

**ภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด ในโรงพยาบาลตertiary  
แห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรสาคร**

**Caregiving Burden and Quality of Life Amongst Caregivers of Children  
with Asthmatic at a Tertiary Hospital in Samutsakhon Province**

ชุติมา ดาวล้อม\*

ภานิชชา จงสุกagan กุล\*

พิพัลย์ ชีรศิริโรจน์\*\*

**บทคัดย่อ**

การศึกษาที่เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์และการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วย nefukmarr เวชกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร จำนวน 89 คน โดยเครื่องมือการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามภาระการดูแล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ตรวจสอบความตรงโดยใช้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามภาระการดูแล และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่า ได้ .87 และ .89 ผลการศึกษาพบว่า คะแนนภาระการดูแลเด็กโรคหอบทีดโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ส่วนคุณภาพชีวิตผู้ดูแลโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 83.1 มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับเล็กน้อยกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.237$ ) แต่พบว่า ความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตัวเอง ความสู้สึกผิด และเจตคติที่ไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-.389, -.285, -.270$  และ  $=-.304$  ตามลำดับ) โดยที่ความตึงเครียดส่วนบุคคลสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีดได้ร้อยละ 13.7 (Adjusted R = .137) ดังนั้น พยาบาล ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลผู้ป่วย

\*พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สำนักกัลยาณีราชบุรี

\*\*อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

เด็กโรคหอบทีด ความรุ่งเรืองตระหนักถึงภาระการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยเฉพาะบุคคลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานโดยให้ความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อลดภาระและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบทีด

**คำสำคัญ:** ภาระการดูแล, คุณภาพชีวิต, ดูแลเด็กโรคหอบทีด

### Abstract

This predictive descriptive research to examined the burden and quality of life among caregivers of children with asthma. The relationship among the personal factors of caregivers (including gender, age, education, occupation, family income, duration of care, and the relationship between caregivers and pediatric patients), were studied. The sample consisted of 89 caregivers of children with asthma, from the outpatient pediatric service in Banphaeo Hospital, Samutsakhon Province. There were 3 questionnaires used in this study : the personal data, the Burden Application, and the QOL questionnaire. Content validity was examined by three experts. The reliabilities of the Burden Application questionnair and the QOL questionnaires tested by alpha coefficients were 0.87 and 0.89, respectively.

The results showed that the score for burden of care for caregivers were at

a low level. The level of overall quality of life of most participants (81%) was moderate. The study also revealed that the duration of care for patients correlated positively and significantly with the quality of life of caregivers ( $r = +.237$ ,  $p < .05$ ), but personal tensions, privacy conflict, guilt, and uncertain attitude correlated negatively and significantly with the quality of life of participants ( $r = -.389$ ,  $-.285$ ,  $-.270$ , and  $-.304$ , respectively). Personal tensions could predict the quality of life of caregivers by 13.7% on average (Adjusted  $R = .137$ ). Nurses involved with providing case for pediatric asthmatics should focus on care giving burden and quality of life of caregivers, especially in long-term cases. by providing appropriate knowledge and advice to reduce the burden and improve the quality of life of caregivers of pediatric asthmatic patients.

**Keywords:** Burden of Care, Quality of Life, Caregivers of Pediatric Asthmatic

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหอบทึบตามคำจำกัดความของคณะกรรมการเวิร์กขององค์กรทางนานาชาติ (Global initiative for asthma :GINA) คือความผิดปกติที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมโดยมีเซลล์และองค์ประกอบของเซลล์หล่ายชนิดเกี่ยวข้อง ผลคือทำให้หลอดลมไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าคนปกติ และเกิดการติดเชื้อ ผู้ป่วยจะมีอาการไอ หายใจลำบากและเหนื่อย (NHLBI/WHO workshop report, 2004) พบรดีในคนทุกวัย ตั้งแต่เด็กจนถึงวัยผู้สูงอายุ และพบมากในคนที่มีประวัติภูมิแพ้ในครอบครัว ผู้ป่วยที่มีอาการหอบบ่อยจะมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต เศรษฐกิจและครอบครัว โรคหอบทึบเป็นโรคทางอายุรกรรมที่ทำให้เกิดภาวะชักเฉินที่สำคัญ เมื่อเกิดอาการหอบก้าวรีบ/runny nose ผู้ป่วยจะต้องมาที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล ซึ่งถ้าหากมารับการรักษาล่าช้าอาจทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้

โรคที่ดีเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยและเป็นปัญหาทางสาธารณสุขของประเทศไทย และประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยองค์กรอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) ประมาณการว่ามีผู้ป่วยโรคหอบทึบทั่วโลก 150 ล้านราย พบรดีในเด็กและผู้ใหญ่ ในขณะที่คนไทยป่วยเป็นโรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกันประมาณ 10 ล้านคน และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในอนาคต เนื่องจากรูปแบบการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงของคนต้องประสบกับภาวะกระตุ้นให้เกิดโรคขึ้นมาเรื่อยๆ ทั้งผลกระทบทางอากาศและอาหารเป็นต้น ทำให้ผู้ป่วยโรคภูมิแพ้และมีผู้ป่วยโรคหอบทึบประมาณ 3-5 ล้านคน เสียชีวิตปีละประมาณ 1,000 คน โดยร้อยละ 70 ของผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลช้าไป ปัจจุบันความรุนแรงของโรคหอบทึบและโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากสภาวะแวดล้อมที่เป็นพิษ มากขึ้นทุกวัน (ชมพูนุช หุ่นช่างทอง, 2556) ในปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2551 กรมการแพทย์รายงานว่าโรคหอบทึบในเด็กจัดอยู่ในโรคที่พบบ่อยใน 10 อันดับ (กรมการแพทย์, 2552)

โรคหอบทึบเป็นโรคที่จำเป็นต้องมีพัฒนาระบบการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง อาทิ การรับประทานยาเพื่อป้องกันอาการหอบทึบ การใช้ยาขยายหลอดลมแบบพ่น การหลอกเลี้ยงต่อสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดการแพ้ เป็นต้น แต่เด็กยังไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ อย่างเต็มที่ เด็กจึงต้องมีภาวะต้องพึ่งพาผู้ดูแลซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญมากที่สุด ในการทำหน้าที่ดูแลและให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ แก่เด็กเป็นส่วนใหญ่ และการดูแลที่ยาวนานต้องอาศัยความรู้ความพยายาม หั้งผู้ดูแลต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเอง จากเดิมที่ต้องอยู่ เช่น สูญเสียรายได้จากการประกอบอาชีพ เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล เกิดความคลุมเครื่องในบทบาทและความไม่สอดคล้องกันในชีวิต เพชรบุรี ห้ามปัญหาต่างๆ มีความเห็นด้วยก่อให้เกิดความเครียด ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมของผู้ดูแล ทำให้สุขภาพกาย และสุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลง (วรรณิกา บุญยะวงศ์, 2542) วิธีทั้งยังทำให้ผู้ดูแลมีภาวะลุյดูแลบุตรที่ต้องดูแลและอาชญากรรมต่อจากสังคม จากการศึกษาของ สมฤทธิ์ ลิทธิมมงคล (2541) พบรดีความเครียดจากการดูแลเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแล ขาดพลังงานจากที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแล อันนำมาซึ่งประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่ลดลง ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล บ่อยขึ้นหรือเสียชีวิต ด้วยโรคแทรกซ้อนก่อนเวลาอันสมควร

จากการสถานการณ์ข้างต้น ในฐานะผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีบทบาทในการดูแลความพากเพียรและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งจะได้รับผลกระทบจากผู้ดูแลโดยตรงนั้น คณะผู้วิจัยมีความสนใจที่ต้องการทราบว่า率ที่แท้จริงของผู้ดูแลและเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปกำหนดนโยบายและทางแนวทางเพื่อช่วยเหลือ และแก้ปัญหาให้แก่ผู้ดูแลอีกทั้งช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ด้วยซึ่งจะส่งผลไปยังผู้ป่วยเด็กโรคหอบทึบให้ได้รับการดูแลที่ดีมีความพากเพียรและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

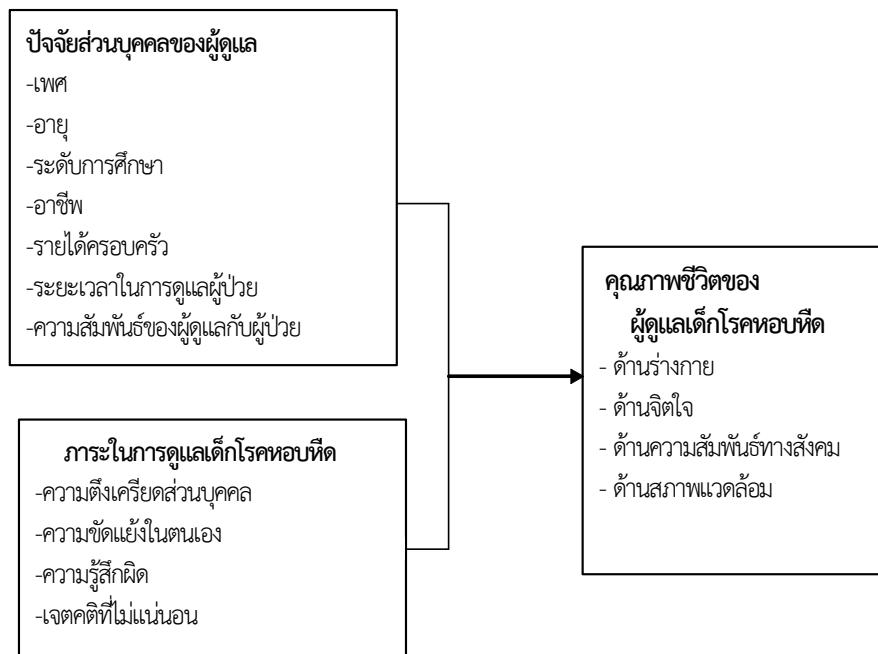
1. เพื่อศึกษาภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด
2. เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีดกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบทีด
4. เพื่อทำนายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย และภาระ

ในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีดกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบทีด

### คำจำกัดความ

1. ภาระในการดูแลเด็กโรคหอบทีดอยู่ในระดับใด
2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีดโดยภาพรวมอยู่ในระดับใด
3. ปัจจัยส่วนบุคคล กับมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีดต่างกัน
4. ภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีด มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบทีดหรือไม่ อย่างไร
5. ภาระในการดูแลสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทีดหรือไม่ อย่างไร

### กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย (Pudictive descriptive research) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดี กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร

### ประชากร

ผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัดสมุทรสาคร ซึ่งมีจำนวน 250 คน

### กลุ่มตัวอย่าง

ใช้วิธีการคำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนด ค่า กำหนดขนาดของอิทธิพล ที่ .30 กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบที่ 0.80 จึงได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด 88 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างจากประชากรตั้งกล่าวข้างต้น ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. เป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี ซึ่งผู้ดูแลเป็นบุคคลฯ ได้แก่ เช่น บิดา มารดา ญาติ หรือผู้อาสารับจ้างดูแล
2. มีหน้าที่ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีโดยตรงมากที่สุด
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย มีการรับรู้ที่ดี
4. ยินดีและให้ความร่วมมือเป็นกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบบันทึกและแบบวัด 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย

### ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วย

เป็นแบบสอบถามภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่อง ของ Zarit, S.H., (1986) ฉบับแปลเป็นภาษาไทย โดย ชนัญชิดาดุษฎี ทูลคิริ และคณะ, (2554) ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เกี่ยวกับ ประสบการณ์ความเครียด 4 ด้าน คือ 1) ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) 2) ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) 3) ความรู้สึกผิด (Guilt) และ 4) เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) ซึ่งมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0-4 ให้เลือกตอบโดยพิจารณาข้อความในแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน โดยมีเกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อ ดังนี้

ประจำ	ได้	4 คะแนน
บ่อยครั้ง	ได้	3 คะแนน
บางครั้ง	ได้	2 คะแนน
นานๆครั้ง	ได้	1 คะแนน
ไม่เคยเลย	ได้	0 คะแนน
องค์ประกอบที่ 1 ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม		
องค์ประกอบที่ 2 ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม		
องค์ประกอบที่ 3 ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม		
องค์ประกอบที่ 4 ประกอบด้วย 4 ข้อคำถาม		

### การแปลผล

ค่าคะแนนเฉลี่ย 0.00-1.33 หมายถึง ภาระในการดูแลในระดับต่ำ

ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.34-2.67 หมายถึง ภาระในการดูแลในระดับปานกลาง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.68-4.00 หมายถึง ภาระในการดูแลในระดับมาก

ส่วนที่ 3 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิด คือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตติวิสัย (Self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ (สุวรรณ์ มหาตันตีร์กุล, 2545)

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตน และการรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าตนไม่ต้องพึ่งพาญาต่างๆ หรือการรักษาทางการแพทย์

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ สมรรถิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่างๆ ของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความเครียด หรือกังวล การรับรู้เกี่ยวกับความเชื่อต่างๆ ของตน ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่นๆ ที่มีผลในทางที่ดีต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเข้าชนะอุปสรรคเป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) คือ การรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในสังคมและการรับรู้ว่าตนได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าตนมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่มีภัยกักษัช มีความปลอดภัยและมั่นคง ในชีวิต การรับรู้ว่าได้อัญเชิงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่างๆ การคุณภาพอากาศ มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน

สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าตนมีโอกาสที่จะได้รับข่าวสาร หรือฝึกฝนทักษะต่างๆ การรับรู้ว่าตนได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมีกิจกรรมในเวลาว่าง

5) การให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-26 ประกอบด้วย ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบ

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ

กลุ่มที่ 1 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้ 5 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้ 4 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้ 2 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ	ไม่เลย	ให้ 1 คะแนน
ตอบ	เล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ตอบ	ปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ตอบ	มาก	ให้ 4 คะแนน
ตอบ	มากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

#### การแปลผล

คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26-130

คะแนน

โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อ ได้คะแนนเท่าไรสามารถเบริ่งเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนดดังนี้ คะแนน 26-60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61-95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลางๆ

คะแนน 96-130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

แบ่งระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นองค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตกลางๆ	คุณภาพชีวิตที่ดี
1. ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย มี 7 ข้อ  
องค์ประกอบด้านจิตใจ มี 6 ข้อ  
องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทางสังคม มี 3 ข้อ  
องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม มี 8 ข้อ<sup>สำหรับข้อ 1 และข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ใน  
หมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวมอยู่  
ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน (สุวรรณ์ มหัตโนรันดร์กุล,  
2545)</sup>

#### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้รับการตรวจสอบ  
ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา  
(Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้าง  
ขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน<sup>พิจารณาตรวจสอบข้อความต่างๆ ทางด้านการใช้ภาษา  
ความเหมาะสม และตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่  
จะวัด โดยได้ค่า IOC จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับ  
ปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้มีความ  
สมบูรณ์</sup>

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นหรือความเที่ยง  
(Reliability) หลังจากที่ได้ตรวจสอบความตรงตาม  
เนื้อหาและปรับปรุงแบบสอบถามตามคำแนะนำของผู้  
เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้  
กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหอบที่ดีได้รับการรักษาในแผนก  
ผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมโรงพยาบาลบ้านแพ้ว จังหวัด  
สมุทรสาคร ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่  
ศึกษา จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่า<sup>ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยวิธีหาค่า</sup>

สัมประสิทธิ์แอลฟ่า (Coefficient -  $\alpha$ ) วิธีของ  
คอนบาร์ค (Cronbach Method) ซึ่งในการศึกษา  
ครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการดูแล  
ได้ค่า .87 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล  
ได้ค่า .89

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัย<sup>ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยขึ้นต่อหน้าในการดำเนินการ ดังนี้</sup>

- ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติทำการวิจัยจากสำนัก  
วิจัย มหาวิทยาลัยคริสต์เดียน ลงนามผู้อำนวยการโรงพยาบาล  
บ้านแพ้ว เพื่อขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูล
- ทำการตัดเสื้อกลุ่มตัวอย่างให้ตรงตาม  
ลักษณะกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด
- ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล ตั้งแต่เดือน  
มีนาคม-เมษายน 2557
- ขณะเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแนะนำตัว  
อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง  
ทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการตอบ ผู้วิจัยเก็บเป็นความลับ  
และการเผยแพร่ผลการวิจัย โดยเสนอเป็นทางวิชาการ  
และแสดงเป็นภาพโดยรวมเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างไม่  
สะดวกในการให้ข้อมูลหรือปฏิเสธ ผู้วิจัยได้กล่าว  
ขอบคุณและนำออกจาก การเป็นกลุ่มตัวอย่าง
- ในขณะตอบแบบสอบถามผู้วิจัย ผู้วิจัย<sup>ได้อยู่บริเวณใกล้เคียงเพื่อสามารถตอบคำถามหรือให้  
คำอธิบายเพิ่มเติมในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่เข้าใจ  
คำถามบางข้อ หลังตอบคำถามเสร็จแล้วผู้วิจัยตรวจสอบ  
ความสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ได้</sup>

ตอบคำถามบางข้อหรือตอบไม่ตรงคำถามผู้วิจัยสอบถามและอธิบายแล้วให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามจนครบถ้วน

#### 6. นำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาวิเคราะห์หาค่าสถิติ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนตรวจสอบความสมบูรณ์ และการจัดระเบียบทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดการวิเคราะห์ ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา โดยใช้วิเคราะห์ ปัจจัยส่วนบุคคล ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการดูแลด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหพันธ์เพียร์สัน ( $r$ ) โดยมีเกณฑ์ การแปลผลค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามทัศนะของ ฮินคิล ดี.อี (Hinkle D.E., 1998) ดังนี้

ค่า $r$	ระดับความสัมพันธ์
0.91–1.00	มีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
0.71–0.90	มีความสัมพันธ์กันระดับสูงมาก
0.51–0.70	มีความสัมพันธ์กันระดับสูง
0.31–0.50	มีความสัมพันธ์กันระดับปานกลาง
0.00–0.30	มีความสัมพันธ์กันระดับต่ำ

3. วิเคราะห์การพยากรณ์ของภาระในการดูแลผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดีด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคุณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression) โดยมีค่าตัวแปรทางสถิติที่ระดับ .05

#### ผลการวิจัย

##### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 89 คน ในเรื่องข้อมูลทั่วไป โดยเพศ พบรากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 82 ส่วนที่เหลือเป็นเพศชาย จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ

18 ส่วนอายุ พบรากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30–39 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 39 รองลงมา คือ มีช่วงอายุ 20–29 ปี จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 22 และช่วงอายุ 40–39 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 16 ตามลำดับ โดยระดับการศึกษา พบรากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 36 และระดับปวช./ปวส. จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 ตามลำดับ ด้านอาชีพ พบรากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 37.1 รองลงมา คือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 และประกอบอาชีพค้าขาย จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 14.6 ส่วนรายได้เฉลี่ยของครอบครัว/เดือน พบรากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีรายได้ของครอบครัว/เดือนอยู่ในช่วง 5,001–10,000 บาท จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 29.2 และรองลงมา คือ 10,001–15,000 บาท จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 25.8 ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 89 คน พบรากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วงระยะเวลา 1–3 ปี จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 48.3 และรองลงมา คือ อยู่ในช่วงระยะเวลา 4–6 ปี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 และความสัมพันธ์ผู้ดูแลับผู้ป่วย จากการวิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมด 89 คน พบรากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น มาตรา จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 52.8 รองลงมาคือ อื่นๆ ได้แก่ หวาน บุตร/บุตรสาว หรือญาติ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 16.9 และบิดา จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 12.4

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับภาระในการดูแลเด็กโรคหอบที่ดี แสดงค่าเฉลี่ย ( $\bar{x}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $S.D.$ ) และระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี จำแนกตามภาระการดูแลเด็กโรคหอบที่ดี

รายด้าน และโดยรวม ( $g=89$ ) พบร่วมค่าเฉลี่ยของระดับการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบโดยภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}=0.89$ ,  $S.D.=0.61$ ) ด้านความตึงเครียด ส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}=0.79$ ,  $S.D.=0.68$ ) ด้านความขัดแย้งในตนเองอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}=0.50$ ,  $S.D.=0.73$ ) ด้านความรู้สึกผิดอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}=1.24$ ,  $S.D.=0.90$ ) และด้านเจตคติที่ไม่แนนอนอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X}=0.83$ ,  $S.D.=0.66$ )

### ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบ

แสดงค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ( $S.D.$ ) และระดับคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบ จำแนกโดยรวม และรายด้าน ( $g=89$ ) พบร่วมค่าเฉลี่ยของระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.50$ ,  $S.D.=0.46$ ) ด้านอุปนภัยอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.51$ ,  $S.D.=0.48$ ) ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.59$ ,  $S.D.=0.55$ ) ด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.53$ ,  $S.D.=0.66$ ) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=3.38$ ,  $S.D.=0.55$ )

### ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ของการดูแลเด็กโรคหอบทึบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบ

ความตึงเครียดส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-.389$ ) ความขัดแย้งในตัวเองมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-.285$ ) ความรู้สึกผิดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-.270$ ) เจตคติที่ไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-.304$ )

### ส่วนที่ 5 ความสามารถในการพยากรณ์ภาระในการดูแลกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบ

จากผลการวิเคราะห์ สามารถนำเสนอในรูปสมการพยากรณ์ได้ดังนี้ สมการคงแหน่งดิบ : คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบ =  $92.319 + (-6.382)$  (ความตึงเครียดส่วนบุคคล) โดยที่ความตึงเครียดส่วนบุคคลสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบได้ร้อยละ 13.7 ( $Adjusted R^2 = .137$ )

### อภิปรายผล

จากการวิจัยข้อที่ 1 คือ ภาระในการดูแลเด็กโรคหอบทึบโดยอยู่ในระดับน้อย หลังจากศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยและภาระในการดูแลเด็กโรคหอบทึบ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบทึบจากผลการวิจัย พบร่วมภาระการดูแลเด็กโรคหอบทึบโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ( $\bar{X} = 0.89$ ,  $S.D.=0.61$ ) จึงสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการดูแลที่ได้จากบุคคลใกล้ชิดที่เต็มใจดูแลผู้ป่วย (Klien, 1989) ซึ่งจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าโดยส่วนใหญ่ผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 82.20) ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น มารดา (ร้อยละ 52.8) ซึ่งสังคมไทยโดยส่วนใหญ่หญิงจะมีหน้าที่ดูแลบ้านและสมาชิกในครอบครัว (พริฎา อิบรารีม, 2544) เมื่อมารดาเป็นผู้ให้การดูแลโดยไม่มองว่าเป็นภาระจึงสนับสนุนให้ผลพบว่าภาระการดูแลเด็กโรคหอบทึบโดยรวมอยู่ในระดับน้อย (พารุณี เกตุกราย, 2550)

จากการวิจัยข้อที่ 2 คือ คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบ จากการศึกษาครั้งนี้ พบร่วมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบทึบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.10) ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่สอดคล้องกับการศึกษาของ วีไลพร ชำวงศ์ และคณะ, 2554 ที่พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.1 เนื่องจาก

เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังผู้ดูแลจะเริ่มเข้าใจการดำเนินไปของโรค การรักษา การดูแลต่างๆ ผู้ดูแลจะเริ่มมีการปรับตัวทั้งทางด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจด้านสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม จึงส่งผลให้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

จากคำถamentวิจัยข้อที่ 3 คือ ภาระในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดีของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดีจากการศึกษาพบว่า ความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตัวเอง ความรู้สึกผิดและเจตคติที่ไม่แน่นอนมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $.05$  ( $r = -.389, -.285, -.270$  และ  $= -.304$  ตามลำดับ) กล่าวคือการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหอบที่ดี ที่มีความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตัวเอง ความรู้สึกผิดและเจตคติที่ไม่แน่นอนในระดับสูงขึ้น จะมีคุณภาพชีวิตลดลง หรืออีกหนึ่งคือถ้าผู้ดูแลมีความตึงเครียดส่วนบุคคล ความขัดแย้งในตัวเอง ความรู้สึกผิดและเจตคติที่ไม่แน่นอนในระดับน้อย หรือมีภาวะโดยรวมน้อยกว่าจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กัญญาณี บริชาพ์ค์มิตร และคณะ, 2555 ที่พบว่า สมรรถนะของตนเองในการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบที่ดี และภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบที่ดีโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางด้านลบระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = -.380, p < 0.01$ )

จากคำถamentวิจัยข้อที่ 4 คือ ภาระในการดูแลสามารถพยากรณ์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหอบที่ดี

จากการศึกษา ครั้งนี้ เมื่อนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์มาวิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์นั้น พบร่วมกับความตึงเครียดส่วนบุคคล สามารถร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 13.7 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ดาวรุณ รองเมือง และวิรวรรณ คำเงิน (2550) พบร่วมกับภาระในการดูแลตนเองสามารถทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีการมองเห็นเสื่อมได้ร้อยละ 2

### ข้อเสนอแนะในการนำงานวิจัยไปใช้

1. ทางด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล พยาบาลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดีที่มารับการรักษา ควรมุ่งเน้นตระหนักรถึงภาระการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลโดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย และผู้ที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานสามารถวางแผนให้ความรู้และคำแนะนำที่เหมาะสมเพื่อลดภาระ และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดี

#### 2. ด้านการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการทำการวิจัยเพื่อค้นหาตัวแปรที่สำคัญที่มีผลต่อการลดภาระและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล รวมถึงการทำการล้มภาระเชิงลึก เพื่อทราบถึงปัญหาที่แท้จริงในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดี เพื่อเป็นข้อมูลในการให้การพยาบาลช่วยเหลือที่เหมาะสมต่อไป

2.2 งานวิจัยครั้งต่อไปควรนำข้อค้นพบจาก การศึกษาครั้งนี้ไปใช้เป็นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบที่ดี

### เอกสารอ้างอิง

- กรรมการแพทย์. (2552). สสส. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2556,  
จาก <http://www.dms.moph.go.th/statreport/index.html>.
- กลยานี ปรีชาพงษ์มิตร และคณะ. (2555). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบทึบ.  
วารสารพยาบาลสาร. 39(4): 13-22 .
- ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, รชนี สรวลรัตน์ และวรรณรัตน์ ลาวงศ์. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแล  
ของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. การพยาบาลและการศึกษา. 4(1): 62-57.
- ชุมพุนช์ พุ่นช่างทอง. (2556). บทความเพื่อการประชามติมหัศด้านสังคม เรื่อง โรคหอบทึบ. [ออนไลน์] สืบค้น  
เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2556, จาก <https://www.l3nr.org/posts/181608>.
- ชลิตา เกียรติศิลกรัฐ และคณะ. (2556). ภาระโรคและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังที่ต้อง卧ก  
เลือดด้วยเครื่องไตเทียมในจังหวัดกาญจนบุรี. สืบค้นเมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม 2556, จาก [http://www.php.ph.mahidol.ac.th/Academics/Publication\\_2013\\_Charida.th.html](http://www.php.ph.mahidol.ac.th/Academics/Publication_2013_Charida.th.html).
- ดาวารรณ รองเมือง และวิวรรณ คำเงิน. ภาระในการดูแลคน老และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีการ  
มองเห็นเลื่อน. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 มิถุนายน 2557, จาก [http://www.research.bcnusat.ac.th/doc\\_research/2550/18.pdf](http://www.research.bcnusat.ac.th/doc_research/2550/18.pdf).
- พารุณี เกตุกราย. (2550). ความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลบุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย การดูแลตนเอง  
และความต้องการการช่วยเหลือของญาติผู้ดูแลที่ทำงานนอกบ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วีไลพร จำวงศ์, จตุพร หนูสวัสดิ์, วรารัตน์ ประทานวนวัฒนา และคณะ. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์  
กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 5(2): 32-40.
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2542). กิจกรรมบำบัดเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. เชียงใหม่ : ภาควิชากิจกรรม  
บำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีธาร วรรณพงษ์, ฉันทิกา จันทร์เปีย, อัจฉรา เปรื่องเวทย์, และคณะ. (2540). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรค  
มะเร็งเม็ดเลือดขาว. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีพันธุ์ สาสัตย์, Bryar, R. M. and Newens, A. J. (2543). การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย:  
การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมโดยครอบครัว ในสังคมพุทธศาสนาในประเทศไทย.  
วารสารพยาบาลวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 1(1): 15-24.
- สุกัญญา สร้างนก. (2543). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมาตรการดูแลผู้ดูแลในโรงพยาบาลติดเชื้อที่ป่วยเป็น  
โรคหอบทึบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สาธิดา แรกร้าน และพีรพันธ์ ลือบุญราชชัย. (2555). ปัญหาพัฒนาระบบและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมอง  
เสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแลของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์.
- วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 57(3): 335-346.
- สมฤตี สุทธิมงคล. (2541). ความเครียดการเผชิญปัญหา และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย  
ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรัญญา ไพรวัลย์. (2550). ความต้องการของผู้ดูแลด้านการดูแลผู้ป่วยโรคหอบดีสอดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์:  
มหาวิทยาลัยนเรศวร.

- อาภา ใจงาม. (2535). การพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์. (10): 127-132.
- Klein, S. (1989). Caregiver burden and moral development. IMAGE: Journal of Nursing Scholarship, 21(2): 94-97.
- Montgomery, R. I. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. P. (1985). Ceregiving and the experience of subjective and objective burden. Family Relation. (34): 19-26.
- Zarit, S.H., Todd, P.A. & Zarit, J.M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers : A longitudinal study. Gerontologist. (26): 260-266.

