บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) โดยใช้แบบวัดก่อน-หลัง (The Pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืด

กลุ่มตัวอย่าง คือมารดาและครอบครัวของเด็กวัย 1-6 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดและมารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคภูมิแพ้ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คู่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จากแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการซึ่งเปิดให้บริการคลินิกเด็กโรคหอบหืด 2 วันคือ วันอังคารและวันพฤหัสบดี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยให้ ผู้มารับบริการวันอังคารเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 คู่และผู้มารับบริการวันพฤหัสบดีเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือรูปแบบโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว คู่มือการดูแลเด็กวัย 1-6 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดและแผ่นวีซีดีเรื่องการพ่นยาในผู้ป่วยเด็ก และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของมารดา ครอบครัวและเด็กโรคหอบหืด แบบสอบถามความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืด โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .88

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกโรคภูมิแพ้ โรงพยาบาลสมุทรปราการ หลังจากมารดาและครอบครัวเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหอบหืด ข้อมูลทั่วไปของมารดาและครอบครัว และวัดความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด (Pre-test) ทั้ง 2 กลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาล ส่วนกลุ่มทดลองจะมีการนัดหมายครอบครัว เพื่อให้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวทุกสัปดาห์ตามโปรแกรมที่ได้กำหนดไว้จนครบ 5 สัปดาห์ และนัดมารดาและครอบครัวพบในสัปดาห์ที่ 5 และวัดความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืดด้วยแบบสอบถามชุดเดิม (Post-test) หลังจากนั้นผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูลแล้วนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองมารดามีอายุเฉลี่ย 28.6 ปีมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 11,840.00 บาท ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเด็ก 2.05 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 85 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95 ส่วนระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ30 บุคคลที่ช่วยดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดมากที่สุด คือ ปู่ ย่า ตา ยายของเด็กป่วย ร้อยละ 90 มารดาส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ร้อยละ 65 กลุ่มควบคุมมารดามีอายุเฉลี่ย 28.5 ปีและมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 10,590.50 บาท ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลเด็กป่วย 1.95 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 75 และมารดาทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 60 การศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด ร้อยละ 35 บุคคลที่ช่วยดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืดมากที่สุด คือ ปู่ ย่า ตา ยายของเด็กป่วย ร้อยละ 60 มารดาส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ร้อยละ 65

ครอบครัวของกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 46.9 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 7,545.00 บาท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 40 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75 และมีความสัมพันธ์กับมารดาที่มีเด็กป่วยโรคหอบหืดในฐานะบิดา มารดาร้อยละ 60 ครอบครัวของกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 45.9 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 6,925.00 บาท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 85 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 45 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75 และมีความสัมพันธ์กับมารดาที่มีเด็กป่วยโรคหอบหืดในฐานะบิดา มารดาร้อยละ 35

เด็กป่วยโรคหอบหืดกลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 1.60 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการหอบครั้งแรกเท่ากับ 1.95ปี และในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเด็กป่วยโรคหอบหืดส่วนใหญ่เกิดอาการหอบ 2 ครั้ง ร้อยละ 45 และเคยเข้านอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืด และไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 55 กลุ่มควบคุมเด็กป่วยโรคหอบหืดเป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ยเ 1.75 ปี อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการหอบครั้งแรกเท่ากับ 2.03 ปี และในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดส่วนใหญ่เกิดอาการหอบ 2 ครั้ง ร้อยละ 45 และเคยเข้านอนโรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืด และไม่เคยเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาร้อยละ 55

การเปรียบเทียบผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าผลต่างเฉลี่ยของคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืด กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University

อภิปรายผล

กลุ่มมารดาที่มีบุตรป่วยโรคหอบหืด ซึ่งได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อาจเนื่องจากว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้สอดคล้องกับความเชื่อของครอบครัวและเน้นการส่งเสริม พัฒนา และคงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัว การปฏิบัติตามโปรแกรมด้วยการชื่นชมความมีศักยภาพของครอบครัว การชี้ให้เห็นจุดแข็งและความสามารถของครอบครัว รวมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยโรคหอบหืด ซึ่งทำให้ครอบครัวเกิดอารมณ์ความรู้สึกเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำหน้าที่ในการช่วยเหลือมารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลบุตรได้ จึงแสดงพฤติกรรมออกมาให้มารดารับรู้ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาและการนำแนวคิดการให้ความรู้มาใช้ในรูปแบบของการจัดการโปรแกรมการให้ความรู้อย่างมีแบบแผน โดยความรู้ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ การสอนหรือการให้ความรู้เป็นกระบวนการที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติ และทักษะที่จำเป็นในการรักษาหรือการส่งเสริมสุขภาพ (Rankin & Stalling, 1996 cited in Bowden et al., 1998) ช่วยให้ครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลได้ (สมจิตร หนุเจริญกุล, 2540) โดยโปรแกรมการให้ความรู้ที่จัดให้ครอบครัว มีรูปแบบการสอนและสาธิตเพื่อให้ครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติ ทำให้เกิดทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมเกี่ยวกับพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลบุตร รวมทั้งใช้สื่อประกอบที่เหมาะสม และคู่มือ เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้ของครอบครัว ให้มีมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้โปรแกรมการสอนยังมีการส่งเสริม สนับสนุนและติดตามเป็นระยะโดยการใช้โทรศัพท์เยี่ยมติดตาม ซึ่งจะช่วยเสริมให้ครอบครัวมีความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติในสิ่งที่เรียนได้ และเมื่อนำมาผสานกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman เพราะครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ครอบครัวมีบทบาทเป็นกลจักรสำคัญในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย มีความเชื่อว่าครอบครัวมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ผลกระทบต่อครอบครัว การดูแลที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวนั้น นำมาเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรับรู้ปัญหาร่วมกัน เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลที่ดีซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จริยากร ดิษจินดา (2542) ที่นำแนวคิดการให้ความรู้ร่วมกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลบุตรของมารดาหรือผู้ดูแล ภายหลังการทดลองพบว่ามารดามีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ความเชื่อและพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของปรียะดา ภัทรสัจจธรรม (2546) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยก่อนเรียนโรคหอบหืด โดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลเพื่อให้มารดาหรือบิดามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง มารดาและบิดาในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพเด็กโรคหอบหืดดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและจากการศึกษาของคณิต ณ พัทลุง (2549) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลทารกป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของมารดา ผลการศึกษาพบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ระดับ .05

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติของพยาบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นการให้การดูแลและให้คำแนะนำตามแผนการรักษาของแพทย์ หรือการให้คำแนะนำเมื่อมารดาหรือครอบครัวซักถามไม่เข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติตัวหรือการดูแลบุตรหรือให้คำแนะนำเมื่อพบว่าครอบครัวหรือมารดามีปัญหาไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดได้ เช่น ให้คำแนะนำในการช่วยเหลือในการพ่นยาเมื่อเด็กมีอาการหายใจเหนื่อยหอบ การแนะนำเรื่องการเช็ดตัวลดไข้ ซึ่งการดูแลทั่ว ๆ ไปที่พยาบาลกระทำให้ผู้ป่วยแต่ละรายมีเวลาน้อย พยาบาลต้องปฏิบัติงานด้วยความรีบเร่ง ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลกับมารดาหรือผู้ดูแลได้ครอบคลุมทั้งหมด ข้อมูลที่มารดาหรือผู้ดูแลได้รับก็ไม่เฉพาะเจาะจง รวมทั้งลักษณะการให้ข้อมูลอาจเป็นแบบที่ผู้สอนมักจะยึดตนเองเป็นศูนย์กลางและให้ความรู้แบบสื่อสารทางเดียวโดยไม่คำนึงถึงประสบการณ์เดิมที่มารดาหรือผู้ดูแลเคยได้รับมาก่อน ซึ่งอาจทำให้มารดาหรือผู้ดูแลได้รับความรู้หรือคำแนะนำที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างแท้จริง รวมทั้งมารดาหรือผู้ดูแลไม่สามารถระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ไม่กล้าซักถามพยาบาลในสิ่งที่ยังไม่เข้าใจ ทั้งยังไม่มีโอกาสได้ฝึกทักษะการปฏิบัติที่จำเป็นในการดูแลบุตร เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การพ่นยา ทั้งยังขาดการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรในรูปแบบที่มีแบบแผนโดยพยาบาลคอยให้คำแนะนำ ชี้แนะ สนับสนุน และให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด ประกอบกับกลุ่มควบคุมไม่ได้รับการให้ความรู้ตามโปรแกรมการให้ความรู้ซึ่งจัดไว้ทำให้ขาดกลไกสำคัญในการที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรให้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะรูปแบบของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวซึ่งจัดให้มีการวิเคราะห์ปัญหาและเสนอวิธีการในการแก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งเป็นกิจกรรมการเรียนรู้ที่จะช่วยแก้ปัญหาและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาซึ่งจะส่งผลให้เพิ่มความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดได้ รวมทั้งการที่กลุ่มควบคุมไม่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลที่มีการกระตุ้น

โดยใช้โทรศัพท์ติดตาม สนับสนุน และให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมความมั่นใจให้ครอบครัวปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมในการดูแลบุตร จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้มารดาในกลุ่มควบคุมซึ่งขาดกลไกกระตุ้นในการเพิ่มความสามารถอย่างมีแบบแผน เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มทดลอง มารดาในกลุ่มทดลองจึงมีความสามารถในการดูแลบุตรโรคหอบหืดดีกว่ากลุ่มควบคุมหรือกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ทำให้มารดาที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนความสามารถในการดูแลบุตรโรคหอบหืดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวทำให้มารดามีความสามารถในการดูแลบุตรที่ดีขึ้นได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ควรจัดให้มีการให้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่สร้างขึ้นในงานวิจัยนี้ในการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้เด็กป่วยโรคหอบหืดได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งเป็นการขยายบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลเด็กให้ชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้นทั้งตัวเด็กป่วยและครอบครัว

1.2 การใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่สร้างขึ้นในงานวิจัยนี้ ต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 5 สัปดาห์จึงจะสามารถดูแลผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างครอบคลุม ขั้นตอนที่สำคัญที่สุดคือการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับเด็กป่วย มารดาและครอบครัว จนเกิดความไว้วางใจ ซึ่งมีผลต่อการวางแผนในการให้โปรแกรมอย่างมาก

1.3 ควรจัดให้มีการนำโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยในลักษณะการติดตามผลในระยะยาว เพื่อดูพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวจากครอบครัว ผลลัพธ์และผลกระทบของการดูแลของมารดาต่อการเจ็บป่วยของบุตร

2.2 ควรขยายขอบเขตการวิจัยโดยศึกษาเปรียบเทียบการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวนี้ระหว่างที่โรงพยาบาลและที่บ้าน

มหาวิทยาลัยบูรพา Burapha University