

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว ในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง*

Factors Related to Family Management among Caregivers of Children with Bronchopulmonary Dysplasia*

กาญจนาภา ศุภบุรณ์, พย.ม. (การพยาบาลเด็ก)¹

Ganjanapa Supaboon, M.N.S. (Pediatric Nursing)¹

อุษณีย์ จินตะเวช, Ph.D. (Nursing)²

เนตรทอง นามพรหม, Ph.D. (Nursing)³

Usanee Jintrawet, Ph.D. (Nursing)²

Netthong Namprom, Ph.D. (Nursing)³

Received: July 3, 2023

Revised: October 7, 2023

Accepted: October 13, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังที่ได้รับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ รวมจำนวน 85 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .81 และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในช่วง .81-.85 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สหสัมพันธ์อันดับ และสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

¹ Master, Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: arm_sb@outlook.co.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 136.36, SD = 10.01$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัว ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .353, p < .05$; $\eta = .423, p < .01$ และ $\eta = .350, p < .05$ ตามลำดับ) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .374, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .370, p < .001$; $r = .333, p < .001$ และ $r = .321, p < .001$ ตามลำดับ)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ดูแลมีการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดการครอบครัว ผู้ดูแล เด็กโรคปอดเรื้อรัง การสนับสนุนทางสังคม

Abstract

This descriptive correlational research aimed to examine the relationship among education level, income, social support, and family management among caregivers of children with bronchopulmonary dysplasia (BPD). The samples consisted of 85 caregivers of children with BPD receiving follow-up service at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiangrai Prachanukroh Hospital, Lampang Hospital, and Uttaradit Hospital. The research instruments were composed of a questionnaire of personal information, a questionnaire of social support with a reliability of .81, and a questionnaire of family management with the reliabilities in the range of .81–.85. Data were collected from October 2020 to February 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Eta correlation, and Pearson's product moment correlation.

The research results revealed that caregivers of children with BPD had the total mean score of family management at a moderate level ($M = 136.36, SD = 10.01$). Education level was positively statistically significantly related to family management in three dimensions: condition management ability, family life difficulty, and view of condition impact among caregivers of children with BPD ($\eta = .353, p < .05$; $\eta = .423, p < .01$; and $\eta = .350, p < .05$, respectively). Income was positively statistically significantly related to

family management in the dimension of condition management ability among caregivers of children with BPD ($\eta = .374, p < .05$). Social support was positively statistically significantly related to family management in three dimensions; condition management effort, family life difficulty, and view of condition impact among caregivers of children with BPD ($r = .370, p < .001$; $r = .333, p < .001$; and $r = .321, p < .001$, respectively).

This research suggests that nursing personnel should promote social support to caregivers of children with BPD in order to enhance the family management for appropriate care of children with BPD.

Keywords: Family management, Caregivers, Children with bronchopulmonary dysplasia, Social support

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิด เป็นโรคที่พบในทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 28 สัปดาห์ (Davidson & Berkelhamer, 2017) หรืออายุครรภ์ 22–28 สัปดาห์ มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 1,500 กรัม (Stoll et al., 2015) ที่มีความต้องการใช้ออกซิเจนจนถึงอายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ร่วมกับมีความผิดปกติของภาพถ่ายรังสีปอด (Gleason & Juul, 2018; Higgins et al., 2018) อุบัติการณ์การเกิดโรคปอดเรื้อรังในระยะ 20 ปีที่ผ่านมา พบมากกว่าร้อยละ 40 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม หรืออายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 32 สัปดาห์ แต่ละปีในประเทศสหรัฐอเมริกาพบ 10,000–15,000 ราย (American Lung Association, 2020; Collaco et al., 2021; Rutkowska, Hozejowski, Helwich, Borszewska-Kornacka, & Gadzinowski, 2017) ส่วนในประเทศไทยมีอุบัติการณ์การเกิดประมาณร้อยละ 56 (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

โรคปอดเรื้อรังในทารกเกิดจากความผิดปกติของการสร้างเส้นเลือดใหม่ที่ปอดร่วมกับการขาดสารลดแรงตึงผิวที่ปอด มีความเสี่ยงสูงในทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มที่มีภาวะหายใจลำบาก เนื่องจากมีปัจจัย

ที่ทำให้หยุดการเจริญหรือพัฒนาของถุงลมปอดทั้งก่อนและภายหลังทารกเกิด (Brenner Dik, Niño Gualdrón, Galletti, Cribioli, & Mariani, 2017) การเกิดก่อนกำหนดเป็นปัจจัยหลักในการเกิดโรคปอดเรื้อรัง (Khetan, Hurley, Spencer, & Bhatt, 2016) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการติดเชื้อ การได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจเป็นเวลานาน และพิษจากการได้รับออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูง ทำให้ปอดเกิดการอักเสบและยับยั้งการเจริญเติบโตของปอด ส่งผลให้ปอดถูกทำลายและเกิดพังผืดในปอด (Sahni & Mowes, 2023; Shahzad, Radajewski, Chao, Bellusci, & Ehrhardt, 2016) โดยใช้เวลาการเกิดของทารกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือมากกว่า 32 สัปดาห์ เป็นเกณฑ์ในการประเมินความรุนแรง โดยแบ่งความรุนแรงออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง (Davidson & Berkelhamer, 2017)

ทารกที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดเรื้อรังที่มีความรุนแรงทุกระดับ จำเป็นต้องรับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิดประมาณ 120 วัน (Abman et al., 2017) จากการศึกษาพบว่า ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ทารกได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและเครื่องช่วยหายใจถึงร้อยละ 65 ทำให้ปอดได้รับบาดเจ็บจากการใส่เครื่องช่วยหายใจและได้รับออกซิเจนตั้งแต่

แรกเกิดมากที่สุด ส่งผลให้เกิดโรคปอดเรื้อรังและโรคระบบหายใจอื่นๆ ตามมา (Stoll et al., 2015) เช่น เสี่ยงต่อการอุดตันของทางเดินหายใจ ติดเชื้อในระบบหายใจเพิ่มขึ้น (Davidson & Berkelhamer, 2017) และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น พัฒนาการของระบบประสาทล่าช้า (พิกุล ขำศรีนุศ, 2562) การดูแลทารกโรคปอดเรื้อรังขณะอยู่ที่บ้านมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและทำให้เด็กมีสุขภาพดี (วิมา จีระแพทย์, 2562) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 3 ปีแรกของชีวิต (Groothuis & Makari, 2012) อย่างไรก็ตาม พบว่าทารกมีการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ร้อยละ 47.50 (You, Shu, Gong, Liu, & Fu, 2017) หากมีการดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้การฟื้นหายจากโรคปอดเรื้อรังเป็นไปได้ยาก ทั้งนี้ การดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังขณะอยู่ที่บ้านประกอบด้วย 7 เรื่อง ได้แก่ 1) การเจริญเติบโตและโภชนาการ 2) การจัดการระบบทางเดินอาหาร 3) การให้ภูมิคุ้มกันตามอายุ และการป้องกันการติดเชื้อระบบหายใจจากเชื้อไวรัส 4) การให้ยาตามแนวการรักษา 5) การให้ออกซิเจน 6) พัฒนาการ และ 7) การมาตรวจตามแพทย์นัด (รัตติกาล มณีนุตร์ และสิริรักษ์ ศรีมาลา, 2560; Groothuis & Makari, 2012) โดยผู้ดูแลต้องเพิ่มจากการดูแลเด็กในภาวะปกติ ซึ่งอาจเป็นเรื่องที่ซับซ้อนสำหรับผู้ดูแลที่ต้องใช้เวลาในการดูแลต่อเนื่อง อาจส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของครอบครัว จึงต้องมีการจัดการครอบครัวที่เหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับให้การดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาของ Grey, Knafl, and McCorkle (2006) และ Grey, Schulman-Green, Knafl, and Reynolds (2015) ระบุว่า การจัดการครอบครัวที่ดีเป็นข้อบ่งชี้ให้ครอบครัวทราบแนวทางในการจัดการดูแลเด็กป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแล คือ ลดภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรค และเด็กมีภาวะสุขภาพที่ดี การจัดการครอบครัว

ตามแนวคิดของ Knafl, Deatrick, and Havill (2012) หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังในชีวิตประจำวันของครอบครัวว่ามีความยากหรือง่าย ซึ่งการจัดการครอบครัวเด็กโรคปอดเรื้อรังมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ชีวิตประจำวันของเด็ก 2) ความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย 3) ความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย 4) ความยากลำบากในชีวิตครอบครัว 5) มุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย และ 6) การอยู่ร่วมกันของผู้ปกครอง ซึ่งกรอบแนวคิดของ Grey et al. (2006) และ Bousso et al. (2017) ได้ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัวและเด็ก ปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคมของครอบครัว ปัจจัยด้านระบบการดูแลสุขภาพและการได้รับความรู้จากบุคลากรและปัจจัยด้านแหล่งสนับสนุน จากการศึกษาพบว่า ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว (สุภาพร วัฒนา, 2561) ระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัว ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย โดยมารดาที่มีการศึกษาระดับสูงจะมีความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยได้มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับต่ำ (Zhang, Wei, Shen, & Zhang, 2015) รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของครอบครัวต่อความเจ็บป่วยของบุตรที่เป็นโรคเรื้อรัง (Hullmann et al., 2010) และผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มีการรับรู้ที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและรายได้ต่ำกว่า (ลักษมี สารบรรณ, ศรีวิภา ชรณสุนทร, ถนอม ชูงาน, และสุพิศ ร่องไวรุศ, 2555) ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง (Yang & Liu, 2015) แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้

สำหรับการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แนวคิด การสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) เนื่องจาก มีการแบ่งการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งการสนับสนุน เป็นรายด้านที่ชัดเจน มีความเหมาะสม ครอบคลุม การจัดการครอบครัว และมีการใช้แนวคิดนี้ในการศึกษา ที่ผ่านมา (สุภาพร วัฒนา, 2561) โดยแนวคิดนี้ ประกอบด้วย 1) แหล่งสนับสนุน 2 ประเภท คือ กลุ่ม ที่มีความสัมพันธ์กันตามหน้าที่หรือกฎเกณฑ์ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กัน อย่างใกล้ชิด ได้แก่ ครอบครัว เพื่อนบ้าน ผู้ดูแลเด็ก โรคปอดเรื้อรังอื่น และ 2) สิ่งที่ได้รับการสนับสนุน มี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบ และประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษา การจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการ แต่กำเนิด โรคออสติติก รวมทั้งโรคปอดเรื้อรัง แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก โรคปอดเรื้อรังโดยตรง ทั้งนี้ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระดับการศึกษา รายได้ของผู้ดูแล และการสนับสนุน ทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการดูแลเด็ก ซึ่งอาจ อธิบายการจัดการครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องใน ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังไม่ได้ทั้งหมด การวิจัยครั้งนี้จึง ศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง อายุแรกเกิดถึง 3 ปี ซึ่งเด็กยังไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้และการสื่อสารยังไม่มีประสิทธิภาพ หากเด็ก ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนและต้องกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลได้ โดยศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่ง ผลการวิจัยครั้งนี้อาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผน ส่งเสริมการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง เพื่อให้เด็กโรคปอดเรื้อรังได้รับการดูแลที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็ก

โรคปอดเรื้อรัง

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการ ครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง

สมมติฐานการวิจัย

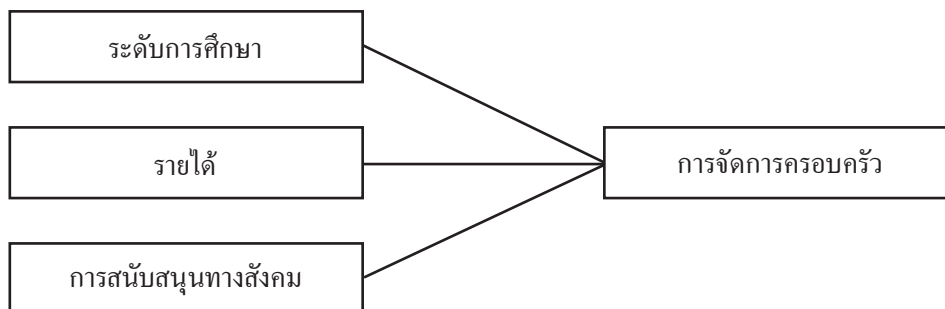
ระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทาง สังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัว ในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการจัดการ ครอบครัว ของ Knafli et al. (2012) ร่วมกับการทบทวน วรรณกรรม โดยการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็ก โรคปอดเรื้อรัง หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคปอด เรื้อรังในการดูแลเด็กในชีวิตประจำวันของครอบครัว ว่ามีความยากหรือง่าย โดยพิจารณาจากองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ 1) การรับรู้ชีวิตประจำวันของเด็ก หมายถึง การรับรู้การดำเนินชีวิตประจำวันของเด็ก โรคปอดเรื้อรัง 2) ความสามารถในการจัดการสภาวะ ความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ความสามารถที่จะจัดการ อาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นในเด็กโรคปอด เรื้อรัง ทั้งในปัจจุบันและในอนาคต 3) ความพยายาม ในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ ความพยายามในการจัดการความเจ็บป่วยของเด็ก โรคปอดเรื้อรัง 4) ความยากลำบากในชีวิตครอบครัว หมายถึง การรับรู้ต่อโรคปอดเรื้อรังว่าทำให้สมาชิก ครอบครัวเกิดความยากต่อการใช้ชีวิต และ 5) มุมมอง ผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย หมายถึง การรับรู้ อาการของโรคปอดเรื้อรังที่มีผลกระทบต่อเด็กและ ครอบครัว โดยกรอบแนวคิดนี้ระบุปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล คือ ระดับการศึกษา และรายได้ และ 2) การสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิด ของ House (1981) ซึ่งหมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแล ที่ได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านการเปรียบเทียบ

และประเมินค่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคม อาจส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังมีการจัดการ

ครอบครัวที่ดี สรุปรูปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดัง แผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังที่ได้รับการตรวจตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป กรณีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต้องมีระดับสติปัญญาในเกณฑ์ปกติ ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินการรู้คิด (mental status questionnaire) ของ Kahn, Goldfarb, Pollack, and Peck (1960) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย 2) ใช้เวลาในการดูแลเด็กเป็นส่วนใหญ่ และเคยพาเด็กมารับการตรวจตามนัดที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 1 ครั้ง 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ 5) เด็กโรคปอดเรื้อรังไม่มีโรคร่วม เช่น โรคทางพันธุกรรม โรคระบบประสาท และไม่อยู่ในภาวะวิกฤต และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดตัวอย่าง

โดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง เท่ากับ .30 ระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 และอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 85 คน (ธวัชชัย วรพงษ์ และสุรีย์พันธุ์ วรพงษ์, 2561) เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ ตามสัดส่วนของประชากร ได้แก่ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 32 คน โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 10 คน โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 18 คน และโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จำนวน 25 คน

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังและเด็กโรคปอดเรื้อรัง ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนบุตร และความสัมพันธ์กับเด็ก

จำนวน 10 ข้อ และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคปอดเรื้อรัง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ครั้งที่ของการมารับการตรวจตามนัดครั้งนี้ ระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน และสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 7 ข้อ รวมจำนวน 17 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ของ House (1981) แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า จำนวน 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ และด้านทรัพยากร จำนวน 8 ข้อ รวมจำนวน 34 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับน้อย (34.00-79.33 คะแนน) ในระดับปานกลาง (79.34-124.67 คะแนน) และในระดับมาก (124.68-170.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการจัดการครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่แปลจากแบบสอบถามการจัดการครอบครัว (Family Management Measure [FaMM]) ของ Knafl et al. (2012) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ชีวิตประจำวันของเด็ก จำนวน 5 ข้อ ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 12 ข้อ ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 4 ข้อ ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว จำนวน 14 ข้อ และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 45 ข้อ

ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 30 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีการจัดการครอบครัวในระดับต่ำ (45.00-105.00 คะแนน) ในระดับปานกลาง (105.01-165.01 คะแนน) และในระดับสูง (165.02-225.00 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลอุดรดิตต์ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .81 และของแบบสอบถามการจัดการครอบครัวรายด้านเท่ากับ .82, .85, .84, .84 และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 075/2020 วันที่ 26 มิถุนายน 2563) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ชุดที่ 4 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 290/63COA-NUR 075/63 วันที่ 26 มิถุนายน 2563) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 092/63 วันที่ 3 กันยายน 2563) คณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ โรงพยาบาลลำปาง (เอกสารรับรอง เลขที่ 105.1/63 วันที่ 24 สิงหาคม 2563) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลอุดรดิตต์ (เอกสารรับรอง

เลขที่ 49/2563 วันที่ 17 มิถุนายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กป่วยอย่างน้อย 1 ปี และผ่านการอบรมจริยธรรมทางการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลลำปาง แต่ละ 1 คน รวมจำนวน 3 คน เพื่อช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งให้ทดลองเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมกับผู้วิจัย จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูล (ผู้วิจัยดำเนินการที่โรงพยาบาลอุดรดิตถ์) โดยพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ในช่วงเวลาที่รอตตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ ดูข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคปอดเรื้อรังจากเวชระเบียนพร้อมบันทึกในแบบสอบถาม จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (ผู้วิจัย/ผู้ช่วยผู้วิจัยช่วยดูแลเด็กให้) โดยใช้เวลา 30-40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังและเด็กโรคปอดเรื้อรัง

ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูลการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา และรายได้ กับการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์อันดับ (eta; η) ส่วนการหาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัว วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังพบว่า ผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 88.23 มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 82.35 โดยมีอายุเฉลี่ย 33.19 ปี ($SD = 7.93$) มีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.82 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ คิดเป็นร้อยละ 85.88 มีอาชีพงานบ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.88 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท และ 15,001-30,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 24.71 เท่ากัน มีความเพียงพอของรายได้ คิดเป็นร้อยละ 57.65 มีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย คิดเป็นร้อยละ 58.82 มีบุตรจำนวน 1 คน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 54.12 และส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับเด็ก คือ เป็นมารดา คิดเป็นร้อยละ 82.35

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคปอดเรื้อรังพบว่า เด็กโรคปอดเรื้อรังเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 50.59 มีอายุแรกเกิด-1 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.06 โดยมีอายุเฉลี่ย 1.80 ปี ($SD = .84$) ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง (ในรอบ 6 เดือน) คิดเป็นร้อยละ 71.76 มารับการตรวจตามนัดครั้งนี้เป็นครั้งที่ 1-5 คิดเป็นร้อยละ 61.18 ระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล คือ 1-2 เดือน คิดเป็นร้อยละ 65.88 การรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน คือ การให้ยา คิดเป็นร้อยละ 68.23 และมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 87.06

3. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 89.41 และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 92.64, SD = 12.17$)

4. การจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่มีการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 98.82 และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับปานกลาง ($M = 136.36, SD = 10.01$) เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ผู้ดูแลฯ มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวในระดับสูง 1 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ($M = 44.56, SD = 5.90$) และมีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวในระดับปานกลาง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้ชีวิตประจำวันของเด็ก ($M = 16.99, SD = 3.02$) ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ($M = 11.97, SD = 2.81$) ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว ($M = 35.13, SD = 9.28$) และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ($M = 27.95,$

$SD = 3.92$)

5. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .353, p < .05$; $\eta = .423, p < .01$ และ $\eta = .350, p < .05$ ตามลำดับ) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยในผู้ดูแลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .374, p < .05$) การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .370, p < .001$; $r = .333, p < .001$ และ $r = .321, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการ
ครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง (n = 85)

ปัจจัย	การจัดการครอบครัว									
	ด้านที่ 1		ด้านที่ 2		ด้านที่ 3		ด้านที่ 4		ด้านที่ 5	
	η	p	η	p	η	p	η	p	η	p
ระดับการศึกษา	.292	.126	.353	.029	.276	.171	.423	.003	.350	.032
รายได้	.340	.083	.374	.033	.310	.152	.320	.122	.353	.057
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
การสนับสนุนทางสังคม	-.132	.229	-.120	.284	.370	< .001	.333	< .001	.321	< .001

หมายเหตุ

ด้านที่ 1 = การรับรู้ชีวิตประจำวันของเด็ก

ด้านที่ 2 = ความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย

ด้านที่ 3 = ความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย

ด้านที่ 4 = ความยากลำบากในชีวิตครอบครัว

ด้านที่ 5 = มุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตาม
วัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง
มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวโดยรวมในระดับ
ปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง
ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 21–40 ปี (ร้อยละ 82.35)
ซึ่งเป็นช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีความคิด สติปัญญา
และวุฒิภาวะสูงสุด สามารถนำประสบการณ์มาใช้ในการ
ปรับตัวและการแก้ปัญหาในสถานการณ์ต่างๆ ได้
อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม (เกษร เกษมสุข และ
อุษณีย์ บุญบรรจบ, 2561) จึงสามารถปฏิบัติกิจกรรมใน
การดูแลสุขภาพเด็กได้อย่างมีศักยภาพและมีการพัฒนา
การดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะเป็นตัวบ่งบอกวุฒิภาวะ
(Kahn et al., 1960) ที่ทำให้มีการตัดสินใจทางเลือก
ที่ดี มีความสามารถในการจัดการกับสภาวะแวดล้อม
ประเมินสถานการณ์ และมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่อง
การดูแลสุขภาพของเด็ก (ชญาภา วันทุม และสุพรรณิ
คุ้มเล็ก, 2555) นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์

กับเด็ก คือ เป็นมารดา (ร้อยละ 82.35) ซึ่งเป็นผู้ที่มี
บทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กทั้งด้านร่างกายและ
จิตใจ เป็นผู้ดูแลเลี้ยงดูและมีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด
(ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556) อีกทั้งยังเป็นผู้ที่เข้าใจและ
ไวต่อการรับรู้ ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของ
เด็กและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้มากขึ้น ประกอบกับ
ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่
(ร้อยละ 85.88) ทำให้ผู้ดูแลมีผู้ที่คอยให้คำปรึกษา
ช่วยเหลือในการดูแลเด็ก และคอยให้การสนับสนุน
ในด้านต่างๆ มากกว่าผู้ดูแลที่มีสถานภาพสมรส
หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ (ขนิษฐา หะยิมะแซ, 2556)
 อีกทั้งยังมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย
(ร้อยละ 58.82) ซึ่งมีลักษณะเกื้อกูลซึ่งกันและกัน
ทำให้ผู้ดูแลเด็กได้รับการสนับสนุนในการดูแลเด็ก
นอกจากนี้ เด็กโรคปอดเรื้อรังส่วนใหญ่มารับการตรวจ
ตามนัดครั้งนี้เป็นครั้งที่ 1–5 (ร้อยละ 61.18) และมี
ระยะเวลาในการนอนรักษาในโรงพยาบาล คือ 1–2 เดือน
(ร้อยละ 65.88) ทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลเรื่องโรค
การรักษา และการดูแลเด็กจากบุคลากรสุขภาพอย่าง

ต่อเนื่อง และมีโอกาสในการเรียนรู้ที่จะดูแลเด็ก ทำให้มีการจัดการครอบครัวด้านการรับรู้ชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วยในระดับปานกลาง ยกเว้นด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ที่อยู่ในระดับสูง จึงทำให้ผู้ดูแลไม่ได้มีความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตครอบครัวมากนัก เนื่องจากสามารถรับรู้ ปรับตัว และจัดสรรเวลาในการดูแลเด็กให้มีความคล้อยคลึงกับเด็กทั่วไปได้ ส่งผลต่อมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วยของโรคปอดเรื้อรังว่า เด็กสามารถฟื้นฟูสภาพและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน (วีณา จีระแพทย์, 2561) จึงแสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดเรื้อรัง สามารถประเมินผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น นำไปสู่การจัดการครอบครัวที่ถูกต้องเหมาะสมได้อย่างต่อเนื่อง

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีการศึกษาระดับปริญญาตรี มากที่สุด (ร้อยละ 38.82) ทำให้มีโอกาสในการแสวงหาความรู้จากแหล่งต่างๆ ได้มาก สามารถเรียนรู้และเข้าใจเรื่องต่างๆ ได้ดี รวมทั้งเรื่องการดูแลบุตร ทำให้สามารถรับรู้เกี่ยวกับโรคปอดเรื้อรัง ผลกระทบจากความเจ็บป่วย และการดูแลกิจวัตรประจำวันที่เพิ่มขึ้น (Zhang et al., 2015) ดังการศึกษาของลักษมี สารบรรณ และคณะ (2555) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาดั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป มีการรับรู้ที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า และมีการรับรู้ด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร วัฒนา (2561) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ

การจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย และด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว

ผลการวิจัยพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท และ 15,001–30,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 24.71 เท่ากัน) และมีความเพียงพอของรายได้ (ร้อยละ 57.65) จึงทำให้มีการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยได้ดียิ่งขึ้น ดังการศึกษาของลักษมี สารบรรณ และคณะ (2555) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท ต่อเดือน มีการรับรู้ที่ดีกว่าผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ และรายได้ต่ำกว่า ทำให้มีความสามารถในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยได้ดี ประกอบกับประชาชนทุกคนในประเทศไทยที่ยังไม่มีสิทธิใดตั้งแต่แรกเกิดและตลอดช่วงชีวิต จะได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐในเรื่องสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลที่มีรายได้ไม่เพียงพอสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลและบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563)

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และด้านมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วย ในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสอยู่ (ร้อยละ 85.88) ทำให้ผู้ดูแลมีผู้ที่คอยให้คำปรึกษา ช่วยเหลือในการดูแลเด็ก และคอยให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ และมีลักษณะครอบครัวเป็นแบบครอบครัวขยาย (ร้อยละ 58.82) ทำให้ได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคคลในครอบครัว จึงช่วยให้สามารถปฏิบัติบทบาท

หน้าที่ความรับผิดชอบได้ตามความต้องการ และช่วยลดภาระภายในครอบครัว ทำให้ความยากลำบากในชีวิตครอบครัวลดลง และมีความพยายามในการจัดการสภาวะความเจ็บป่วยที่ดีขึ้น นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลได้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ได้รับความรู้และคำแนะนำในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ซึ่งจะช่วยลดความวิตกกังวลในการดูแลเด็กได้ (Spangler-Torok, 2001) ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางระบบหายใจ ทำให้เด็กสามารถพ้นหายจากโรคและปลอดภัยเมื่อกลับบ้าน (พัชรวิวัฒน์ชัย และยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์, 2562) อีกทั้งผู้ดูแลยังได้รับการยอมรับและยกย่องชมเชยในการดูแลเด็กจากบุคคลอื่น ได้รับข้อมูลย้อนกลับในการดูแลเด็กที่ถูกต้อง ช่วยให้มีการดูแลเด็กที่มีประสิทธิภาพ จึงช่วยลดผลกระทบด้านจิตใจ ทั้งความเครียดและความวิตกกังวล ช่วยเสริมพลังอำนาจของครอบครัวให้เกิดสัมพันธภาพที่ดี (สุภาวดี นาคสุขุม และคณะ, 2560) จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีมุมมองผลกระทบต่อสภาวะความเจ็บป่วยที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังได้รับการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ เช่น ด้านอารมณ์ โดยให้สมาชิกในครอบครัวร่วมรับรู้ปัญหาและให้กำลังใจผู้ดูแล ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยให้คำแนะนำตามปัญหาที่พบในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง ด้านทรัพยากร โดยช่วยหาอาชีพเสริมที่ผู้ดูแลสามารถทำได้ขณะดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรัง เพื่อให้ผู้ดูแลมีการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังที่เหมาะสมยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคปอดเรื้อรังให้ครบทั้ง 6 ด้าน ตามกรอบแนวคิด

การจัดการครอบครัว ซึ่งด้านที่ 6 คือ ด้านการอยู่ร่วมกันของผู้ปกครอง และควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในเด็กโรคปอดเรื้อรัง

เอกสารอ้างอิง

- เกษร เกษมสุข, และอุษณีย์ บุญบรรจบ. (2561). การส่งเสริมพัฒนาการวัยผู้ใหญ่ตอนต้น: บทบาทของพยาบาล. *แพทยสารทหารอากาศ*, 64(3), 101-107.
- ชนินฐา หะยิมะแซ. (2556). *การศึกษาเปรียบเทียบการสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลเด็กกลุ่มอาการออทิซึมและเด็กพัฒนาการสมวัยที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ชนัญญา วันทุม, และสุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2555). การเสริมสร้างสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดของผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 35(1), 1-9.
- ธวัชชัย วรพงษ์สร, และสุริย์พันธุ์ วรพงษ์สร. (2561). การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัย โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. สืบค้นจาก https://advisor.anamai.moph.go.th/download/Journal_health/2561/HEALTH41_2/HEALTH_Vol41No2_02.pdf
- พัชรวิวัฒน์ชัย, และยุพาภรณ์ ติรไพรวงศ์. (2562). การจัดการของครอบครัว: แนวคิดและแนวทางการนำไปใช้ในการช่วยเหลือครอบครัวเด็กที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 29(2), 12-23.
- พิกุล ขำศรีบุญศ. (2562). Environmental care for infants with bronchopulmonary dysplasia. ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์ (บ.ก.), *Practical points and updates in neonatal care* (น. 235-244). กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์.

- รัตติกาล มณีนุตร์, และสิรารักษ์ ศรีมาลา. (2560). พยาบาลกับการดูแลภาวะปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิด. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 26(5), 954-960.
- ลักขมี สารบรรณ, ศรีวิภา ธรณสุนทร, ถนอม ชูงาน, และสุพิศ ว่องไวรอด. (2555). ประสบการณ์อาการหายใจลำบาก การจัดการกับอาการและผลลัพธ์การจัดการกับอาการในเด็กวัยเรียนโรคหืดของผู้ดูแลเด็ก. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 32(2), 23-36.
- วีณา จิระแพทย์. (2561). บทบาทพยาบาลในการป้องกันโรคปอดเรื้อรัง. ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์, โสภภาพรณ เงินจ๋า, และอัญชลี ลัมรังสิกุล (บ.ก.), *Highlights in neonatal problems* (น. 215-233). กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์.
- วีณา จิระแพทย์. (2562). การดูแลระบบทางเดินหายใจในทารกที่เป็น Bronchopulmonary dysplasia. ใน สันติ ปุณณะหิตานนท์ (บ.ก.), *Practical points and updates in neonatal care* (น. 211-222). กรุงเทพฯ: แอคทีฟ พรินท์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2563). *สวัสดิการบัตรทอง*. สืบค้นจาก <https://www.nhso.go.th/frontend/page-contentdetail.aspx?CatID=MTI2Ng==>
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ร้อยละของทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ที่เป็นโรคปอดเรื้อรัง*. สืบค้นจาก <http://hdcservice.moph.go.th/>
- สุภาพร วัฒนา. (2561). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภาวดี นาคสุขุม, ปิยาพร ไป้งาม, มนรดา แข็งแรง, วิลาสินี มุ่งสิน, อุบลวรรณ อุณหสุวรรณ, และระพีพรรณ ลาภา. (2560). ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และความหวังของมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. ใน *เอกสารการประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 2* (น. 945-967). อุบลราชธานี: มหาวิทยาลัยราชธานี.
- Abman, S. H., Collaco, J. M., Shepherd, E. G., Keszler, M., Cuevas-Guaman, M., Welty, S. E., ... Nelin, L. D. (2017). Interdisciplinary care of children with severe bronchopulmonary dysplasia. *The Journal of Pediatrics*, 181, 12-29. doi:10.1016/j.jpeds.2016.10.082
- American Lung Association. (2020). *Learn about bronchopulmonary dysplasia*. Retrieved from <https://www.lung.org/lung-health-diseases/lung-disease-lookup/bronchopulmonary-dysplasia/learn-about-bpd>
- Bousso, R. S., Ichikawa, C. R. F., Misko, M. D., Santos, M. R. D., Baliza, M. F., Mendes-Castillo, A. M. C., & Bianchi, E. R. F. (2017). Validation of Family Management Measure for the Brazilian culture. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(6), 1151-1158. doi:10.1590/0034-7167-2016-0326
- Brener Dik, P. H., Niño Gualdrón, Y. M., Galletti, M. F., Cribioli, C. M., & Mariani, G. L. (2017). Bronchopulmonary dysplasia: Incidence and risk factors. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 115(5), 476-482. doi:10.5546/aap.2017.eng.476

- Collaco, J. M., Agarwal, A., Austin, E. D., Hayden, L. P., Lai, K., Levin, J., ... McGrath-Morrow, S. A. (2021). Characteristics of infants or children presenting to outpatient bronchopulmonary dysplasia clinics in the United States. *Pediatric Pulmonology*, 56(6), 1617–1625. doi:10.1002/ppul.25332
- Davidson, L. M., & Berkelhamer, S. K. (2017). Bronchopulmonary dysplasia: Chronic lung disease of infancy and long-term pulmonary outcomes. *Journal of Clinical Medicine*, 6(1), 4. doi:10.3390/jcm6010004
- Gleason, C. A., & Juul, S. E. (Eds.). (2018). *Avery's diseases of the newborn* (10th ed.). Philadelphia: Elsevier.
- Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). A framework for the study of self- and family management of chronic conditions. *Nursing Outlook*, 54(5), 278–286. doi:10.1016/j.outlook.2006.06.004
- Grey, M., Schulman-Green, D., Knafl, K., & Reynolds, N. R. (2015). A revised self- and family management framework. *Nursing Outlook*, 63(2), 162–170. doi:10.1016/j.outlook.2014.10.003
- Groothuis, J. R., & Makari, D. (2012). Definition and outpatient management of the very low-birth-weight infant with bronchopulmonary dysplasia. *Advances in Therapy*, 29(4), 297–311. doi:10.1007/s12325-012-0015-y
- Higgins, R. D., Jobe, A. H., Koso-Thomas, M., Bancalari, E., Viscardi, R. M., Hartert, T. V., ... Raju, T. N. K. (2018). Bronchopulmonary dysplasia: Executive summary of a workshop. *The Journal of Pediatrics*, 197, 300–308. doi:10.1016/j.jpeds.2018.01.043
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Hullmann, S. E., Wolfe-Christensen, C., Ryan, J. L., Fedele, D. A., Rambo, P. L., Chaney, J. M., ... Mullins, L. L. (2010). Parental overprotection, perceived child vulnerability, and parenting stress: A cross-illness comparison. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(4), 357–365. doi:10.1007/s10880-010-9213-4
- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *The American Journal of Psychiatry*, 117, 326–328. doi:10.1176/ajp.117.4.326
- Khetan, R., Hurley, M., Spencer, S., & Bhatt, J. M. (2016). Bronchopulmonary dysplasia within and beyond the neonatal unit. *Advances in Neonatal Care*, 16(1), 17–25. doi:10.1097/ANC.0000000000000251
- Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*, 18(1), 11–34. doi:10.1177/1074840711427294

- Rutkowska, M., Hozejowski, R., Helwich, E., Borszewska-Kornacka, M. K., & Gadzinowski, J. (2017). Severe bronchopulmonary dysplasia - incidence and predictive factors in a prospective, multicenter study in very preterm infants with respiratory distress syndrome. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 32(12), 1958–1964. doi:10.1080/14767058.2017.1422711
- Sahni, M., & Mowes, A. K. (2023). *Bronchopulmonary dysplasia*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539879/>
- Shahzad, T., Radajewski, S., Chao, C. M., Bellusci, S., & Ehrhardt, H. (2016). Pathogenesis of bronchopulmonary dysplasia: When inflammation meets organ development. *Molecular and Cellular Pediatrics*, 3(1), 23. doi:10.1186/s40348-016-0051-9
- Spangler-Torok. (2001). *Maternal perceptions of the technology-dependent infant* (Doctoral dissertation). College of Nursing, University of Cincinnati.
- Stoll, B. J., Hansen, N. I., Bell, E. F., Walsh, M. C., Carlo, W. A., Shankaran, S., ... Higgins, R. D. (2015). Trends in care practices, morbidity, and mortality of extremely preterm neonates, 1993–2012. *JAMA*, 314(10), 1039–1051. doi:10.1001/jama.2015.10244
- Yang, X., & Liu, G. (2015). The value of improved family management model to reduce occurrence of death and rehospitalization of children with bronchopulmonary dysplasia after discharge. *Chinese Journal of Applied Clinical Pediatrics*, 24, 525–528. Retrieved from <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-465350>
- You, J. Y., Shu, C., Gong, C. H., Liu, S., & Fu, Z. (2017). Readmission of children with bronchopulmonary dysplasia in the first 2 years of life: A clinical analysis of 121 cases. *Chinese Journal of Contemporary Pediatrics*, 19(10), 1056–1060. doi:10.7499/j.issn.1008-8830.2017.10.005
- Zhang, Y., Wei, M., Shen, N., & Zhang, Y. (2015). Identifying factors related to family management during the coping process of families with childhood chronic conditions: A multi-site study. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(1), 160–173. doi:10.1016/j.pedn.2014.10.002