจาก ผู้ไม่รู้ พัฒนาเป็นผู้ชำนาญ เป็นกระบวนการที่มีความก้าวหน้า และต่อเนื่องกันไปตามการรับรู้ สำหรับ ประสบการณ์อาการหอบ จากการศึกษาของ ยุกต สุขสะอาด (2541:33-35) พบว่า อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญที่ผู้ป่วยทุกรายรับรู้ขณะมีอาการจับหืด อาการที่รองลงไป คือ หอบเหนื่อย แน่นอึดอัด หายใจเสียงดัง ไอและมีเสมหะ สามารถจัดอาการได้เป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการทางกาย และกลุ่มความรู้สึกทางอารมณ์ กลุ่มอาการทางกายที่รับรู้ได้ คือ อาการอ่อนเพลีย ไม่มีแรง ใจสั่น ส่วนความรู้สึกทางอารมณ์ที่รับรู้ได้ขณะมีอาการจับหืด คือ กังวล หงุดหงิด ทรมาน กลัวเสียชีวิต การตอบสนองต่ออาการหอบ คือ หายใจเร็ว หายใจ เสียงวี๊ด ใช้กล้ามเนื้อคอช่วยในการหายใจ เบื่ออาหาร อ่อนล้า และใจเต้นแรง โดยผู้ป่วยทุกรายมีประสบการณ์การหอบทั้ง 2 รูปแบบ

ผลลัพธ์ (Outcomes)

ผลลัพธ์ (Outcomes) ตามแนวคิดแบบจำลองการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ของ ดอร์ดี และคณะ (Dodd, et al., 2001:672) หมายถึง การที่บุคคลประเมินเกี่ยวกับ ความสามารถในการทำหน้าที่ (Function status) สภาวะอาการ (Symptom status) สภาวะอารมณ์ (Emotional status) ค่าใช้จ่าย (Costs) อัตราการตาย (Mortality) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care) คุณภาพชีวิต (Quality of life) อัตราการป่วยและ ความเจ็บป่วยที่เกิดร่วม (Morbidty and co - morbidty) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาผลลัพธ์ เฉพาะในด้านคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดของดอร์ดี และคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) ได้อธิบายไว้ว่า เป็นความสัมพันธ์ที่เป็นผล วัตรกันระหว่างผลลัพธ์ (Outcomes) กับวิธีการจัดการอาการ (Symptom management) จากการ ทบทวนวรรณกรรมได้มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตไว้ ดังนี้

คุณภาพชีวิต (Quality of life) ของชาน (Zhan, 1992: 759) พบว่า คุณภาพชีวิตในแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ประสบการณ์ อาชีพ ความสนใจ การศึกษา ประเพณี วัฒนธรรมและการให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคล คุณภาพชีวิต ตามแนวคิด ของเฟอร์ราน และ พาวเวอร์ (Ferrans & Power, 1992: 29 - 38) หมายถึง ความรู้สึกถึงความผาสุกของบุคคลที่ได้จากความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจ ในองค์ประกอบของชีวิต โดยที่องค์ประกอบนั้นมีความสำคัญต่อบุคคลขึ้นอยู่กับประเพณีวัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมของแต่ละสังคม

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีอาการหอบ ที่มารับบริการแผนกฉุกเฉินบ่อย พบว่ามีคุณภาพชีวิตต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้บริการที่แผนกฉุกเฉินน้อย ซึ่งคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับสภาวะการเจ็บป่วย ตามการรับรู้ของบุคคลในช่วงนั้น สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดนั้น เป็นตัวกำหนดการดูแลรักษา และการป้องกันอาการกำเริบจากโรคหืด และคุณภาพชีวิตยังเป็นตัวชี้วัดสำคัญที่แสดงถึงคุณภาพของการพยาบาล (Padilla, et al., 1983: 117)

การศึกษาคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคหืดของไจ่มุก วิเชียรเจริญและคณะ(2544: 37) พบว่า โรคหืดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโดยตรง ทั้งการดำเนินชีวิต สุขภาพ ผลทางด้านจิตใจ เช่น ความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล และผลต่อกิจวัตรประจำวัน คือ ผลต่อสุขภาพร่างกาย การนอนหลับพักผ่อน การมารับบริการแผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน และได้มีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยไว้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหืด ควรนึกถึงผลต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะพฤติกรรมดูแลที่เหมาะสม เพื่อส่งผลให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น เพราะจะทำให้เด็กอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข คุณภาพชีวิต จึงเป็นประเด็นสำคัญทุกระยะของการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดเด็ก

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดลดลง เนื่องจากต้องหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ อัตราการป่วยและความเจ็บป่วยที่เกิดร่วม อาการหอบที่รุนแรงและยาวนาน ผู้ป่วยจะยิ่งกลัว ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะการหายใจล้มเหลวได้ และที่สำคัญคุณภาพชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับสภาวะการเจ็บป่วย (Juniper, et al., 1992: 76) จากการศึกษาของยุบล สุขสะอาด (2541: 33-35) พบว่า ผลจากอาการที่เกิดจากความเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยโรคหืด มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คือ บั่นทอนสุขภาพ คุณคามต่อชีวิต วิถีชีวิตเปลี่ยนไป ภาพลักษณ์เปลี่ยนไป ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดนั้นลดลง เนื่องจาก มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง (Juniper, et al., 1992: 76) ผลจากอาการ เป็นตัวตัดสินใจเลือกวิธีการจัดการกับอาการนั้นๆ (สุกัญญา จ้อยกล้า, 2550:ง) และที่สำคัญ ผลจากอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืดเป็นตัวบ่งชี้จากพฤติกรรมดูแล ซึ่งสิ่งสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กขึ้นอยู่กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแล เด็กที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีบ่งบอกถึงพฤติกรรมดูแลที่ดีของผู้ดูแล (บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์; อุทัยวรรณ พุทธิรัตน์และพิสมัย วัฒนสิทธิ์, 2551: 502)

สำหรับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังที่มีอายุ 5 ปีขึ้นไป ที่มารับการรักษาที่สถานสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาชิณี โดยการศึกษาความแตกต่างของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กทั่วไปและผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตที่สร้างขึ้น โดยวานี และคณะ (Varni, et al., 2003: 329) พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังรวมถึงผู้ป่วยเด็กโรคหัดมีคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวม ด้านสุขภาพจิตและสังคมต่ำกว่าผู้ป่วยเด็กทั่วไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p - value เท่ากับ 0.02 และ 0.32 ตามลำดับ) เมื่อจัดกลุ่มคุณภาพชีวิตพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (โสภิต สุขงกช, 2548: 29) ดังนั้นการประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างแท้จริง

การประเมินคุณภาพชีวิตในการศึกษาครั้งนี้ ใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพชีวิต (Pediatric Quality of Life Inventory Version 4 (The 23 - item PedsQL™) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ วานีและคณะ(Varni, et al., 2003: 329) เป็นแบบสอบถามที่ออกแบบเพื่อใช้ในการวัดเกี่ยวกับสุขภาพที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ (Health - related quality of life : HRQOL) สามารถใช้ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กปกติ และเด็กป่วยในระยะเฉียบพลันที่มีอาการรุนแรง หรือมีภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยเด็กโรคหัด แบบสอบถามคุณภาพชีวิตมีทั้งหมด 3 ด้าน คือ 1) คุณภาพชีวิตโดยรวม (Quality of life total scale score) 2) คุณภาพชีวิตทางด้านจิตและสังคม (Psychosocial Health Summary Scale) และ 3) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (Physical health summary scale) ซึ่งเป็นลักษณะคำถามปลายเปิดมีทั้งหมด 23 ข้อ แบ่งเป็น 4 หัวข้อหลัก (Core domain) 1) ด้านร่างกาย (Physical functioning) ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ 2) ด้านอารมณ์ (Emotional functioning) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อคำถาม 3) ด้านสังคม (Social functioning) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ และ 4) ด้านการเรียน (School functioning) ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามผ่านการทดสอบความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยมีคะแนนความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (Reliability) ในแต่ละด้านสรุปได้ดังนี้ คุณภาพชีวิตโดยรวม (Quality of life total scale score) มีคะแนนความน่าเชื่อถือของแบบสอบถาม (Reliability) ในส่วนของมารดา 0.90 ส่วนของผู้ป่วยเด็ก 0.88 คุณภาพชีวิตทางด้านจิตและสังคม (Psychosocial health summary scale) มีคะแนนความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามในส่วนของมารดา 0.86 ส่วนของผู้ป่วยเด็ก 0.83 และคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย (Physical health summary scale) มีคะแนนความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามในส่วนของมารดา 0.88 และส่วนของผู้ป่วยเด็ก 0.80

วิธีการจัดการกับอาการ (Symptom management strategies)

วิธีการจัดการกับอาการ เป็นขบวนการที่เป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาตามการรับรู้ของผู้ป่วย โดยมีเป้าหมาย เพื่อควบคุมและบรรเทาอาการ โดยใช้ประสบการณ์และวิธีการต่าง ๆ ที่ได้จากการเรียนรู้ เริ่มต้นจากการประเมินอาการ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการด้วยมุมมองของผู้ป่วย ตามด้วยการระบุเป้าหมายของการปฏิบัติ ลงมือปฏิบัติ และการประเมินผลการจัดการกับอาการ รวมถึง พฤติกรรมการปฏิบัติที่มุ่งกระทำต่อปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งหรือมากกว่า ในส่วนที่เกี่ยวกับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ เพื่อให้ได้ผลตามที่ต้องการ อาจขึ้นอยู่กับยอมรับหรือไม่ยอมรับ แต่กลวิธีคือ ใครเป็นผู้จัดการอาการ (Who) จัดการอาการอะไร (What) จัดการเมื่อไร (When) จัดการอาการที่ไหน (Where) ทำไมจึงต้องจัดการ (Why) จัดการมากน้อยแค่ไหน (How much) จัดการให้ใคร (To Whom) มีวิธีการจัดการอย่างไร (How) ซึ่งหลักของการจัดการขึ้นอยู่กับระดับความรู้ที่จะจัดการ การจัดการต้องสอดคล้องกับความต้องการ แต่ถ้าการจัดการ ไม่มีประสิทธิภาพก็จะไม่เกิดผล (Dodd, et al., 2001:672) ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการนำแบบจำลองแนวคิดการจัดการอาการ (Symptom management model) ของ ดอร์ค และคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) มาศึกษาพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า เมื่อบุคคลรับรู้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จะเกิดกระบวนการด้านความคิดและจิตใจขึ้นภายใน และบุคคลจะนำประสบการณ์การรับรู้เดิม มาผสมผสานกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และเลือกกระทำพฤติกรรมไปตามการให้ความหมายนั้น ๆ (Bunting, 1988: 168) บุคคลจะแปลความหมายของอาการจากประสบการณ์ การคาดการณ์ถึงความรุนแรง และความถี่ของอาการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลยอมรับการเจ็บป่วยและตัดสินใจแสวงหาการจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นๆ (Machanic อ้างใน มัลลิกา มัติโก, 2534: 21-22) การดูแลเด็กโรคหืดที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยส่งเสริมให้เด็กมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมโรคและอาการได้ โดยการดูแลจัดการเมื่อเกิดอาการหอบ ซึ่งการจัดการอาการ (Symptom management) ที่ดีจะช่วยลดอัตราการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ ไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการกำเริบที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการอาการหายใจลำบากสามารถลดความรุนแรง และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพองดีขึ้น (อารีรัตน์ ม่วงไหมทอง, 2551: 73) ซึ่งอาการจับหืดในเด็กสามารถป้องกัน ลดความรุนแรงของอาการ และการดำเนินของโรคได้ หากผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้องเหมาะสมตั้งแต่ในระยะแรกของการจับหืด การจัดการที่ดีนั้นยังส่งผลถึงการดำเนินของโรคในอนาคตซึ่งพบอุบัติการณ์ร้อยละ 40 อาการของโรคหืดจะดีขึ้นหรือหายไปเมื่ออายุเข้าสู่วัยรุ่น ถ้าหากไม่ได้รับการประเมินและการจัดการอาการ ที่ถูกต้องหรือไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่ อาการของการหอบจะรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ (สมาคมออร์เวชแห่งประเทศไทย, 2547: 179-193)

หลักการของการจัดการอาการหอบ (Symptom management) คือ เมื่อมีอาการหอบกำเริบ โดยทั่วไปโรคหืดเป็นโรคที่มีอาการนำมาก่อน ผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงอาจมีเพียงอาการไอ แต่หากอาการหอบกำเริบรุนแรง ก็จะมีอาการหอบมากขึ้นร่วมกับไอ มีเสมหะและมีเสียงวี๊ดในหลอดลม โดยจะมีอาการมากในเวลากลางคืนและมีอาการแสดงเลวลงอย่างรวดเร็ว หากผู้ป่วยมีอาการหอบนาน ๆ ครั้ง ยังสามารถทำกิจวัตรได้ปกติ การจัดการเพียงนั่งพัก และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น โดยยังไม่ต้องใช้ยา เมื่อมีอาการหอบในขณะที่กำลังวิ่งเล่นให้หยุดพักทันทีสงบสติอารมณ์ บริหารการหายใจโดยใช้กลัมนื้อกระบังลม กลัมนื้อหน้าท้อง อย่างสม่ำเสมอในขณะที่หายใจเข้าทำให้กระบังลมดันท้องให้พองออกและให้ยุบลงในขณะที่ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก ทางปากช้า ๆ โดยการห่อปาก หากมีอาการหอบปานกลาง หอบขณะมีกิจกรรมอาจต้องพ่นยาขยายหลอดลมและถ้าอาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยต้องพ่นยาเป็น 2 เท่า พร้อมทั้งทานยาถ้าอาการไม่ดีขึ้นภายใน 10-15 นาทีต้องพ่นยาซ้ำและนำส่งโรงพยาบาล พ่นยาหรือรับประทานยาแก้หอบตามแผนการรักษาของแพทย์ ดื่มน้ำอุ่น ควบคุมลดภาวะคุกคามนั้น ด้วยการมีกิจกรรมต่าง ๆ อย่างช้า ๆ หรือหยุดกิจกรรมนั้น ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับยาตามระดับความรุนแรงของโรคได้ การใช้ยาตามความรุนแรงของโรคขณะผู้ป่วยมีอาการกำเริบที่บ้านได้ (GINA, 2008: 65) การสังเกตอาการ การประเมินระดับความรุนแรงของการเกิดอาการ การหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายหรือการทำกิจกรรมนอกสถานที่ที่ต้องเผชิญกับอากาศหนาวเย็น อากาศร้อนจัด หรือมีลมพัดแรง หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีอากาศอับชื้น อากาศถ่ายเทไม่สะดวก สารที่แพ้ สิ่งระคายเคือง เช่น ควันบุหรี่ น้ำหอม การเปลี่ยนแปลงของอากาศ การดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ การควบคุมอาการหอบของโรคหืด ต้องระวังอาการของไข้หวัด ระวัง การปรับสภาพสิ่งแวดล้อม เช่น การจัดห้องนอนให้สะอาดไม่อับชื้น ขจัดความกังวล หงุดหงิด ฉุนเฉียว ดีใจ หรือเสียใจอันอาจจะเป็นสาเหตุของการจับหืดได้ เด็กที่มีอาการไอหรือมีโรคหอบหืดอยู่ ไม่ควรดื่มน้ำเย็นจัด หรือรับประทานไอศกรีม รับประทานยาเมื่อเริ่มมีอาการ ควรใช้ยาตามแผนการรักษา ทำความสะอาดและกำจัดฝุ่นในที่พักอาศัยทุกวัน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบงานวิจัยที่ใช้แนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom management model) ของ ดอร์ด และคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) และลาร์สันและคณะ (Larson, et al., 1994:267) เป็นกรอบการศึกษา ดังนี้

วันทนา มณีศิลป์ (2543: ง) ศึกษาประสบการณ์อาการเหนื่อยหอบ ผลของอาการเหนื่อยหอบ และวิธีการจัดการอาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคหืดหัวใจ พบว่า อาการเหนื่อยหอบที่ผู้ป่วยรับรู้คือ การหายใจเข้าไม่พอ ร่วมกับอาการแน่นหน้าอก อาการร่วมที่พบ คือ ใจสั่น ผู้ป่วยจึงประเมินอาการโดยการคลำที่หน้าอกด้านซ้าย พบว่าหัวใจเต้นแรง ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ คือ

การทำงานหนัก การจัดการอาการเหนื่อยหอบคือร้อยละ 100 หยุดทำกิจกรรม ร้อยละ 90 มีการจัดทำ ร่วมกับการดมยาดม และร้อยละ 70 มีวิธีการป้องกันอาการหอบเหนื่อย โดยการเลี่ยงการทำงานหนัก

วรรณนา ชัยชนะรุ่งเรือง (2546: 46) ศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีการจัดการอาการ และ ผลของอาการ ในการรับรู้การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของบุคคลที่เป็นเบาหวาน พบว่า ผู้ป่วยจะประเมินอาการตามความรุนแรงของการมีอาการ ความถี่ของการเกิดอาการและระยะเวลา การเกิดอาการโดยใช้อาการแสดงของโรค เป็นส่วนหนึ่งในการตัดสินใจปฏิบัติตัวในการควบคุม โรคในทิศทางตามการรับรู้อาการของตนเอง ซึ่งอาการบางอย่างที่ผู้ป่วยรับรู้แตกต่างกัน เป็นผลให้ ผู้ป่วยมีกลวิธีจัดการอาการที่แตกต่างกันออกไป ตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล

สุจินดา ไชยพะยอม (2549: ง) ศึกษาประสบการณ์อาการ วิธีจัดการกับอาการ และ คุณภาพชีวิตของผู้หญิงที่มีปัญหาภาวะเบาหวานเรื้อรัง พบว่า มีกลุ่มอาการที่รบกวนการดำเนิน ชีวิตประจำวันที่สำคัญ 3 อาการ ผู้ป่วยจะมีวิธีการจัดการกับอาการโดยใช้ประสบการณ์อาการ คือการรักษาเชิงพฤติกรรมร้อยละ 91.3 และการใช้ยาร้อยละ 74.5 ส่วนระดับคุณภาพชีวิตอยู่ใน ระดับกลาง

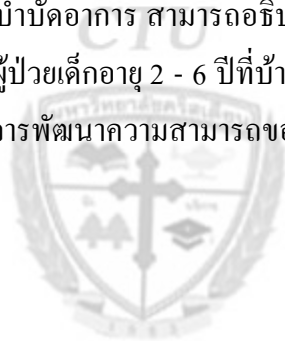
สุกัญญา จ้อยกล้า (2550: ง) ศึกษาอาการที่พบบ่อย ในการประเมินอาการ การจัดการกับ อาการของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า การรับรู้ของ บุคคลทำให้ประเมินได้ว่า อาการที่เกิดขึ้นนั้นมีระดับความรุนแรง ความถี่ของการเกิดอาการและมี ภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เกิดจากประสบการณ์อาการของผู้ป่วยทำให้ ผู้ป่วยรับรู้การดำเนินของโรค และหาวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มอาการที่มีภาวะ คุกคามกับชีวิต โดยการจัดการด้วยตนเองร้อยละ 98 ใช้วิธีการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาร้อยละ 58 รองลงมาใช้การจัดการด้านจิตใจร้อยละ 39 วิธีการที่ใช้คือ การเบี่ยงเบนความสนใจและการใช้ยา ร้อยละ 27 จะขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เมื่อไม่สามารถควบคุมกับอาการนั้นได้ แต่เมื่ออยู่ที่ บ้านจะขอความช่วยเหลือจากญาติ และกลุ่มที่มีประสบการณ์ในการจัดการมามากจะมีวิธีการจัดการ กับอาการหลายวิธีเพื่อบรรเทาหรือขจัดอาการ เนื่องจากสามารถรับรู้ประเมินได้ว่าอาการนั้น คุกคามกับชีวิต หรือ เป็นอาการที่ต้องควรเฝ้าระวัง

สำหรับโรคหืดนั้นพบว่ามีการศึกษาพฤติกรรมจัดการอาการหอบในผู้ใหญ่ โดย ยุบล สุขสะอาด (2541: 33 - 35) ซึ่งใช้แนวคิดการจัดการอาการของลาร์สันและคณะ (Larson, et al, 1994: 276) พบว่า ผู้ป่วยโรคหืดจะใช้ความรุนแรงของการเกิดอาการหอบ โดยตัดสินความรุนแรง จากความถี่ของการเกิดอาการและอาการที่เกิดขึ้นร่วม ระยะเวลาของอาการที่เกิด และความสามารถใน การแก้ไขอาการด้วยตนเอง เมื่อมีอาการจับหืดที่รุนแรงน้อย ส่วนอาการจับหืดที่มีความรุนแรงมาก ไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาคบุคคลอื่น หรือ เจ้าหน้าที่ โดยผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับ

อาการจับหัด คือ วิธีการเพื่อใช้บรรเทาอาการ และวิธีการปรับตัวเพื่อหลีกเลี่ยงหรือป้องกัน ไม่ให้เกิดอาการจับหัด วิธีการเพื่อใช้บรรเทาอาการที่สำคัญ คือ การหยุดกิจกรรม นิ่งนิ่ง ๆ และการจัดท่า ใช้ยาปรับการหายใจ เปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หาวิธีขจัดเสมหะ และควบคุมอารมณ์ ซึ่งผู้ป่วยแต่ละราย จะใช้วิธีการต่าง ๆ หลายวิธีร่วมกัน

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยตามแนวคิดการจัดการกับอาการ (Symptom Management Model) ดอร์คและคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) และลาร์สันและคณะ (Larson, et al., 1994: 276) พบว่า บุคคลจะใช้อาการเป็นตัวประเมินอาการความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นประสบการณ์ตามการรับรู้ ของตนเอง ทำให้ประเมินได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้น มีระดับความรุนแรง ความถี่ของการเกิดอาการและภาวะคุกคามต่อชีวิต ซึ่งการรับรู้อาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ทางด้านร่างกาย และจิตใจของตนเองเกิดจากประสบการณ์อาการของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยรับรู้การดำเนินของโรคและหาวิธีการจัดการ กับอาการที่เกิดขึ้นกับกลุ่มอาการที่มีภาวะคุกคามกับชีวิต โดยการจัดการด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน โดยธรรมชาติของการเกิดอาการ มักเกิดอาการหลายอย่างร่วมกัน และอาการที่เกิดขึ้นถ้ามี 3 อาการหรือมากกว่า อาการที่เกิดร่วมกันมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน เรียกว่า กลุ่มอาการ โดยกลุ่มอาการนี้ไม่จำเป็นที่จะต้องมาจากสาเหตุเดียวกัน ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และอาจส่งผลร่วมกัน ที่สามารถทำนายความเจ็บป่วยได้ (Dodd, Miaskoski & Paul, 2001: 466) สำหรับงานวิจัยเรื่องโรคหัด มีการศึกษาด้วยการจัดการอาการไว้น้อย สามารถแบ่งการรับรู้อาการได้เป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทางกาย และอาการทางความรู้สึกทางอารมณ์ อาการหายใจลำบากเป็นอาการสำคัญที่ผู้ป่วยทุกรายรับรู้ โดยตัดสินความรุนแรงจากความถี่ของการเกิดอาการ อาการที่เกิดร่วมระยะเวลาของการเกิดอาการ ซึ่งความเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยเด็กโรคหัดนั้น ส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวัน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และผู้ดูแล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเด็กทำให้ไม่สามารถดำรงบทบาทหรือกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ปกติเช่นเดียวกับบุคคลอื่น จากการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทั้งในแผนกวิกฤติ ฉุกเฉินและการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การได้รับการรักษาที่ไม่ถูกวิธีอาจทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นต้องใช้เวลารักษาที่ยาวนานขึ้น ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ถ้ามีอาการรุนแรงการควบคุมและจัดการกับโรคไม่ได้ จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพอย่างถาวร มีผลต่อสุขภาพเด็ก สำหรับผู้ป่วยเด็กโรคหัด ผลการบำบัดอาการต่อคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งสำคัญ เป็นตัวบ่งชี้การดูแลจัดการ การพยาบาลและการรักษา สิ่งสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กยังขึ้นอยู่กับพฤติกรรมและการดูแลของผู้ดูแล เด็กที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีบ่งบอกถึงพฤติกรรมดูแลที่ดีของผู้ดูแล (บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ, อุทัยวรรณ พุทธรัตนิ และพิสมัย วัฒนสิทธิ์, 2551: 502) การจัดการของครอบครัว ที่ดีและถูกต้องจะช่วยลดความรุนแรง

โรค ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ลดค่าใช้จ่าย ทั้งทางตรงและทางอ้อม ได้ (วันวิสาข์ โลหะสาร, 2550: 66) การจัดการอาการที่ดีสามารถ ที่จะลดความรุนแรงและผลที่เกิดขึ้นจากอาการ ได้ ดังนั้นการจัดการอาการหอบที่บ้าน จึงเป็นศักยภาพ ที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล เพื่อลดความรุนแรงของอาการ และการดำเนินของโรคหืดในภาวะฉุกเฉินที่บ้านทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ซึ่งพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญ ในการจัดการกับอาการต่าง ๆ และค้นหาวิธีการจัดการกับอาการนั้น ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองอย่าง มีประสิทธิภาพ (สมจิตร หนูเจริญกุล, 2536:19) จึงควรศึกษา ให้เข้าใจถึง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจัดการอาการหอบที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยจึง คาดว่า ประสิทธิภาพอาการ ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม ประสิทธิภาพอาการ และผลการบำบัดอาการ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ และทำนายพฤติกรรม การจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 2 - 6 ปีที่บ้านได้ และการศึกษาจะทำให้ทราบปัญหา ของผู้ดูแล อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล ในการจัดการอาการหอบที่บ้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ



Christian University of Thailand

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน โดยการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม ประสิทธิภาพอาการ ผลการบำบัดอาการหอบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ในจังหวัดสุพรรณบุรี โดยใช้แบบจำลองการจัดการอาการของ คอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001: 762) โดยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 2 - 6 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหืด ซึ่งเป็นผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด (Asthma) และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดเด็กของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช โรงพยาบาลด่านช้างและโรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเด็กอายุ 2-6 ปี ซึ่งเป็นผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคหืดและรับการรักษาในคลินิกโรคหืดของ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช โรงพยาบาลด่านช้าง และโรงพยาบาลอู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน
3. มีความยินยอมและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยวิธีการคำนวณ จากการสูตรของธอร์นไคค์ (Thorndike, 1977 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550: 208) โดยมีสูตรการคำนวณดังนี้

$$\text{สูตรการคำนวณ} \quad n \geq 10k + 50$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

k = จำนวนตัวแปร

ประชากรที่จะศึกษา ได้จากการสำรวจสถิติผู้ป่วยเด็กโรคหัดที่มารับบริการในคลินิกโรคหัดเด็ก โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช โรงพยาบาลด่านช้างและโรงพยาบาลอุ้มทอง ปี 2552 สำหรับการศึกษารั้งนี้ มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 8 ตัวแปร

$$\text{แทนค่าสูตร} \quad \geq (8 \times 10) + 50$$

$$\text{ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง} \quad \geq 130 \text{ ราย}$$

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 2 - 6 ปี ที่มารับบริการในคลินิกโรคหัดเด็กตามจำนวนของกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ 130 ราย

ขั้นตอนที่ 2 คำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จากยอดผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียนรับบริการในคลินิกเด็กโรคหัด ของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช โรงพยาบาลด่านช้าง โรงพยาบาลอุ้มทอง ปีงบประมาณ 2552 ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 200 ราย คำนวณตามสัดส่วนได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ในแต่ละโรงพยาบาล ดังนี้

สถานที่	จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหัดอายุ 2 - 6 ปี(ราย)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง(ราย)
โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช	80	52
โรงพยาบาลด่านช้าง	15	10
โรงพยาบาลอุ้มทอง	105	68
รวม	200	130

สถานที่เก็บข้อมูล และระยะเวลาในการวิจัย

การศึกษานี้ เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลในจังหวัดสุพรรณบุรี เฉพาะโรงพยาบาลที่เปิดให้บริการคลินิกโรคหืดเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีจำนวนทั้งหมด 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช โรงพยาบาลด่านช้างและโรงพยาบาลอู่ทอง โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน มกราคม ถึงเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553

เครื่องมือและการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของดอร์คและคณะ (Dodd, et al.,2001: 762) ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุของผู้ป่วยเด็ก อายุของผู้ดูแล การศึกษาของผู้ดูแล 2) ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ ปัจจัยสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ หอบ 3) ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย 4) ประสบการณ์อาการ (Symptom experience) 5) แบบสอบถามผลการบำบัดอาการในด้านคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของผู้ป่วยและ 6) พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด โดยมีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย

- 1.1 อายุเต็มปีของผู้ป่วย ลักษณะเป็นแบบสอบถามปลายเปิด แบบเติมคำ
- 1.2 อายุเต็มปีของผู้ดูแลผู้ป่วย ลักษณะแบบสอบถามเป็นคำถามปลายเปิดแบบเติมคำ
- 1.3 การศึกษาของผู้ดูแล ลักษณะแบบสอบถามมีโครงสร้างแบบให้เลือกตอบ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามด้านปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นอาการหอบ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ชนิด เป็นลักษณะแบบสอบถามมีโครงสร้างแบบเลือกตอบ (Check list) ระหว่างใช่ กับไม่ใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ค่าคะแนน	0	หมายถึง	ไม่ได้เป็นสิ่งกระตุ้นอาการหอบ
ค่าคะแนน	1	หมายถึง	เคยเป็นสิ่งกระตุ้นอาการหอบ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม คำถามแต่ละข้อมีลักษณะการวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ระหว่างเป็นความจริงบ้างเล็กน้อย ถึง เป็นความจริงมากที่สุด โดยมีค่าคะแนน 4 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	4	หมายถึง	เป็นความจริงมากที่สุด
ค่าคะแนน	3	หมายถึง	เป็นความจริงมาก
ค่าคะแนน	2	หมายถึง	เป็นความจริงบ้างปานกลาง
ค่าคะแนน	1	หมายถึง	เป็นความจริงบ้างเล็กน้อย

การแปลผลค่าคะแนนสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ทั้งรายข้อและโดยรวม ด้วยการจัดระดับคะแนนออกเป็น 4 กลุ่ม (ระดับ) นำผลคะแนนที่มีค่าตั้งแต่ 1 - 4 มาจัดระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนนของเบสท์ (Best, 1977: 14) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

จากการคำนวณ นำค่าที่ได้ มากำหนดค่าคะแนน โดยจัดระดับสัมพันธภาพได้ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.0 ถึง 1.75	หมายถึง	ระดับสัมพันธภาพน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.76 ถึง 2.5	หมายถึง	ระดับสัมพันธภาพ ปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.51 ถึง 3.25	หมายถึง	ระดับสัมพันธภาพมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.26 ถึง 4.0	หมายถึง	ระดับสัมพันธภาพมากที่สุด

ชุดที่ 4 แบบสอบถามประสบการณ์อาการ เป็นการรับรู้ของผู้ดูแลถึง อาการหอบของผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอาการหอบเกิดขึ้นที่บ้าน โดยการประเมินจากประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้น ตามการรับรู้ภาวะคุกคามของการเกิดอาการจับหืดที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่ง

ประเมินได้จากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยคำถามแต่ละข้อจะมีลักษณะการวัดเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) มีประสบการณ์อาการน้อย ถึง มีประสบการณ์อาการมากที่สุดโดยมีค่าคะแนน 4 ระดับ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน	4	หมายถึง	มีประสบการณ์อาการมากที่สุด
ค่าคะแนน	3	หมายถึง	มีประสบการณ์อาการมาก
ค่าคะแนน	2	หมายถึง	มีประสบการณ์อาการปานกลาง
ค่าคะแนน	1	หมายถึง	มีประสบการณ์อาการน้อย

การแปลผลค่าคะแนนประสบการณ์อาการ ของผู้ดูแลผู้ป่วยรายข้อและโดยรวม ด้วยการจัดระดับคะแนนเป็น 4 กลุ่ม (ระดับ) โดยนำผลคะแนนที่มีค่าตั้งแต่ 1 - 4 มาจัดระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนนของเบสท์ (Best, 1977: 14) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

จากการคำนวณ นำค่าที่ได้มากำหนดค่าคะแนน โดยจัดระดับประสบการณ์อาการ ได้ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.0 ถึง 1.75	หมายถึง	มีประสบการณ์อาการน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.76 ถึง 2.50	หมายถึง	มีประสบการณ์อาการปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.51 ถึง 3.25	หมายถึง	มีประสบการณ์อาการมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.26 ถึง 4.00	หมายถึง	มีประสบการณ์อาการมากที่สุด

ชุดที่ 5 แบบสอบถามผลการจัดการอาการ ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยประเมินจากคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโดยใช้เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นชุดแบบสอบถามที่สร้างโดยวานิและคณะ (Varni, et. al., 2003) และได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดยชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย (Thai Pediatric Oncology Group) ซึ่งประเมิน 3 ด้านดังนี้

คุณภาพชีวิตด้านกายภาพ	จำนวน	7	ข้อ
คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์	จำนวน	4	ข้อ
คุณภาพชีวิตด้านสังคม	จำนวน	5	ข้อ

ลักษณะแบบสอบถาม มีโครงสร้างมาตราประมาณค่า (Rating scale) ระหว่างไม่เป็นปัญหาเลย - เป็นปัญหาเกือบตลอดเวลา โดยมีค่าคะแนน 5 ระดับ มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อย่อย เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้ง 16 ข้อ ซึ่งกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนและการกลับคะแนนของข้อคำถามดังนี้

	คะแนน ข้อความเชิงลบ	การกลับคะแนน ข้อความ
เป็นปัญหาเกือบตลอดเวลา	4	0
เป็นปัญหาย่อยครั้ง	3	1
เป็นปัญหาบ้างครั้ง	2	2
เกือบไม่เป็นปัญหาเลย	1	3
ไม่เคยเป็นปัญหาเลย	0	4

Christian University of Thailand

การแปลผลค่าคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรายข้อและโดยรวมด้วยการกลับค่าคะแนนของข้อคำถามทั้งชุดของคำถามก่อน ซึ่งมีการจัดระดับคะแนนเป็น 5 กลุ่ม (ระดับ) แล้วนำผลคะแนนที่มีค่าตั้งแต่ 0 - 4 มาจัดระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนนของเบสท์ (Best, 1977: 14) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 0}{5} = 0.8$$

จากการคำนวณ นำค่าที่ได้มากำหนดค่าคะแนน โดยจัดระดับคุณภาพชีวิตได้ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	0.0 ถึง 0.8	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย	0.81 ถึง 1.6	หมายถึง	คุณภาพชีวิตต่ำ
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.61 ถึง 2.4	หมายถึง	คุณภาพชีวิตปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.41 ถึง 3.2	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.21 ถึง 4.0	หมายถึง	คุณภาพชีวิตสูงมาก

ชุดที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่บ้าน ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการที่ผู้ดูแลปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเด็กเกิดอาการหอบที่บ้าน ประกอบด้วยพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบ 4 ด้าน ดังนี้

การประเมินอาการขณะที่เด็กมีอาการหอบ	จำนวน	6	ข้อ
พฤติกรรมกรรมการจัดการด้านกิจกรรมและอารมณ์	จำนวน	5	ข้อ
พฤติกรรมกรรมการจัดการด้านปรับการหายใจ	จำนวน	2	ข้อ
พฤติกรรมกรรมการจัดการด้านการดูแลรักษา	จำนวน	17	ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามมีโครงสร้าง แบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) ระหว่างมีพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบอย่างนั้นนาน ๆ ครั้ง ถึง มีพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบอย่างนั้นทุกครั้ง โดยมีค่าคะแนน 4 ระดับ จำนวน 30 ข้อ เป็นลักษณะข้อคำถามมีความหมายด้านบวก จำนวน 30 ข้อ ซึ่งมีเกณฑ์ในการให้คะแนนการประเมินพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการจับหืดของผู้ดูแล ดังนี้

Christian University of Thailand

ค่าคะแนน	4	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบทุกครั้ง
ค่าคะแนน	3	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบเกือบทุกครั้ง
ค่าคะแนน	2	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบบางครั้ง
ค่าคะแนน	1	หมายถึง	มีพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบนาน ๆ ครั้ง

การแปลผลค่าคะแนนพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการจับหืดของผู้ดูแลผู้ป่วยของผู้ป่วยรายข้อและโดยรวม ด้วยการจัดระดับคะแนนเป็น 4 กลุ่ม (ระดับ) แล้วนำผลคะแนนที่มีค่าตั้งแต่ 1 - 4 มาจัดระดับ ตามเกณฑ์การให้คะแนนของเบสท์ (Best, 1977: 14) ดังนี้

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{4 - 1}{4} = 0.75$$

กำหนดค่าคะแนน โดยจัดระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการ ได้ ดังนี้

ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.0 ถึง 1.75	หมายถึง	พฤติกรรมกรรมการจัดการน้อย
ค่าคะแนนเฉลี่ย	1.76 ถึง 2.5	หมายถึง	พฤติกรรมกรรมการจัดการปานกลาง
ค่าคะแนนเฉลี่ย	2.51 ถึง 3.25	หมายถึง	พฤติกรรมกรรมการจัดการมาก
ค่าคะแนนเฉลี่ย	3.26 ถึง 4.0	หมายถึง	พฤติกรรมกรรมการจัดการมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

ผู้วิจัยเสนอแบบสอบถามถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการของ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วย

แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านกุมารแพทย์	1 ท่าน
พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง	1 ท่าน
อาจารย์พยาบาลแผนกการพยาบาลเด็ก	1 ท่าน

หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบแล้ว จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามทฤษฎี โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Object Congruence, IOC) ระหว่าง 0.3 -1 หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข โดยเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.70 ให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องในเนื้อหา ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิอีกครั้ง เพื่อให้มีความสมบูรณ์ชัดเจน ก่อนนำไปทดลองใช้ ซึ่งดัชนีความสอดคล้องของเครื่องมือ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.93 - 1

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ที่โรงพยาบาลบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี เพื่อทดสอบ ภาษาที่ใช้ ความเข้าใจในการตอบข้อคำถาม ความชัดเจนของข้อคำถามและความสะดวกของการนำเครื่องมือ ไปใช้ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาคุณภาพความเชื่อมั่น (Reliability) ของ

เครื่องมือ ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550: 236) ซึ่งมีสูตรคำนวณ ดังนี้

เมื่อ	α	=	$n/n-1[1-\sum S_i^2 / S_t^2]$
	α	=	ค่าสัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่น
	n	=	จำนวนข้อของเครื่องมือ
	$\sum S_i^2$	=	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
	S_t^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

ผลการตรวจสอบเครื่องมือ ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

แบบสอบถามปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย	= 0.73
แบบสอบถามปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม	= 0.72
แบบสอบถามข้อมูลทางด้านประสบการณ์อาการหอบ	= 0.77
แบบสอบถามข้อมูลทางด้านผลการบำบัดอาการ	= 0.82
แบบสอบถามข้อมูลทางด้านพฤติกรรมการจัดการอาการ	= 0.73

Christian University of Thailand

การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 การเตรียมการ

1.1 ศึกษารายงานประวัติผู้ป่วยโรคหืด ที่มารับบริการตรวจรักษาที่คลินิกโรคหืด แผนกผู้ป่วยนอก ที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยในคลินิกโรคหืดเด็ก ของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช โรงพยาบาลด่านช้าง และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี รวมถึงสภาพปัญหาจากข้อมูล สถิติ เอกสาร ตำรา รายงานการวิจัย และการศึกษาวรรณกรรมต่าง ๆ นำความรู้มากำหนดกรอบแนวคิด ในการทำวิจัยและอนุมัติโครงการวิจัย

1.2 นำเครื่องมือที่สร้างไปทดสอบหาค่าความตรง (Content validity) และค่าความเที่ยง (Reliability) พร้อมแก้ไข ให้เป็นเครื่องมือที่สมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้กับผู้ใช้ข้อมูล ตรวจสอบความเรียบร้อยสมบูรณ์ของข้อมูล วิเคราะห์และแปลผล ศึกษาเครื่องมือที่นำมาจากผู้อื่นเพื่อหาค่าความตรง ค่าความเที่ยงและและตรวจสอบสอดคล้องกับข้อมูลที่จะใช้วัดในเรื่องที่มีคุณลักษณะ

สอดคล้องกัน พิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย ปฏิบัติการสัมภาษณ์ข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด

1.3 ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการพิจารณาด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย เมื่อได้รับการพิจารณาแล้ว จึงขอหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช โรงพยาบาลด่านช้าง และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.4 ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ ที่มีความเกี่ยวข้อง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช โรงพยาบาลด่านช้าง และโรงพยาบาลอุ้มทอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำการวิจัย

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยจะศึกษา ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากเวชระเบียนการนัดผู้ป่วย เพื่อวางแผนเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในแต่ละวัน ของการมารับบริการคลินิกโรคหืดในแต่ละโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง

2.2 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ในคลินิกโรคหืดเด็ก ช่วงเวลาราชการที่เป็นวันเปิดทำการของคลินิกโรคหืด โดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามทั้งหมด ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และการเผยแพร่ผลการวิจัยจะเสนอเป็นทางวิชาการ และแสดงผลเป็นภาพโดยรวมเท่านั้น ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างไม่สบายใจที่จะให้ข้อมูลหรือปฏิเสธ ผู้วิจัยจะกล่าวขอบคุณและยุติการสอบถามข้อมูล

2.3 เมื่อได้รับอนุญาตจากกลุ่มตัวอย่างจึงทำการสอบถามจากแบบสอบถามที่กำหนดไว้ ตั้งแต่แบบสอบถามชุดที่ 1 ถึงชุดที่ 6 โดยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ไม่มีการกำหนดระยะเวลา

2.4 ขณะตอบแบบสอบถามผู้วิจัยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างอยู่เงียบ ๆ โดยผู้วิจัยจะอยู่บริเวณใกล้ ๆ เพื่อตอบข้อข้องใจ ของกลุ่มตัวอย่าง หลังการตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อความตอบทุกข้อ ถ้าพบว่าคำตอบข้อความไม่สมบูรณ์ จะถามซ้ำสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามให้ฟังแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อความที่ละข้อ พร้อมทั้งทำเครื่องหมายแทนให้ จนครบข้อความ

2.5 เมื่อเก็บข้อมูลครบ ได้ขนาดตัวอย่างตามที่ต้องการจำนวน 130 รายแล้ว จึงรวบรวมข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด แล้วนำไปวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ

ระยะที่ 3 เรียบเรียงรายงานการวิจัย

เรียบเรียงรายงานการวิจัยและนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และเสนอคณะกรรมการตรวจสอบวิทยานิพนธ์ แก่ไขและทำรายงานฉบับสมบูรณ์เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อขออนุมัติผลการสอบ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมการวิจัย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยยึดหลัก 3 ประการ คือ การเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ กฎสิทธิประโยชน์และกฎแห่งความยุติธรรม (วินา จีระแพทย์, 2540: 292) ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการในส่วนการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งนำเสนอผลการวิจัย โดยในส่วนในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุมัติจากคณบดี มหาวิทยาลัยคริสเตียน ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช โรงพยาบาลด่านช้าง และโรงพยาบาลอุ้มทอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และขออนุญาตเก็บข้อมูล แล้วจึงดำเนินการขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ในการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ผู้วิจัยจะเข้าพบผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยโดยไม่ปิดบัง เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัย หรือไม่เข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผล ให้อิสระในการบอกยุติการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาของการศึกษา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะนำเสนอในทางวิชาการไม่นำไปทำประโยชน์อย่างอื่นนอกเหนือจากวัตถุประสงค์ที่ได้แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบก่อนการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยรวบรวมนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ แล้วนำแบบสอบถามเหล่านั้น มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1.1 พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ประสิทธิภาพ และผลการบำบัดอาการ โดยการหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1.2 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุผู้ป่วย อายุผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแล กับผู้ป่วย วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนระดับ การศึกษาของผู้ดูแล และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการหอบ วิเคราะห์โดย การหาค่าจำนวน และร้อยละ

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytic statistics)

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ อายุผู้ป่วย อายุผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับ ผู้ป่วย ประสิทธิภาพอาการ และผลการบำบัดอาการ กับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล โดยการใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระดับหรือขนาดของความสัมพันธ์ จะใช้ตัวเลขของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หากค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์ มีค่าเข้าใกล้ลบ1 หรือ 1 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง แต่หากมีค่าเข้าใกล้ ศูนย์ (0) แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับน้อย หรือ ไม่มีเลย(บุญใจ ศรีสถิตย์นรากุล, 2550:377)

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการศึกษาของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการ จัดการอาการหอบของผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Eta

2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการหอบกับพฤติกรรมการ จัดการอาการหอบของผู้ดูแล ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - square)

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของอายุของผู้ป่วย อายุของผู้ดูแล การศึกษาของผู้ดูแล ชนิดและจำนวนของสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการหอบ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ประสิทธิภาพอาการ และผลการบำบัดอาการกับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วย เด็กโรคหืดที่บ้านโดยวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้าง สมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression equation) ทั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significance) ที่ระดับ 0.05

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ในจังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็ก จำนวน 130 ราย เนื่องจากพบปัญหาความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลของการตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ราย ในการศึกษาครั้งนี้จึงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 129 ราย ผลการศึกษาได้นำเสนอในรายละเอียดด้วยตารางประกอบการบรรยาย แบ่งเป็น 8 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุของเด็ก อายุของผู้ดูแล และระดับการศึกษาของผู้ดูแล

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ สิ่งกระตุ้นอาการหอบ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กโรคหืด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ

ส่วนที่ 5 ข้อมูลด้านผลการบำบัดอาการ ได้แก่ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก

ส่วนที่ 6 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็ก

ส่วนที่ 7 ข้อมูลด้านความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ประสบการณ์อาการ ผลการบำบัดอาการในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

ส่วนที่ 8 ข้อมูลเกี่ยวกับอำนาจการทำนายของ ประสบการณ์อาการ ปัจจัยด้านสุขภาพ และความเจ็บป่วย และอายุของผู้ดูแลกับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ จำแนกตามอายุของเด็ก อายุของผู้ดูแล และระดับการศึกษาของผู้ดูแล (n = 129)

ข้อมูล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ช่วงอายุของเด็ก (ปี)		
2 - 4 ปี	98	76
> 4 - 6 ปี	31	24
$\bar{x} = 3.6, S.D. = 1.2, \text{Max} = 2, \text{Min} = 6$		
2. ช่วงอายุของผู้ดูแล (ปี)		
20-35	60	46.5
36-50	46	37.5
51-65	20	15.5
มากกว่า 65	3	2.3
$\bar{x} = 39, S.D. = 11.4, \text{Min} = 20, \text{Max} = 73$		
3. ระดับการศึกษาของผู้ดูแล		
ไม่ได้เรียน	10	7.8
ประถมศึกษา	50	38.8
มัธยมศึกษา	51	39.8
อนุปริญญา/ปริญญาตรี	16	12.5
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.6

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหัดมีอายุเฉลี่ย 3.6 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 2 - 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 76 รองลงมา อายุมากกว่า 4 - 6 ปี คิดเป็นร้อยละ 24 ส่วนผู้ดูแลส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 20 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 46.5 รองลงมา อายุ 36 - 50 ปี ร้อยละ 37.5 และน้อยที่สุดคืออายุมากกว่า 65 ปี คิดเป็นร้อยละ 2.3 สำหรับอายุเฉลี่ยของผู้ดูแลเท่ากับ 39 ปี เมื่อพิจารณาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานพบว่า อายุของผู้ดูแลมีการกระจายมากโดยมีอายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด คือ 73 ปี ($\bar{x} = 39, S.D. = 11.4, \text{Max} = 73, \text{Min} = 20$) ในด้านระดับการศึกษานั้น พบว่าผู้ดูแลส่วนมากมีการศึกษาในระดับ

มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 39.8 รองลงมาเป็นระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.8 และมีผู้ดูแลเพียงร้อยละ 1.6 ที่มีการศึกษาอยู่ในระดับสูงกว่าปริญญาตรี

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบ

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ (n = 129)

ชนิดของสิ่งกระตุ้นอาการหอบ*	จำนวน	ร้อยละ
1. การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศและฤดูกาล	107	82.9
2. ฝุ่นละออง	72	55.5
3. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น เป็นหวัด	63	48.8
4. มลพิษ ก๊าซพิษ ควันท่อ เหม่า ไอเสีย ควันท่อ	57	44.2
5. สัตว์เลี้ยง ขนสัตว์ สุนัขหรือแมว แมลงสาบ	42	32.6
6. การออกกำลังกาย การวิ่งเล่น	34	26.4
7. ละอองเกสรดอกไม้ / หญ้า	27	20.9
8. อาหาร	8	6.20
9. เชื้อรา	6	4.70

หมายเหตุ * ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย พบว่า สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบของผู้ป่วยเด็กที่พบได้มากเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศและฤดูกาล พบได้ร้อยละ 82.9 รองลงมาคือฝุ่นละอองพบได้ร้อยละ 55.5 และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ พบได้ร้อยละ 48.8 ส่วนสิ่งกระตุ้นที่พบได้น้อย คือ เชื้อราซึ่งพบเพียงร้อยละ 4.7

ส่วนการศึกษาจำนวนสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีสิ่งกระตุ้น 5 ชนิดขึ้นไป ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 43.4 รองลงมา มีผู้ป่วยเด็กร้อยละ 30.3 ที่มีจำนวนสิ่งกระตุ้น 3 - 4 ชนิด และมีผู้ป่วยร้อยละ 26.5 ที่มีสิ่งกระตุ้นอาการหอบเพียง 1 - 2 ชนิด โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของจำนวนสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ (n = 129)

จำนวนสิ่งกระตุ้นอาการหอบ(ชนิด)	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1	20	15.5
2	14	11.0
3	17	13.2
4	22	17.1
≥ 5	56	43.4

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กโรคหืด

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กโรคหืด (n = 129)

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กโรคหืด	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. เด็กเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตที่ต้องคอยห่วงใยเฝ้าดูแล	3.61	0.67	มากที่สุด
2. ท่านยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของเด็กได้ดี	3.34	0.64	มากที่สุด
3. ท่านมีเวลาพักผ่อนร่วมกับเด็กเสมอ	3.19	0.79	มาก
4. ท่านอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของเด็กได้ดี	3.18	0.78	มาก
5. ท่านรับรู้ความต้องการของเด็กจากท่าทางของเด็ก	3.17	0.75	มาก
6. ท่านพาเด็กไปในสถานที่ต่าง ๆ ด้วยกันทุกครั้ง	3.08	0.82	มาก
7. ท่านมีการลงโทษเด็กเมื่อเด็กมีความผิด	3.00	0.57	มาก
8. ท่านมีของขวัญให้กับเด็กทุกครั้งในวันพิเศษของเด็ก	2.56	1.10	มาก
9. ท่านจัดหาสิ่งที่เด็กชอบให้กับเด็กทุกครั้งที่เด็กต้องการ	2.26	0.69	ปานกลาง
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กโรคหืดโดยรวม	2.94	0.40	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กโรคหืดโดยรวมทุกข้ออยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 2.94$, S.D. = 0.40) ข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ เด็กเป็นบุคคลสำคัญต้องคอยห่วงใยเฝ้าดูแลตลอดเวลา ($\bar{x} = 3.61$, S.D. = 0.67) รองลงมาคือการยอมรับสภาพความเจ็บป่วย

ของเด็กได้ดี ($\bar{x} = 3.34$, S.D. = 0.64) และข้อที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดโดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง คือการจัดหาสิ่งที่เด็กชอบให้กับเด็กทุกครั้งที่เด็กต้องการ ($\bar{x} = 2.26$, S.D. = 0.69)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์อาการ ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับ ของประสบการณ์อาการ (n = 129)

การประเมินประสบการณ์อาการ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กจะหายใจเสียงดังวี๊ด เมื่อหายใจออก	3.30	0.84	มากที่สุด
2. ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กจะหายใจเร็ว	3.23	0.88	มาก
3. เด็กมักมีอาการหอบในช่วงเวลาตอนกลางคืน	2.75	1.1	มาก
4. ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กจะหายใจเสียงดังวี๊ดเมื่อหายใจเข้า	2.53	0.99	มาก
5. ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กสามารถพูดคุยมีกิจกรรมเป็นปกติ	2.44	1.1	ปานกลาง
6. ขณะที่เด็กมีอาการหอบเด็กจะเล่นได้	2.26	1.2	ปานกลาง
7. เด็กมีอาการหอบเมื่อออกกำลังกาย/วิ่งเล่น	2.09	1.0	ปานกลาง
8. เด็กมีอาการหอบเมื่อรับประทานอาหารที่มีความเย็น	1.96	1.0	ปานกลาง
9. เด็กมักมีอาการหอบในช่วงเวลากลางวัน	1.82	0.84	ปานกลาง
10. เด็กมีอาการหอบเมื่อเล่นกับสัตว์เลี้ยง	1.63	0.97	น้อย
11. เด็กมีอาการหอบเมื่อไปที่ทำงานตามสถานที่ต่าง ๆ	1.48	0.73	น้อย
12. เด็กมีอาการหอบเมื่อเล่นของเล่นที่มีขน เช่น ตุ๊กตา	1.47	0.86	น้อย
13. ขณะที่เด็กมีอาการหอบเด็กจะนอน	1.47	0.74	น้อย
14. เด็กมีอาการหอบเมื่อเดินขึ้นลงบันได	1.42	0.75	น้อย
15. เด็กมีอาการหอบเมื่อเด็กเริ่มมีกิจกรรม	1.42	0.81	น้อย
16. เด็กมีอาการหอบขณะเดิน	1.33	0.62	น้อย
17. เด็กมีอาการหอบเมื่อทานอาหารบางชนิด	1.32	0.67	น้อย
18. เด็กมีอาการหอบขณะพูด	1.31	0.65	น้อย
ประสบการณ์อาการโดยรวม	1.82	0.39	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 การศึกษาประสบการณ์อาการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน พบว่า โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.82$, S.D. = 0.39) ประสบการณ์อาการ ที่มีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กจะหายใจเสียงดังวี๊ดช่วงการหายใจออก ($\bar{x} = 3.3$, S.D. = 0.84) ในขณะเด็กมีอาการหอบเด็กจะหายใจเร็ว ($\bar{x} = 3.23$, S.D. = 0.88) และ เด็กมักมีอาการหอบในช่วงเวลานอนกลางคืน ($\bar{x} = 2.75$, S.D. = 1.1) และเมื่อออกกำลังกาย หรือวิ่งเล่น ($\bar{x} = 2.3$, S.D. = 0.97) ส่วนประสบการณ์อาการของผู้ดูแลที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อย คือ เด็กมีอาการหอบเมื่อทานอาหารบางชนิด ($\bar{x} = 1.32$, S.D. = 0.69) และประสบการณ์อาการของผู้ดูแลที่มีค่าคะแนนน้อยที่สุดคือเด็กมีอาการหอบขณะพูด ($\bar{x} = 1.31$, S.D. = 0.65)

ส่วนที่ 5 ข้อมูลคุณภาพชีวิตในช่วง 6 เดือน ที่ผ่านมาของผู้ป่วยเด็กโรคหืด

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กในรอบ 6 เดือน ผลการศึกษาผู้ป่วยเด็กโรคหืด มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.40$, S.D. = 0.50) สำหรับคุณภาพชีวิต ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด อยู่ในระดับปานกลาง คือ คุณภาพชีวิตด้านสังคม ($\bar{x} = 2.48$, S.D. = 0.52) รองลงมาคือคุณภาพชีวิตด้านกายภาพ ($\bar{x} = 2.46$, S.D. = 0.56) ส่วนด้านที่มีระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ คุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์ ($\bar{x} = 2.27$, S.D. = 0.65)

สำหรับการพิจารณารายข้อ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านสังคม พบปัญหาน้อยที่สุดคือปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนเล่น ($\bar{x} = 2.58$, S.D. = 0.69) ส่วนข้อที่มีปัญหามากที่สุด คือ เด็กสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่เด็กคนอื่นในวัยเดียวกันทำได้ ($\bar{x} = 2.36$, S.D. = 0.84) และสามารถการเล่นได้ทันกับเด็กคนอื่น ๆ ($\bar{x} = 2.45$, S.D. = 0.80)

คุณภาพชีวิตด้านกายภาพนั้น ปัญหาที่พบบมากที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับการเล่น การเคลื่อนไหวร่างกาย หรือ การออกกำลังกาย ($\bar{x} = 2.10$, S.D. = 0.93) รองลงมาคือ มีปัญหาเกี่ยวกับการวิ่ง ($\bar{x} = 2.22$, S.D. = 0.93) ส่วนปัญหาที่พบน้อยที่สุดคือ การช่วยเหลือในการเล่นของเขาเอง ($\bar{x} = 2.66$, S.D. = 0.67) รองลงมา คือ ปัญหาเกี่ยวกับการเดิน ($\bar{x} = 2.65$, S.D. = 0.68) และ ปัญหาเกี่ยวกับการ ไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง ($\bar{x} = 2.52$, S.D. = 0.79)

คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์นั้น ข้อที่พบปัญหาที่น้อยที่สุด คือ เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้า ($\bar{x} = 2.4$, S.D. = 0.86) รองลงมา คือ ความรู้สึกกลัว ($\bar{x} = 2.32$, S.D. = 0.88) สำหรับปัญหาที่มากที่สุด คือ เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกโกรธ ($\bar{x} = 2.07$, S.D. = 0.91) การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 6

ตาราง 6 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนคุณภาพชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาของผู้ป่วยเด็กโรคหืด (n = 129)

คุณภาพชีวิต	\bar{X}	S.D.	ระดับ
คุณภาพชีวิตด้านกายภาพ	2.46	0.56	ปานกลาง
1. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการช่วยเก็บของเล่นของเขาเอง	2.66	0.67	มาก
2. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการเดิน	2.65	.68	มาก
3. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการยกของหนัก	2.57	0.74	มาก
4. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการอาบน้ำ	2.53	0.81	มาก
5. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง	2.52	0.79	มาก
6. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการวิ่ง	2.22	0.93	ปานกลาง
7. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการเล่นเคลื่อนไหวร่างกาย	2.10	0.93	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์	2.27	0.65	ปานกลาง
8. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้า	2.40	0.86	ปานกลาง
9. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัว	2.32	0.88	ปานกลาง
10. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน นอนไม่หลับ	2.30	0.91	ปานกลาง
11. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับรู้สึกโกรธ	2.07	0.91	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตด้านสังคม	2.48	0.52	ปานกลาง
12. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนเล่น	2.58	0.69	ปานกลาง
13. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการถูกเด็กคนอื่นๆ ส่อเสียด	2.56	0.74	ปานกลาง
14. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการเล่นกับเด็กคนอื่นๆ	2.49	0.80	ปานกลาง
15. เด็กไม่สามารถการเล่นได้ทันกับเด็กคนอื่นๆ	2.45	0.80	ปานกลาง
16. เด็กไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ ทำวีย์เดียวกัน	2.36	0.84	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	2.40	0.50	ปานกลาง

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

จากการศึกษาพฤติกรรมการประเมินอาการขณะ que เด็กมีอาการหอบอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 2.60$, S.D. = 0.66) พฤติกรรมการประเมินอาการที่ผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุดคือ การสังเกตอาการ

หอบจาก ความเร็วของการหายใจและมีอาการ ไอ ($\bar{x} = 3.32$, S.D. = 0.87) รองลงมาเป็นพฤติกรรม การประเมินอาการที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คือการฟังเสียงของการหายใจ ($\bar{x} = 3.23$, S.D. = 1.0) และการสังเกตอาการหอบจากการยุบตัวของหน้าอกหรือช่องซี่โครง ($\bar{x} = 3.0$, S.D. = 1.0) ส่วนพฤติกรรมการประเมินอาการที่ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง คือ การสังเกต ความรุนแรงของ อาการหอบจาก สีของริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า ($\bar{x} = 1.93$, S.D. = 1.1) และการสังเกตการ เต้นของหัวใจเด็กที่เต้นเร็วกว่าปกติ ($\bar{x} = 1.9$, S.D. = 1.1) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับคะแนนพฤติกรรมจัดการอาการหอบของ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ด้านการประเมินอาการขณะที่เด็กมีอาการหอบ (n = 129)

พฤติกรรมจัดการด้านการประเมินอาการ	\bar{X}	S.D	ระดับ
1. ผู้ดูแลสังเกตอาการหอบจาก ความเร็วของการหายใจ การไอ	3.32	0.87	มากที่สุด
2. ขณะที่เด็กมีอาการหอบ ผู้ดูแลจะฟังเสียงของการหายใจ	3.23	1.0	มาก
3. ผู้ดูแลจะสังเกตอาการหอบจากการยุบตัวของหน้าอก	3.00	1.0	มาก
4. ขณะที่เด็กมีอาการหอบ ผู้ดูแลจะนับการหายใจ	2.20	1.2	ปานกลาง
5. ผู้ดูแลสังเกตความรุนแรงของอาการหอบจาก สีของริมฝีปาก	1.93	1.1	ปานกลาง
6. ขณะที่เด็กมีอาการหอบสังเกตได้ว่าหัวใจเด็กจะเต้นเร็ว	1.91	1.1	ปานกลาง
พฤติกรรมจัดการประเมินอาการขณะที่เด็กมีอาการหอบ	2.60	0.66	มาก

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเกี่ยวกับ พฤติกรรมจัดการอาการ หอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กด้านการปรับการหายใจ (n = 129)

พฤติกรรมจัดการด้านการปรับการหายใจ	\bar{X}	S.D	ระดับ
1. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะบอกให้เด็กหายใจเข้าลึก ๆ	2.56	1.2	มาก
2. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะบอกให้เด็กหายใจเข้า ออกช้า ๆ	1.33	0.73	น้อย
พฤติกรรมจัดการด้านการปรับการหายใจโดยรวม	2.2	0.66	ปานกลาง

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษาพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด ด้านการปรับการหายใจ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.2$, S.D. = 0.66) สำหรับพฤติกรรมจัดการ

ที่อยู่ในระดับมาก คือ การบอกให้เด็กหายใจเข้าลึก ๆ ($\bar{x} = 2.56$, S.D. = 1.2) รองลงมา คือการบอกให้เด็กหายใจเข้า ออกช้า ๆ ($\bar{x} = 1.33$, S.D. = 0.73

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเกี่ยวกับ พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กด้านกิจกรรมและอารมณ์ (n = 129)

พฤติกรรมการจัดการด้านกิจกรรมและอารมณ์	\bar{X}	S.D	ระดับ
1. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะปลอบโยนเด็ก	2.84	0.99	มาก
2. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะดูแลให้เด็กนอนศีรษะสูง	2.22	1.1	ปานกลาง
3. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการ.....	2.12	1.0	ปานกลาง
4. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะกอดเด็กให้อยู่หนึ่ง ๆ	2.12	1.0	ปานกลาง
5. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะอุ้มเด็กพาดบ่า	1.72	0.98	น้อย
พฤติกรรมการจัดการด้านกิจกรรมและอารมณ์โดยรวม	1.95	0.74	ปานกลาง

ตารางที่ 9 สำหรับ การศึกษาพฤติกรรมการจัดการด้านกิจกรรมและอารมณ์ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.95$, S.D. = 0.74) ซึ่งพฤติกรรมการจัดการที่อยู่ในระดับมาก คือ การปลอบโยนเด็ก ($\bar{x} = 2.84$, S.D. = 0.99) รองลงมาคือ การดูแลให้เด็กนอนศีรษะสูงซึ่งผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.2$, S.D. = 1.1) และพฤติกรรมการจัดการที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ การอุ้มเด็กพาดบ่า ($\bar{x} = 1.72$, S.D. = 0.98)

ผลการศึกษา พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กด้านการดูแลรักษาพบว่า ผู้ดูแลพฤติกรรมการจัดการอาการอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.1$, S.D. = 0.36) เมื่อพิจารณารายชื่อ พฤติกรรมการจัดการอาการหอบที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คือ เมื่อเด็กเกิดอาการหอบผู้ดูแลจะดูแลความสะอาดของเครื่องนอนให้เด็กเป็นพิเศษ ($\bar{x} = 3.22$, S.D. = 0.88) รองลงมาคือ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ ($\bar{x} = 3.17$, S.D. = 0.93) และผู้ดูแลเด็กจะพาเด็กไปโรงพยาบาลหลังเกิดอาการหอบ ($\bar{x} = 3.16$, S.D. = 0.96) ส่วนชื่อที่มีระดับคะแนนน้อยที่สุดคือ ผู้ดูแลจะปรับการใช้ยาเมื่ออาการหอบไม่ดีขึ้น ($\bar{x} = 1.3$, S.D. = 0.77) การหาวิธีการดูแลเด็กตามคำแนะนำของบุคคลอื่น ($\bar{x} = 1.24$, S.D. = 0.64) ผู้ดูแลพยายามหาวิธีดูแลรักษาผู้ป่วย ($\bar{x} = 1.19$, S.D. = 0.58) ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคะแนนเกี่ยวกับ พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กด้านการดูแลรักษา (n = 129)

พฤติกรรมการจัดการอาการหอบด้านการดูแลรักษา	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ผู้ดูแลจะ ดูแลความสะอาดของเครื่องนอนให้เด็กเป็นพิเศษ	3.22	0.88	มาก
2. ผู้ดูแลจะหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่รู้ว่าทำให้เกิดอาการหอบ	3.17	0.92	มาก
3. ผู้ดูแลเด็กจะพาเด็กไปโรงพยาบาลหลังเกิดอาการหอบ	3.16	0.96	มาก
4. เมื่อเกิดอาการหอบจะดูแลให้เด็กรับประทานยาขยายหลอดลม	3.10	1.10	มาก
5. ผู้ดูแลให้เด็กดื่มน้ำมากขึ้น เมื่อเด็กมีเสมหะ	2.74	1.04	มาก
6. เมื่อเด็กเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลจะพ่นยาขยายหลอดลมให้	2.53	1.26	มาก
7. ผู้ดูแลจะให้เด็กรับประทานยาขยายหลอดลมเมื่อเด็กมีอาการ	2.52	1.16	มาก
8. เมื่อเด็กมีอาการหอบจะต้องมีบุคคลอื่นๆคอยช่วยเหลือ	2.36	1.15	ปานกลาง
9. ให้เด็กรับประทานยาขยายหลอดลมซ้ำหลัง 4 ชั่วโมงไม่ดีขึ้น	2.32	1.21	ปานกลาง
10. หลังพ่นยา 15 นาที อาการไม่ดีขึ้นจะพ่นยาซ้ำ	2.29	1.17	ปานกลาง
11. เมื่อเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลเด็กจะพาเด็กไปรักษาที่คลินิก	1.69	0.88	น้อย
12. เมื่อเกิดอาการหอบผู้ดูแลเด็กจะซื้อยาให้รับประทาน	1.50	0.88	น้อย
13. ผู้ดูแลจะป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	1.48	0.81	น้อย
14. เมื่อเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลจะพาเด็กไปรักษาที่สถานีนอนามัย	1.47	0.76	น้อย
15. ผู้ดูแลจะปรับการใช้ยาเมื่ออาการหอบไม่ดีขึ้น	1.30	0.77	น้อย
16. ผู้ดูแลจะหาวิธีการดูแลเด็กตามคำแนะนำของบุคคลอื่น	1.24	0.64	น้อย
17. เมื่อเด็กเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลพยายามหาวิธีดูแลรักษาผู้ป่วย	1.19	0.58	น้อย
พฤติกรรมการจัดการด้านการดูแล รักษา	2.10	0.36	ปานกลาง
พฤติกรรมการจัดการอาการหอบโดยรวมทั้ง 4 ด้าน	2.22	0.33	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 - 10 สรุปผลการศึกษาพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดพบว่าโดยภาพรวมผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการอาการอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{x} = 2.22, S.D. = 0.33) ด้านที่มีค่าคะแนนมากที่สุด ซึ่งมีค่าคะแนนอยู่ในระดับมากคือ การประเมินอาการขณะที่เด็กมีอาการหอบ (\bar{x} = 2.6, S.D. = 0.66) รองลงมา คือ พฤติกรรมการจัดการเรื่องการปรับการหายใจ (\bar{x} = 2.2, S.D. = 0.66) และการจัดการด้านการดูแลรักษา (\bar{x} = 2.10, S.D. = 0.36) ส่วน

พฤติกรรมกรรมการจัดการด้านกิจกรรมและอารมณ์ ($\bar{X} = 1.95$, S.D. = 0.74) เป็นพฤติกรรมกรรมการจัดการที่ผู้ดูแลปฏิบัติน้อยที่สุด

ส่วนที่ 7 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ประสบการณ์อาการ ผลการบำบัดอาการในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

ตารางที่ 11 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษาของผู้ดูแลต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน (n = 129)

ตัวแปร	พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบ	
	Eta	P
ระดับการศึกษาของผู้ดูแล	.166	0.636

จากตารางที่ 11 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้ดูแลกับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน พบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน (Eta = .166 , p - value = 0.636)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ ชนิดของสิ่งกระตุ้นอาการหอบกับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลโดยใช้สถิติอนุमान Chi - square test จากผลการศึกษาพบว่า สิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดของฝุ่นละออง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2 = 9.3$, p - value = 0.002) โดยร้อยละ 87.5 ของผู้ป่วยเด็กที่มีชนิดของสิ่งกระตุ้นเป็นฝุ่นละออง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 12.5 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อย สำหรับสิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่าความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยเสี่ยงชนิดของสิ่งกระตุ้นอาการหอบกับพฤติกรรมกรจัดการอาการหอบของผู้ดูแล (n = 129)

ชนิดของสิ่งกระตุ้นอาการหอบ	พฤติกรรมกรจัดการอาการหอบ				χ^2	p - value
	น้อย		ปานกลาง			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การเปลี่ยนแปลงของอากาศฤดูกาล						
ไม่ใช่	7	31.8	15	68.2		
ใช่	22	20.6	85	79.4	1.327	.249
ฝุ่นละออง						
ไม่ใช่	20	35.1	37	64.9		
ใช่	9	12.5	63	87.5	9.3	.002
การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ						
ไม่ใช่	14	21.2	52	78.8		
ใช่	15	23.8	48	76.2	1.25	.724
มลพิษ ก๊าซพิษ ควันไฟ ควันบุหรี						
ไม่ใช่	19	26.4	53	73.6		
ใช่	10	17.5	47	82.5	1.428	.232
สัตว์เลี้ยง ขนสัตว์ สุนัขหรือแมว						
ไม่ใช่	21	24.1	66	75.9		
ใช่	8	19	34	81	.421	.516
การออกกำลังกาย การวิ่งเล่น						
ไม่ใช่	21	22.1	74	77.9		
ใช่	8	23.5	26	76.5	0.3	.860
ละอองเกสรดอกไม้/ หญ้า						
ไม่ใช่	26	25.5	24	24.5		
ใช่	3	11.1	76	88.9	2.533	0.111
อาหาร						
ไม่ใช่	27	22.3	94	77.7		
ใช่	2	25	6	75	0.031	1.00
เชื้อรา						
ไม่ใช่	29	23.6	94	76.4		
ใช่	0	0	6	100	1.83	.336

ตารางที่ 13 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างอายุเด็ก อายุของผู้ดูแล จำนวนสิ่งกระตุ้นอาการหอบ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ประสิทธิภาพอาการ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแล (n = 129)

ตัวแปร	พฤติกรรมจัดการอาการหอบ	
	r	p - value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุเด็ก	0.006	0.947
อายุของผู้ดูแล	-0.225 *	0.011
จำนวนสิ่งกระตุ้นอาการหอบ	0.347 **	0.000
ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม		
สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย	0.091	0.304
ประสิทธิภาพอาการของผู้ดูแล	0.452 **	0.000
ผลการบำบัดอาการด้านคุณภาพชีวิต	-0.291 **	0.001

* p - value < 0.05 , ** p - value < 0.01

จากตารางที่ 13 การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (r) ระหว่างอายุเด็ก อายุของผู้ดูแล จำนวนสิ่งกระตุ้นอาการหอบ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ประสิทธิภาพอาการ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลพบว่า

อายุของเด็กและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน (r = 0.006, p - value = 0.947, r = 0.091, p - value = 0.304) ตามลำดับ

อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงลบในระดับน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.011 กับ พฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน (r = - 0.225, p - value = 0.011)

จำนวนสิ่งกระตุ้นอาการหอบมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 กับ พฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน (r = 0.347, p - value = 0.000)

ประสบการณ์อาการมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.00 กับ พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ($r = 0.452$, $p - \text{value} = 0.000$)

ผลการบำบัดอาการด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ($r = -0.301$, $p - \text{value} = 0.001$)

ส่วนที่ 9 ข้อมูลเกี่ยวกับอำนาจการทำนายของ ประสบการณ์อาการ อายุของผู้ดูแล และ สิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดฝุ่นละออง กับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

ตารางที่ 14 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ โดยวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการจัดการอาการหอบ	b	Beta	t	Sig
ประสบการณ์อาการของผู้ดูแล	0.321	0.350	4.683	0.000
ปัจจัยเสี่ยงชนิดของสิ่งกระตุ้น (ฝุ่น ละออง)	0.220	0.319	4.049	0.000
อายุของผู้ดูแล	-0.006	-0.184	-2.581	0.011
ปัจจัยเสี่ยงจำนวนของสิ่งกระตุ้นอาการหอบ	0.153	0.39	2.599	0.011
Constant (d) = 1.798		R = 0.610	R Square = .37	
Adjusted R Square = 0.347		F = 17.88		

จากตารางที่ 14 การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) เพื่อหาอำนาจทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน พบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านได้ทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ ประสบการณ์อาการของผู้ดูแล สิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดฝุ่นละออง อายุของผู้ดูแล และ จำนวนของสิ่งกระตุ้น สามารถอธิบายได้ดังนี้

ประสบการณ์อาการของผู้ดูแลถูกเลือกเข้าสมการทำนายในเชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านเป็นอันดับแรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย

เท่ากับ 0.204 นั่นคือสามารถทำนายทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านได้ร้อยละ 20.4 ($R^2 = 0.204$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยเสี่ยงของสิ่งกระตุ้นชนิดฝุ่น ละออง ถูกเลือกเข้าสมการทำนายในเชิงบวกกับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านเป็นอันดับที่ 2 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.306 นั่นคือสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30.6 ($R^2 = 0.306$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อายุของผู้ดูแล ถูกเลือกเข้าสมการทำนาย ในเชิงลบกับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านได้ เป็นอันดับที่ 3 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.34 นั่นคือ สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.0 ($R^2 = 0.34$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนของสิ่งกระตุ้น 1-2 ชนิด ถูกเลือกเข้าสมการทำนายในเชิงลบกับ พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านได้ เป็นอันดับที่ 4 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนายเท่ากับ 0.37 นั่นคือสามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37.0 ($R^2 = 0.37$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น สรุปได้ว่าประสบการณ์อาการของผู้ดูแล สิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดฝุ่น ละออง อายุของผู้ดูแลและจำนวนของสิ่งกระตุ้น 1-2 ชนิด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านในระดับปานกลางได้ร้อยละ 37 ($R^2 = 0.37$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากการวิเคราะห์ความถดถอยและสหสัมพันธ์ในขั้นที่ 2 ซึ่งเป็นขั้นสุดท้ายที่จะได้เส้นสมการถดถอยที่ดีที่สุด และเมื่อเพิ่มตัวทำนายในขั้นต่อไปของการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่าอำนาจการทำนายเปลี่ยนไปอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุเด็ก การศึกษาของผู้ดูแลและผลการบำบัดอาการด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กซึ่งไม่สามารถเพิ่มอำนาจการทำนาย พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านได้ ดังนั้นการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบมีขั้นตอน เพื่อหาอำนาจทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านจึงยุติลง สร้างสมการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการกับอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านไปในรูปคะแนนดิบ จากสมการทำนาย คือ

สมการทำนาย $\hat{y} = a + b_1x_1 + b_2x_2 + \dots + b_nx_n$

เมื่อ $\hat{y} =$ พฤติกรรมการจัดการกับอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน
(Behavior)

- a = ค่าคงที่ (1.798)
- b_1 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของประสบการณ์อาการของผู้ดูแล (0.321)
- b_2 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยเสี่ยงของสิ่งกระตุ้นชนิดฝุ่น ละออง (0.220)
- b_3 = ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของอายุของผู้ดูแล (- 0.006)
- b_4 = จำนวนของสิ่งกระตุ้น (0.153)
- x_1 = ประสบการณ์อาการของผู้ดูแล (symptom experian)
- x_2 = สิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดฝุ่น ละออง (irritant of asthmatic attack)
- x_3 = อายุของผู้ดูแล (age of caregiver)
- x_4 = จำนวนของสิ่งกระตุ้น (number of irritant)

สมการที่ได้คือ

พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน = 1.798 + 0.321
(ประสบการณ์อาการ) + 0.220 (สิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดฝุ่น ละออง) - 0.006 (อายุของผู้ดูแล) +
0.153 (จำนวนของสิ่งกระตุ้น)

จากสมการแสดงว่า ประสบการณ์อาการเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการ
อาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวกและมีค่า
สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 0.321 หมายความว่าเมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนน
ประสบการณ์อาการเพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด
ที่บ้านจะเพิ่มเท่ากับ 0.321 ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ สิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิด
ฝุ่น ละออง เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่
บ้าน โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ 0.220
หมายความว่าเมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนปัจจัยเสี่ยงจำนวนสิ่งกระตุ้นอาการหอบเพิ่มขึ้น 1
คะแนน พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านจะเพิ่มเท่ากับ 0.22 อายุ
ของผู้ดูแล เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่
บ้าน โดยมีความสัมพันธ์เชิงเส้นเชิงลบและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ - 0.006

หมายความว่าเมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนอายุของผู้ดูแล เพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านจะลดลงเท่ากับ 0.006 และ จำนวนสิ่งกระตุ้น เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์การถดถอยเท่ากับ .153 หมายความว่าเมื่อตัวแปรอิสระอื่นคงที่ คะแนนของจำนวนสิ่งกระตุ้นอาการหอบเพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านจะเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.153

สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

$$Z (\text{พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน}) = 1.798 + 0.321 (Z \text{ ประสิทธิภาพอาการ}) + .220 (Z \text{ สิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดฝุ่น ละออง}) - 0.006 (Z \text{ อายุของผู้ดูแล}) + 0.153 (Z \text{ จำนวนของสิ่งกระตุ้น})$$

Christian University of Thailand

บทที่ 5

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ในคลินิกโรคหืดเด็กของโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช โรงพยาบาลด่านช้าง และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 2 - 6 ปีที่บ้าน จำนวน 130 ราย ด้วยการตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาสามารถอธิบายตามวัตถุประสงค์และสมมุติฐานการวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 การศึกษาพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 2 - 6 ปีที่บ้าน

ผลการศึกษาพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดพบว่า พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลโดยภาพรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.22$, S.D. = 0.33) สำหรับการประเมินรายด้านพบว่า ด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด มีค่าคะแนนอยู่ในระดับมาก คือ การประเมินอาการขณะที่เด็กมีอาการหอบ ($\bar{X} = 2.6$, S.D. = 0.66) รองลงมาเป็นพฤติกรรมจัดการเรื่องการปรับการหายใจ ($\bar{X} = 2.2$, S.D. = 0.66) และการจัดการด้านการดูแลรักษา ($\bar{X} = 2.10$, S.D. = 0.36) ส่วนพฤติกรรมจัดการด้านกิจกรรมและอารมณ์ เป็นด้านที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมจัดการมีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X} = 1.95$, S.D. = 0.74) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า

พฤติกรรมการประเมินอาการขณะที่เด็กมีอาการหอบอยู่ในระดับมาก โดยพฤติกรรมที่ผู้ดูแลปฏิบัติมากที่สุดคือ การสังเกตอาการหอบจากความเร็วของการหายใจอาการไอ รองลงมาเป็นพฤติกรรมการประเมินอาการที่ผู้ดูแลปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คือการฟังเสียงของการหายใจ และการ

สังเกตอาการหอบจากการยุบปุ่มของหน้าอกหรือช่องซี่โครง อาการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยประเมินได้เป็นอาการสำคัญของโรคหืดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งอาการที่เกิดจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระดับ

ความรุนแรงของโรค และเป็นอาการที่สังเกตได้ง่ายด้วยการสังเกตและการฟัง ส่วนพฤติกรรมการประเมินอาการที่ปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง คือ การสังเกต ความรุนแรงของอาการหอบจาก สีของริมฝีปาก ปลายมือปลายเท้า และการสังเกตการเต้นของหัวใจเด็กที่เต้นเร็วกว่าปกติ จะพบได้ในผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหอบในระดับที่รุนแรง ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาระดับความรุนแรงของอาการหอบ แต่ผลการศึกษาในเรื่องการประเมินการหายใจ เมื่อประเมินตามเกณฑ์การแบ่งความรุนแรงของโรคตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดของจิงนา(GINA, 2008:22) แล้วสามารถอธิบายได้ว่า เด็กที่ศึกษาในจังหวัดสุพรรณบุรี มีระดับความรุนแรงของอาการอยู่ในระดับน้อย ซึ่งพิจารณาได้จากประสบการณ์อาการที่ผู้ดูแลรับรู้ คือ เมื่อเด็กเกิดอาการหอบเด็กจะหายใจเสียงดังวี๊ด ในช่วงการหายใจออก ยังสามารถเล่นและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ ส่วนอาการหอบที่เกิดขึ้นเวลากลางคืนนั้น มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ กานอง(Ganong,1995:632) และ สตรัฟเฟอร์ (Stauffer, 1995:208) ซึ่งผลของการรับรู้ของมารดาถึงความรุนแรงของโรคนั้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็นหอบหืดของผู้ดูแล (ลัดดา อิ่มทองใบ, 2543:122 และ เพลินดา พรหมบัวศรี, 2536: 33) ผู้ปกครองจะรับรู้อาการหอบของเด็กจากอาการไอ การหายใจเสียงวี๊ด แล้วจึงมีการตัดสินใจจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น (Dodd, et al., 2001:672)

พฤติกรรมการจัดการอาการหอบ ด้านการปรับการหายใจ และการจัดการด้านกิจกรรมและอารมณ์นั้นอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้ดูแลมีพฤติกรรมจัดการ ในเรื่องการบอกให้เด็กหายใจเข้าลึก ๆ และหายใจเข้าออกซ้ำ ๆ และการปลอบโยนเด็ก รองลงมาคือ การดูแลให้เด็กนอนศีรษะสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเด็กเล็กร้อยละ 76 มีอายุอยู่ในช่วง 2-4 ปี และมีอายุเฉลี่ย 3.6 ปี ซึ่งเป็นวัยก่อนเรียน (Preschool children) ช่วงของการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง (Sense of autonomy) เด็กเริ่มมีความคิด รู้จักความหมายของความเจ็บป่วย แต่ไม่เข้าใจสาเหตุ การพัฒนาความเป็นตัวของตัวเองของเด็กทำให้เกิดความกลัว ต่อต้าน คือ ไม่ร่วมมือและไม่ชอบการบังคับ (Perrin, 1999:152) จึงเป็นไปได้ยากที่จะจัดการเรื่องการหายใจ ซึ่งเมื่อไม่สามารถจัดการอาการได้ผลของโรคที่ตามมา คือ ความรุนแรงของโรคอาจมากขึ้น ผู้ดูแลจึงมีพฤติกรรมพาเด็กมาโรงพยาบาล อยู่ในระดับมาก ส่วนพฤติกรรมจัดการอาการหอบ ในเรื่องหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการผู้ดูแลมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ซึ่งตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด การหลีกเลี่ยงจากสิ่งกระตุ้นอาการหอบ เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการป้องกันและลดความรุนแรงของอาการ (NHLBI, 2008:57) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลสามารถระบุชนิดของสิ่งกระตุ้นอาการของเด็กได้ จึงทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นอยู่ในระดับมาก สำหรับพฤติกรรมดูแลความ

สะอาดของเครื่องนอนให้เด็กเป็นพิเศษนั้น ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในเด็กเล็ก อาจมีปัจจัยอื่นเข้ามาสนับสนุนเรื่องการดูแลความสะอาดของเครื่องนอน เช่น การจับถ่ายรดที่นอน

อนึ่งพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล ที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ผู้ดูแลจะปรับการใช้ยาเมื่ออาการหอบไม่ดีขึ้น การปรับใช้ยาในผู้ป่วยเด็กโรคหืด จำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องมีความรู้และได้รับการสอน แนะนำ สาธิต จากทีมสุขภาพ จึงสามารถปฏิบัติได้ อีกทั้งการเกิดอาการหอบเป็นภาวะฉุกเฉิน อาการหอบมีทั้งค่อยเป็นค่อยไป และเฉียบพลัน คาดเดาอาการได้ยาก (ธิติตา ชัยศุภมงคลลาภ, 2536: 44; Osman, 1996: 785) ผู้ดูแลอาจประเมินอาการของโรคแตกต่างกันด้วยความรักและเป็นห่วงเด็ก ประกอบกับการปรับใช้ยาขยายหลอดลม ต้องมีการเว้นช่วงระยะเวลาของการให้ยาซ้ำ (GINA, 2008: 27) ผู้ดูแล จึงมีพฤติกรรมกรรมการปรับใช้ยานี้น้อยกว่าพฤติกรรมอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของลีและคณะ (Lee et al., 2007 อ้างถึงใน พวงทิพย์ วัฒนะและคณะ, 2545) พบว่า โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษอย่างต่อเนื่อง แต่พบปัญหาว่า ผู้ปกครองยังขาดความรู้เรื่องการให้ยา การจัดการอาการและการป้องกันอาการหอบ

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 การศึกษาความสัมพันธ์ ของปัจจัยส่วนบุคคล อายุของผู้ดูแลและ การศึกษาของผู้ดูแล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยสภาพแวดล้อม ประสบการณ์อาการและ ผลการบำบัดอาการ ต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน

สมมติฐานข้อ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล อายุของผู้ดูแล และการศึกษาของผู้ดูแล ปัจจัยสุขภาพ และความเจ็บป่วย ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ประสบการณ์อาการ และผลการบำบัดอาการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

การศึกษานี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุของผู้ป่วย อายุของผู้ดูแล การศึกษาของผู้ดูแล สิ่งกระตุ้นอาการหอบ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ประสบการณ์อาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน มีรายละเอียด ดังนี้

อายุของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล ($r = 0.006$, $p - \text{value} = 0.947$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ถึงผู้ป่วยเด็กโรคหอบอายุแตกต่างกัน แต่พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ไม่มีความแตกต่างกัน อาจเนื่องมาจาก การศึกษาครั้งนี้ มีการกำหนดช่วงอายุเพียงช่วงสั้นๆ ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 2 - 4 ปี เป็นวัยที่ยังต้องพึ่งพิงที่ผู้ดูแลต้องมีบทบาทในการดูแลอย่างใกล้ชิด ไม่

ว่า จะในภาวะปกติหรือมีความเจ็บป่วย จากการศึกษาของ วานิดา ยืนยง (2537: 59) พบว่า ในบุตรโรคหืดที่มีอายุมากขึ้นบทบาทของมารดาในการดูแลบุตรจะน้อยลง มารดาจะใกล้ชิดบุตร เฉพาะเวลาที่บุตรมีอาการหอบเท่านั้น เพราะบุตรดูแลตัวเองได้มากขึ้นและพัชรินทร์ เวียงแก้ว (2541: 92) พบว่า การเอาใจใส่ของมารดาที่มีต่อบุตรลดลงเมื่อบุตรมีอายุมากขึ้น และตามแนวคิดการจัดการอาการของคอร์คและคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) นอกจากปัจจัยด้านอายุของผู้ป่วยแล้ว ยังมีปัจจัยด้านตัวบุคคลด้านอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการจัดการอาการ ได้แก่ ลักษณะพื้นฐานของบุคคล เช่น เชื้อชาติ สถานภาพสมรส บุคลิกภาพส่วนบุคคล ความคิด แรงจูงใจ สภาพร่างกาย สภาพอารมณ์ และจิตใจ และ พยาธิสภาพของการเจ็บป่วย

อายุผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ($r = -2.25$, $p\text{-value} = 0.011$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน เป็นความสัมพันธ์ในเชิงลบ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้น จะมีพฤติกรรมการจัดการอาการหอบในทางที่น้อยลง ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่า อายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแล ทำให้ศักยภาพในการจัดการอาการหอบที่เกิดขึ้นที่บ้านได้น้อยลง และอาการหอบของเด็กเป็นภาวะที่มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน อาการของโรคมักเกิดในเวลากลางคืนและเป็นอาการเรื้อรังที่ต้องมีการจัดการ ผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นมีความไม่คล่องตัวหรือกำลังถดถอยลงจึงส่งผลให้การจัดการอาการลดลง ซึ่งการศึกษาของ ผ่องศรี เรือนเครือ (2546: 34) พบว่า อายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนไป เพราะอายุมีผลต่อพัฒนาการทางความคิด ความเข้าใจ (Stage of cognitive development) ซึ่งเชื่อมโยงไปยังเจตคติและส่งผลถึงพฤติกรรม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษา ของเบคเกอร์ (Becker, 1978: 268) พบว่า ความไม่ร่วมมือในการรักษา การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอมักพบในผู้ป่วยที่มีอายุมาก และการศึกษาของ นิตยา เอกวัฒน์ (2540: 42) พบว่า เด็กที่มีมารดาอายุ 40-50 ปี เป็นผู้ดูแลมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบเป็น 3.7 เท่า ของเด็กที่มีมารดาอายุ 21-30 ปี และเด็กที่มีบิดาอายุ 41-50 ปี เป็นผู้ดูแลมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบ เป็น 2.6 เท่าของเด็กที่มีมารดาอายุ 21- 30 ปี

ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล ($\text{Eta} = .166$, $p\text{-value} = 0.636$) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแล ร้อยละ 85.8 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษา ซึ่งถือได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับพื้นฐาน สอดคล้องกับ การศึกษาของ จุฑามาศ เถลิงพล (2540: 81) พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียน เพื่อป้องกันโรคขาดสารไอโอดีน และการศึกษาของ วรเดช ช้างแก้ว (2539: 76) พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้หน้ากากป้องกันฝุ่น และสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เอกวัฒน์ (2540: 42) ที่พบว่า เด็กที่มีบิดาจบชั้นประถมถึงมัธยมศึกษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบเป็น 0.4 เท่า ส่วนเด็กที่มีบิดาจบชั้น

มัธยมศึกษามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบเป็น 0.6 เท่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เบคเกอร์ (Becker, 1978: 268) และคณะที่พบว่า การศึกษาของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือในการรักษาของมารดาในกลุ่มเด็กโรคหืด เด็กมักจะมีอาการหอบซ้ำโดยผู้ดูแลเด็ก ที่จบการศึกษาระดับประถม (วนิดา ยืนยง, 2537: 61 และเพลินดา พรหมบัวศรี, 2536: 72) ส่วนเด็กเล็กที่บิดามารดาไม่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี มีโอกาสเกิดอาการหอบซ้ำ (Recurrent wheezing) มากกว่า เด็กที่มีบิดามารดาจบการศึกษาในระดับปริญญาตรี 5.8 เท่า จากการศึกษาของเซาว์ (Chou, 2000: 398) พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคเรื้อรังต้องมีความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนมีทักษะในการดูแลพิเศษ เช่น การรับประทานยา ซึ่งแนวทางการดูแลรักษาโรคหืด ผู้ดูแลต้องสังเกตอาการ ประเมินความรุนแรงของโรคได้ เพื่อการรักษาและควบคุมอาการให้กำเริบ แต่หากผู้ป่วยมีอาการหอบ ผู้ดูแลต้องปรับการใช้ยาระดับความรุนแรงของโรค (GINA, 2008: 35) ในการจัดการอาการหอบที่บ้านนั้น ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ในเรื่องต่าง ๆ ตั้งแต่อาการของโรค การสังเกต การประเมินอาการ การใช้ยาเมื่อมีอาการหอบ ซึ่งเป็นเรื่องที่ซับซ้อน ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแลส่วนมากมีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา และส่วนน้อย มีการศึกษาอยู่ในระดับสูงกว่าปริญญาตรี กอปรกับการมีประสบการณ์อาการปานกลาง จึงเป็นไปได้ที่ทำให้ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแล

การศึกษานี้พบว่า สิ่งกระตุ้นที่พบได้มากที่สุด คือ การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศ และฤดูกาล ซึ่งพบได้ร้อยละ 82.9 รองลงมา ร้อยละ 55 เป็นสิ่งกระตุ้นประเภทฝุ่นละออง และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ พบได้ ร้อยละ 48.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพาพร ยอดญาติไทย (2551: 53) พบสาเหตุที่กระตุ้นอาการหอบ ร้อยละ 80 มาจากอากาศเปลี่ยนแปลง รองลงมา ร้อยละ 66.67 เกิดจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ส่วนฤดูกาลของอาการหอบกำเริบนั้น พบว่า ความชุกสูงสุดของอาการหอบพบมากในฤดูหนาว อากาศเย็น เมื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของสิ่งกระตุ้นอาการหอบกับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแล พบว่า สิ่งกระตุ้นอาการหอบประเภทฝุ่นละออง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแล ร้อยละ 87.5 อยู่ในระดับปานกลาง สำหรับสิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดอื่นไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแล ซึ่งอธิบายได้ว่าเนื่องจากผู้ดูแลร้อยละ 55 มีการรับรู้ ว่าฝุ่นละออง เป็นสิ่งกระตุ้นอาการหอบของผู้ป่วยเด็ก จึงมีผลทำให้สิ่งกระตุ้นชนิดฝุ่นละออง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ วรเดช ช้างแก้ว (2539: ง) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันฝุ่นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันฝุ่น ทั้งนี้เนื่องจากว่า สภาพแวดล้อมของจังหวัดสุพรรณบุรี ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลอุ้มทอง และโรงพยาบาลด่านช้างเป็นพื้นที่ชนบท ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตร มีการ

เผาเศษวัชพืช ฟางข้าว ไร่อ้อย ตลอดทั้งปี รวมทั้งมีโรงโม่หินและโรงงานน้ำตาลซึ่งเป็นโรงงานอุตสาหกรรมหลายแห่ง ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเกิดฝุ่นละออง ส่วนการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศตามฤดูกาล และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ถึงแม้ว่าการรับรู้ของผู้ดูแลพบว่าเป็นสิ่งกระตุ้นอาการหอบของเด็ก แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการอาการของผู้ดูแล อาจเป็นเพราะว่าในจังหวัดสุพรรณบุรี สภาพอากาศไม่แปรปรวน มี 3 ฤดูกาล ซึ่งฤดูฝนกับฤดูหนาวมีเพียงช่วงสั้น ๆ เท่านั้น

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสิ่งกระตุ้นอาการหอบ กับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแล พบว่าจำนวนสิ่งกระตุ้นอาการหอบมีความสัมพันธ์เชิงบวก ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแล ($r = 0.347$, $p - \text{value} = 0.00$) อธิบายได้ว่า ในผู้ป่วยเด็กที่มีสิ่งกระตุ้นอาการหอบยิ่งมากชนิด ผู้ดูแลจะมีพฤติกรรมจัดการอาการหอบมากขึ้น สำหรับการศึกษารุ่นนี้ไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับเรื่องความสัมพันธ์ของชนิดของสิ่งกระตุ้นกับพฤติกรรมจัดการอาการ แต่การทบทวนวรรณกรรม พบว่าพยาธิกำเนิดของโรคหืดในปัจจุบันเกิดจากการอักเสบของหลอดลม ทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นผิดปกติ เมื่อเจอสิ่งกระตุ้นหลอดลมก็จะตีบจึงทำให้เกิดอาการหอบตามมา (GINA, 2006: 3) ในเด็กที่ป่วยเป็นหอบหืดจะมีความไวต่อสารก่อภูมิแพ้ที่พบได้รอบ ๆ บ้าน และสามารถหอบได้ทันทีที่ก้าวเข้าสู่สิ่งแวดล้อมที่เป็นสิ่งกระตุ้น ซึ่งสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์ที่สนับสนุนให้เกิดอาการหอบซ้ำ ทำให้อาการหอบกำเริบขึ้นมาโดยไม่ทันตั้งตัว ผู้ป่วยที่มีสิ่งกระตุ้นอาการหอบหลายชนิด โอกาสที่จะเกิดอาการหอบก็มีมากขึ้น จากการศึกษาของ วรลักษณ์ จารุตระกูลชัย (2548: 20) เรื่องปัจจัยเสี่ยงในการเกิดอาการหอบซ้ำของเด็กเล็ก อายุ 2 - 5 ปี พบว่าผู้ป่วยเด็กที่มีการตรวจภูมิแพ้ทางผิวหนังเป็นบวกมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ชนิด เป็นปัจจัยที่มีผลในการเพิ่มโอกาสให้เกิดอาการหอบซ้ำ ในผู้ป่วยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ ฉนิชนันท์ อารีการเลิศ (2008:ง) พบว่า การรับรู้ของผู้ดูแล ถึงผลการจัดการกับสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายในบ้าน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการของผู้ดูแล เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบในเด็กโรคหืด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เอกวัฒน์ (2540: 45) พบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ที่ทำให้เกิดโอกาสเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบ เด็กที่มีสารกระตุ้นอาการแพ้ 1 ชนิด มีโอกาสเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบ 1.14 เท่าของเด็กที่ไม่มีสารกระตุ้นอาการแพ้ และเด็กที่มีสารกระตุ้นอาการแพ้มากกว่า 1 ชนิด มีโอกาสเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบ 2.1 เท่า ร้อยละ 61 การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมักเกิดร่วมกับอาการหอบ ซึ่งเป็นเหตุส่งเสริมให้มีอาการหอบกำเริบได้ 0.8 เท่า และผู้ดูแลที่ไม่ได้ทำความสะอาดบ้านทุกวันมีโอกาสเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบจากฝุ่นละอองภายในบ้าน 1.7 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่มีผู้ดูแลที่ทำความสะอาดบ้านทุกวัน สำหรับเด็ก

ที่มีแหล่งมลพิษอยู่ใกล้บ้าน เช่น โรงงาน เขม่าควัน มีโอกาสเสี่ยงต่ออาการหอบกำเริบ 1.7 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่ไม่มีแหล่งมลพิษใกล้บ้าน จากการศึกษาของ สุภรัตน์ บุญนาค (2543:บทคัดย่อ) พบว่า สิ่งแวดล้อมที่มีปัจจัยเสี่ยงที่เอื้อต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันของผู้ดูแลเด็ก และการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมีผลโดยตรงกับการปฏิบัติตามคำแนะนำทางด้านสุขภาพ ซึ่งทำให้จำนวนตัวกระตุ้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล

ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กโรคหืดอยู่ในระดับสูง ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล ($r = 0.091$, p -value = 0.304) ดังนั้นจึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก แต่พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านไม่ได้มากตามไปด้วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะพรรณ เทียนทอง (2546: ง) ที่พบ ว่าการสนับสนุนของครอบครัว ความรัก ความเอื้ออาทรต่อกันนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมที่ช่วยให้ครอบครัวมีการจัดการที่ดี และ การศึกษาของทราวิส (Travis, 2007 อ้างใน น้ำเพชร มาตาชนก, 2550: 59) พบว่า ระยะเวลาที่ผ่านมาผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความเข้าใจ รักใคร่เอื้ออาทรและสงสารทำให้เกิดสัมพันธภาพที่แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น จึงส่งผลให้ครอบครัวมีการจัดการที่ดีสำหรับโรคหืดนั้น โดยธรรมชาติของโรคหืดเป็นภาวะฉุกเฉิน คาดเดาอาการ ได้ยากและอาการที่เกิดขึ้นเป็นภาวะที่ต้องรีบให้การดูแลช่วยเหลือ ประกอบกับผู้ป่วยเป็นเด็กเล็ก อยู่ในวัยพึ่งพิงผู้ดูแลไม่สามารถจัดการดูแลตนเองได้ เป็นผลให้สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กมีความสัมพันธ์แนบแน่นตามปกติกันอยู่แล้ว ในการศึกษาครั้งนี้จึงไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล ตามแนวคิดแบบจำลองการจัดการอาการ (Symptom Management Model) ของ ดอดด์ และคณะ (Dodd, et al., 2001) และยังมีปัจจัยทางสังคมด้านอื่น ที่มีผลกับการจัดการอาการ โดยไม่เกี่ยวข้องกับสัมพันธภาพ คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สภาวะแวดล้อมทางกายภาพ และวัฒนธรรมที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งไม่ได้นำมาศึกษาในครั้งนี้

ประสบการณ์อาการของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล ($r = 0.452$, p -value = 0.00) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน การศึกษาของทราวิส (Travis, 2007 อ้างในน้ำเพชร มาตาชนก, 2550:59) พบว่าการจัดการของครอบครัวด้านการรักษาจะดีขึ้น ตามประสบการณ์ของครอบครัว ถ้าครอบครัวมีการรับรู้ไม่ดีก็จะมีวิธีการที่ไม่ดี จากการศึกษาของ สุกัญญา จ้อยกล้า (2550:ง) พบว่า ผู้ที่มีประสบการณ์มากจะมีวิธีการจัดการกับอาการหลายวิธีเพื่อบรรเทาหรือขจัดอาการ เนื่องจากสามารถประเมินได้ว่าอาการนั้นควรต้องเฝ้าระวัง หรือเป็นอาการที่คุกคามกับชีวิต จากแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์และคณะ (Dodd, et al., 2001: 672) กล่าวว่า

ประสบการณ์อาการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้การดำเนินของโรคและหาวิธีการจัดการกับกลุ่มอาการที่มีภาวะคุกคามกับชีวิต ด้วยวิธีการที่แตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประสบการณ์ของผู้ดูแล ที่มากที่สุด คือ ผู้ดูแลรับรู้ ว่า เมื่อเด็กมีอาการหอบเด็กจะหายใจเร็ว หายใจมีเสียงดังวี๊ดช่วงการหายใจออก ส่วนมากมีอาการเกิดขึ้นในช่วงกลางคืน เมื่อออกกำลังกายหรือวิ่งเล่น และเมื่อรับประทานอาหารที่มีความเย็น อาการหอบที่เกิดขึ้นไม่ได้มีผลกับกิจกรรมของผู้ป่วย ประสบการณ์ที่พบได้น้อย คืออาการหอบที่เกิดขึ้นในขณะที่นั่งพัก จะเห็นได้ว่าประสบการณ์อาการ ตามการรับรู้ของผู้ดูแลนั้น เป็นอาการสำคัญของโรคหืด จากประสบการณ์อาการของผู้ดูแล สามารถบอกได้ว่าอาการหอบที่เกิดขึ้นกับเด็กที่ศึกษานั้น เป็นอาการหอบที่มีระดับความรุนแรงน้อย โดยการสนับสนุนจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าอาการหอบ ที่มีระดับความรุนแรงน้อย จะมีอาการแสดง คือผู้ป่วยยังนอนราบได้ปกติ พูดเป็นประโยคได้ หายใจเร็วขึ้น ไม่มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยหายใจ หายใจเสียงดังวี๊ดในช่วงการหายใจออก (GINA, 2008: 57) ซึ่งการที่บุคคลจะมีพฤติกรรมจัดการเรื่องใด บุคคลจะนำประสบการณ์การรับรู้เดิมมาผสมผสาน แล้วเลือกกระทำพฤติกรรมไปตามการให้ความหมายนั้น ๆ โดยจะ แปลความหมายของอาการจากประสบการณ์ การคาดการณ์อาการ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลตัดสินใจแสวงหาการจัดการกับความเจ็บป่วยนั้นๆ (Machanic อังใน มัลลิกา มัลติโก, 2534: 21-22) มารดาที่มีประสบการณ์อาการหอบมาก จะมีพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการดูแลเด็กมากขึ้น (Becker, 1978:268)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กตามการรับรู้ของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแลที่บ้าน ($r = -0.291$, $p\text{-value} = 0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า เมื่อเด็กมีคุณภาพชีวิตต่ำลง ผู้ดูแล จะมีพฤติกรรมจัดการอาการหอบมากขึ้น คุณภาพชีวิตด้านที่ดีที่สุด คือคุณภาพชีวิตด้านสังคม ($\bar{X} = 2.48$, $S.D. = 0.52$) รองลงมาคือคุณภาพชีวิตด้านกายภาพ ($\bar{X} = 2.46$, $S.D. = 0.56$) ส่วนด้านที่มีปัญหามากกว่าด้านอื่น คือ คุณภาพชีวิตทางด้านอารมณ์ ($\bar{X} = 2.27$, $S.D. = 0.65$)

จากการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านสังคม พบว่า ผู้ป่วยมีปัญหาน้อยที่สุดเกี่ยวกับเพื่อนเล่น ($\bar{X} = 2.58$, $S.D. = 0.69$) ส่วนข้อที่เป็นปัญหามากที่สุด คือ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เหมือนกับเด็กวัยเดียวกันทำได้ ($\bar{X} = 2.36$, $S.D. = 0.84$) และไม่สามารถเล่นกับเด็กวัยเดียวกันได้ทัน ($\bar{X} = 2.45$, $S.D. = 0.80$) อธิบายได้ว่า เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาในช่วงอายุของเด็กเล็ก การดำเนินของโรคอยู่ในช่วงสั้น ๆ อาจส่งผลต่อผลการศึกษา ในด้านคุณภาพชีวิตของเด็กที่อาจยังไม่มี การเปลี่ยนแปลง กอปรกับอาการที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราว ซึ่งในขณะที่เด็กไม่มีอาการ เด็กจะมีชีวิตที่ปกติเหมือนเด็กทั่วไป แต่เมื่อใดก็ตามที่เด็กเกิดอาการหอบ คุณภาพชีวิตช่วงของการป่วยก็อาจลดลง

จากการศึกษาด้านกายภาพ พบว่า ผู้ป่วยเด็กมีปัญหามากที่สุดในเรื่องของการเดิน การเคลื่อนไหวร่างกาย หรือการออกกำลังกาย ($\bar{X} = 2.10$, S.D. = 0.93) รองลงมา คือ มีปัญหาเกี่ยวกับการวิ่ง ($\bar{X} = 2.22$, S.D. = 0.93) จะเห็นได้ว่าปัญหาที่พบส่วนมากนั้น เป็นกิจกรรมที่เด็กต้องออกแรง ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นอาการหอบของเด็ก ส่วนปัญหาที่พบน้อยที่สุดคือ การช่วยเก็บของเล่นของเขาเอง ($\bar{X} = 2.66$, S.D. = 0.67) รองลงมาคือปัญหาเกี่ยวกับการเดิน ($\bar{X} = 2.65$, S.D. = 0.68) ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องออกแรงมาก

คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์ ปัญหาที่พบน้อยที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้า ($\bar{X} = 2.4$, S.D. = 0.86) รองลงมา คือ ความรู้สึกกลัว ($\bar{X} = 2.32$, S.D. = 0.88) สำหรับปัญหาที่พบมากที่สุด คือ เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกโกรธ ($\bar{X} = 2.07$, S.D. = .91) อธิบายได้ว่า การศึกษา ครั้งนี้เป็นการศึกษาในเด็กเล็ก คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์นั้น เป็นภาวะที่ประเมินแยกจากอารมณ์ตามวัยของผู้ป่วยได้ยาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Juniper, et al., 1992: 76) พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดลดลง เนื่องจากมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ และมีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เมื่อเด็กมีอาการหอบเด็กจะรู้สึกโกรธ ซึมเศร้า และกังวล จากการศึกษาของ ศรีัญญา คริ่งมี (2543:บทคัดย่อ) และสุกัญญา จ้อยกล้า (2550:บทคัดย่อ) พบว่าคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับการแสวงหาวิธีการจัดการ และเป็นตัวตัดสินใจ เลือกรูปแบบการจัดการอาการนั้นๆ และสอดคล้องกับการศึกษาของ บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ อุทัยวรรณ พุทธรัตนิ และพิสมัย วัฒนสิทธิ์ (2551: 502) พบว่า ผลการบำบัดอาการต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืดเป็นตัวบ่งชี้จากพฤติกรรมการดูแล นอกจากนี้ พอลโลและคณะ (Paulo, et al., 1999: 779) ยังพบว่าสิ่งสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กขึ้นอยู่กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล เด็กที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี บ่งบอกถึงพฤติกรรมการดูแลที่ดีของผู้ดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดยังเป็นตัวกำหนดการดูแลรักษา และการป้องกันอาการกำเริบจากโรคหืด

3. เพื่อศึกษาอำนาจทำนาย ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางสังคม ประสิทธิภาพอาการและผลการบำบัดอาการ ต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 2 - 6 ปีที่บ้าน

สมมุติฐานข้อที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยสุขภาพและความเจ็บป่วย ปัจจัยสภาพแวดล้อมทางสังคม ประสิทธิภาพอาการและผลการบำบัดอาการร่วมกันมีอำนาจทำนายพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) พบว่าตัวแปรที่สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล ได้แก่ ประสิทธิภาพอาการ สิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดฝุ่นละออง อายุของผู้ดูแล และจำนวนของสิ่งกระตุ้นอาการหอบ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านได้ ร้อยละ 37.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

จากการศึกษา พบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลได้มากที่สุด และมีประสิทธิภาพสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ ประสิทธิภาพอาการ สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 20.4 จากการศึกษา ของ ลัดดา อิ่มทองใบ (2543:108) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงอาการของโรค เกิดจากประสิทธิภาพของมารดา สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลบุตร โรคหืดได้ ร้อยละ 58.6

สิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดฝุ่นละออง ถูกเลือกเข้าสมการทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแล เป็นอันดับที่ 2 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย 0.306 นั่นคือสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลได้เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 30.6 ความเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล อาจมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดอาการ จากปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เช่น บ้าน ที่ทำงาน (Dodd, et al., 2001: 672) สอดคล้องกับการศึกษา ของลัดดา อิ่มทองใบ (2543:108) ที่พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยง เป็นการรับรู้ของมารดาถึงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ เป็นตัวแปรทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมดูแลบุตร โรคหืดของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 40.8 และการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคของมารดาสามารถทำนายพฤติกรรมดูแลบุตรอายุ 1-5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหืด

อายุของผู้ดูแล ถูกเลือกเข้าสมการทำนาย พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านได้ เป็นอันดับที่ 3 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย 0.34 นั่นคือสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 34.0 พบการศึกษาที่สอดคล้องกัน คือ อายุของมารดาเป็นตัวแปรที่ดีที่สุด ในการทำนายพฤติกรรมของการพานบุตรไปรับบริการทางสุขภาพ (Birscht, et al., 1978: 667)

จำนวนของสิ่งกระตุ้นอาการหอบ ถูกเลือกเข้าสมการทำนาย พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การทำนาย = .37 นั่นคือ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลได้เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 37.0 จากการศึกษาของ นิทยา เอกวัฒน์ (2540: 45) และพบว่า การสัมผัสควันบุหรี่ร่วมกับการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ มีอิทธิพลร่วมกันทำให้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบเพิ่มขึ้นเป็น 14.8 เท่า ($p < 0.01$)

ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า ประสิทธิภาพอาการของผู้ดูแล สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการหอบชนิดฝุ่นละออง อายุผู้ดูแล และจำนวนของสิ่งกระตุ้น สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม

การจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านได้ ร้อยละ 37.0 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการอาการหอบของผู้ดูแล โดยมีประสิทธิสหสัมพันธ์เชิงบวก ได้แก่ ประสิทธิภาพอาการ สิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดฝุ่นละออง และจำนวนของสิ่งกระตุ้นอาการหอบ สำหรับอายุของผู้ดูแล มีประสิทธิสหสัมพันธ์เชิงลบ ส่วนอายุของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และการศึกษาของผู้ดูแลไม่สามารถทำนายพฤติกรรมจัดการอาการหอบที่บ้านได้



Christian University of Thailand

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Correlational descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 2 - 6 ปีที่บ้าน ในคลินิกโรคหืดเด็กของโรงพยาบาลเจ้าพระยาอรรษา โรงพยาบาลด่านช้าง และโรงพยาบาลอุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจการทำนายของ อายุของผู้ป่วยเด็ก อายุของผู้ดูแล และระดับการศึกษาของผู้ดูแล ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมอาการหอบ จำนวนสิ่งแวดล้อมสัมพันธ์ภาวะระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ประสิทธิภาพอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ด้วยการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม จากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 2 - 6 ปี จำนวน 130 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน Chi - square test และสถิติ Eta วิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) และสร้างสมการถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 129 ราย สรุปผลการศึกษา ได้ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20 - 35 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 39 ปี การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา ส่วนผู้ป่วยเด็กมีอายุอยู่ในช่วง 2 - 4 ปีและอายุเฉลี่ย 3.6 ปี

สิ่งแวดล้อมสำคัญที่ทำให้เกิดการหอบ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ ละอองฝุ่น และการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ สิ่งกระตุ้นที่พบน้อยที่สุดคือเชื้อรา ผู้ป่วยเด็กโรคหืดส่วนใหญ่มีจำนวนสิ่งแวดล้อม 5 ชนิดขึ้นไป และส่วนน้อยที่มีสิ่งแวดล้อม 1 - 2 ชนิด

พฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลที่บ้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่ดีที่สุดคือ การประเมินอาการขณะที่เด็กมีอาการหอบ รองลงมาคือ การจัดการเรื่องการปรับ การหายใจ ส่วนพฤติกรรมกรรมการจัดการน้อยที่สุดเป็นการจัดการด้านกิจกรรมและอารมณ์

สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็กโรคหืดโดยรวมอยู่ในระดับมาก สัมพันธภาพ ที่ดีที่สุด คือความห่วงใยเด็ก การยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของเด็ก และสัมพันธภาพที่น้อยที่สุด คือการจัดหาสิ่งที่เด็กชอบให้กับเด็กตามที่เด็กต้องการ

สำหรับประสพการณ์อาการ โดยภาพรวมแล้วผู้ดูแลมีประสพการณ์อาการอยู่ในระดับ ปานกลาง ซึ่งประสพการณ์การอาการมากที่สุดคือ การรับรู้อาการหอบของเด็กจากเสียงวี๊ด และ ความเร็วของการหายใจ อาการหอบที่เกิดขึ้นนั้น ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงเวลาตอนกลางคืน และเมื่อ มีการออกกำลังกาย หรือวิ่งเล่น ส่วนประสพการณ์อาการน้อยที่สุด คือ อาการหอบจากการ รับประทานอาหาร

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตที่ดีที่สุด คือคุณภาพ ชีวิตด้านสังคม รองลงมาคือ ด้านกายภาพ และด้านอารมณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษา พบว่าอายุของผู้ป่วยเด็ก ระดับการศึกษาของผู้ดูแล และสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยเด็ก ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการ ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการหอบชนิดฝุ่นละออง จำนวนของสิ่ง กระตุ้นอาการหอบ และประสพการณ์อาการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับ พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิง ลบอยู่ในระดับน้อย สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยนั้นมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับปานกลางกับ พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

อำนาจทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน พบว่า ประสพการณ์อาการของผู้ดูแล สิ่งกระตุ้นอาการหอบชนิดฝุ่น ละออง อายุของผู้ดูแล และจำนวน ของสิ่งกระตุ้นอาการหอบ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วย เด็กโรคหืดที่บ้านได้ร้อยละ 37.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถสร้างสมการทำนาย พฤติกรรมการจัดการกับอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้านไปในรูปคะแนนดิบ ดังนี้

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลเด็กอายุ 2 - 6 ปี มีพฤติกรรมการจัดการอาการหอบอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบที่บ้าน ได้แก่ ประสิทธิภาพอาการ อายุของผู้ดูแล และ ชนิดของสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ ดังนั้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่บ้าน ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรมีการประเมินความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลเพื่อหารูปแบบในการส่งเสริม การให้ความรู้ในการดูแลโรคหืดที่บ้าน
2. ควรมีการให้ความรู้ในเรื่องอาการของการหอบ การประเมินอาการความรุนแรง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการหอบ การใช้ยาและการจัดการอาการเมื่อเกิดอาการหอบที่บ้านกับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในส่วนของพฤติกรรมการจัดการอาการหอบที่บ้าน โดยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยเด็กโรคหืดในวัยอื่น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในส่วนของความรู้ และระยะเวลาของประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาในการเจ็บป่วยของเด็ก และระดับความรุนแรงของการหอบ
3. ควรมีการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการจัดการอาการของเด็กโรคหืดที่บ้าน โดยใช้ทฤษฎีของการจัดการอาการตามแนวคิดการจัดการอาการดอร์ด และคณะ (Dodd, et al., 2001) โดยการศึกษาในรายละเอียดของตัวแปรย่อยตัวอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นพลวัต
4. ควรมีการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการจัดการอาการในรูปแบบการวิจัยเชิงลึก และการวิจัยเชิงทดลอง
5. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ด้านการบริหาร

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการกำหนดนโยบาย และการวางแผน โครงการต่าง ๆ เกี่ยวกับการดูแลและการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่บ้าน

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข. (2543). เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ. กฤตธีรา เครื่องันตา. (2548). ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันอันตรายจากฝุ่นฟ้าของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมตัดเย็บเสื้อผ้า. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอาชีวอนามัย บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กิตติมา สํารายไชยธรรม. (2541). การรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 1- 5 ปี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไข่มุก วิเชียรเจริญ, ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, สมหญิง ไควศวนนท์, และ วีรยา จึงเจตไพศาล. (2544). คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคหืด. วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์, 1(1), 37 - 47.
- จุฑามาศ เฉลิมผล. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรความเชื่อสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลเด็กวัยเรียนของมารดาเพื่อป้องกันโรคขาดไอโอดีน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณิชนันท์ อารีการเลิศ. (2551). การจัดการของผู้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบในเด็กโรคหืด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทรรศนีย์ นาคราช. (2550). การพัฒนากระบวนการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- ทิพาพร ยอดญาติไทย. (2551). ผลการประยุกต์ใช้แนวทางของ GINA Pediatric Guideline ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดวัย 0 - 6 ปีของครอบครัว. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- น้ำเพชร มาตาชนก. (2550). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหืดวัยผู้ใหญ่**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตยา เอกวัฒน์. (2540). **คว้นบุหรืในสิ่งแวลล้อมกับอาการหอบกำเรบหลังกการรักษานในเด็กป่วยโรคหืดหลอดลลม**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร) สาขาวิชาเอกการติดเชื้อ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร**. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯแอนไออินเตอรมีเดีย.
- บุษกร พันธเมธาฤทธิ, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2551). **คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งภาคใต้**. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26 (5), 501-502.
- ปกิต วิชยานนท์. (2541). **แนวทางในการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในผู้ป่วยเด็ก**. *วารสารกุมารเวชศาสตร*, 39 (2), 171-194.
- ปิยะพรรณ เทียนทอง. (2546). **ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน**. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 9 (2), 119-127.
- ผ่องศรี เรือนเครือ. (2546). **เจตคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และ ความตั้งใจในการใช้ฮอร์โมนทดแทนของอาจารย์ระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงของการหมดประจำเดือน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงทิพย์ วัฒนและคณะ. (2545). **ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก**. *พยาบาลสาร*, 35 (1).
- พัชรินทร์ เวียงแก้ว. (2540). **คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชญาดา คงศักดิ์ตระกูล. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างชนิดของมะเร็ง ประสพการณ์การมีอาการเหนื่อยล้า กลยุทธ์ในการจัดการกับการเหนื่อยล้า การสนับสนุนจากครอบครัว กับภาระการทำหน้าที่ในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญญา ไชยเสนา. (2546). **พฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานแพทย กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

- เพลินดา พรหมบัวศรี. (2536). การศึกษาเปรียบเทียบความเชื่อด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษาของมารดาในกลุ่มโรคหอบหืดที่มีการควบคุมโรคต่างกัน. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มัลลิกา มัติโก. (2534). คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพศูนย์ประสานงานทางการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.
- ยุบล สุขสะอาด. (2541). ประสบการณ์การมีอาการผลจากอาการและวิธีจัดการกับอาการจับหืดของผู้ป่วยโรคหืด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชณี สีดา. (2548). การพยาบาลเด็กโรคเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัตนาวดี ชอนตะวันและพัชรี วรกิจพูนผล. (2547). ความรู้ ความต้องการและประสบการณ์การดูแลของบิดามารดา. พยาบาลสาร, (31): 3.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2533). รายงานการวิจัยการศึกษาบทบาทบิดามารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดในครอบครัว. ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ลัดดา อิ่มทองใบ. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคหอบหืดของบุตรอายุ 1-5 ปีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วนิดา ชื่นขง. (2537). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยบางประการเกี่ยวกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณชัช ช้างแก้ว. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการใช้หน้ากากกันฝุ่นของพนักงานในโรงงานชลประทานซีเมนต์ชะอำเพชรบุรี. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณ ชัยชนะรุ่งเรือง. (2546). ประสบการณ์การมีอาการ วิธีการจัดการอาการและผลของอาการตามการรับรู้การเปลี่ยนแปลงระดับน้ำตาลในเลือดของบุคคลที่เป็นเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วรลักษณ์ จารุตระกูลชัย. (2548). **ปัจจัยเสี่ยงของโรคหอบหืด หรือ Recurrent Wheezing ในเด็กเล็ก ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา กุมารเวชศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชราน บัญสวัศดี, วัชรระ จามจूरิรัถย์,และสุนันทา สวรรค์ปัญญาเลิศ. (2548). 5th Annual academic meeting: **Easy Asthma Clinic From the basic to the top in Medicine.** กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ส.รุ่งทิพย์ ออฟเซท, 83-7.
- วันทนา มณีศิลป์.(2543). **ประสบการณ์อาการเหนื่อยหอบ ผลของการเหนื่อยหอบ และวิธีจัดการ อาการเหนื่อยหอบของผู้ป่วยโรคหืดหอบหัวใจ.**วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วันวิสาข์ โลหะสาร. (2550). **ผลของโปรแกรมการให้ความรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคหืดต่อ ความรู้เรื่องโรคและทักษะการจัดการตนเอง.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา การพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วิไล เกิดผล. (2548). **ประสบการณ์ของเด็กไทยวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคหืด.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุขยบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิณา จิระแพทย์. (2540). **การวิจัยในคน: จริยธรรมของนักวิจัยทางการแพทย์.** วารสารวิจัยทางการแพทย์, 1 (2), 292-296.
- ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร. (2541). **บทบาทพยาบาลกับโรคหอบหืดในเด็ก.** วารสารชมรมพยาบาล กุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2(1), 15-19.
- ศุภรัตน์ บุญนาค. (2543). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของผู้ดูแลเด็ก อายุต่ำกว่า 1 ปี.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพลศึกษา บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2536). **การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์.** กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.
- สมาคมออร์เวชซ์แห่งประเทศไทย. (2547). **แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ: สมาคมออร์เวชซ์แห่งประเทศไทย.
- สุกัญญา จ้อยกล้า. (2550). **การศึกษาอาการที่พบบ่อย การประเมินอาการ การจัดการกับอาการของ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม.** วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา.

- สุจินดา ไชยพะยอม. (2549). **ประสบการณ์การมีอาการ วิธีจัดการกับอาการ และคุณภาพชีวิตของผู้หญิงที่มีปัญหาภาวะแพ้ปัสสาวะไวเกิน**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุปรียา ตันสกุล. (2548). **ทฤษฎีและโมเดลการประยุกต์ใช้ในงานสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์** (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- โสภิต สุนงกช. (2548). **การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กเรื้อรังที่มารักษาที่สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี**. วิทยานิพนธ์แพทยศาสตร สาขากุมารเวชศาสตร์ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี.
- อารีรัตน์ ม่วงไหมทอง. (2551). **ผลของโปรแกรมจัดการกับอาการหายใจลำบากต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ชั้นสูง บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

ภาษาอังกฤษ

- Becker, et al. (1978). Compliance with a Medical Regiment for Asthma: A test of Health Belief. **Journal of Public Health Report**, 93 (3), 268 - 277.
- Best, J.W. (1977). **Research in Education**. (3rd Edition.) Engle Wood Clift, NJ: Prentice Hall.
- Boonsawat, W. Charoenphan, P. Kaitboonsri, S. et al. (2002). **Prevalence of asthma symptoms in adult in 4 cities of Thailand**. Joint scientific meeting the Thoracic Society of Thailand, the Malaysia Thoracic Society and the Singapore Thoracic Society. Bangkok, Thailand., 112.
- Boonsawat, W, Charoenphan, P. Kiatboonsri, S. et al. (2004). Survey of asthma control in Thailand. **Respirology**, 9: 37 - 38.
- Bunting, S. M. (1988). The concept of perception in selected nursing theory. **Nursing Science Quarterly**, 1(2), 168 - 174.
- Chou, K. R. (2000). Caregiver Burden: a concept analysis. **Journal of Pediatric Nursing**, 15 (6), 398 - 407.
- Dodd, M., Janson, S., et al. (2001). Advancing the Science of Symptom Management. **Journal of Advanced Nursing**, 33 (5), 668 - 676.

- Dodd, M., Miaskoski, C., Paul, S. (2001). Symptom cluster and their effect on the functional status of patients with cancer. **Oncology Nursing Forum**, 28 (3), 465 - 470.
- Ferrans, E. M. & Power, J.M. (1992). Psychometric assessment of the quality of life index. **Research in Nursing & Health**, 15: 29 - 38.
- Ganong, W. F. (1995). **Review of Medical Physiology**. Connecticut: Appleton & Lange.
- Global initiative for asthma. (GINA, 2008). **Global strategy for asthma management and prevention**. NHLBI/WHO workshop report.
- Juniper, et al. (1992). **Periodic Assessment and Monitoring: Essential for Asthma Management**. National Asthma Education and Prevention Program.
- King, I. M. (1986). **Curriculum and Instruction in Nursing : Concept and Process**. Norwalk: Appleton - Century Crofts.
- Lanensuo, A., Haahtela, T., Herrala, J., Kava, T., Kiviranta, K., Kuusisto, P., et al., (1999). Randomised comparison of guided self management and traditional treatment of asthma over one year. *BMJ*, (1996). 312, 748 - 752.
- Larson, P. J., et al. (1994). A Model for symptom management. *Journal of Nursing Scholarships*, 26 (4), 272 - 276.
- National Heart Lung and Blood Institute (NHLBI). (2008). **Global Strategy for Asthma Management and prevention**. The GINA report. WWW. ginasthma. org.
- Hegyvary, S. T. (1993). Patient care outcomes related to management of symptoms. In Fitzpatrick, J. J. & Stevenson, J.S. 1st Edition. **Annual Review of Nursing Research**. Newyork: Springer Publishing, 145 - 168.
- NHLBI / WHO workshop report. (1995). **Global Strategy for Asthma Management and prevention**. WWW.ginasthma.org.
- Osman, L. (1996). Guided self - management and patient education in asthma. **British Journal of Nursing**, 5 (13), 785 - 789.
- Padilla, V. G., et al. (1983). Quality of life index for patients with cancer. **Research in Nursing & Health**, 6(1), 117 - 126.
- Padilla, V. G., & Grant, M. M. (1985). Quality of life as a cancer nursing outcome variable. **Advances in Nursing Science**, 8 (1), 45 - 60.

- Paulo Marcio Condessa Pitrez, Renato T. Stein, and Fernando D. Martinez. (1999). **The Global Burden of Asthma**. Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc. 779
- Perrin, J. M. et al. (1993). **Home and Community Care for Chronically Children**. New York : Oxford university press. 24 - 40 .
- Perrin , J. M., Thyen, U. (1999). Chronic illness. **Developmental and Behavior Pediatrics**. 3rd Edition. New York: Oxford university press. 335 - 45.
- Rhodes, V. A. & Watson, P. M. (1997). Symptom distress-the concept: past and present. **Seminar in Oncology Nursing**, 3: 242 - 247.
- Staruffer, J. L. (1995). Lung. In Tierney, L. M., Mc Phee, S. J. & Papadakis, M. A., **Current Medical Diagnosis and Treatment**. Connecticut: Appletan & Lange, 208.
- Teeratakulpisarn, J, Pairojkul, S, Heng, S. (2000). 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 Allergy Immunol**, 18 (4), 187 - 94.
- Varni, J. W., Seid, M, Kurtin, P., S. (2003). **PedsQL 4.0**: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. Pubmed.3,329-41
- Whetstone, W. R., Olow, H. (1989). Perception of Self - Care in Sweden: A cross cultural replication. **Journal of Advanced Nursing**, 14 (11), 962 - 969.
- Zhan, L. (1992). Quality of life:Conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing**, 17, 759 - 800.

CTU



ภาคผนวก ก

Christian University of Thailand **รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ**

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามปัจจัย
ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน จังหวัด
สุพรรณบุรี

1. แพทย์หญิง สุนันทา จินคาร์ตัน แพทย์ผู้ชำนาญการพิเศษ ด้านกุมารเวชกรรม
โรงพยาบาลอุ้มถ้อง
2. อาจารย์สุภาพร เซยชิด หัวหน้ากลุ่มวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น
มหาวิทยาลัยคริสเตียน
3. นาง อัมภา กิตติอุดมเดช พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการ
พยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ
ชุมชน) โรงพยาบาลเจ้าคุณไพบูลย์

Christian University of Thailand

CTU



ภาคผนวก ข

Christian University of Thailand

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

คำชี้แจงและการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย

ดิฉัน นางสาววรรณ แสงหา นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่บ้าน” ในการศึกษาครั้งนี้ท่านเป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งในการให้ข้อมูล จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยโดยตอบแบบสอบถามซึ่งใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที

ในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ไม่มีคำตอบว่าถูกหรือผิด ข้อมูลที่ได้จากท่านจะนำไปใช้ในการวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่มีอาการจับหืดที่บ้านต่อไป การเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้จะเป็นไปตามความสมัครใจของท่าน ไม่ว่าจะท่านจะเข้าร่วมวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบใดๆต่อท่านหากท่านเข้าร่วมการวิจัยและเกิดการเปลี่ยนแปลงใจภายหลังท่านมีสิทธิที่จะถอนตัว โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ และข้อมูลที่ได้จากท่านทั้งหมดจะเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หากท่านมีข้อสงสัยประการใดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ ดิฉันยินดีตอบข้อสงสัยของท่านตลอดเวลา และดิฉันขอขอบคุณในการร่วมมือในครั้งนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....

(นางสุวรรณ แสงหา)

ผู้วิจัย

.....

สำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านและได้รับคำอธิบายตามรายละเอียดอย่างครบถ้วน และมีความเข้าใจเป็นอย่างดี ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

CTU



ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

Christian University of Thailand

แบบสอบถามการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

เรื่อง พฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน

คำชี้แจง

แบบสอบถามการวิจัยชุดนี้ใช้เพื่อรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยเกี่ยวกับ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่บ้าน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ประสบการณ์การอาการ คุณภาพชีวิตเด็ก กับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่บ้านโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ความสัมพันธ์และอำนาจทำนาย ของข้อมูลส่วนบุคคล สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ สัมพันธภาพ ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ประสบการณ์การอาการ คุณภาพชีวิตเด็ก กับพฤติกรรมการจัดการอาการหอบ ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่บ้านแบบสอบถาม มีทั้งหมด 6 ชุด

การตอบแบบสอบถาม โปรดทำความเข้าใจในแต่ละข้อคำถามและตอบตามความเป็นจริง และตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด หากมีข้อสงสัยประการใด สามารถซักถามผู้สอบถาม เพิ่มเติมได้จนกว่าจะเข้าใจ คำตอบที่ได้ไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลกระทบต่อท่านแต่อย่างใด ขอให้ ท่านตอบคำถามให้ตรงกับความรูสึกและความคิดเห็นของท่านมากที่สุด เนื่องจากเป็นประโยชน์ต่อ ส่วนรวมในการปฏิบัติงานส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจด้านมด้วยตนเอง ของเจ้าหน้าที่ต่อไป

ชุดที่ 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโดยการให้ผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถาม โดยเติมข้อมูลลงในช่องว่างที่กำหนด

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ขณะนี้เด็กมีอายุ.....ปี
2. ขณะนี้ท่านอายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษา
 - () ไม่ได้เรียน
 - () ประถมศึกษา
 - () มัธยมศึกษาตอนปลาย
 - () อนุปริญญา / ปริญญาตรี
 - () สูงกว่าปริญญาตรี

ชุดที่ 2. ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ
คำชี้แจง ให้ผู้ดูแลอ่านข้อความแล้วทำเครื่องหมาย X ในข้อที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบในเด็ก

ไม่ใช่ หมายถึง ไม่ได้เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการจับหืด
 ใช่ หมายถึง เป็นปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการจับหืด

สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ	ไม่ใช่	ใช่
1. การเปลี่ยนแปลงของอากาศ		
2. ละอองฝุ่น		
3. การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล ในช่วงฤดูหนาว		
4. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น เป็นหวัด		
5. มลพิษ ก๊าซพิษ คาร์บอนไฟ เชม่า ไอเสีย		
6. การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล ในช่วงฤดูฝน		
7. ควันบุนหรี		
8. สัตว์เลี้ยง ขนสัตว์ สุนัขหรือแมว		
9. การออกกำลังกาย การวิ่งเล่น		
10. ละอองเกสรดอกไม้/ หญ้า		
11. การเปลี่ยนแปลงของฤดูกาล ในช่วงฤดูร้อน		
12. อาหาร		
13. แมลงสาบ		
14. เชื้อรา		

ชุดที่ 3. ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย
คำชี้แจง ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยอ่านข้อความและเลือกข้อมูล โดยการทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุด

เป็นความจริงเล็กน้อย	หมายถึง	เป็นอย่างนั้นเพียงเล็กน้อย
เป็นจริงบ้างปานกลาง	หมายถึง	เป็นอย่างนั้นนานๆครั้ง
เป็นจริงค่อนข้างมาก	หมายถึง	เป็นอย่างนั้นเกือบทุกครั้ง
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	เป็นอย่างนั้นทุกครั้ง

ข้อความ	เป็น จริงเพียงเล็กน้อย	เป็นจริงปานกลาง	เป็นจริงค่อนข้างมาก	เป็นจริงมากที่สุด
1. เด็กเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตที่ต้องคอยห่วงใยเฝ้าดูแล				
2. ท่านยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของเด็กได้ดี				
3. ท่านมีเวลาพักผ่อนร่วมกับเด็กเสมอ				
4. ท่านอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของเด็กได้ดี				
5. ท่านรับรู้ความต้องการของเด็กจากท่าทางของเด็ก				
6. ท่านพาเด็กไปในสถานที่ต่าง ๆ ด้วยกันทุกครั้ง				
7. ท่านมีการลงโทษเด็กเมื่อเด็กมีความผิด				
8. ท่านมีของขวัญให้กับเด็กทุกครั้งในวันพิเศษของเด็ก				
9. ท่านจัดหาสิ่งที่เด็กชอบให้กับเด็กทุกครั้งที่เด็กต้องการ				

ชุดที่ 4. แบบสอบถามประสบการณ์การอาการ

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ประเมินประสบการณ์ของผู้ดูแล ถึงการรับรู้ภาวะ
 ความทุกข์ของการเกิดอาการหอบที่รบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเด็กโรคหืด ทั้งนี้อาการ
 หอบ หมายถึง อาการไอมีเสมหะ หายใจลำบาก อาการ หายใจมีเสียงหวีด มีอาการแน่นหน้าอก
 ใช้กลัมนื้อหน้าอกและลำคอช่วยในการหายใจมากผิดปกติ การหายใจมีหน้าอกบุ๋ม หรือซี่โครงบุ๋ม

โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยอ่านข้อความในแบบสอบถาม และประเมินจากประสบการณ์อาการที่ท่าน
 ดูแลเด็กมีสถานการณ์ต่อไปนี้ เกิดมาน้อยเพียงใดโดยทำเครื่องหมาย x ในช่องสี่เหลี่ยม ที่ตรงกับ
 ประสบการณ์ของท่านมากที่สุด มีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	มีประสบการณ์อาการน้อย
คะแนน 2	หมายถึง	มีประสบการณ์อาการปานกลาง
คะแนน 3	หมายถึง	มีประสบการณ์อาการมาก
คะแนน 4	หมายถึง	มีประสบการณ์อาการที่สูงสุด

ข้อความ	น้อย	นานๆ ครั้ง	เกือบทุก ครั้ง	ทุกครั้ง
1. ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กจะหายใจเสียงดังวี๊ดเมื่อหายใจออก				
2. ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กจะหายใจเร็ว				
3. เด็กมักมีอาการหอบในช่วงเวลาตอนกลางคืน				
4. ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กจะหายใจเสียงดังวี๊ดเมื่อหายใจเข้า				
5. ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กสามารถพูดคุยมีกิจกรรมเป็นปกติ				
6. ขณะที่เด็กมีอาการหอบเด็กจะเล่นได้				
7. เด็กมีอาการหอบเมื่อออกกำลังกาย/วิ่งเล่น				
8. เด็กมีอาการหอบเมื่อรับประทานอาหารที่มีความเย็น				
9. เด็กมักมีอาการหอบในช่วงเวลากลางวัน				
10. เด็กมีอาการหอบเมื่อเล่นกับสัตว์เลี้ยง				
11. เด็กมีอาการหอบเมื่อไปเที่ยวงานตามสถานที่ต่าง ๆ				
12. เด็กมีอาการหอบเมื่อเล่นของเล่นที่มีขน เช่น ตุ๊กตา				
13. ขณะที่เด็กมีอาการหอบเด็กจะนอน				
14. เด็กมีอาการหอบเมื่อเดินขึ้นลงบันได				
15. เด็กมีอาการหอบเมื่อเด็กเริ่มมีกิจกรรม				
16. เด็กมีอาการหอบขณะเดิน				
17. เด็กมีอาการหอบเมื่อทานอาหารบางชนิด				
18. เด็กมีอาการหอบขณะพูด				

ชุดที่ 5. แบบสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตเด็ก (PedsQL™)

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลที่เกิดจากการจัดการอาการจับหัดของผู้ดูแล โดยการประเมินคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหัด โดยให้ผู้ดูแลเด็กประเมินคุณภาพชีวิตในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาแต่ละด้านนั้นเป็นปัญหากับเด็กมากเท่าใด โดยทำเครื่องหมาย x ทับตัวเลขในช่องสี่เหลี่ยม

ถ้าไม่เป็นปัญหาเลย	ทำเครื่องหมาย x	ทับตัวเลข 0
ถ้าเกือบไม่เป็นปัญหาเลย	ทำเครื่องหมาย x	ทับตัวเลข 1
ถ้าเป็นปัญหาบ้างเป็นครั้งคราว	ทำเครื่องหมาย x	ทับตัวเลข 2
ถ้าเป็นปัญหาบ่อย	ทำเครื่องหมาย x	ทับตัวเลข 3
ถ้าเป็นปัญหาเกือบตลอดเวลา	ทำเครื่องหมาย x	ทับตัวเลข 4

ข้อความ	ไม่เป็นปัญหาเลย	เกือบไม่เลย	เป็นบางครั้ง	บ่อยครั้ง	เกือบตลอดเวลา
คุณภาพชีวิตด้านกายภาพ					
1. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการช่วยเหลือในการเล่นของเขาเอง	0	1	2	3	4
2. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการเดิน	0	1	2	3	4
3. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการยกของหนัก	0	1	2	3	4
4. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการอาบน้ำ	0	1	2	3	4
5. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง	0	1	2	3	4
6. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการวิ่ง	0	1	2	3	4
7. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการเล่นเคลื่อนไหวร่างกาย	0	1	2	3	4
คุณภาพชีวิตด้านอารมณ์					
8. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกเศร้า	0	1	2	3	4
9. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกกลัว	0	1	2	3	4
10. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน นอนไม่หลับ	0	1	2	3	4
11. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับรู้สึกโกรธ	0	1	2	3	4
คุณภาพชีวิตด้านสังคม					
12. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนเล่น	0	1	2	3	4
13. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการถูกเด็กคนอื่นฯ ล้อเลียน	0	1	2	3	4
14. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการเล่นกับเด็กคนอื่นฯ	0	1	2	3	4
15. เด็กไม่สามารถการเล่นได้ทันกับเด็กคนอื่นฯ	0	1	2	3	4
16. เด็กไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ เท่าวัยเดียวกัน	0	1	2	3	4

ชุดที่ 6. แบบสอบถามข้อมูลพฤติกรรมหรือวิธีการจัดการกับอาการหอบของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่บ้าน คำชี้แจง แบบสอบถามนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินข้อมูลพฤติกรรมหรือวิธีการจัดการอาการที่ผู้ดูแลปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการหอบที่บ้าน โดยการให้ผู้ดูแลเด็กตอบแบบสอบถามว่าในช่วงที่ผ่านมาเมื่อมีอาการหอบเกิดขึ้นที่บ้าน ผู้ดูแลมีวิธีการจัดการหรือการปฏิบัติกับกิจกรรมตามข้อความต่อไปนี้ โดยทำเครื่องหมาย x ให้ตรงกับช่องสี่เหลี่ยม ตามที่ผู้ดูแลได้ปฏิบัติจริง

นานๆครั้ง	หมายถึง	ใช้วิธีการจัดการกับอาการจับหืดอย่างนั้นนานๆครั้ง
บางครั้ง	หมายถึง	ใช้วิธีการจัดการกับอาการจับหืดนั้นบางครั้ง
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ใช้วิธีการจัดการกับอาการจับหืดนั้นเกือบทุกครั้ง
ทุกครั้ง	หมายถึง	ใช้วิธีการจัดการกับอาการจับหืดนั้นทุกครั้ง

วิธีการจัดการกับอาการหอบ	นานๆครั้ง	บางครั้ง	เกือบทุก	ทุกครั้ง
ด้านการประเมินอาการ				
1. ผู้ดูแลสังเกตอาการหอบจาก ความเร็วของการหายใจ การไอ				
2. ขณะที่เด็กมีอาการหอบ ผู้ดูแลจะฟังเสียงของการหายใจ				
3. ผู้ดูแลจะสังเกตอาการหอบจากการขุ่นมัวของหน้าอก				
4. ขณะที่เด็กมีอาการหอบ ผู้ดูแลจะนับการหายใจ				
5. ผู้ดูแลสังเกตความรุนแรงของอาการหอบจาก สีของริมฝีปาก				
6. ขณะที่เด็กมีอาการหอบสังเกตได้ว่าหัวใจเด็กจะเต้นเร็ว				
ด้านการปรับการหายใจ				
7. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะบอกให้เด็กหายใจเข้าลึก ๆ				
8. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะบอกให้เด็กหายใจเข้า ออกช้า ๆ				
ด้านกิจกรรมและอารมณ์				
9. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะปลอบโยนเด็ก				
10. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะดูแลให้เด็กนอนศีรษะสูง				
11. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการ.....				
12. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะกอดเด็กให้อยู่นิ่ง ๆ				
13. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะอุ้มเด็กพาเดิน				
14. ผู้ดูแลจะ ดูแลความสะดวกของเครื่องนอนให้เด็กเป็นพิเศษ				
15. ผู้ดูแลจะหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่รู้ว่าทำให้เกิดอาการหอบ				
16. ผู้ดูแลเด็กจะพาเด็ก ไปโรงพยาบาลหลังเกิดอาการหอบ				
17. เมื่อเกิดอาการหอบจะดูแลให้เด็กรับประทานยาชาชาขาดลม				

วิธีการจัดการกับอาการจับหืด	นานๆครั้ง	บางครั้ง	เกือบทุก	ทุกครั้ง
18. ผู้ดูแลให้เด็กดื่มน้ำมากขึ้น เมื่อเด็กมีเสมหะ				
19. เมื่อเด็กเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลจะพ่นยาขยายหลอดลมให้				
20. ผู้ดูแลจะให้เด็กรับประทานยาขยายหลอดลมเมื่อเด็กมีอาการ				
21. เมื่อเด็กมีอาการหอบจะต้องมีบุคคลอื่นๆคอยช่วยเหลือ				
22. ให้เด็กรับประทานยาขยายหลอดลมซ้ำหลัง 4 ชั่วโมงไม่ดีขึ้น				
23. หลังพ่นยา 15 นาที อาการไม่ดีขึ้นจะพ่นยาซ้ำ				
24. เมื่อเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลเด็กจะพาเด็กไปรักษาที่คลินิก				
25. เมื่อเกิดอาการหอบผู้ดูแลเด็กจะซื้อยาให้รับประทาน				
26. ผู้ดูแลจะป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ				
27. เมื่อเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลจะพาเด็กไปรักษาที่สถานีนามัย				
28. ผู้ดูแลจะปรับการใช้ยาเมื่ออาการหอบไม่ดีขึ้น				
29. ผู้ดูแลจะหาวิธีการดูแลเด็กตามคำแนะนำของบุคคลอื่น				
30. เมื่อเด็กเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลพยายามหาวิธีดูแลรักษาผู้ป่วย				

CTU



ภาคผนวก ง

ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence)

Christian University of Thailand

ดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence)

แบบสอบถาม ปัจจัยด้านสุขภาพและความเจ็บป่วย ได้แก่ สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ

สิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ	IOC
1. มลพิษ ก๊าซพิษ ควันไฟ เหมม่า ไอเสีย	1
2. ละอองเกสรดอกไม้ / หญ้า	1
3. การออกกำลังกาย การเล่น	1
4. ฝุ่น/ไรฝุ่น	1
5. แมลงสาบ	1
6. ควันบุหรี่	1
7. เชื้อรา	1
8. สัตว์เลี้ยงขนสัตว์ สุนัข แมว	1
9. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ เช่น เป็นหวัด	1
10. การเปลี่ยนแปลงของอากาศ	1
11. การเปลี่ยนแปลงของฤดูฝน	1
12. การเปลี่ยนแปลงของฤดูหนาว	1
13. การเปลี่ยนแปลงของฤดูร้อน	1
14. อาหาร	1

แบบสอบถาม ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย

ข้อความ	IOC
1. เด็กเป็นบุคคลสำคัญในชีวิตที่ต้องคอยห่วงใยเฝ้าดูแล	1
2. ท่านยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของเด็กได้ดี	1
3. ท่านมีเวลาพักผ่อนร่วมกับเด็กเสมอ	1
4. ท่านอดทนต่ออารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงของเด็กได้ดี	1
5. ท่านรับรู้ความต้องการของเด็กจากท่าทางของเด็ก	1
6. ท่านพาเด็กไปในสถานที่ต่าง ๆ ด้วยกันทุกครั้ง	1
7. ท่านมีการลงโทษเด็กเมื่อเด็กมีความผิด	1
8. ท่านมีของขวัญให้กับเด็กทุกครั้งในวันพิเศษของเด็ก	1
9. ท่านจัดหาสิ่งที่เด็กชอบให้กับเด็กทุกครั้งที่เด็กต้องการ	1

แบบสอบถาม คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กตามการรับรู้ของผู้ดูแล

ข้อความ	IOC
1. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการช่วยเก็บของเล่นของเขาเอง	1
2. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการเดิน	1
3. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการชกของหนัก	1
4. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการอาบน้ำ	1
5. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับไม่ค่อยมีเรี่ยวแรง	1
6. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการวิ่ง	1
7. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการเล่นเคลื่อนไหวร่างกาย	1
8. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกละอาย	1
9. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกลัว	1
10. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการนอน นอนไม่หลับ	1
11. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับรู้สึกโกรธ	1
12. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนเล่น	1
13. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการถูกเด็กคนอื่น ๆ ล้อเลียน	1
14. เด็กมีปัญหาเกี่ยวกับการเล่นกับเด็กคนอื่น ๆ	1
15. เด็กไม่สามารถการเล่นได้ทันกับเด็กคนอื่น ๆ	1
16. เด็กไม่สามารถทำสิ่งต่างๆ เท่าวัยเดียวกัน	1

แบบสอบถาม ประสิทธิภาพการอาหาร

ข้อความ	IOC
1. ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กจะหายใจเสียงดังวี๊ดเมื่อหายใจออก	1
2. ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กจะหายใจเร็ว	1
3. เด็กมักมีอาการหอบในช่วงเวลาตอนกลางคืน	1
4. ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กจะหายใจเสียงดังวี๊ดเมื่อหายใจเข้า	0.67
5. ขณะเด็กมีอาการหอบเด็กสามารถพูดคุยมีกิจกรรมเป็นปกติ	1
6. ขณะที่เด็กมีอาการหอบเด็กจะเล่นได้	1
7. เด็กมีอาการหอบเมื่อออกกำลังกาย/วิ่งเล่น	0.67
8. เด็กมีอาการหอบเมื่อรับประทานอาหารที่มีความเย็น	1

ข้อความ	IOC
9. เด็กมีอาการหอบในช่วงเวลากลางวัน	1
10. เด็กมีอาการหอบเมื่อเล่นกับสัตว์เลี้ยง	1
11. เด็กมีอาการหอบเมื่อไปเที่ยวงานตามสถานที่ต่าง ๆ	1
12. เด็กมีอาการหอบเมื่อเล่นของเล่นที่มีขน เช่น ตุ๊กตา	0.67
13. ขณะที่เด็กมีอาการหอบเด็กจะนอน	1
14. เด็กมีอาการหอบเมื่อเดินขึ้นลงบันได	1
15. เด็กมีอาการหอบเมื่อเด็กเริ่มมีกิจกรรม	1
16. เด็กมีอาการหอบขณะเดิน	1
17. เด็กมีอาการหอบเมื่อทานอาหารบางชนิด	0.67
18. เด็กมีอาการหอบขณะพูด	1

แบบสอบถาม พฤติกรรมหรือวิธีการจัดการกับอาการหอบของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่บ้าน

วิธีการจัดการกับอาการจับหืด	IOC
1. ผู้ดูแลสังเกตอาการหอบจาก ความเร็วของการหายใจ การไอ	1
2. ขณะที่เด็กมีอาการหอบ ผู้ดูแลจะฟังเสียงของการหายใจ	1
3. ผู้ดูแลจะสังเกตอาการหอบจากการยุบมุมของหน้าอก	1
4. ขณะที่เด็กมีอาการหอบ ผู้ดูแลจะนับการหายใจ	1
5. ผู้ดูแลสังเกตความรุนแรงของอาการหอบจาก สีของริมฝีปาก	1
6. ขณะที่เด็กมีอาการหอบสังเกตได้ว่าหัวใจเด็กจะเต้นเร็ว	1
7. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะบอกให้เด็กหายใจเข้าลึก ๆ	1
8. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะบอกให้เด็กหายใจเข้า ออกช้า ๆ	1
9. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะปลอบโยนเด็ก	1
10. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะดูแลให้เด็กนอนศีรษะสูง	1
11. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการ.....	1
12. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะกอดเด็กให้อยู่นิ่ง ๆ	1
13. ขณะที่เด็กมีอาการหอบผู้ดูแลจะอุ้มเด็กพาดบ่า	1
14. ผู้ดูแลจะ ดูแลความสะดวกของเครื่องนอนให้เด็กเป็นพิเศษ	1
15. ผู้ดูแลจะหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่รู้ว่าทำให้เกิดอาการหอบ	1
16. ผู้ดูแลเด็กจะพาเด็กไปโรงพยาบาลหลังเกิดอาการหอบ	1
17. เมื่อเกิดอาการหอบจะดูแลให้เด็กรับประทานยาขยายหลอดลม	1

วิธีการจัดการกับอาการจับหืด	IOC
18. ผู้ดูแลให้เด็กดื่มน้ำมากขึ้น เมื่อเด็กมีเสมหะ	1
19. เมื่อเด็กเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลจะพ่นยาขยายหลอดลมให้	0.67
20. ผู้ดูแลจะให้เด็กรับประทานยาขยายหลอดลมเมื่อเด็กมีอาการ	1
21. เมื่อเด็กมีอาการหอบจะต้องมีบุคคลอื่นๆคอยช่วยเหลือ	1
22. ให้เด็กรับประทานยาขยายหลอดลมซ้ำหลัง 4 ชั่วโมงไม่ดีขึ้น	1
23. หลังพ่นยา 15 นาที อาการไม่ดีขึ้นจะพ่นยาซ้ำ	1
24. เมื่อเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลเด็กจะพาเด็กไปรักษาที่คลินิก	1
25. เมื่อเกิดอาการหอบผู้ดูแลเด็กจะซื้อยาให้รับประทาน	1
26. ผู้ดูแลจะป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ	1
27. เมื่อเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลจะพาเด็กไปรักษาที่สถานีนอนมัย	1
28. ผู้ดูแลจะปรับการใช้ยาเมื่ออาการหอบไม่ดีขึ้น	0.67
29. ผู้ดูแลจะหาวิธีการดูแลเด็กตามคำแนะนำของบุคคลอื่น	1
30. เมื่อเด็กเกิดอาการหอบ ผู้ดูแลพยายามหาวิธีดูแลรักษาผู้ป่วย	1

Christian University of Thailand

CTU



ประวัติผู้วิจัย

Christian University of Thailand

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	นางสุวิวรรณ แสงหา
วัน เดือน ปี เกิด	16 พฤษภาคม 2516
สถานที่เกิด	จังหวัดกาญจนบุรี
ประวัติการศึกษา	วิทยาลัยพยาบาลพระพุทธบาท พ.ศ. 2535-2537: ประกาศนียบัตรพยาบาลและ ผดุงครรภ์ระดับต้น มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ.2540-2542: พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช พ.ศ.2542-2543: วิทยาศาสตร์บัณฑิต สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒอ้อมกฤษฎ์ พ.ศ.2549-2550: การพยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติการ รักษาโรคเบื้องต้น มหาวิทยาลัยคริสเตียน พ.ศ.2551-2553: พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงานปัจจุบัน	ตำแหน่ง: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานเวชปฏิบัติ ผู้ป่วยนอก – ชุมชนและอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาล อู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี