

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการเด็กโรคหืดของผู้ดูแล
ที่เข้ารับบริการคลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

Factors Associated with Asthma Management Behaviors of Caregivers
of Pediatric Asthma Patients at the Pediatric Clinic, Vachira Phuket Hospital

สุนันท์ บุญนิธิ

Sunan Bunnithi

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

บทคัดย่อ

ความเป็นมา โรคหืดในเด็กเป็นโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลกมีแนวโน้มการเกิดอุบัติการณ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การจัดการโรคหืดในเด็กต้องอาศัยพฤติกรรมการจัดการที่มีประสิทธิภาพของผู้ดูแล เพื่อควบคุมอาการและลดความเสี่ยงของการจับหืดเฉียบพลัน ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและพัฒนาการของเด็ก **วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กและโรคกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กโรคหืด จำนวน 113 ราย ที่เข้ารับบริการคลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2568 ถึง มกราคม 2569 โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการ 5 ด้าน ตามกรอบแนวคิด Family Management Measure (FaMM) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 62.83) อายุ 21–40 ปี การศึกษาระดับปริญญาตรี ภาพรวมพฤติกรรมการจัดการอยู่ในระดับดี โดยด้านความสามารถในการจัดการภาวะโรค (Condition Management Ability) มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.32$) รองลงมาคือด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ($\bar{X} = 4.15$) ด้านความยากลำบากต่อชีวิตครอบครัว (Family Life Difficulty) อยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.43$)

ข้อสรุป ผู้ดูแลมีศักยภาพในการจัดการโรคหืดของเด็กในระดับดี โดยเฉพาะด้านสมรรถนะแห่งตน ควรเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลและการสนับสนุนเชิงจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหืดในระยะยาว

คำสำคัญ: โรคหืดในเด็ก, พฤติกรรมการจัดการ, ผู้ดูแล, การจัดการครอบครัว, สมรรถนะแห่งตน

Abstract

Introduction: Asthma is a common chronic respiratory disease in children with increasing incidence worldwide. Caregiver management behaviors are crucial factors influencing the quality of life and disease control of pediatric asthma patients.

Objectives: (1) To examine the level of management behaviors among caregivers of pediatric asthma patients, and (2) to study the relationship between child- and disease-related factors and caregiver management behaviors.

Methodology: A correlational research design was employed. A sample of 113 primary caregivers of pediatric asthma patients at the Pediatric Clinic, Vachira Phuket Hospital, was collected from November 2025 to January 2026. Data were collected using a Family Management Measure (FaMM)-based questionnaire covering five dimensions and analyzed using descriptive statistics.

Results: Most caregivers were mothers (62.83%), aged 21–40 years with a bachelor's degree. Overall management behaviors were at a good level. The highest mean score was Condition Management Ability (\bar{x} = 4.32), followed by Child's Daily Life (\bar{x} = 4.15). Family Life Difficulty was at a low level (\bar{x} = 2.43).

Conclusion: Caregivers demonstrated good asthma management capability, particularly in self-efficacy. Strengthening parental mutuality and continuous psychosocial support are recommended to enhance long-term quality of life for pediatric asthma patients.

Keywords: Pediatric asthma, Management behaviors, Caregivers, Family management, Self-efficacy

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในเด็กทั่วโลกและเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและขาดเรียนบ่อยครั้งในประเทศไทย (สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืดและวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย, 2563) แม้ว่าโรคหืดจะรักษาไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยการใช้ยาอย่างถูกต้องและมีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุมโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหืด พฤติกรรมของผู้ดูแลที่เหมาะสม เช่น การให้ยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยกระตุ้น การสังเกตอาการและตอบสนองต่ออาการกำเริบของผู้ป่วยอย่างทันเวลา รวมถึงผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคหืด จะส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของการรักษา การป้องกันการกำเริบของโรค และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Global Initiative for Asthma, 2024) ในทางกลับกันหากผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมบางอย่าง เช่น การให้ยาไม่ครบตามขนาดหรือระยะเวลาที่กำหนด การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การละเลยปัจจัยกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย หรือการตอบสนองต่ออาการกำเริบที่ล่าช้า อาจนำไปสู่การควบคุมโรคได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพ อาการกำเริบอาจรุนแรงขึ้น และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทั้งตัวผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล

ความรุนแรงโรคหืดในเด็กได้ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ ซึ่งมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อเด็ก ทั้งในด้านสุขภาพร่างกาย พัฒนาการและคุณภาพชีวิต ความรุนแรงของโรคที่พบจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลซึ่งส่งผลกระทบต่อได้ตั้งแต่ปัญหาระดับเล็กน้อยไปจนถึงภาวะคุกคามชีวิตได้ โดยผลกระทบที่พบบ่อย ได้แก่ ผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจ เด็กที่เป็นโรคหืดมักมีอาการไอเรื้อรัง โดยเฉพาะตอนกลางคืนหรือขณะออกกำลังกาย หายใจมีเสียงหวีด (wheezing) หายใจลำบาก และแน่นหน้าอก อาการเหล่านี้สามารถเกิดขึ้นได้เป็นครั้งคราว (episodic) หรือเป็นต่อเนื่อง (persistent) ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรค (National Heart Lung and Blood Institute, 2024) หากเกิดการกำเริบของโรค และเกิดภาวะหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน (asthma exacerbations) อาการแย่งอย่างรวดเร็วจนรุนแรง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะพร่องออกซิเจน (hypoxia) หรือแม้แต่วะหัวใจหยุดเต้นในกรณีที่รุนแรงมาก (Global Initiative for Asthma, 2024) นอกจากนี้ยังพบอาการไอและหายใจลำบากตอนกลางคืนสามารถรบกวนการนอนหลับของเด็กได้ ส่งผลให้เกิดความอ่อนเพลีย ง่วงนอนในเวลากลางวัน และมีผลต่อประสิทธิภาพการเรียนรู้ (American Lung Association, 2023) การเจริญเติบโตทางร่างกายของเด็ก เช่น น้ำหนักน้อยหรือการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติ (Global Initiative for Asthma, 2024) ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและ พัฒนาการ เด็กที่เป็นโรคหืดอาจถูกจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรมทางกายภาพ เช่น การเล่นกีฬา หรือการวิ่ง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการทางสังคมและร่างกาย (American Lung Association, 2023) การเจ็บป่วยหรือการไปพบแพทย์บ่อยครั้งอาจส่งผลกระทบต่อผลการเรียนของเด็ก นอกจากนี้อาการที่ควบคุมได้ไม่ดีอาจทำให้เด็กขาดสมาธิในการเรียนรู้ (National Heart Lung and Blood Institute, 2024) ผลกระทบทางจิตใจและสังคม เด็กที่เป็นโรคหืดอาจรู้สึกแตกต่างจากเพื่อน ถูกมองว่าเป็นเด็กป่วยหรือถูกจำกัดการทำกิจกรรม ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวล ความเครียด หรือภาวะซึมเศร้าได้ (Global Initiative for Asthma, 2024) นอกจากนี้ ผู้ปกครองอาจได้รับผลกระทบจากความเครียดในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหืด

จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคหืดในประเทศไทยยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งส่วนหนึ่งอาจมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแล

(กรมการแพทย์, 2565) จากสถิติย้อนหลังของคลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวิจิตรเวชภัณฑ์ซึ่งเปิดให้บริการคลินิกโรคหืดและมีเด็กป่วยเข้ารับบริการเป็นจำนวนมาก โดยพบว่าสถิติผู้รับบริการคลินิกโรคหืดเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ ในปี 2565 จำนวนผู้รับบริการ 355 คน ปี 2566 จำนวนผู้รับบริการ 440 คน และในปี 2567 จำนวนผู้รับบริการ 537 คน ซึ่งมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการซึ่งเป็นเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญ

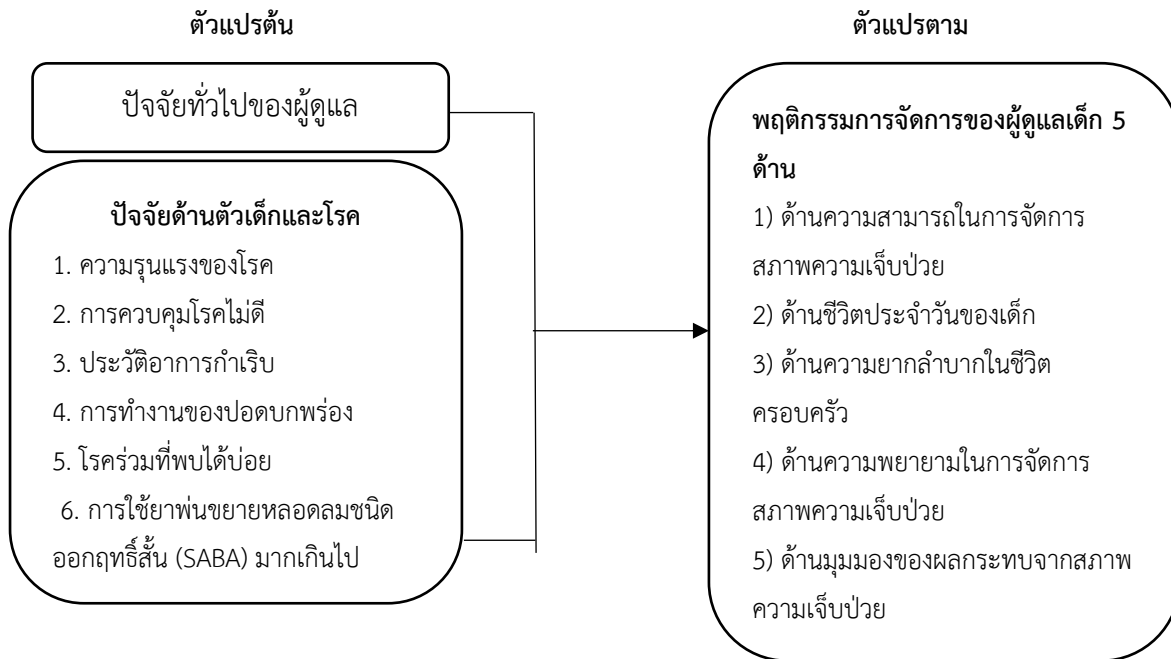
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าแม้จะมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดที่ชัดเจน แต่ยังคงขาดหลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาวิจัยที่อธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กและโรคกับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลของผู้ป่วยได้อย่างชัดเจน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาระดับพฤติกรรมในการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กและโรค เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนและพัฒนาการดูแลเด็กโรคหืดในคลินิกกุมารเวชกรรมอย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กโรคหืดกับพฤติกรรมกรรมการจัดการเด็กโรคหืดของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์แนวคิดตามประเมินและแนวทางการรักษาโรคหืดของ Global Initiative for Asthma (GINA) 2024 ซึ่งให้ความสำคัญกับการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อควบคุมโรคหืดและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ โดยเฉพาะในเด็ก ซึ่งปัจจัยด้านตัวเด็กและโรค (child-related and disease-related factors) มี ดังนี้ 1. ความรุนแรงของโรค (Disease Severity) 2. การควบคุมโรคไม่ดี (Poor Symptom Control) 3. ประวัติอาการกำเริบ (History of Exacerbations) 4. การทำงานของปอดบกพร่อง (Impaired Lung Function) 5. โรคร่วมที่พบได้บ่อย (Comorbidities) 6. การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (SABA) มากเกินไป 7. อายุของเด็ก (Child's Age) ในด้านพฤติกรรมกรรมการจัดการของผู้ดูแล ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคหืดเรื้อรังของสิริกรานต์ สุทธิสมพร (Sutthisompohn & Kusol, 2021) นำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหืดที่มารับการรักษาที่คลินิกกุมารเวชกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 444 คน

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างของสูตรของยามานะ เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรขนาดเล็กและจำกัด โดยมีการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร และกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% เมื่อกลุ่มประชากรของเด็กโรคหืด คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตเฉลี่ยย้อนหลัง 3 ปี ได้แก่ ปี 2665 จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหืด 355 คน ปี 2566 จำนวนผู้ป่วย 440 คน ปี 2567 จำนวนผู้ป่วย 537 คน จำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหืดเฉลี่ย 3 ปีเท่ากับ 444 คนต่อปีจำนวนกลุ่มตัวอย่างจะได้ผลลัพธ์ ตามสูตร ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

โดย N = ขนาดประชากรทั้งหมด (ในกรณีนี้คือ 148)

e = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (โดยทั่วไปมักใช้ 0.05 สำหรับระดับความเชื่อมั่น 95%)

การคำนวณแทนค่าประชากรเพื่อหาจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

แทนค่า N = 148 และ e = 0.05 ลงในสูตร $n = \frac{37}{1 + 148(0.05)^2}$

คำนวณค่า e^2 $0.05^2 = 0.0025$

นำค่าที่ได้ไปคูณกับ N $148 \times 0.0025 = 0.37$

นำค่าที่ได้ไปบวก 1 $1 + 0.37 = 1.37$

นำ N ไปหารด้วยค่าที่ได้ในขั้นตอนที่ 4 $n = 148 / 1.1.37 \quad n \approx 108.03$

สรุป จากผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คือประมาณ 108 คน (ปัดเศษลงเป็นจำนวนเต็ม)

เพิ่มกลุ่มตัวอย่างสำรองไว้ 7 คน รวมส่งแบบสอบถาม 115 คน ได้รับการตอบแบบสอบถาม 113 คน

(คิดเป็นร้อยละ 98.26)

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

เป็นกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจและลงนามในเอกสารยินยอม โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

1. เป็นผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหืดซึ่งอาจเป็น พ่อ แม่หรือสมาชิกในครอบครัวคนอื่นที่มารับการรักษาที่คลินิกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
2. เด็กได้รับการดูแลต้องมีโรคหืดตามเกณฑ์การวินิจฉัยของแพทย์และมีประวัติการเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดแผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลวชิระภูเก็ตอย่างน้อย 1 ครั้ง
3. เด็กป่วยโรคหืดที่ได้รับการดูแลมีอายุอยู่ในช่วงแรกเกิดถึง 15 ปี
4. ผู้ดูแลสามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้สามารถตอบแบบสอบถามหรือให้ข้อมูลในการวิจัยได้
5. ผู้ดูแลให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยผู้เข้าร่วมวิจัยต้องสมัครใจและให้ข้อมูลด้วยความยินยอม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ดูแลมีเหตุทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้
2. ผู้ดูแลไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
3. ผู้ดูแลแจ้งความจำนงขอออกจากการศึกษา
4. ผู้ดูแลที่ไม่สามารถอ่านหรือเขียนภาษาไทยได้ เนื่องจากอาจไม่สามารถตอบแบบสอบถามด้วยตนเองได้
5. เด็กป่วยที่ได้รับการดูแลนอกจากจะเป็นโรคหืดแล้วยังมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ร้ายแรง (เช่น โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด, โรคไตวายเรื้อรัง) ที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมและการดูแลโดยตรง
6. ผู้ดูแลที่เคยเข้าร่วมโครงการวิจัยลักษณะเดียวกันในช่วงเวลาที่กำหนด เช่น 6 เดือนที่ผ่านมา เพื่อป้องกันอิทธิพลจากความรู้ที่ได้จากงานวิจัยครั้งก่อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัยได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับเด็ก ประสบการณ์ดูแลเด็กโรคหืด ประสบการณ์ผ่านการอบรมการดูแลเด็กโรคหืด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยและโรค จำนวน 7 ข้อ เป็นแบบสอบถามข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวเด็กและโรค ได้แก่ ความรุนแรงของโรค (Disease Severity) การควบคุมโรคไม่ดี (Poor Symptom Control) ประวัติอาการกำเริบ (History of Exacerbations) การทำงานของปอดบกพร่อง (Impaired Lung Function) โรค

ร่วมที่พบได้บ่อย (Comorbidities) การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (SABA) มากเกินไป อายุของเด็ก (Child's Age)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแล จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบสอบถามวัดระดับพฤติกรรมทั้ง 5 ด้าน โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังของสิริกรานต์ สุทธิสมพร (Sutthisompohn & Kusol, 2021) ได้แก่ 1) ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย 2) ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก 3) ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว 4) ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย 5) ด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดตามแนวทางการประเมินโรคหืด Global Initiative for Asthma (GINA) 2024 ดังนี้ 1. ความรุนแรงของโรค (Disease Severity) 2. การควบคุมโรคไม่ดี (Poor Symptom Control) 3. ประวัติอาการกำเริบ (History of Exacerbations) 4. การทำงานของปอดบกพร่อง (Impaired Lung Function) 5. โรคร่วมที่พบได้บ่อย (Comorbidities) 6. การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (SABA) มากเกินไป 7. อายุของเด็ก (Child's Age) ในส่วนเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามด้านพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแล ได้ดำเนินการขอยืมเครื่องมือวิจัยจากการศึกษาวิจัยของ สิริกรานต์ สุทธิสมพร จากผลงานวิจัยเรื่อง “Association Between Caregivers’ Family Management and Quality of Life in Children with Chronic Disease in Southern Thailand” ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจนำเครื่องมือจากการศึกษาวิจัยในหัวข้อดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการเก็บข้อมูลเพื่อให้เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นได้นำเครื่องมือวิจัยและนำไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ในส่วนที่ 2 ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.96 แบบสอบถามมีข้อคำถาม 7 ข้อ ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ 0.74 ในส่วนที่ 3 แบบสอบถามมีข้อคำถาม 30 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดกระบวนการวิจัย ดังนี้

1. เสนอโครงร่างวิจัยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการทำวิจัย
2. ผู้วิจัยชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษรให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ประโยชน์และวิธีการดำเนินการการวิจัย เปิดโอกาสให้ผู้ตอบสอบถามมีอิสระในการเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ มีสิทธิที่จะตอบแบบสอบถามหรือปฏิเสธ โดยข้อมูลในการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด นำเสนอเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะเจาะจง ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1. ทำหนังสือติดต่อเพื่อขอรับการพิจารณาทางด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ethics committee) ของโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
2. ภายหลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ และได้รับการอนุมัติให้ทำการศึกษาวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจึงเข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าคลินิกกุมารเวชกรรมหรือผู้เกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยขอรายละเอียดเกี่ยวกับจำนวนผู้รับบริการ ผู้วิจัยสุ่มผู้รับบริการในคลินิกกุมารเวชกรรมเข้ากลุ่มตัวอย่างตามที่คำนวณไว้และแจ้งผู้ประสานงานทราบ โดยผู้ประสานงานแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบล่วงหน้าเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามก่อนส่งเอกสารให้กลุ่มตัวอย่างทราบเพื่อขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม
3. ภายหลังจากได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้าคลินิกกุมารเวชกรรมเพื่อชี้แจงการทำวิจัย วัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในผู้รับบริการที่คลินิกกุมารเวชกรรม โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การตรวจสอบจำนวนของแบบสอบถาม การดำเนินการในการตอบแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามพร้อมใบแสดงข้อความพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างถึงหัวหน้าคลินิกกุมารเวชกรรม โดยผ่านฝ่ายการพยาบาลและแจกแบบสอบถามให้ผู้รับบริการที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง
5. ให้เวลากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยกำหนดการตอบแบบสอบถาม 1 ชั่วโมงและส่งแบบสอบถามคืนที่หัวหน้าคลินิกกุมารเวชกรรม ซึ่งจะตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถามและรวบรวมแบบสอบถามส่งกลับคืนผู้วิจัย
6. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้อง ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ส่งแบบสอบถามไปทั้งหมด 115 ชุด และได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 113 ชุด คิดเป็นร้อยละ 98.26

การวิเคราะห์ข้อมูล

เมื่อเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับความเห็นและระดับพฤติกรรมกรรมการจัดการผู้ป่วยเด็กโรคหืด โดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ให้คะแนนเป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) คะแนน 1-5 โดยคะแนนจะถูกคำนวณเป็นคะแนนเฉลี่ย (Mean Score) ของแต่ละมิติ (Dimension) โดยทั่วไป คะแนนที่สูงขึ้นในมิติแปลความหมายว่า การจัดการครอบครัวมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น ยกเว้นในมิติที่วัดปัญหาและความยากลำบาก

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1: ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลเด็กโรคหัดจำนวน 113 ราย ส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 62.83) เพศหญิง (ร้อยละ 78.88) อายุ 21–40 ปี (ร้อยละ 54.87) การศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 43.36) ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 24.78) รายได้ครอบครัวมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 31.86) มีสมาชิกครอบครัว 4–5 คน (ร้อยละ 50.44) ประสบการณ์การดูแลมากกว่า 4 ปี (ร้อยละ 55.75) เด็กมีประวัติเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจากหอบกำเริบในรอบปีที่ผ่านมา (ร้อยละ 54.87) และเคยผ่านการอบรมการดูแลเด็กโรคหัดจากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 58.41) รายละเอียดผลการวิเคราะห์แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลเด็กโรคหัด (n=113)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	22.12
หญิง	88	78.88
ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กโรคหัด		
มารดา	71	62.83
บิดา	21	18.58
ปู่/ย่า/ตา/ยาย	12	10.62
อื่นๆ	9	7.96
อายุ		
18–20 ปี	4	3.54
21–40 ปี	62	54.87
41–60 ปี	40	35.40
มากกว่า 60 ปี	7	6.19
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	18	15.93
มัธยมศึกษาตอนต้น	15	13.27
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14	12.39
อนุปริญญา/ปวส.	15	13.27
ปริญญาตรี	49	43.36
สูงกว่าปริญญาตรี	2	1.77
อาชีพ		
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	12	10.62
พนักงานบริษัทเอกชน	24	21.24
ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	28	24.78

เกษตรกร	1	0.88
รับจ้างทั่วไป	24	21.24
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	15	13.27
อื่นๆ	9	7.96
รายได้รวมของครอบครัวต่อเดือน		
น้อยกว่า 10,000	9	7.96
10,001 - 20,000	35	30.97
20,001 - 30,000	33	29.20
30,001 - 40,000 มากกว่า 40,000	36	31.86
จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ร่วมกัน		
2-3 คน	38	33.63
4-5 คน	57	50.44
6 คนขึ้นไป	18	15.93
ระยะเวลาที่ดูแลเด็กที่เป็นโรคหืด		
น้อยกว่า 1 ปี 1 - 3 ปี	50	44.25
4 - 6 ปี มากกว่า 6 ปี	63	55.75
เด็กมีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากอาการหอบกำเริบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
ใช่	62	54.87
ไม่	51	45.13
ผู้ดูแลเคยเข้ารับการอบรมหรือได้รับคำแนะนำ เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหืดจากบุคลากรทาง การแพทย์		
ใช่	66	58.41
ไม่	47	41.59

ส่วนที่ 2: ปัจจัยด้านตัวเด็กและโรค

ข้อมูลทั่วไปของด้านตัวเด็กและโรคของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 113 คน พบว่า เด็กส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 4-6 ปี จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 32.74 รองลงมา คือ อายุ 7-9 ปี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 28.33 อายุ 10-16 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 23.89 และอายุ 1-3 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 15.04 ตามลำดับ ด้านระดับความรุนแรงของโรค พบว่า เด็กส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง จำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 49.56 รองลงมา คือ ระดับเล็กน้อย จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 25.66 ไม่ทราบข้อมูลระดับความรุนแรงของโรค จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 15.04 และระดับรุนแรง จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 9.74 ด้านการควบคุมโรค พบว่า เด็กส่วนใหญ่ไม่มีอาการ จำนวน 72 คน คิดเป็นร้อยละ 63.72 รองลงมา คือ มีอาการไอหรือหายใจ

มีเสียงหวีดในเวลากลางวัน จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 16.81 ต้องใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (SABA) จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 14.16 และมีอาการตื่นนอนตอนกลางคืนเนื่องจากโรคหืด จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 5.31 สำหรับประวัติอาการกำเริบในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติอาการกำเริบ จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ 59.29 และมีประวัติอาการกำเริบ จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 40.71 ด้านการตรวจสมรรถภาพปอด พบว่า เด็กส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด จำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 78.76 และได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 21.24 ด้านโรคร่วม พบว่า เด็กส่วนใหญ่ไม่มีโรคร่วม จำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 83.19 และมีโรคร่วม จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 16.81 ส่วนการใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (SABA) มากเกินไป พบว่า เด็กส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้เลย จำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 62.83 รองลงมา คือ ใช้ทุกวันหรือเกือบทุกวัน จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 17.71 ใช้ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ และน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ จำนวนเท่ากัน คือ 11 คน คิดเป็นร้อยละ 9.73 ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยด้านตัวเด็กและโรค (n=113)

ข้อมูลทั่วไปของด้านตัวเด็กและโรค	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
1-3 ปี	17	15.04
4-6 ปี	37	32.74
7-9 ปี	32	28.33
10-16 ปี	27	23.89
ระดับความรุนแรงของโรค		
เล็กน้อย	29	25.66
ปานกลาง	56	49.56
รุนแรง	11	9.74
ไม่ทราบข้อมูลระดับความรุนแรงของโรค	17	15.04
การควบคุมโรค		
ไม่มีอาการ	72	63.72
อาการไอหรือหายใจมีเสียงหวีดในเวลากลางวัน	19	16.81
อาการตื่นนอนตอนกลางคืนเนื่องจากโรคหืด	6	5.31
ต้องใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (SABA)	16	14.16
ประวัติอาการกำเริบ (History of Exacerbations)		
ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา		
มี	46	40.71
ไม่มี	67	59.29
เด็กได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด		
มี	24	21.24
ไม่มี	89	78.76

เด็กมีโรคที่พบร่วม (Comorbidities)		
มี	19	16.81
ไม่มี	94	83.19
การใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (SABA)		
มากเกินไป		
ทุกวัน เกือบทุกวัน	20	17.71
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	11	9.73
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	11	9.73
ไม่ได้ใช้เลย	71	62.83

ส่วนที่ 3: พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแล

ระดับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดทั้ง 5 ด้าน พบว่า โดยภาพรวมผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความสามารถในการจัดการภาวะโรค (Condition Management Ability) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด สะท้อนถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้ ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นในการดูแลเด็กโรคหืดอย่างเหมาะสม รองลงมาคือด้านการดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก (Child's Daily Life) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลสามารถสนับสนุนให้เด็กมีคุณภาพชีวิตใกล้เคียงปกติ และลดผลกระทบของโรคต่อกิจกรรมตามวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้านความพยายามในการจัดการภาวะโรค (Condition Management Effort) อยู่ในระดับสูง สะท้อนถึงความตระหนักและความมุ่งมั่นของผู้ดูแลในการวางแผนและปฏิบัติตามแนวทางการรักษา แม้อาจมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรหรือบริบทชีวิตประจำวันบ้างก็ตาม ขณะที่ด้านความยากลำบากต่อชีวิตครอบครัว (Family Life Difficulty) มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ บ่งชี้ว่าผลกระทบของการดูแลเด็กโรคหืดต่อระบบครอบครัวโดยรวมไม่รุนแรง และครอบครัวสามารถปรับตัวได้ค่อนข้างดี ส่วนด้านความร่วมมือระหว่างบิดามารดา (Parental Mutuality) อยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนถึงทั้งมิติของการสนับสนุนซึ่งกันและกันและความวิตกกังวลบางประการที่ยังคงมีอยู่ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและระดับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดรายด้าน (n=113)

ด้านการประเมิน	จำนวนข้อ	ค่าเฉลี่ยรวม (\bar{X})	ค่า SD	ระดับ
1. Child's Daily Life	4	4.15	1.11	สูง
2. Condition Management Ability	7	4.32	1.07	สูงที่สุด
3. Condition Management Effort	6	3.86	1.17	สูง
4. Family Life Difficulty	9	2.43	1.49	ต่ำ*
5. Parental Mutuality	4	3.36	1.41	ปานกลาง

หมายเหตุ: * มิตินี้จะคะแนนต่ำ หมายถึง ความยากลำบากมาก

อภิปรายผล

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ผลการศึกษาพบว่า โดยภาพรวมผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการเด็กโรคหืดอยู่ในระดับสูง สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพในการดูแลและปรับตัวต่อภาวะโรคเรื้อรังของเด็กได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะด้านความสามารถในการจัดการภาวะโรค (Condition Management Ability) และความพยายามในการจัดการภาวะโรค (Condition Management Effort) ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ขณะที่ด้านความยากลำบากของครอบครัว (Family Life Difficulty) อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง แสดงให้เห็นว่าครอบครัวส่วนใหญ่สามารถดำรงบทบาทหน้าที่ได้โดยไม่ได้รับผลกระทบรุนแรงจากภาวะโรคของเด็ก ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอธิบายได้ผ่านกรอบแนวคิด Family Management Style Framework (FMSF) ของ Knafel และ Deatrick (2003) ซึ่งเสนอว่าการจัดการภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของครอบครัวขึ้นอยู่กับความรู้สถานการณ์ การแสดงพฤติกรรมการจัดการ และการรับรู้ผลกระทบต่อครอบครัว การที่ผู้ดูแลในงานวิจัยนี้รายงานว่าผลกระทบต่อชีวิตครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนการนิยามสถานการณ์ในเชิงบวก ซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาพฤติกรรมการจัดการที่มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับเด็กโรคหืดกับพฤติกรรมการจัดการโรคหืดของผู้ดูแล

ผลการศึกษานี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหืดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมีความสัมพันธ์เป็นมารดา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Fiese et al. (2008) ที่พบว่ามารดามีบทบาทสำคัญในการจัดการโรคเรื้อรังในเด็ก และมีอิทธิพลต่อความสม่ำเสมอในการใช้ยาและการควบคุมอาการ นอกจากนี้ งานวิจัยของ Kaugars et al. (2004) ยังระบุว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นมารดามักมีส่วนร่วมในการตัดสินใจด้านสุขภาพมากกว่าสมาชิกครอบครัวคนอื่น ในประเทศไทย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ (สมศักดิ์ อินทมาตและคณะ, 2566) ซึ่งพบว่ามารดาเป็นผู้ดูแลหลักของเด็กโรคหืดมากกว่าร้อยละ 80 และระดับการศึกษาของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่เสนอว่าระดับการศึกษา มีอิทธิพลต่อความสามารถในการทำความเข้าใจและประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ (Nutbeam, 2000) ในด้านประสบการณ์การดูแล ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 4 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ McQuaid et al. (2003) ที่พบว่าประสบการณ์ในการดูแลสัมพันธ์กับความมั่นใจในการจัดการอาการกำเริบ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ดูแลจะมีประสบการณ์ยาวนาน แต่ยังไม่พบอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากอาการกำเริบ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ Global Initiative for Asthma (2023) ที่ระบุว่า การขาดแผนปฏิบัติการโรคหืดรายบุคคล (asthma action plan) และการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบซ้ำ

ผลการศึกษายังพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับการอบรมหรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มีแนวโน้มจัดการโรคได้ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Guevara et al. (2003) ที่รายงานว่าโปรแกรมการให้ความรู้แบบมีโครงสร้างสามารถลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉินได้อย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกับการศึกษาของ (พรทิพย์ ศรีสุข, 2561) ที่พบว่าโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ดูแลช่วยเพิ่มคะแนนพฤติกรรมการจัดการโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับปัจจัยด้านตัวเด็ก แม้ส่วนใหญ่จะรายงานว่าไม่มีอาการในปัจจุบัน แต่ยังคงพบการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น (SABA) บ่อยครั้งในบางราย ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของ Global Initiative for Asthma (2023) ที่ระบุว่าการใช้ SABA บ่อยครั้งสะท้อนการควบคุมโรคที่ไม่เหมาะสม และอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการ

กำเริบรุนแรง ทั้งนี้ การที่เด็กส่วนใหญ่ไม่ได้รับการตรวจสมรรถภาพปอด สอดคล้องกับการศึกษาของ (จุฑามาศ พรหมทอง, 2564) ที่พบว่า การประเมินสมรรถภาพปอดในสถานบริการระดับปฐมภูมิยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากร

โดยสรุป ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศที่ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของบทบาทผู้ดูแล ระดับการศึกษา การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสุขภาพ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ต่อพฤติกรรมการจัดการโรคหืดในเด็ก ทั้งนี้ การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนผู้ดูแลอย่างเป็นระบบอาจเป็นแนวทางสำคัญในการลดอัตราการกำเริบและยกระดับคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหืดในระยะยาว

สรุป

จากการศึกษาพบว่าหน้าที่การดูแลหลักเด็กโรคหืด คือ กลุ่มมารดาวัยทำงานที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีประสบการณ์ดูแลลูกมาอย่างยาวนาน ซึ่งส่งผลโดยตรงให้ภาพรวมของพฤติกรรมการจัดการโรคอยู่ในเกณฑ์ดี โดยเฉพาะในด้านความเชื่อมั่นต่อความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ที่อยู่ในระดับดีเยี่ยม อย่างไรก็ตามยังมีประเด็นสำคัญที่น่ากังวล คือ เด็กส่วนใหญ่ยังไม่ถึงการตรวจสมรรถภาพปอด (Spirometry) เพื่อประเมินสภาวะโรคที่ชัดเจน และความร่วมมือระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวยังไม่เข้มแข็งเท่าที่ควร ซึ่งสะท้อนว่าภาวะการดูแลอาจตกหนักอยู่ที่ตัวมารดาเพียงลำพัง แม้สถานการณ์ความยากลำบากในครอบครัวจะยังอยู่ในระดับที่จัดการได้ก็ตาม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แนวทางการนำผลวิจัยไปใช้ควรเน้นการสนับสนุนให้ครอบครัวเข้าถึงการตรวจสมรรถภาพปอดเพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดที่เป็นรูปธรรมในการดูแล และควรมีการออกแบบกิจกรรมที่ส่งเสริมความสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของสมาชิกคนอื่นในบ้าน (Parental Mutuality) เพื่อลดภาระของผู้ดูแลหลัก บุคลากรทางการแพทย์ควรใช้ศักยภาพของผู้ดูแลที่มีความสามารถสูงเหล่านี้มาเป็นต้นแบบในการถ่ายทอดความรู้แก่ครอบครัวรายใหม่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สำหรับการทำวิจัยในอนาคตควรขยายผลไปสู่การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อเจาะลึกถึงปัจจัยที่ขัดขวางความร่วมมือระหว่างผู้ดูแล และควรมีการวิจัยเชิงทดลองเพื่อเปรียบเทียบดูว่า การที่ผู้ดูแลได้รับทราบผลตรวจสมรรถภาพปอดของเด็กเป็นประจำ จะส่งผลต่อความสม่ำเสมอและประสิทธิภาพในการจัดการโรคได้ดีกว่า นอกจากนี้ การศึกษาในอนาคตควรครอบคลุมถึงผลกระทบเชิงเศรษฐกิจที่อาจเปลี่ยนแปลงไปเมื่อเด็กเติบโตเข้าสู่ช่วงวัยรุ่น เพื่อหาแนวทางป้องกันปัญหาในระยะยาวอย่างครบวงจร

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2565). *แนวทางการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคหืดในเด็ก*. กระทรวงสาธารณสุข.
- จุฑามาศ พรหมทอง. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมโรคหืดในเด็กระดับปฐมภูมิ. *วารสารการพยาบาลเด็ก*, 20(2), 45–58.
- พรทิพย์ ศรีสุข. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืด. *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 12(1), 33–47.
- สมศักดิ์ อินทมาต, ดาวประกาย หน้างาม, วริศรา รักษาภักดี, และสุจิตรา พงศ์วงประเสริฐ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเด็กของผู้ดูแล. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(3), 53–59.
- สมาคมโรคภูมิแพ้ โรคหืด และวิทยาภูมิคุ้มกันแห่งประเทศไทย. (2563). *แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทย*.
- สิริกรานต์ สุทธิสมพร, สุธิศา ล่ามช่าง, และอุษณีย์ จินตะเวช. (2563). ปัจจัยทำนายนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด. *พยาบาลสาร*, 47(4), 27–38.
- American Lung Association. (2023). *Asthma in children*. <https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/asthma/living-with-asthma/children-and-asthma>
- Fiese, B. H., Wamboldt, F. S., & Anbar, R. D. (2008). Family asthma management routines: Connections to medical adherence and quality of life. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(9), 951–963.
- Global Initiative for Asthma. (2023). *Global strategy for asthma management and prevention*. <https://ginasthma.org/2023-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
- Global Initiative for Asthma. (2024). *Global strategy for asthma management and prevention (2024 update)*. <https://ginasthma.org/2024-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
- Guevara, J. P., Wolf, F. M., Grum, C. M., & Clark, N. M. (2003). Effects of educational interventions for self-management of asthma in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 326(7402), 1308–1309.
- Kaugars, A. S., Klinnert, M. D., & Bender, B. G. (2004). Family influences on pediatric asthma. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(7), 475–491.
- Knafel, K. A., & Deatrick, J. A. (2003). Further refinement of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*, 9(3), 232–256.
- McQuaid, E. L., Kopel, S. J., & Nassau, J. H. (2003). Behavioral adjustment in children with asthma: A meta-analysis. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 24(6), 439–448.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (2024). *Asthma*. <https://www.nhlbi.nih.gov/health/asthma>

- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies. *Health Promotion International, 15*(3), 259–267.
- Sutthisompohn, S., & Kusol, K. (2021). Association between caregivers' family management and quality of life in children with chronic disease in southern Thailand. *Patient Preference and Adherence, 15*, 2165–2174.