

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่
โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ *

**Factors influencing Family Management in Families with
Asthmatic Adult in Bangphli Hospital Samut Prakarn Province**

น้ำเพชร มาตาชนก** พย.ม.

Nampetch Matachanok, M.N.S.

มนีรัตน์ ภากรูป*** Ph.D.

Maneerat Phaktoop, Ph.D.

จินตนา วัชรสินธุ์**** Ph.D.

Chintana Wacharasin, Ph.D.

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอายุ 20-59 ปี ของโรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 101 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว แบบสอบถามความรุนแรงของโรค แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว แบบสอบถามการสื่อสารในครอบครัวและแบบสอบถามการจัดการของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า การจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่าการจัดการด้านการรักษา ด้านจิตสังคม ด้านบทบาทหน้าที่และด้านเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับน้อย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่คือ การสนับสนุนจากครอบครัวและการสื่อสารในครอบครัวโดยสามารถร่วมกันทำนายการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถอธิบายการผันแปรได้ร้อยละ 46 ผลการศึกษานี้เสนอว่าการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ควรเน้นที่การส่งเสริมให้มีการสนับสนุนและการ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

**** รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สื่อสารที่ดีในครอบครัว

คำสำคัญ : การจัดการของครอบครัว ผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ การสนับสนุนจากครอบครัว/การสื่อสารในครอบครัว

Abstract

The purpose of this study was to examine the prediction of family management of families with adult asthmatic disease. The sample consisted of 101 asthmatic patients aged 20-59 year in Bangphli Hospital Samut Prakarn province, Statistical methods used for data analysis included mean, standard deviation, Pearson's product moment correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

The result showed that family management was at moderate level. The management of medication, psycho-social, role function, and finance were at moderate level, while environmental management was at low level. Family support and family communication significantly predicted the family management and explained 46% of the variance. The findings suggest that nursing intervention should emphasize the promotion of family support and family communication.

Key words : Family management, asthmatic adult family, support, family communication

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้ในทุกเพศทุกวัยทั่วโลก เป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานทั้งร่างกายและจิตใจอีกทั้งยังเป็นโรคเรื้อรัง

ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งระดับบุคคลครอบครัวและชุมชน ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากโรคหอบหืดกว่า 300 ล้านคนทั่วโลกและคาดว่าจะมีอัตราสูงขึ้นถึง 400 ล้านคนในปีพ.ศ. 2568 (สำนักงานสาธารณสุขและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) ส่วนในประเทศไทยนั้นโรคหอบหืดเป็นโรคระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยโดยมีประชากรที่เป็นโรคหอบหืดทั้งหมดถึง 3 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 5 ของประชากร มีผู้ป่วยเสียชีวิตถึงปีละ 1,000 คน (ชัยเวช นุชประยูร, 2543) จากสถิติดังกล่าว จะเห็นได้ว่าโรคหอบหืดมีโอกาที่จะเพิ่มขึ้นเนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่มีการส่งเสริมในภาคอุตสาหกรรมอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดโรงงานอุตสาหกรรมมากมายเพื่อรองรับความต้องการด้านผลผลิตที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดมลภาวะตามมา ซึ่งสิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้โรคหอบหืดมีอาการกำเริบมากขึ้น อันเป็นปัญหาสุขภาพของประชาชนที่ส่งผลต่อการพัฒนาประเทศอย่างยั่งยืนเนื่องจากภาครัฐต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละครั้ง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชนอีกด้วย

โรคหอบหืดส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำลง (Chapman, 2005) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของปอดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดลงทำให้ระบบต่างๆ ภายในร่างกายเสียความสมดุลภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงและความรุนแรงของโรคยังทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียรายได้จากการทำงาน (Ward, 2002) ผู้ป่วยอาจเกิดความเครียดและมีภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (Opolski, 2005) นอกจากพยาธิสภาพของโรคจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อระบบครอบครัวด้วยเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์ ทำให้ครอบครัวขาดความสมดุล

ซึ่งโรคหอบหืดที่มีอาการกำเริบอาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตก่อนวัยอันควรได้ โดยเฉพาะสมาชิกครอบครัวที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยแรงงานที่มีหน้าที่หารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว ครอบครัวที่สามารถจัดการในครอบครัวได้ก็จะสามารถปรับตัวปรับสมดุลได้ แต่มีหลายครอบครัวที่ประสบความสำเร็จยากเกี่ยวกับการจัดการในครอบครัว การทำบทบาทและหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเป็นไปด้วยความลำบากทำให้เกิดความไม่สมดุลในครอบครัว การจัดการของครอบครัวจะช่วยให้การทำหน้าที่ของครอบครัวสมบูรณ์ขึ้น ผลกระทบต่อระบบครอบครัวน้อยลง ลดอัตราการนอนโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยมีเวลาให้แก่ครอบครัวมากขึ้น ซึ่งการจัดการของครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเช่น โรคหอบหืดนั้น ครอบครัวต้องเตรียมกระบวนการจัดการในด้านต่างๆ ต่อไปนี้ ได้แก่ 1) การจัดการด้านการศึกษา 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ 3) การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม 4) การจัดการด้านเศรษฐกิจและ 5) การจัดการด้านจิตสังคม (Merrit, 2003)

การจัดการของครอบครัวในสถานการณ์เช่นนี้จึงถือเป็นศักยภาพที่จำเป็นสำหรับครอบครัวที่จะช่วยให้ครอบครัวผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ การจัดการอย่างมีประสิทธิภาพของครอบครัวจะช่วยให้ ผู้ป่วยไม่ต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการกำเริบที่เกิดขึ้น ลดอัตราการนอนโรงพยาบาล มีเวลาให้แก่ครอบครัวมากขึ้นส่งผลให้การทำหน้าที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ในทางตรงกันข้ามหากการจัดการของครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการกำเริบ ต้องสูญเสียเวลาทำงาน สูญเสียรายได้ซึ่งส่งผลต่อการทำหน้าที่เช่นเดียวกัน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังมีกรศึกษาน้อยมากในประเทศไทยโดยเฉพาะที่โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการนั้นยังไม่มีผู้ใดศึกษาไว้เลย

นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ของโรงพยาบาลบางพลีนั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้น กล่าวคือในปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนทั้งสิ้น 425 ราย และในปีพ.ศ. 2549 มีจำนวนถึง 612 ราย (สถิติโรงพยาบาลบางพลี, 2549) ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่จึงเป็นประเด็นที่น่าสนใจและมีประโยชน์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่

สมมติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของโรค ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาความเจ็บป่วย การสื่อสารในครอบครัวและการสนับสนุนจากครอบครัวจะสามารถทำนายการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

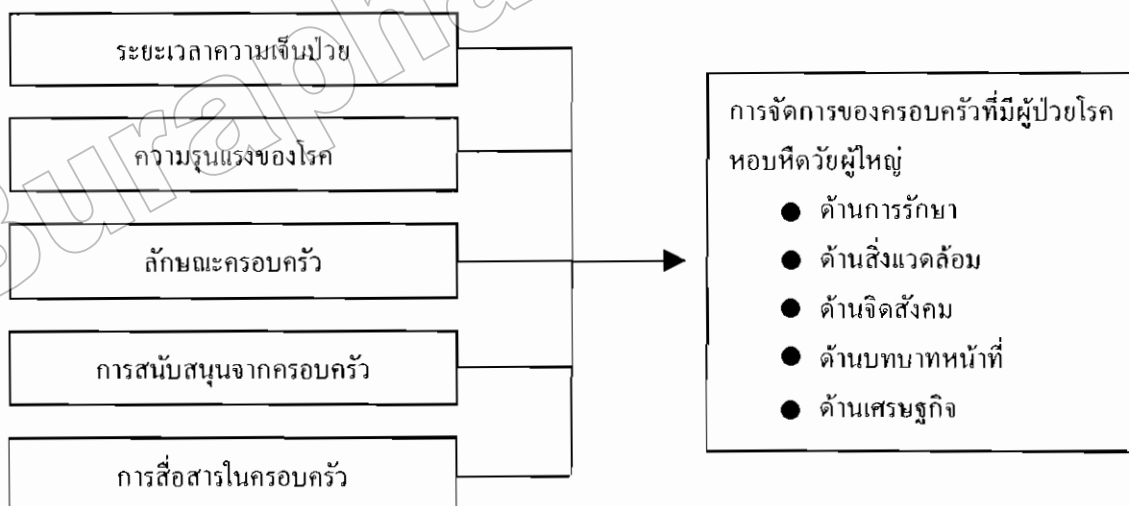
ครอบครัวเป็นระบบย่อยที่ประกอบด้วยระบบย่อยที่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน (Friedman, Bowden & Jones, 2003) เช่น ระบบย่อยสามี-ภรรยา ระบบย่อยพี่-น้อง ระบบย่อยพ่อ-แม่ เป็นต้น เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวจะมีผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่นด้วย (Wright & Leahey, 2005) ในภาวะปกตินี้ระบบย่อยยังมีการทำหน้าที่ครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ แต่เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว สมาชิกในครอบครัวต้องมีการปรับบทบาทหน้าที่เพื่อให้ครอบครัวสามารถดำรงอยู่ได้ โดยเฉพาะโรคหอบหืดซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัว ทั้งนี้เพราะโรคหอบหืดสามารถเกิดอาการกำเริบได้ตลอดเวลา มีความรุนแรง

หลายระดับและเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้เวลานานในการดูแล ระยะเวลาความเจ็บป่วยที่ยาวนานส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ครอบครัวในแต่ละด้าน ทำให้ครอบครัวเกิดความกลัว รู้สึกถึงความไม่แน่นอนในชีวิตทั้งด้านเศรษฐกิจและความปลอดภัย (Edward & Small, 2000) ส่งผลต่อความสมดุลของระบบครอบครัว ความรุนแรงของโรคอาจทำให้ผู้ป่วยต้องสูญเสียเวลาและรายได้จากการทำงาน (Cisternas, 2003) การจัดการที่ดีของครอบครัวจะช่วยให้ความรุนแรงของโรคหอบหืดลดลงได้ ซึ่ง เมอริท (Merritt, 2003) ได้อธิบายถึงการจัดการของครอบครัวไว้ว่า เป็นกระบวนการเตรียมการดูแลที่มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องของครอบครัวในด้านต่อไปนี้ คือ 1) การจัดการด้านการรักษา 2) การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม 3) การจัดการด้านจิตสังคม 4) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่และ 5) การจัดการด้านเศรษฐกิจ

การจัดการของครอบครัวขึ้นอยู่กับศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวและปัจจัยต่างๆ เช่น ระยะเวลาความเจ็บป่วยที่ยาวนานจะส่งผลให้ครอบครัวรู้สึกเป็นภาระและยังส่งผลกระทบต่อสมรรถภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอีกด้วย ยิ่งภาวะโรครุนแรง

ความรุนแรงก็จะยิ่งส่งผลกระทบต่อการจัดการของครอบครัวมากขึ้นเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น อีกทั้งยังต้องสูญเสียรายได้เนื่องจากต้องนอนโรงพยาบาลและหากอาการรุนแรงมากก็อาจทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด ซึ่งในการสูญเสียสมาชิกของครอบครัวเดี่ยว/ครอบครัวขยาย อาจเป็นการสูญเสียผู้นำของครอบครัวก็เป็นได้ และหากภาวะวิกฤตนี้เกิดกับครอบครัวบิดา/มารดาเดี่ยวก็จะยิ่งส่งผลกระทบมากขึ้นเนื่องจากขาดผู้นำเพียงคนเดียวของครอบครัว การสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวมีการปรับตัวได้ดีต่อภาวะเจ็บป่วยส่งผลให้การจัดการของครอบครัวดีขึ้น (Wodkie, 2006) ในทำนองเดียวกัน การสื่อสารที่ดีในครอบครัวก็จะช่วยให้สมาชิกเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ร่วมกัน (วัชร อੰนาค, 2540) จึงส่งผลให้ครอบครัวมีการจัดการที่ดีได้

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าปัจจัยของครอบครัวไม่ว่าจะเป็นลักษณะครอบครัว ระยะเวลาความเจ็บป่วย ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนจากครอบครัวและการสื่อสารในครอบครัวส่งผลกระทบต่อจัดการของครอบครัว ดังกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้ (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคหอบหืดอายุ 20-59 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางพลี จังหวัดสมุทรปราการโดยยินดีเข้าร่วมในการวิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (System random sampling) จากเลขที่บัตรคิวของผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยถามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างทุกคนถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สมัครใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัยหรือกำลังมีอาการกำเริบผู้วิจัยจะทำการสุ่มจากเลขที่บัตรคิวที่เป็นลำดับต่อไป จนได้กลุ่มตัวอย่างตามต้องการ 101 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองโดยใช้เกณฑ์การแบ่งตามท้องถื่นการอนามัยโลกร่วมกับ สถาบัน NHLBI (National Heart Lung and Blood Institute, 1998) ของประเทศสหรัฐอเมริกา กำหนดโดยแบ่งความรุนแรงโรคออกเป็น 2 ระดับคือ ระดับไม่รุนแรงและระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนจากครอบครัว ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากครอบครัวของทวิวรรณ กิ่งโคกกรวด (2540) โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของ Brandt และ Weinert (1981) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ ความใกล้ชิดผูกพัน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การส่งเสริมให้มีการพัฒนาการมีคุณค่าในตนเองและการได้รับความช่วยเหลือ

ในด้านต่างๆ ได้ค่าความเชื่อมั่น .79

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสื่อสารในครอบครัว ดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมสื่อสารในครอบครัวของ ชินานาฏ จิตดารมย์ (2545) ซึ่งดัดแปลงจากกรอบแนวคิดของกอร์ดอน (Gordon, 2000) ได้ค่าความเชื่อมั่น .70

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองตามแนวคิดของ Merritt (2003) ซึ่งมีทั้งหมด 5 ด้าน รวม 34 ข้อ ได้แก่ การจัดการด้านการรักษา ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตสังคม ด้านบทบาทหน้าที่และด้านเศรษฐกิจ ได้ค่าความเชื่อมั่น .79

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดของการวิจัย สิทธิในการเข้าร่วมงานวิจัย โดยการตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลเสียใดๆ ไม่ว่าทางตรงหรือทางอ้อม ข้อมูลที่ได้รับถือเป็นความลับและจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม ระหว่างการตอบคำถามกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผล การตอบแบบสอบถามจะตอบในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการปกติ ไม่มีอาการหอบหืดกำเริบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ การจัดการของครอบครัวต่อผู้ป่วยโรคหอบหืด วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ด้วยการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 31.00) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.30) จำนวนปีที่ศึกษา 0-6 ปี (ร้อยละ 52.00) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 73.30) รายได้เพียงพอ (ร้อยละ 63.40) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 42.60) เป็นครอบครัวขยาย (ร้อยละ 43.60) บทบาทเป็นสมาชิกครอบครัว (ร้อยละ 53.50) รายได้ครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001-25,000 บาท (ร้อยละ 44.70)

รายจ่ายครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 62.70) ระยะเวลาความเจ็บป่วยต่ำกว่า 60 เดือน (ร้อยละ 50.50) จำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ระหว่าง 2-5 คน (ร้อยละ 79.20) และไม่ได้สูบบุหรี่ (ร้อยละ 82.20)

ส่วนด้านสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบ/แน่น จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นว่าเกิดจากสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงร่วมกับฝุ่นละอองมากที่สุด (ร้อยละ 46.30) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยหอบ/ แน่

ชนิดของสิ่งกระตุ้น	จำนวน	ร้อยละ
1. สภาพอากาศเปลี่ยนแปลง	12	12.60
2. ฝุ่นละออง	11	11.60
3. ไข้หวัด	6	6.30
4. สภาพอากาศเปลี่ยนแปลงและฝุ่นละออง	44	46.30
5. สภาพอากาศเปลี่ยนแปลง ฝุ่นละอองและไข้หวัด	22	23.20
รวม	95	100.00

2. การจัดการของครอบครัวโดยภาพรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.09 ($SD = 0.33$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าการจัดการของครอบครัวในด้านบทบาทหน้าที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมสูงที่สุด $X =$

3.32 ($SD = 0.82$) ส่วนการจัดการของครอบครัวในด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือด้านสิ่งแวดล้อม $\bar{X} = 2.70$ ($SD = 0.97$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการจัดการของครอบครัวโดยรวม

การจัดการ	\bar{X}	SD
1. ด้านบทบาทหน้าที่	3.32	0.82
2. ด้านจิตสังคม	3.13	0.87
3. ด้านเศรษฐกิจ	2.94	1.02
4. ด้านการรักษา	2.92	1.04
5. ด้านสิ่งแวดล้อม	2.70	0.97
รวมทุกด้าน	3.09	0.33

3. เมื่อพิจารณาการจัดการของครอบครัว เป็นรายชื่อ ในด้านบทบาทหน้าที่ซึ่งเป็นด้านที่มี ค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดพบว่า ครอบครัวมีการจัดการ ดีที่สุดในเรื่อง การไม่เคี้ยวสิ่งจำเป็น (ข้อ 19) เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค ($\bar{X} = 3.81, SD = 0.48$) ส่วนด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยโดยรวมต่ำสุดคือ การ จัดการด้านสิ่งแวดล้อมโดยพบว่าครอบครัวมีค่า

คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด (ข้อ 10) ในเรื่องการทำ ความสะอาดเครื่องนอน ($\bar{X} = 2.27, SD = 0.61$) นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวมีการแนะนำในด้าน การใช้เครื่องป้องกันสิ่งกระตุ้นต่างๆ เช่นการใช้ผ้า ปิดปาก จมูก อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน ($\bar{X} = 2.51, SD = 1.25$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการจัดการของครอบครัวในด้านบทบาทหน้าที่และด้านสิ่งแวดล้อม

การจัดการ	\bar{X}	SD
ด้านบทบาทหน้าที่		
1. การไม่เคี้ยวสิ่งจำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้า ยารักษาโรค	3.81	0.48
2. การไม่คิดว่าโรคหอบหืดทำให้ครอบครัวไม่ได้ทำกิจกรรมนันทนาการ	3.75	0.59
3. การให้หยุดกิจกรรมเมื่อมีอาการหอบกำเริบ	3.58	0.68
4. การส่งเสริมให้ดูแลตนเองเท่าที่สามารถทำได้	3.50	0.61
5. การไม่คิดว่าโรคหอบหืดทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสังสรรค์ได้น้อยลง	3.48	0.86
6. การให้พักผ่อนเพียงพอตามความต้องการของร่างกาย	3.47	0.70
7. การไม่กังวลว่าเมื่อใดผู้ป่วยจึงจะใช้ชีวิตเหมือนคนทั่วไปได้	3.39	0.89
8. การไม่คิดว่าจะมีโอกาสประสบความสำเร็จในด้านการเรียน/ ด้านการทำงาน	3.32	0.93
น้อยกว่าคนที่ไม่เป็นโรคหอบหืด ด้านสิ่งแวดล้อม		
9. การแนะนำเสื้อผ้า/ เครื่องนอนที่เหมาะสม	3.10	1.03
10. ความพยายามลดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ	2.90	0.93
11. การสนใจ/ ใส่ใจสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบๆ	2.75	1.05
12. การแนะนำให้ใช้ผ้าปิดปาก จมูก ทุกครั้งเมื่อทำความสะอาดบ้าน	2.51	1.25
13. การทำความสะอาดเครื่องนอน	2.27	0.61
รวม	2.70	0.97

4. ปัจจัยทำนายการจัดการของครอบครัวที่มี ผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ จากตัวแปรทำนายทั้งหมด 5 ตัวแปร คือ ระยะเวลาความเจ็บป่วย ความรุนแรง ของโรค ลักษณะครอบครัว (เดี่ยว, ขยายและบิดา/ มารดาเดี่ยว) การสนับสนุนจากครอบครัวและการ สื่อสารในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่ามีเพียงสอง ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนาย การจัดการของครอบครัว

ที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดได้ ดังตารางที่ 5 โดยสามารถ ทำนายได้ร้อยละ 46 ซึ่งสามารถเขียนสมการทำนาย ได้ดังนี้

การจัดการของครอบครัว = $32.359 + 1.221$ (การสนับสนุนจากครอบครัว) + $.643$ (การสื่อสารใน ครอบครัว)

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แสดงค่าความสัมพันธ์ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. ระยะเวลาความเจ็บป่วย	1.000	.079	.192	-.052	-.104	.108	-.007
2. ความรุนแรงโรค		1.000	.070	.025	-.051	.002	.061
3. การสนับสนุนจากครอบครัว			1.000	.383**	.054	.201*	-.322**
4. การสื่อสารในครอบครัว				1.000	-.090	.105	-.022
5. ครอบครัวเดี่ยว					1.000	.682**	-.374
6. ครอบครัวขยาย						1.000	-.423**
7. ครอบครัวบิดา/ มารดาเดี่ยว							1.000

* $p < .05$ ** $p < .01$

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดัดโดยพหุคูณของตัวแปรทำนายการจัดการของครอบครัว

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t
1. การสนับสนุนจากครอบครัว	1.221	.512	6.430***
2. การสื่อสารในครอบครัว	.643	.302	3.796***
ค่าคงที่	32.359		
R ² adjusted	.460		

การอภิปรายผล

สิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบ/แพ้ได้แก่ สภาพอากาศเปลี่ยนแปลง ฝุ่นละออง ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีการจัดการในด้านสิ่งแวดล้อมน้อยมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านกรทำความสะอาดเครื่องนอนหรือการแนะนำให้ใช้เครื่องป้องกันฝุ่นละอองต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแอดมุลเลอร์ (Altmuller, 2005) ที่ว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีอาการกำเริบมักมาจากสิ่งแวดล้อม คือ ละอองเกสร ดอกไม้ สารก่อภูมิแพ้ต่างๆ ไรฝุ่น มลพิษในอากาศ เป็นต้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ผู้นั้นมีเพียงสองปัจจัยเท่านั้นที่สามารถทำนายการจัดการของครอบครัวได้ คือ การสนับสนุนจากครอบครัวและการสื่อสารในครอบครัว ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้

การสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการจัดการของครอบครัวและสามารถร่วมทำนายการจัดการของครอบครัวได้ ทั้งนี้เนื่องมาจากการที่ครอบครัวมอบความรัก ความอบอุ่นและการช่วยเหลือด้านต่างๆ แก่กันจะทำให้สมาชิกรู้สึก

อบอุ่นใจ ไว้วางใจที่ครอบครัวมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ครอบครัวมีความสามารถในการจัดการที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกรย์และคณะ (Grey, Knafli & McCorkle, 2006). ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยให้เกิดพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้ประสิทธิภาพในการจัดการของครอบครัวดีขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาของปิยะพรณ เทียนทอง (2546) ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมที่ช่วยให้ครอบครัวมีการจัดการที่ดีโดยที่ครอบครัวมีการรับฟังปัญหาที่มีความเข้าใจในสภาวะโรคทำให้เกิดความรักความเอื้ออาทรต่อกันส่งผลต่อการจัดการที่ดีตามมา

การสื่อสารในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการจัดการของครอบครัวและสามารถร่วมทำนุบำรุงการจัดการของครอบครัวได้ อาจเป็นเพราะว่าครอบครัวมีการรับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีการให้และรับข้อมูลที่ถูกต้องแก่สมาชิกจึงทำให้สมาชิกเห็นความสำคัญของการจัดการกับโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชาร์เบอร์และมาร์ติน (Shabir & Martyn, 2002) ที่พบว่าการให้ข้อมูลที่เป็นการพูดช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญของการจัดการกับโรค หอบหืด เช่นเดียวกับการศึกษาของโนเร็นและคณะ (Noreen, Moshe, David, Yvonne, Charles & Robert, 2004) ที่พบว่าการสื่อสารในครอบครัวมีผลต่อการตัดสินใจในการจัดการกับโรคเรื้อรังโดยการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้ครอบครัวมีการตัดสินใจในการจัดการกับโรคได้ดี อาจกล่าวได้ว่าหากสมาชิกครอบครัวมีการสื่อสารที่ดี มีการพูดคุยถึงปัญหา มีการรับฟังที่ดี มีการให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ก็จะส่งผลให้ครอบครัวมีการจัดการที่ดีตามมา

ส่วนความรุนแรงของโรคไม่มีความสัมพันธ์

และไม่สามารถร่วมทำนุบำรุงการจัดการของครอบครัวได้ ทั้งนี้เนื่องมาจาก ครอบครัวอาจมีปัจจัยส่งเสริมด้านอื่นร่วมด้วย เช่นการศึกษาของ ชไนเดอร์และคณะ (Schneider, Wensing, Quinzler, Bieber & Szecsenyi, 2007) ที่พบว่าหากครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษามีการส่งเสริมรูปแบบการสื่อสารที่ดีในครอบครัว มีความยืดหยุ่น ครอบครัวก็จะมีจัดการที่ดีตามมา เช่นเดียวกับ วิลกินสันและออลีน (Wilkinson & Aligne, 2005) ที่ศึกษาพบว่า ครอบครัวต้องการการให้ข้อมูลที่เพียงพอ การสนับสนุนด้านอารมณ์และการดูแลอย่างใกล้ชิดซึ่งจะทำให้การจัดการของครอบครัวดีขึ้นไม่ว่าผู้ป่วยจะมีอาการอยู่ในระดับใด จะเห็นได้ว่าระดับความรุนแรงโรคของผู้ป่วยนั้นไม่ได้ส่งผลต่อการจัดการของครอบครัว หากแต่ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่งเสริมด้านอื่นๆ ด้วย

ระยะเวลาความเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์และไม่สามารถร่วมทำนุบำรุงการจัดการของครอบครัวได้ อาจเป็นเพราะระยะเวลาความเจ็บป่วยที่ยาวนั้นผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวได้แล้วต่อภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Eife, Norton & Groom, 1987) มีการรับรู้ที่ดีและระยะเวลายังทำให้ครอบครัวได้สะสมประสบการณ์ต่างๆ ในการดูแล รู้ถึงผลดีผลเสียในแต่ละด้านจึงไม่มีผลต่อการจัดการของครอบครัวซึ่ง วู้ดเวิร์ดและคณะ (Woodward, Abelson, Tedford & Hutchison, 2004) ได้ศึกษาพบว่าประสบการณ์เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่องของครอบครัว ครอบครัวที่มีประสบการณ์การดูแลก็จะสามารถวางแผนหรือมีการประสานงานจัดการกับโรคได้

ลักษณะครอบครัว จากการศึกษาพบว่าครอบครัวบิดา/มารดาเดี่ยวนั้นไม่สามารถทำนุบำรุงการจัดการของครอบครัวได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในสังคมปัจจุบันนั้นเพศหญิงและเพศชายมีบทบาท

เท่าเทียมกันทั้งในครอบครัวและสังคม ดังนั้นถึงแม้ว่าบางครอบครัวจะมีผู้นำเพียงคนเดียวก็อาจมีศักยภาพเพียงพอในการจัดการกับภาวะต่างๆ ที่จะมีผลกระทบต่อระบบครอบครัว ซึ่งฟิชเชอร์ (Fisher, 2005) ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะครอบครัวต่อการจัดการโรคเรื้อรัง พบว่าลักษณะครอบครัวนั้นไม่มีผลต่อการจัดการโรคเรื้อรังแต่อย่างใด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระบบการดูแลสุขภาพและประสบการณ์การดูแลที่แตกต่างกัน อีกทั้งการสนับสนุนจากครอบครัวของสังคมไทย ยังช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกันจึงทำให้การจัดการของครอบครัวไม่แตกต่างกัน อาจกล่าวได้ว่าไม่ว่าจะเป็นครอบครัวลักษณะใดก็ไม่ส่งผลต่อการจัดการของครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

ผลจากการศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้คือ

1. ควรสนับสนุนและส่งเสริมให้บุคลากรทางสุขภาพเห็นความสำคัญของการสนับสนุนในครอบครัวและการสื่อสารที่ดีในครอบครัว โดยจัดให้มีการอบรมสัมมนาเกี่ยวกับการจัดการของครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดเพื่อให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ สามารถถ่ายทอดแก่บุคคลากรที่เกี่ยวข้องได้
2. จัดกิจกรรมพยาบาลที่ส่งเสริมด้านความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ โดยเฉพาะด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การทำความสะอาดเครื่องนอน หรือการใช้เครื่องป้องกันจากสิ่งกระตุ้นต่างๆ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้เกิดศักยภาพด้านการจัดการแก่ครอบครัว
3. ควรศึกษาถึงปัจจัยครอบครัวด้านอื่นๆ เช่น พลังอำนาจของครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว ความรู้และความเชื่อด้านการรักษาของครอบครัว เป็นต้น
4. ควรศึกษาวิจัยเพื่อส่งเสริมการจัดการของ

ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหอบหืดด้วยผู้ใหญ่ เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการของครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

จินานาฏ จิตดารมณ. (2545). ผลของการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชัยเวช นุชประยูร. (2543). โรคหอบหืด. *Asthma Newsletter*, (4), 7-9. วันที่ค้นข้อมูล 10 มิถุนายน 2549, เข้าถึงได้จาก <http://www.asthma.or.th/asthma.php?id=36>.

ทวีวรรณ กิ่งโลกกรวด. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการบริหารการพยาบาล, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ปิยะพรพรรณ เทียนทอง. (2546). ปัจจัยสนับสนุนทางครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีสเดียน*, 9 (2), 119-127.

วัชร อ้นนาค. (2540). การสื่อสารในครอบครัว. *วารสารศูนย์สุขวิทยาจิต*, 1(1), 31-34.

สถิติโรงพยาบาลบางพลี. (2549). สถิติผู้ป่วยโรคหอบหืดประจำปี 2548-2549. สำนักงานสาธารณสุขและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. (2549). สถานการณ์โรคหอบหืด. วันที่ค้นข้อมูล 31 พฤษภาคม 2550, เข้าถึงได้จาก http://www.moph.go.th/show_hotnew.

Altmuller, H. (2005). *An integrative approach to asthma*. Retrieved July 10, 2005,

from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Bowen, M. (1978). *Family theory in clinical practice*. New York : Jason Aronson.

Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-A Social support measure. *Nursing Research*, 30, 277-280.

Chapman, K. R. (2005). *Impact of mild asthma on health outcomes : Findings of a systematic search of the literature*. Retrieved November 19, 2005, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Cisternas, M. G., & ect. (2003). *A comprehensive study of the direct and indirect costs of adult asthma*. Retrieved June 16, 2005, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Edward, S. P., & Small, R. N. (2000). *Uncertainty in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Retrieved June, 30, 2005, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Fife, B. L., Norton, J., & Groom, G. (2002). *The family's adaptation to childhood leukemia*. Retrieved March 10, 2005, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Fisher, N. (2005). *Characteristics of families : That complain following emergency visits*. Retrieved November 5, 2006, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html

Friedman, M., Bowden, V., & Jones, E. (2003). *Family nursing : Research, theory & practice*. Upper Saddle River : New Jersey.

Gordon, T. (2000). *Parent effectiveness*

training. (3rd). New York: Three rivers press.

Grey, M., Knafl, K., & McCorkle, R. (2006). *A framework for the study of self- and family management of chronic conditions*. Retrieved September, 15, 2005, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html

Merritt, S. (2003). *Chronic illness management*. Hawthorne Avenue, Oakland.

Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA : Harvard University Press.

National Heart Lung and Blood Institute. (1998). Expert Panel Report 2 : Guide for the diagnosis and management of asthma. *Pediatric Asthma Allergy & Immunology*, 11(13), 15-17.

Noreen, M. C., Moshe, J. L., David, E., Yvonne, W., Charles, H. F., & Robert, B. M. (2004). *Communication within low income families and the management of asthma*. Retrieved April, 15, 2004, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Opolski, N. F., & Gonzalez, M. (2005). *The asthma patient and his/her family dynamics*. Retrieved December 20, 2004, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Schneider, A., Wensing, M., Quinzler, R., Bieber, C., & Szecsenyi, J. (2007). *Higher preference for participation in treatment decisions is associated with lower medication adherence in asthma patients*. Retrieved December 10, 2005, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Shabir, H., & Martyn, P. (2002). *Perceptions of asthma in south Asians and their view on educational materials and self-management plans*. Retrieved October 6, 2005, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Ward, M. M., Javitz, H. S., Smith, M. W., & Whan, M. A. (2002). *Lost income and work limitations in persons with chronic respiratory disorder*. Retrieved March 31, 2004, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Wilkinson, D. A., & Aligne, C. A. (2005). *What is asthma control: Discrepancies between parent's perceptions and official definitions*.

Retrieved August 8, 2005, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Wodka, A. (2006). *Perception of asthma in south Asians and their views on educational materials and self-management plans*. Retrieved October, 31, 2005, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Woodward, C., Abelson, J., Tedford, S., & Hutchison, B. (2004). *What is important to continuity in home care?*. Retrieved January 12, 2005, from http://www.buu.ac.th/library/pubmed_abstract.html.

Wright & Lehey. (2005). *Nurse and family : A guide to family assessment and intervention*. (4th ed). Philadelphia : F.A. Davis.