ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด

*สุทธินันท์ โคตะสิน**

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสหสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดที่มีอายุ 60-90 ปี และเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 138 ราย สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบ stepwise

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.40 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 45.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.10 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.40 มีรายได้อยู่ในช่วง 4,000-6,000 บาท ร้อยละ 45.7 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยหอบหืด อยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 42.50 พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหอบหืด (Beta=0.383) และความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด (Beta=.224) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด ได้ร้อยละ 19.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแล, โรคหืด, ผู้ดูแล

---

* โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

Corresponding author: Sutthinun Kotasin Email: Sutthinunkotasin@gmail.com

Received 03/10/2022 *Revised 4/11/2022* *Accepted 1/12/2022*

FACTORS INFLUENCING CARING BEHAVIORS OF CAREGIVERS OF OLDER PATIENTS WITH ASTHMA

*Sutthinun Kotasin**

ABSTRACT

This correlation study aimed to study caring behaviors and factors influencing the caring behaviors of the caregiver of older patients with asthma. A simple random sampling was conducted to obtain 138 caregiver of older patients with asthma, aged from 60-90 years, registered in the chronic disease clinic in the 50 Pansa Mahavajiralongkorn hospital. Data was collected by the questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, stepwise multiple regression.

The results found that 79.40% of participants were female, 45.70% were between the ages of 51-60 years, 68.10% of participants were married, 47.80% had received primary school education, 38.40% were farmers, 45.70% had an average monthly income between 4000-6000 bath, and 42.50% had the duration of asthma patient between 1-10 years. 84.00% of participants had a high level of caring behaviors for older asthma patients. According to multiple regression analysis, the perceived risk for asthma complication (Beta=0.383), and the knowledge of asthma (Beta=.224) can predict the caring behaviors of the caregiver of older patients with asthma with 19.5% with statistical significance .001

Keywords: caring behaviors, asthma, caregiver

---

* 50 Pansa Mahavajiralongkorn Hospital

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังระบบทางเดินหายใจซึ่งเกิดจากการอักเสบของผนังหลอดลมเรื้อรัง ทำให้หลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าปกติ ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หายใจหอบเหนื่อยเมื่อมีอาการมากขึ้นจะมีอาการหายใจลำบากและหายใจดังมีเสียงหวีด (wheeze) ซึ่งมักเกิดในช่วงเวลากลางคืนหรือเช้ามืด[1] โรคหืดสามารถทำให้เกิดอันตรายขั้นรุนแรงถึงแก่ชีวิตผู้ป่วยได้ สามารถพบได้ทุกเพศทุกวัยทั่วโลก จากการรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี 2562 พบผู้ป่วยโรคหืดทั่วโลกประมาณ 262 ล้านคน และเสียชีวิต 455,000 คน[2] ส่วนประเทศไทย ปี 2563 พบผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคหืดถึง 6,808 ราย โดยคิดเป็น 3.93 รายต่อแสนประชากร หรือ 0.94% ของคนที่เสียชีวิตทั้งหมด จัดเป็นอันดับที่ 96 ของโลก ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลการสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยจากโรค พบว่า โรคหืดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในคนไทยเป็นอันดับที่ 28 โดยอันดับ 1 คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ[3] จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข[4] พบว่าในปี พ.ศ. 2561-2562 ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดย พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วย 130,458 ราย และเพิ่มเป็น 135,090 ราย ในปี พ.ศ. 2562 ส่วนโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ ปีงบประมาณ 2564 มีผู้ป่วยโรคหืด จำนวน 756 ราย อัตราการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหืดอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 142 ราย

ในปัจจุบันการดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญมากขึ้น เนื่องจากโครงสร้างของประชากรโลกและประเทศไทยกำลังเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้พบผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ มากขึ้น โรคหืดเป็นอีกโรคที่มีแนวโน้มพบในผู้สูงอายุมากขึ้น ผู้สูงอายุโรคหืดต้องได้รับการรักษาตามแนวทางการรักษาโรคหืดสำหรับผู้ใหญ่ โดยเฉพาะการได้รับยาที่เหมาะสมและที่สำคัญ คือ พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการของโรคโดยเฉพาะผลิตภัณฑ์รูปแบบยาสูดพ่น ถ้าผู้ป่วยสามารถใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมได้อย่างถูกวิธีก็จะมียาเข้าไปในปริมาณที่เหมาะสม[5] และเนื่องด้วยผลิตภัณฑ์รูปแบบสูดพ่นมีวิธีใช้ที่ยุ่งยาก มีขั้นตอนที่ซับซ้อน มีเทคนิคพิเศษในการบริหารยาและผู้ป่วยต้องบริหารยาด้วยตนเอง ซึ่งถือเป็นการดูแลตนเองที่ต้องใช้ความรู้และทักษะที่ผ่านการฝึกฝนเป็นอย่างดีจึงจะสามารถจัดการดูแลตนเองในการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมได้อย่างมีประสิทธิภาพในการรักษามากที่สุด นอกจากจากนี้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสมก็เป็นสิ่งสำคัญ การขาดความสามารถในการจัดการกับภาวะของโรค

ด้วยตัวเอง เช่น ไม่มีความต่อเนื่องในการรับประทานยา การใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธีรวมถึงยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเบื้องต้น[6] ส่วนเรื่องความเข้าใจในการใช้ยาไม่ถูกต้องมักพบการใช้ยามากเกินไปทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ นอกจากนี้การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นอาการหืดก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยในผู้ป่วยโรคหืด ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดจำเป็นจะต้องมีผู้ดูแลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุมโรค

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดเป็นการจัดการหรือพฤติกรรมการตอบสนองของสมาชิกในครอบครัวต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง เป้าหมายเพื่อทำให้ครอบครัวมีการจัดการต่อสภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลลัพธ์ที่ดีซึ่งพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดเป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลเกี่ยวกับสภาวการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วย โดยการจัดการดูแลต้องครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลตามลักษณะการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และด้านจิตสังคมด้วยเช่นกัน ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคหืดจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหืดได้ดีนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ทัศนคติของผู้ดูแลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้ป่วยโรคหืด[7] ปัจจุบันแม้มีการรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหืด แต่ยังคงมีผู้ป่วยโรคหืดบางกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคและเกิดอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรืออาจถึงแก่ชีวิต ซึ่งจากการสำรวจผู้ป่วยในเอเชียรวมถึงประเทศไทยด้วย กลับพบว่าผู้ป่วยโรคหืดเพียงร้อยละ 2.9 เท่านั้นที่บรรลุเป้าหมายในการควบคุมอาการของโรคหืด ส่วนมากร้อยละ 62.4 ควบคุมอาการได้เพียงบางส่วนและอีกร้อยละ 34.7 ไม่สามารถควบคุมโรคได้[8] จากข้อมูลจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคหืดบางส่วนยังมีการควบคุมโรคไม่ได้หรือควบคุมได้เพียงบางส่วนเท่านั้น การที่ผู้ป่วยโรคหืดจะสามารถควบคุมอาการของโรคได้ดีนั้น อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ผู้ดูแลเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งมีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลในครอบครัวจึงอาจมีความเกี่ยวข้องกับการควบคุมอาการของโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืด[9] สำหรับผู้สูงอายุโรคหืดนั้นจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากผู้ดูแลในภาวะที่เจ็บป่วย เนื่องจากผู้สูงอายุติดเชื้อระบบทางเดิน

หายใจได้บ่อยกว่าผู้ป่วยวัยกลางคน หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ดีถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง อาการหอบกำเริบจะลดน้อยลงและลดระดับความรุนแรงของโรคลง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดเพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนปรับปรุงส่วนที่เป็นอุปสรรคหรือข้อบกพร่องของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติสุขทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสหสัมพันธ์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคหืดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี อายุ 20-59 ปี จำนวน 181 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักเข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี อายุ 20-59 ปี และมีคุณสมบัติต่อไปนี้

1) มีอายุ 20-59 ปี
2) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุโรคหืด (ผู้ที่พาผู้ป่วยมารับบริการ)
3) มีการรับรู้สมบูรณ์ และสื่อสารภาษาไทยได้
4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดที่มีอายุ 60-90 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดมาอย่างน้อย 6 เดือน ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G* Power ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R2 deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.15 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of

predictors) 5 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 138 ราย

การสุ่มตัวอย่าง

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยวิธีจับสลาก (Lottery) มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) กำหนดหมายเลขประจำตัวให้แก่สมาชิกทุกหน่วยในประชากร

2) นำหมายเลขประจำตัวของสมาชิกมาจัดทำเป็นฉลาก

3) จับฉลากขึ้นมาทีละหมายเลขจนกระทั่งครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามประกอบด้วย คำถาม 7 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะเวลาดูแลผู้ป่วย

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน ประเมินคะแนนตามเกณฑ์การแปลผลคะแนน 3 ระดับ คือ ความรู้น้อย คะแนน 0-7 คะแนน ความรู้ระดับปานกลาง คะแนน 8-10 คะแนน ความรู้มาก คะแนน 11-12 คะแนน

ตอนที่ 3 ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ดูแล จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลเป็นสามระดับ คือ ระดับความเชื่อมั่นน้อย ช่วงคะแนน 1.00-2.33 ระดับความเชื่อมั่นปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34-3.66 ระดับความเชื่อมั่นมาก ช่วงคะแนน 3.67-5.00

ตอนที่ 4 การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลเป็นสามระดับ คือ การรับรู้ความเสี่ยงน้อย ช่วงคะแนน 1.00-2.33 การรับรู้ความเสี่ยงปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34 – 3.66 การรับรู้ความเสี่ยงมาก ช่วงคะแนน 3.67-5.00

ตอนที่ 5 การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลเป็นสามระดับ คือ การรับรู้ความรุนแรงน้อย ช่วงคะแนน 1.00-2.33 การรับรู้ความรุนแรงปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34-3.66 การรับรู้ความรุนแรงมาก ช่วงคะแนน 3.67-5.00

ตอนที่ 6 การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหืด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง แปลผลเป็นสามระดับ คือ การรับรู้สมรรถนะน้อย ช่วงคะแนน 1.00-2.33 การรับรู้สมรรถนะปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34-3.66 การรับรู้สมรรถนะมาก ช่วงคะแนน 3.67-5.00

ตอนที่ 7 พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืด จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติน้อย ไม่เคยปฏิบัติ แปลผลเป็นสามระดับ คือ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดต่ำ ช่วงคะแนน 1.00-2.33 พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดปานกลาง ช่วงคะแนน 2.34-3.66 พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดมาก ช่วงคะแนน 3.67-5.00

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity)

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสมให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการและผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ภาษาและการสื่อสาร จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องในการใช้ภาษา ความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ และเมื่อผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำมาตรวจสอบโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ (Index of Item–Objective Congruence: IOC) พบว่าทุกข้อคำถามได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหามากกว่า 0.60

ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน และนำไปตรวจสอบความเข้าใจในด้านการใช้ภาษาและความสะดวกในการตอบแบบสัมภาษณ์แล้วนำไปวิเคราะห์หาเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยหาค่าความเชื่อมั่นด้วย KR 20 ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ได้ค่าเท่ากับ 0.832 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอร์นบาร์ช (Cronbach' Alpha Coefficient) ในส่วนที่ 3 4 5 6 และ 7 ได้ค่าเท่ากับ 0.94 0.93 0.91 0.90 และ 0.92 ตามลำดับ

วิธีดำเนินการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามได้เอง ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเอง โดยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา แต่กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้เองผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง หลังจากได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี แล้วผู้วิจัยดำเนินการตรมขั้นตอนต่อไปนี้

1) ประสานงานกับโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ อุบลราชธานี

อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย

2) ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม และผู้ช่วยวิจัยได้เก็บแบบสอบถามเอง โดยทำการเก็บตัวอย่างที่คลินิกโรคหืดโรงพยาบาล 50 พรรษามหาวชิราลงกรณ จังหวัดอุบลราชธานี

3) นำเสนอแบบสอบถามที่ได้มาตรวจความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามก่อนนำมาวิเคราะห์และจัดทำเล่มวิจัยสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ดังนี้

1) วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและตัวแปรที่ศึกษาด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์อิทธิพลของ ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ดูแล การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืดและการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหืด ในการทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืด วิเคราะห์โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) แบบ stepwise

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่โครงการ SSJ.UB 121

ผลการศึกษา (Results)

1. **ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.40 อายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี ร้อยละ 45.70 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.10 สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 47.80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 38.40 มีรายได้อยู่ในช่วง 4,000 – 6,000 บาท ร้อยละ 45.70 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยหอบหืดอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 42.50 (ตารางที่ 1)

2. **ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษาและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด**

ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษาและพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคหืดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 53.60 ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดมีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 47.10 การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหืด และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดมี

คะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 71.70 55.10 52.20 และ 84.00 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	56	40.60
หญิง	82	59.40
อายุ		
20-30 ปี	19	13.80
31-40 ปี	17	12.30
41-50 ปี	39	28.30
51-59 ปี	63	45.70
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	1.40
ประถมศึกษา	66	47.80
มัธยมศึกษา/ปวช./ปวส.	51	37.00
ปริญญาตรี	15	10.90
สูงกว่าปริญญาตรี	4	2.90
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	9	6.50
ค้าขาย	17	12.30
รับจ้าง	36	26.10
เกษตรกร	53	38.40
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	12	8.70
อื่น ๆ	11	8.00
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ปี)		
1-10 ปี	100	72.50
11-20 ปี	24	17.40
21 ปี ขึ้นไป	14	10.10

ตารางที่ 2 ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษาและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด

ข้อมูลปัจจัยที่ศึกษาและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด	การแปลผล จำนวน (ร้อยละ)		
	ระดับต่ำ	ระดับปานกลาง	ระดับสูง
ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด	21 (15.22)	43 (31.16)	74 (53.62)
ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด	55 (39.86)	65 (47.10)	18 (13.04)
การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหืด	0 (0.00)	39 (28.26)	99 (71.74)
การรับรู้ความรุนแรงของโรคหอบหืด	0 (0.00)	62 (44.93)	76 (55.07)
การรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุโรคหืด	0 (0.00)	59 (42.75)	79 (57.25)
พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืด	2 (1.50)	20 (14.50)	116 (84.10)

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.010 (r=.219) ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.017 (r=.203) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (r=.286) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 (r=.346) และการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 (r=.381) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด

ปัจจัย	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	p-value
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด	.219	.010
2.ทัศนคติต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหืด	.203	.017
3.การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อน	.286	.001
4. การรับรู้ความรุนแรงของโรคหืด	.346	.000
5. การรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุโรคหืด	.381	.000

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ อุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด (Beta=.838) และความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด (Beta=.224) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด ได้ร้อยละ 19.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด

ปัจจัยทำนาย	B	SE	Beta	t	p-value
ค่าคงที่	20.099	4.368		4.601	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหอบหืด	.447	0.90	.383	4.962	<0.001
ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด	.751	.250	.224	2.895	0.004
$R=.441$, $R^2= .195$, $ajd.R^2=.183$, $F=16.33$, SE.est= .4.469					

วิจารณ์ (Discussions)

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด โรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ อุบลราชธานี ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหอบหืด (Beta=.838) และความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด (Beta=.224) โดยสามารถอธิบายความ

แปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด ได้ร้อยละ 19.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหอบหืดของผู้ดูแลจะทำให้เกิดความกังวลต่อผลที่เกิดตามมา เช่น การนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยที่นานขึ้นจะส่งผลต่อผู้ดูแลทั้งเรื่องการทำงาน ค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความใส่ใจต่อการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของโรคหืดที่ถูกต้องทำให้เกิดความตระหนักและความระมัดระวัง และมีแรงจูงใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม นอกจากนี้การรับรู้ภาวะแทรกซ้อนของโรคที่รุนแรง และผลกระทบที่จะเกิดกับผู้ดูแลยิ่งเป็นปัจจัยผลักดันให้ผู้ดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริกรานต์ สุทธิสมพร[10] ศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบว่าความรุนแรง ของโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .268, p< .05) และสามารถทำนายการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้ ร้อยละ 7.20 (R^2 =.072) และการศึกษาของ ทัชชภร หมื่นนิพัฒ[11] ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืดที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดนครปฐม พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหืดและการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหืด สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคหืดในผู้ป่วยโรคหืดได้ร้อยละ 35.9 (R^2=0.359) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหอบหืดของผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย การที่บุคคลจะปฏิบัติตนตามแผนการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้นั้น บุคคลผู้นั้นจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนซึ่งการรับรู้โอกาสเสี่ยงของตนเองจะเป็นแรงผลักดันให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและดูแลตนเองตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นอกจากนี้การรับรู้ความเสี่ยงยังเป็นปัจจัยทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงที่ไม่ถูกต้องเป็นปัจจัยหลักในการขัดขวางการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม และเป็นผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคหรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ตามมา ผู้ดูแลผู้ป่วยก็เช่นกัน

ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดของผู้ดูแลเป็นอีกปัจจัยที่ผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด เนื่องจากคลินิกโรคหืดโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ

อุบลราชธานี มีกิจกรรมให้สุขศึกษาทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล ทั้งการให้สุขศึกษารายกลุ่ม รายบุคคลหรือการจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคหืดของผู้ดูแลส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคหืดอยู่ในระดับสูง[12] ความรู้เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจและเกิดความสามารถในการปฏิบัติตัว เมื่อมีความรู้ที่ถูกต้องมากเท่าไรก็จะเป็นส่วนที่เร้าพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงออกมา ความรู้จึงเป็นเครื่องชี้วัดและนำไปสู่การปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง ความรู้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของนิราวดี พัชนี และคณะ[13] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืด พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหืดเป็นหนึ่งในปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมใช้ยาของผู้ป่วยโรคหืดได้ ดังนั้นการให้สุขศึกษาในผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยในทุกมิติอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้และลดอัตราการเสียชีวิตจากอาการหืดกำเริบรุนแรง

ข้อยุติ (Conclusions)

พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84 ผลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุ พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหอบหืดและและความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด โดยสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด ได้ร้อยละ 19.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดที่มีระดับความรุนแรงของโรคหืดที่ต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาความรุนแรงของโรคหืดและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืดที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันหรือมีอาการหอบครั้งแรกที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. ในการศึกษาครั้งนี้มีปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหอบหืดและและความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด แต่อาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเข้ามามีอิทธิพล และเป็นอุปสรรคขัดขวาง ส่งผลต่อการทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแล จึงควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับอุปสรรคที่ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องเหมาะสมได้

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

ในการศึกษาครั้งนี้ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุโรคหืด

ของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหืด ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคหอบหืดและความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Pedersen SE, Hurd SS, Lemanske RF, Becker A, Zar HJ, Sly PD, Bateman ED. Global strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger. **Pediatric Pulmonology** 2011; 46(1):1- 17.
2. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. **Lancet** 2020; 396(10258): 1204-1222.
3. World Health Rankings. Thailand: **Asthma** [online]. 2022 [cited 2022 Oct 31]; Available from: https://www.worldlifeexpectancy.com/thailand-asthma.
4. Strategy and planning division, ministry of public health. **Public health statistic A.D. 2019**. Nontaburi: Ministry of public health; 2020.
5. Teeranuch A. **Chronic Obstructive Pulmonary Disease; self-care and pulmonary rehabilitation**. Knon Kean: Siriphan offset & easy-print; 1999.
6. Krainara P, Malathum P, Nathisuwan S. Self-care for medication use in older patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Ramathibodi Nursing Journal** 2011; 17(2): 287-304.
7. Wathanachaporn P, Aree P, Lamchang S. Asthma severity, family management behavior and asthma symptom control in children among family caregivers. **Nursing Journal** 2016; 43(2): 1-12.
8. Lai CK, Ko FW, Bhome A, De Guia TS, Wong GW, Zainudin BM, Mukhopadhyay A. Relationship between asthma control status, the Asthma Control Test™ and urgent health-care utilization in Asia. **Respirology** 2011; 16(4): 688-697.
9. Judang V, Jatupoka S. Caring behavior of the guardians of pediatric patients with asthma aged 0-5 years in Damnoen Saduak Hospital,

Ratchaburi. **Region 4-5 Medical Journal** 2020; 39(3): 488-499.

10. Sutthisompohn S, Lamchang S, Jintrawet U. Factors predicting family management among caregivers of children with asthma. **Nursing Journal** 2020; 47(4): 27-38.
11. Muennipat T. **The factors influencing preventive health behaviors amongst asthmatic patients receiving services at the secondary level hospital in Nakhon Pathom province** (Thesis). Major: Community Nurse Practitioner; M.N.S. (Community Nurse Practitioner). Christian University of Thailand. Bangkok; 2012.
12. Jeamboonsri P, Kaewsing P, Kotpat S, Kompha P, Prathumpet P, Charoensri R. The results of adult asthmatics care in the 50th anniversary of Mahavajiralongkorn hospital. **Srinagarind Medical Journal** 2010; 25(4): 265-271
13. Puchchanee N, Tepsuriyanont S, ChaiChanavirote U, Siripornpibul T. Influencing factors of medication use behavior in asthma patients. **Journal of Nursing Health Science** 2014; 8(3): 92-103.