

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหอบหืดในเด็กเป็นโรคเรื้อรังทางระบบทางเดินหายใจที่เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหอบหืดในเด็กมีแนวโน้มสูงขึ้น (World Health Organization [WHO], 2009) จากรายงานของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อสหรัฐอเมริกาพบว่าในปี ค.ศ. 2006 พบเด็กที่เป็นโรคหอบหืดอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวน 6.8 ล้านราย และในจำนวน 4.1 ล้านรายมีอาการจับหืด (Centers for Disease Control and Prevention. [CDC], 2006) และ ในปี ค.ศ. 2008 มีเด็กที่เป็นโรคหอบหืดอายุต่ำกว่า 18 ปี จำนวนถึง 7 ล้านราย (CDC, 2008) และในปีค.ศ. 2009 พบเด็กร้อยละ 10 ป่วยด้วยโรคหอบหืด (CDC, 2009) สำหรับในประเทศไทยนั้นสมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทยรายงานว่าในปี พ.ศ. 2545 พบเด็กที่เป็นโรคหอบหืดในประเทศไทยจำนวน 1.8 ล้านคน (กรมการแพทย์, 2548) และจากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปีพ.ศ. 2549 พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีป่วยด้วยโรคหอบหืดร้อยละ 10 หรือจำนวน 1.41 ล้านคน และจากการศึกษาความชุกของโรคหอบหืดในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าเด็กอายุ 6 ปี ในปี 2538 มีจำนวนร้อยละ 5.5 และในปี พ.ศ. 2544 พบจำนวนร้อยละ 7.8 (Trakultivakorn, 1999; Trakultivakorn, Sangsupawanich, & Vichyanon, 2007) ซึ่งโรคหอบหืดในเด็กส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการของโรคหอบหืดเมื่ออายุ 1 ปี (ฉวีวรรณ ทิตย์วรรณ สุดาวรรณ ศิริอักษร, และ มุทิตา ตระกูลทิวากร, 2550; Boehmer & Merkus, 2006) และเด็กที่มีอาการหอบหืดอย่างต่อเนื่องจำนวนมากว่าครึ่งเริ่มมีอาการก่อนอายุ 6 ปี โดยพบว่ามีอาการหายใจมีเสียงหวีดอย่างต่อเนื่องที่สัมพันธ์กับการแพ้พบว่ามีการทำงานของปอดลดลง และหลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้น (Stein & Martinez, 2004) อีกทั้งการวินิจฉัยโรคหอบหืดในเด็กมักเริ่มตั้งแต่อายุ 1 ปี เนื่องจากพบว่าเด็กที่มีอาการหายใจมีเสียงหวีดในช่วงอายุ 1 ปี (Chip, 2008) ดังนั้นพบว่าจำนวนเด็กที่เป็นโรคหอบหืดมากขึ้น และเริ่มมีอาการในช่วงวัยเด็กเล็ก

โรคหอบหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจซึ่งเกิดจากเซลล์และสารที่เกี่ยวข้องของหลายชนิด เป็นผลทำให้เกิดภาวะหลอดลมไวเกิน (airway hyperresponsiveness) การอักเสบที่เกิดขึ้นในหลอดลมซ้ำๆ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดลม (Pohunek, 2006; Prescott, 2006) ทำให้เกิดพังผืดในหลอดลม หลอดลมมีการแข็งตัว และเสียความยืดหยุ่น (ไพศาล

เสิศฤดีพร, 2552) เมื่อเด็กที่เป็นโรคหอบหืดสัมผัสต่อสารที่ทำให้เกิดอาการแพ้ ส่งผลให้เด็กมีอาการ ไอแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หายใจมีเสียงหวีด (wheezing) เหนื่อยหอบ ส่วนใหญ่เด็กมีอาการ ในช่วงเวลากลางคืนหรือเวลาเช้ามืด ซึ่งแพทย์ได้ตั้งเป้าหมายในการรักษาเด็กที่เป็นโรคหอบหืด คือ สามารถควบคุมอาการของโรค สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ตามปกติ มีสมรรถภาพการทำงาน ของปอดปกติหรือใกล้เคียงปกติ ป้องกันการกำเริบของโรคหอบหืด หลีกเลี่ยงผลข้างเคียงจากยา และป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหอบหืด โดยการรักษาเด็กที่เป็นโรคหอบหืดประกอบด้วยการใช้ยา และการไม่ใช้ยา ซึ่งยาที่ใช้รักษาในเด็กทุกกลุ่มอายุได้แก่ ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการ เช่น ซาลบูตามอล (salbutamol) และยาที่ใช้ในการควบคุมอาการเช่น คอร์ติโคสเตอรอยด์ (corticosteroid) และการรักษาโดยไม่ใช้ยาโดยการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ก่อให้เกิดอาการแพ้ เช่น ไรฝุ่นในบ้าน ควั่นหญ้า หรือ เชื้อจุลินทรีย์ต่างๆ การเลือกรับประทานอาหาร การบริหารการหายใจ การออกกำลังกาย และดูแล ด้านโภชนาการ (Global Initiative for Asthma [GINA], 2008) และปัจจุบันการรักษาเด็กที่เป็นโรค หอบหืดมีลำดับขั้นตามความรุนแรงและระดับการควบคุมโรคหอบหืดตามแนวทางการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคหืดขององค์การอนามัยโลกและองค์การหืดโลก (GINA, 2008) การรักษาตามแนวทางนี้นั้น หากการควบคุมอาการยังไม่บรรลุผลสำเร็จ ต้องปรับการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น จนกว่าจะสามารถ ควบคุมอาการของโรคได้ นอกจากนี้การรักษาเด็กที่เป็นโรคหอบหืดยังต้องประกอบไปด้วยหลาย องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้ดูแลต้องมีทักษะในการดูแลโรคหอบหืดอย่างง่าย ๆ ได้ รวมทั้งการหลีกเลี่ยง การสัมผัสต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการแพ้ การประเมินความรุนแรงของโรคและการจัดการดูแลให้ เหมาะสมตามระดับของอาการหอบหืด การติดตามอาการและให้การรักษาเมื่อมีอาการ และการ จัดการเมื่อมีอาการหอบหืดที่รุนแรง ซึ่งเด็กวัย 1-6 ปี เป็นวัยที่อยู่ในช่วงวัยพัฒนาการที่ยังไม่ สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด เนื่องจาก ยังอยู่ในช่วงวัยที่เริ่มพัฒนาการความสามารถด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม (Orem, 1995) รวมทั้งภาวะความเจ็บป่วยยังจำกัดความสามารถในการดูแล ตนเอง ของเด็กเหล่านี้

เด็กที่เป็นโรคหอบหืดต้องเผชิญกับอาการของโรคและการรักษาดังกล่าวซึ่งส่งผล กระทบต่อเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพัฒนาการ กล่าวคือ อาการหอบหืดในเด็กเล็ก มักสัมพันธ์กับการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจหายใจ โดยเฉพาะเชื้อไวรัส ได้แก่ ซินไซเซียล ไรรัส (Respiratory syncytial virus [RSV]) และไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Parainfluenza) มักเป็นสาเหตุ ในทารก และ ไรโนไวรัส (Rhinovirus) พบในเด็กอายุ 2 ปีขึ้นไป (Wilson, 2003) ทำให้เด็กมีอาการ ไอ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด เด็กที่มีอาการหอบหืดบ่อยครั้งจะทำให้สมรรถภาพ ของปอดลดลง (Strunk et al., 2006) ในขณะที่เด็กเกิดอาการจับหืดขึ้นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยาของการหายใจ หลอดลมจะตีบแคบทำให้อากาศเข้าปอดได้แต่ออกจากปอดน้อยลงเกิด

ภาวะขาดออกซิเจน ภาวะขาดออกซิเจนอาจรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะที่มีอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอด (สมรัก รังคกุลณวัฒน์, 2548) เด็กที่มีภาวะหอบหืดและหายใจลำบากบ่อยๆ ส่งผลให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า (ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, 2544) เนื่องจากร่างกายในภาวะปกติต้องการพลังงานในการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ทำให้เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด ร่างกายต้องใช้พลังงานมากขึ้น และเซลล์ที่ใช้ในการเจริญเติบโตขาดออกซิเจนเรื้อรัง ส่งผลให้เด็กที่เป็นโรคหอบหืดมีความสูงช้ากว่าเมื่อเทียบกับเด็กปกติ (Saha, Laippala, & Lenko, 1997) ซึ่งพบว่าเด็กที่มีระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดระดับปานกลางและรุนแรงที่ควบคุมอาการได้ไม่ดี มีการเจริญเติบโตที่ช้า (O'Connell, 2004) รวมไปถึงการได้รับยาประเภทสเตียรอยด์ในขนาดสูงเป็นเวลานานจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กด้วย (Allen, 2002) จากการที่เด็กมีอาการหายใจเหนื่อยหอบที่ไม่สามารถบรรเทาได้ ส่งผลต่อจิตใจทำให้เด็กรู้สึกกลัวจากอาการหายใจไม่ได้ และรู้สึกไม่สุขสบายต่อเหตุการณ์ต่างๆ ในการให้การรักษา อีกทั้งเด็กต้องเผชิญกับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินบ่อยครั้ง ในเวลาที่ไม่แน่นอนทั้งกลางวันหรือกลางคืน ทำให้เด็กเกิดความเครียดเพิ่มมากขึ้น (Castiglia, 1996) นอกจากนี้ เด็กที่เป็นโรคหอบหืดอาจจะถูกจำกัดในการทำกิจกรรม เนื่องจากผู้ปกครองมักไม่อนุญาตให้เล่นหรือทำกิจกรรมมาก เพราะกลัวว่าเด็กจะมีอาการหอบหืดเฉียบพลันได้ ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม (Wong & Whaley, 1995)

ความเจ็บป่วยในเด็กที่เป็นโรคหอบหืดยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวของเด็ก กล่าวคือผลกระทบด้านร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลมีการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ (Wright et al., 2004) ผู้ดูแลต้องเฝ้าระวังอาการหอบของลูกที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ซึ่งเด็กส่วนใหญ่มักจะมีอาการเกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาตอนกลางคืน หรือเช้ามืด (Diette et al., 2000) ทำให้บิดามารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักนอนหลับช่วงกลางคืนน้อย และอ่อนเพลียในช่วงวันต่อไป (Barton, Sulaiman, Clarke, & Abramson, 2005) จากการศึกษาของ ไดเอทท์ และคณะ (Diette et al., 2000) เกี่ยวกับการตื่นนอนในช่วงเวลากลางคืนของเด็กที่เป็นโรคหอบหืดและผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 56 ต้องตื่นช่วงกลางคืนมากกว่า 7 คืน ใน 4 สัปดาห์ และ ยอน (Yawn, 2003) ได้สัมภาษณ์มารดาเกี่ยวกับภาระการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด พบว่ามารดาต้องเฝ้าระวังอาการจับหืดของเด็กทั้งช่วงเวลาที่เด็กอยู่ที่โรงเรียน ช่วงเวลาที่เด็กเล่น ช่วงเวลาที่มารดาทำงานและที่บ้าน ทำให้มารดาารู้สึกเหน็ดเหนื่อย เครียด วิตกกังวล ระบายจิตใจ และหวาดกลัว ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด กล่าวคือ บิดามารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักเกิดอาการสะเทือนใจมากในครั้งแรกของการรับรู้ว่ามีเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืด และรู้สึกไม่แน่ใจ รู้สึกผิด โกรธ และหมดเรี่ยวแรง (Jerrett & Costello, 1996) เกิดความเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของเด็ก ขณะที่เด็กอยู่ในภาวะหายใจลำบาก

กล่าวว่าเด็กจะเสียชีวิต (Englund, Rydstrom, & Norberg, 2001; Parker-Oliver, 2005) หากมีอาการที่รุนแรง เด็กจะมีอาการกระสับกระส่าย กระวนกระวายและหายใจลำบากมาก (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544) ทำให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับการตัดสินใจที่เครียด ในขณะที่จัดการกับอาการหอบของเด็ก รู้สึกกลัวว่าจะไม่สามารถช่วยให้เด็กหายจากอาการหอบได้ รู้สึกไม่แน่นอน หมดหวัง โดดเดี่ยว (Trollvik & Severinsson, 2004) อีกทั้งวิตกกังวลเกี่ยวกับการการหยุดชะงักการเจริญเติบโตของเด็กจากการใช้ยาสเตียรอยด์ในระยะยาว (Englund et al., 2001) การเจ็บป่วยของเด็กที่เป็นโรคหอบหืดทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในวิถีชีวิตของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดต้องใช้เวลาและความใส่ใจในการดูแลเป็นอย่างมาก เช่น บางครอบครัวต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด (Trollvik & Severinsson, 2004) ทำให้ไม่มีเวลาเข้าสังคม และลดบทบาททางด้านสังคม เนื่องจากต้องรับบทบาทในการดูแลที่มากเกินไป ทำให้ผู้ดูแลสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (Skaff & Pearlins as cited in Chou, 2000) และเด็กที่เป็นโรคหอบหืดมักถูกจำกัดกิจกรรม และบ่อยครั้งต้องเข้าการรักษาในโรงพยาบาล ต้องขาดโรงเรียนบ่อยครั้ง (Brazil & Krueger, 2002) ส่งผลทำให้ผู้ดูแลต้องดูแลไม่มีเวลาเข้าสังคม เนื่องจากต้องดูแลเด็ก (Englund et al., 2001) บางครั้งต้องขาดการติดต่อกับผู้อื่นทำให้เกิดความเครียด และรู้สึกโดดเดี่ยว (Englund et al., 2001; Wasilewski et al., 1988) รวมทั้งรู้สึกผิดต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวที่ไม่มีเวลาเพียงพอในการดูแล (Englund et al., 2001) และการที่โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังต้องรักษาเป็นเวลานานทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (Laforest et al., 2004) เสียค่าใช้จ่ายสำหรับเดินทาง ค่าที่พัก และค่าอาหาร (Smith et al., 1997) ดังนั้นการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดและการรักษาส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของเด็กและผู้ดูแลอย่างมาก

ในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลที่ต้องใช้เวลาและพลังงานในการดูแลเด็กเหล่านี้เป็นอย่างมาก (Tavormina, Boll, Dunn, Luscomb, & Taylor, 1981) ผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด อาทิเช่น การให้ยาในการป้องกันอาการหอบหืด การให้ยาขยายหลอดลมแบบพ่น การหลีกเลี่ยงต่อสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการแพ้ การสังเกตอาการเด็ก และการจัดการช่วยเหลือเมื่อเริ่มมีอาการจับหืด (McQuaid, Penza-Clyve, Nassau, & Fritz, 2001) นอกจากนี้อาจพบว่าเด็กที่เป็นโรคหอบหืดเสี่ยงดูยาก (Klennert et al., 2001) และมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Calam et al., 2003; Hamlett, Pellegrini, & Katz, 1992) จากการศึกษาของ สวาดอทเนียร์, แมคคัปปิน, และ เคน (Svavarsdottir, McCubbin, & Kane, 2000) เกี่ยวกับการใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลและความยากลำบากในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของผู้ดูแล พบว่ามารดาใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลด้านอารมณ์ และงานที่ยากลำบากที่สุดคือ การดูแลตนเองเมื่อน้อยลงจากการดูแลเด็ก การควบคุมอาการหอบหืดของเด็ก การจัดการเกี่ยวกับระเบียบวินัยและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก

และพบว่าบิดาระบุว่างานที่ยากลำบากคือ การควบคุมอาการหอบหืดของเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของกลุ่มครอบครัวแอฟริกาที่ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดก่อนวัยเรียนและวัยเรียน พบว่ามารดาที่มีความยากลำบากในหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด เนื่องจากความต้องการที่มากในการดูแลเด็กเหล่านี้ (Brown, Avery, Mobly, Boccuti, & Golbach, 1996) และการศึกษาของ อีเซอร์, อีเซอร์, ทาว, และ ทริปป์ (Eiser, Eiser, Town, & Tripp, 1991) พบว่ามารดาของเด็กที่เป็นโรคหอบหืดอายุ 3-5 ปี มีความยากลำบากในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดมากกว่ามารดาที่ดูแลเด็กที่ไม่เจ็บป่วย และบิดามีความยากลำบากในการนอนตอนกลางคืนมากกว่ากลุ่มบิดาที่ดูแลเด็กที่ไม่เจ็บป่วย

การศึกษาในประเทศไทยมีเพียงสองการศึกษา คือการศึกษาของ จริญญา วิทยะสุภกร (2539) เกี่ยวกับ ภาวะของบิดามารดาเด็กป่วยเรื้อรัง โดยใช้แนวคิดภาวะการดูแลของโอเบริกส์ พบว่าบิดามารดารับรู้ถึงภาวะการดูแลในระดับปานกลางพิจารณาจากปริมาณเวลาที่ใช้และความยากลำบากในการดูแล โดยกิจกรรมที่เป็นภาระการดูแลสำหรับบิดามารดามากที่สุด ได้แก่ ภาระด้านค่าใช้จ่าย และรองลงมา ได้แก่ การเฝ้าระวังอันตราย การเดินทาง การบำบัดรักษา พฤติกรรมของเด็กป่วย การติดต่อเจ้าหน้าที่ งานบ้าน กิจกรรมประจำวัน การให้กำลังใจและปลอบโยน การขอความช่วยเหลือ การเคลื่อนย้าย กิจกรรมพิเศษ การเดินเล่น และช้อปปิ้งตามลำดับ และการศึกษาของ เสริมศรี สันตติ (2548) โดยใช้แนวคิดภาวะการดูแลของโอเบริกส์ พบว่าภาระการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดอายุ 1-6 ปี ของผู้ปกครองผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลต้องรับภาระการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ

เซาว์ (Chou, 2000) กล่าวว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลเป็นการรับรู้ของแต่ละต่อความต้องการของผู้รับการดูแลเมื่อเปรียบเทียบกับแหล่งประโยชน์ที่มี รับรู้ว่าเป็นภาระที่มากเกินไปทั้งในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และด้านเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะที่สำคัญของภาวะไว้ 4 ประการ ได้แก่ ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ของบุคคล (subjective perception) ซึ่งมีความต่างกันในแต่ละบุคคล เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นหลายมิติ (multidimensional phenomena: bio-eco-psycho-social) มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา (dynamic change) และเป็นความรับผิดชอบ หน้าที่ หรือปริมาณงานที่มากหรือหนักเกินไป (overload) ซึ่งภาระของผู้ดูแลขึ้นอยู่กับความต้องการการดูแลและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของผู้ดูแล ดังนั้นถ้าความต้องการของผู้ดูแลมีมากกว่าแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จะทำให้ภาระของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแล (caregiving involvement) ความเกี่ยวข้องทางสายเลือด (filial obligation) สมรรถนะของตนเองในการดูแล (caregiving self-efficacy) และกลวิธีการเผชิญความเครียด (coping strategies) การสนับสนุนทางสังคม (social support) (Chou, 2000)

เซา (Chou, 2000) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมในการดูแล (caregiving involvement) เกิดจากการที่ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลทางด้านร่างกาย (physical demands of care) และความต้องการในการดูแลทางด้านจิตใจ (psychological demands of care) จากผู้ดูแลประกอบด้วยกิจกรรมที่ผู้ดูแลต้องทำและระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้น ดังนั้น การดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลต้องถูกคาดหวังให้สามารถควบคุมความเจ็บป่วยของเด็ก และให้การดูแลตามการรักษาของแพทย์ได้ (Dolinar, Kumar, Coutu-Wakulczyk, & Rowe, 2000) รวมทั้งการดูแลด้านอารมณ์และพัฒนาการทุกด้านของเด็ก (Brazil & Krueger, 2002) ทำให้ผู้ดูแลต้องพบกับประสบการณ์การดูแลที่ต้องใช้พลังงานและเวลาในการดูแลมากกว่าการดูแลเด็กที่สุขภาพดี (Tavormina, Boll, Dunn, Luscomb, & Taylor, 1981) การศึกษาของ วานิด คิวเดช (2551) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแลเด็กป่วยโรคสมองพิการ โดยใช้แนวคิดของเซา (Chou, 2000) พบว่าปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นตัวแปรที่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลมากที่สุด และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแลเด็กโรคสมองพิการแต่กำเนิดของ วานิด คิวเดช (2550) โดยใช้แนวคิดของเซา (Chou, 2000) พบว่า ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสมองพิการแต่กำเนิดแต่กำเนิด สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลได้ ($r=0.11, p < .001$) เด็กที่เป็นโรคหอบหืดซึ่งมีความคล้ายคลึงกัน คือเป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาในเด็กกลุ่มนี้ ซึ่งปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลอาจมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

สมรรถนะของตนเองในการดูแล (caregiving self-efficacy) เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแล แบนดูรา (Bandura, 1986, 1997) กล่าวว่า สมรรถนะแห่งตนในการดูแล หมายถึง ความเชื่อในความสามารถของบุคคลในการจัดการต่อสถานการณ์ที่จำเพาะและในการจัดการต่อภาระหน้าที่ในการดูแล ซึ่งสมรรถนะของตนเองเป็นการคาดหมายของบุคคลในความสามารถของตนซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสมรรถนะของตนเองในการดูแลมีอิทธิพลทางลบต่อภาระการดูแล กล่าวคือ หากผู้ดูแลมีความคาดหวังเชิงบวกและมีความเชื่ออย่างสูงในความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการดูแล อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระที่ลดลงได้ (Chou, LaMontagne, & Hepworth, 1999) ดังการศึกษาของ นภิสรา ชีเรนทร (2552) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่าสมรรถนะของตนเองในการดูแลสามารถทำนายภาระของผู้ดูแลได้ ($r=-0.418, p < .001$) และพบว่าปัจจัยด้านสมรรถนะของตนเองเป็นตัวทำนายที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดและโรคหอบหืดมี

ลักษณะที่คล้ายกัน กล่าวคือ เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแล และการรักษาที่ต่อเนื่อง ดังนั้นสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของผู้ดูแลได้

การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการช่วยลดภาระที่อาจเกิดขึ้นได้ เป็นสิ่งสำคัญในครอบครัวที่มีประสบการณ์กับภาวะเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว (Chou, 2000) เซฟเฟอร์, คอยน์, และ ลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981, อ้างใน เขียวภา บุญเที่ยง, 2545) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลเมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต และเป็นส่วนที่ทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ ซึ่งได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ หมายถึง ความผูกพันใกล้ชิด การได้รับความไว้วางใจ ทำให้บุคคลได้รับความรัก หรือการได้รับการดูแลเอาใจใส่ ด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ให้บุคคลสามารถนำไปแก้ไขปัญหา ด้านการสนับสนุนด้านสิ่งของ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของ เงินทอง และการบริการต่างๆที่จำเป็น หากบุคคลไม่มีการสนับสนุนทางสังคม ก็จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกที่เป็นภาระการดูแลที่หนักได้ (Chang, Brecht, & Carter, 2001) จากการศึกษา เสริมศรี สันตติ (2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบจำลองการวิเคราะห์เชิงสาเหตุของความสามารถในการดูแลโรคหืด: การทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน โรคหืด ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลโดยตรงในระดับปานกลางต่อภาระการดูแลในทางลบ ($y = -0.16, p < .05$) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมน่าจะเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล สมรรถนะของตนเองในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม ว่าส่งผลต่อภาระของผู้ดูแลหรือไม่อย่างไร โดยใช้แนวคิดภาระการดูแลของเซาว์ (Chou, 2000) และจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้เป็นข้อมูลที่สำคัญในการวิจัยเกี่ยวกับภาระการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมในการดูแล สมรรถนะของตนเองในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

คำถามการวิจัย

การมีส่วนร่วมในการดูแล สมรรถนะของตนเองในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมในการดูแล สมรรถนะของตนเองในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดในผู้ดูแลของเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ที่มีอายุระหว่าง 1-6 ปี ที่เข้ารับการตรวจในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ และโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554

นิยามศัพท์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หมายถึง สิ่งที่สัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดตามการรับรู้ของผู้ดูแล ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแล สมรรถนะของตนเองในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม

การมีส่วนร่วมในการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดเกี่ยวกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กและปริมาณเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรมนั้นในแต่ละวัน ประเมินโดยใช้แบบสอบถามจากผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

สมรรถนะของตนเองในการดูแล หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถของตนเองของผู้ดูแลในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่ต้องรับผิดชอบ ประเมินโดยใช้แบบวัดสมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดาเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของ กิตติมา สำราญไชยธรรม (2541)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนที่ผู้ดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดได้รับ ใน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ (emotion support) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และด้านทรัพยากร (instrumental support) ประเมินโดยใช้แบบสอบถามจากผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ เชฟเฟอร์, คอยน์, และ ลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981)

ภาระของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความต้องการของผู้รับการดูแลเมื่อเปรียบเทียบกับแหล่งประโยชน์ที่มี เป็นสิ่งที่มากหรือหนักเกินไป ซึ่งส่งผลต่อผู้ดูแลในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ ประเมิน โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามแนวคิดของเซาว์ (Chou, 2000) และการทบทวนวรรณกรรม

ผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด หมายถึง ผู้ทำหน้าที่หลักในการดูแลเด็กอายุ 1-6 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืด