

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแล สมรรถนะของตนเองในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ที่มีอายุระหว่าง 1-6 ปี ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 88 ราย ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554 ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2554 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอในรูปตารางประกอบการบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล
- 1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความสัมพันธ์ของภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

- 2.1 ความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมในการดูแลกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด
- 2.2 ความสัมพันธ์ของสมรรถนะของตนเองในการดูแลกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด
- 2.3 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลของเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 73.86) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.59 มีอายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 92.05 สมรส อยู่ด้วยกัน และร้อยละ 28.40 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มีเพียงร้อยละ 5.68 ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 52.27 มีรายได้ระหว่าง 10,000-25,000 บาท ผู้ดูแลมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.41) ได้รับการสนับสนุนเมื่อมีปัญหาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดมากที่สุดจากบิดามารดา ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1

จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดจำแนกตามความเกี่ยวข้องกับเด็กที่เป็นโรคหอบหืด อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ กลุ่มบุคคลที่ช่วยเหลือ หรือสนับสนุน เมื่อมีปัญหาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ($n = 88$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความเกี่ยวข้องกับเด็กที่เป็นโรคหอบหืด		
บิดา	13	14.77
มารดา	65	73.86
ย่าหรือยาย/ปู่หรือตา	9	10.23
ป้า น้ำ หรือ ออ	1	1.14
อายุ		
≤ 20 ปี	3	3.41
21 – 30 ปี	21	23.86
31 – 40 ปี	42	47.73
41 – 50 ปี	17	19.32
> 50 ปี ขึ้นไป	5	5.68

(Range = 19 ปี – 70 ปี, \bar{x} = 36.35 ปี, SD = 9.65)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
คู่	81	92.05
แยกกันอยู่	4	4.54
หย่า	3	3.41
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	5	5.68
ประถมศึกษา	21	23.87
มัธยมศึกษาตอนต้น	7	7.95
มัธยมศึกษาตอนปลาย	18	20.45
ปวช	6	6.82
ปวส	9	10.23
ปริญญาตรี	18	20.45
ปริญญาโท	4	4.55
รายได้		
ต่ำกว่า10,000 บาท	22	25.00
10,000-25,000 บาท	46	52.27
25,001-40,000 บาท	11	12.50
40,001-55,000 บาท	4	4.55
มากกว่า55,000 บาท	5	5.68

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
กลุ่มบุคคลที่ช่วยเหลือ หรือสนับสนุน เมื่อมีปัญหาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด		
บิดามารดา	47	53.41
พี่น้อง	10	11.35
ญาติ	3	3.41
เพื่อน	1	1.14
ผู้ร่วมงาน	1	1.14
สามีภรรยา	22	25.00
บุตร	1	1.14
แพทย์ พยาบาล	3	3.41

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

เด็กที่เป็นโรคหอบหืดที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม จำนวน 88 ราย พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นเด็กชาย (ร้อยละ 65.91) ร้อยละ 78.41 มีอายุระหว่าง 3-6 ปี โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 4 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 84.1) มีระดับอาการรุนแรงน้อย ร้อยละ 65.90 มีระยะเวลาที่เป็นโรคหอบหืดตั้งแต่วินิจฉัยโรคน้อยกว่า 3 ปี ร้อยละ 51.13 ไม่เคยมีอาการจับหืดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 72.73 ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากโรคหอบหืดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับขยายหลอดลมชนิดรับประทานร่วมกับยาป้องกันอาการหอบชนิดพ่นจำนวนร้อยละ 80.68 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2

จำนวนและร้อยละของเด็กที่เป็นโรคหอบหืดจำแนกตามเพศ อายุ ระดับความรุนแรงของโรค ระยะเวลาที่เป็นโรคหอบหืดตั้งแต่วินิจฉัยโรค จำนวนครั้งของการจับหืดในช่วง 1 เดือน จำนวนครั้งของการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจากโรคหอบหืดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา และยาที่ได้รับในปัจจุบัน ($n = 88$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
เด็กชาย	58	65.91
เด็กหญิง	30	34.09
อายุ (ปี)		
1-3 ปี	19	21.59
มากกว่า 3 ปี – 6 ปี	69	78.41
(Range = 1 ปี 4 เดือน – 6 ปี, $\bar{x} = 4$ ปี, SD = 1.15)		
ความรุนแรงของโรค		
ระดับอาการหอบหืดเป็นครั้งคราว	2	2.30
ระดับอาการรุนแรงน้อย	74	84.10
ระดับอาการรุนแรงปานกลาง	12	13.60
ระดับอาการรุนแรงมาก	0	0.00
ระยะเวลาที่เป็นโรคหอบหืดตั้งแต่วินิจฉัยโรค		
น้อยกว่า 2 ปี	31	35.23
2 ปี - น้อยกว่า 3 ปี	27	30.67
3 ปี - น้อยกว่า 4 ปี	20	22.73
4 ปี – น้อยกว่า 5 ปี	6	6.82
5 ปีขึ้นไป	4	4.55
(Range = 10 เดือน – 5 ปี 8 เดือน, $\bar{x} = 2$ ปี 4 เดือน, SD = 1.33)		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการจับหัดในช่วง 1 เดือน		
ไม่เคย	45	51.13
1-5 ครั้ง	42	47.73
มากกว่า 5 ครั้ง	1	1.14
(Range = 0 – 5 ครั้ง , \bar{X} = 0.65, SD = 1.11)		
จำนวนครั้งของการเข้ารักษาในโรงพยาบาลจากโรคหอบหัดในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา		
ไม่เคย	64	72.73
เคยน้อยกว่า 5 ครั้ง	24	27.27
(Range = 0 – 3 ครั้ง , \bar{X} = 0.27, SD = 0.58)		
ยาที่ได้รับในปัจจุบัน		
ยายายหลอดเลือดชนิดรับประทาน	10	11.36
ยายายหลอดเลือดชนิดพ่น	7	7.96
ยายายหลอดเลือดชนิดพ่นร่วมกับชนิดรับประทาน	71	80.68

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในการดูแล กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

การมีส่วนร่วมในการดูแล กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด โดยรวมไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p > .05$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด และการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด	การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด	p-value
ภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด	-0.157	.144 ^{ns}

ns = ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะของตนเองในการดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

สมรรถนะของตนเองในการดูแลกับการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.380$ $p < .01$) และสมรรถนะของตนเองในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ด้านเศรษฐกิจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.443$, $p < .01$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4

ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด และสมรรถนะของตนเองในการดูแล

การดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด	การสนับสนุนทางสังคม	p-value
การดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด โดยรวม	-.374	.001*

* $p < .01$

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.374$, $p < .01$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคม

ภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด	การสนับสนุนทางสังคม	p-value
ภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด โดยรวม	-0.374	.001*

* $p < .01$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแล สมรรถนะของตนเองในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ และคำถามการวิจัยดังต่อไปนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมในการดูแล สมรรถนะของตนเองในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

คำถามการวิจัย การมีส่วนร่วมในการดูแล สมรรถนะของตนเองในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด อย่างไร

ความสัมพันธ์ของสมรรถนะของตนเองในการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด และภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าสมรรถนะของตนเองในการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด และภาวะการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -.380$ $p < .01$) (ตารางที่ 4) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดที่มีสมรรถนะของตนเองในการดูแลมาก ผู้ดูแลจะมีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลน้อย และการศึกษายังพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.68 มีสมรรถนะในการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทำให้เชื่อว่าตนเองมีสมรรถนะที่จะกระทำพฤติกรรมที่ต้องการได้ ก็จะแสดงถึงสมรรถนะนั้นออกมาด้วยการกระทำ แม้จะมีอุปสรรคหรือความยากลำบาก ก็จะมีความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอยง่าย ทำให้บุคคลนั้นประสบความสำเร็จในที่สุด (Bandura, 1997) แต่อย่างไรก็ตามในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดในสังคมไทยนั้น ส่วนใหญ่แล้วภายในครอบครัวนั้นผู้ชายจะมีหน้าที่ออกไปทำงานนอกบ้าน ในขณะที่ผู้หญิงจะอยู่ที่บ้านและดูแลทำหน้าที่แม่บ้านรวมทั้งดูแลสมาชิกที่ป่วยด้วย (ฟาริดา อิบราฮิม, 2544) ด้วยเหตุนี้ทำให้มารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักต้องรับภาระดูแลเด็กโรคหืดแต่เพียงลำพัง (เสริมศรี สันตติ, 2003) และจากการศึกษาของ เสริมศรี สันตติ, เอมพร รัตติธรรม, และ เบคกี คริสเตียน (2546) ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับ ประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหอบหืดในการป้องกันอาการหอบ การค้นหาทางควบคุม โดยศึกษาผู้ปกครอง 10 ราย พบว่ามารดาเด็กที่เป็นโรคหอบหืดมีหน้าที่ความรับผิดชอบมากที่สุดในครอบครัว และรู้สึกว่าสมาชิกใน

ครอบครัวที่หน้าทีรับผิดชอบทุกอย่างไว้ให้ จากเหตุผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลหลักซึ่งเป็นมารดานั้นต้องรับภาระการดูแลแต่เพียงลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาของ อิงตัน และคณะ (Englund et al., 2001) สัมภาษณ์บิดามารดาที่ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด พบว่า มารดารู้สึกโดดเดี่ยว ถูกแยกตัวออกจากคนอื่นๆ เนื่องจากความเจ็บป่วยของเด็ก ขาดการติดต่อเพื่อน และสูญเสียสัมพันธภาพระหว่างคู่สามี ภรรยา ทำให้รู้สึกผิดและเสียใจที่ไม่มีเวลาให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัว

ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

ผลการศึกษารั้ครั้งนี้พบว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s = -0.374$, $p < .01$) (ตารางที่ 5) ซึ่งแสดงว่าผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก มีความรู้สึกเป็นภาระการดูแลโดยรวมน้อย จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลร้อยละ 71.59 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 92.05 (ตารางที่ 1) มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน คู่สมรสเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดสามารถที่จะไว้วางใจกันอย่างมากที่สุด ทำให้เกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสามี และภรรยา (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) อีกทั้งยังพบว่าคู่สมรส โดยเฉพาะผู้หญิง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความถี่ของการติดต่อกับสมาชิกของเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคม และพบว่าผู้ที่แต่งงานแล้วมีความยากลำบากน้อยลงในการได้รับการช่วยเหลือจากผู้ที่เกี่ยวข้องได้ และเพื่อน (Betty, Mary, & Patricia, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุไพรมา ลีลามณี (2543) พบว่าบิดาเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะอารมณ์จิตใจ และการทำหน้าที่ของมารดามากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ปกครองเด็กป่วยโรคหอบหืดในการป้องกันอาการหอบ: การค้นหาทางควบคุม พบว่าหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ เช่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของ จะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด กล่าวคือ การคงไว้ซึ่งการเจริญเติบโตที่ปกติและพัฒนาการของเด็ก ภาระงานบ้าน และงานในออฟฟิต ซึ่งผู้ดูแลมีความยากลำบากในการจัดการ หากมีบุคคลมาให้ความช่วยเหลือ เช่น สมาชิกในครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หรือคนในชุมชนก็จะสามารถช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระลงได้ (เสริมศรี สันตติ, 2546)

เซาว์ (Chou, 2000) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการช่วยลดภาระที่อาจเกิดขึ้นได้ เป็นสิ่งสำคัญในครอบครัวที่มีประสบการณ์กับภาวะความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของบูล (Bull, 1990) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ สามารถลดความรู้สึกเป็นภาระการดูแล และ สอดคล้องกับ

การศึกษาของ เรนฮาร์ด (Reinhard, 1994) ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยทางจิตของญาติผู้ดูแลจำนวน 94 ราย พบว่าผู้ดูแลมีระดับภาระการดูแลปานกลาง การช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล

แต่เนื่องจากการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 73.86 ต้องรับภาระการดูแลเพียงลำพัง เนื่องจากโรคหอบหืดเป็นโรคที่มีการดูแลที่ซับซ้อนและต้องอาศัยเทคนิคในการดูแลเป็นอย่างมาก ถึงแม้ว่าผู้ดูแลจะได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือในการดูแลเด็ก แต่ผู้ดูแลต้องดูแลเด็กเหล่านี้ด้วยตนเองทั้งหมด (เสริมศรี สันตติ, 2548) อีกทั้งเนื่องจากเด็กที่เป็นโรคหอบหืดมักมีอาการที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ทำให้บิดามารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักต้องเฝ้าดูแลอย่างใกล้ชิด (Trollvik & Severinsson, 2004) จากการศึกษาของ คาเฟทซ์ และ บาร์เนส (Chafetz & Barnes, 1989) เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคจิตเภท จำนวน 10 ราย พบว่าถึงแม้ว่าจะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากหลากหลายกลุ่มสนับสนุน และการสนับสนุนอย่างเป็นทางการ ผู้ดูแลยังคงมีความคิดเห็นว่ายังคงรู้สึกโดดเดี่ยว

ความสัมพันธ์ของการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด และภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด และภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 3) สอดคล้องกับการศึกษาของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดของ นภิสรา ธีรเนตร (2552) โดยใช้แนวคิดของเขาว์ พบว่า ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมในการดูแล ไม่สามารถทำนายภาระของผู้ดูแลได้ อาจเนื่องจาก ผู้ดูแลมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 65.91)ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดตั้งแต่เริ่มตั้งแต่วินิจฉัยโรคน้อยกว่า 3 ปี ซึ่งเด็กที่เป็นโรคหอบหืดเป็นความเจ็บป่วยที่ต้องได้รับการดูแลรักษาที่ใช้เวลายาวนานต่อเนื่อง ผู้ดูแลมักมีประสบการณ์การดูแล และเกิดทักษะการดูแลจากการดูแลในแต่ละวัน ทำให้เกิดทักษะความรู้ที่พัฒนาจากประสบการณ์ในการดูแลแต่ละวัน (Jerret, 1994; Jerret & Costello, 1996) รวมทั้งทักษะความรู้ที่ได้จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Jerret & Costello, 1996) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดไม่เป็นภาระการดูแล ซึ่งหากพิจารณาการศึกษาของ เสริมศรี สันตติ (2548) ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบจำลองการวิเคราะห์เชิงสาเหตุของความสามารถในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด: การทดสอบเชิงประจักษ์ในผู้ปกครองผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนโรคหืด พบว่าภาระในการดูแลมีอิทธิพลโดยตรงในทางลบต่อความสามารถของผู้ดูแล สอดคล้องกับจากการศึกษาในต่างประเทศพบว่า บิดามารดา

เด็กป่วยจะมีการพัฒนาการดูแลให้เกิดความปลอดภัยและยืดหยุ่นในการดูแล โดยวิธีผสมผสานบนพื้นฐานความรู้และประสบการณ์ ทำให้บิดามารดาเหล่านั้นสามารถดูแลบุตรที่ป่วยได้ (Hatton, Canam, Thorne, & Hughes, 1995) อีกประการหนึ่ง ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา ซึ่งมีความเกี่ยวข้องทางสายเลือด ทำให้รู้สึกว่าการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ ซึ่งเซาว์ (Chou et al., 1999) กล่าวว่า ผู้ดูแลและผู้รับการดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นหน้าที่ เป็นความรับผิดชอบของตนและมีความเต็มใจ ยินดีที่จะให้การดูแล โดยผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดและมีความรักใคร่เอ็นดูต่อผู้รับการดูแล ทำให้ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระการดูแล

