

บทความวิจัย (Research Article)

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี

วันทกานต์ จุ่มแปง¹, จูฑารัตน์ มีสุขโข^{1*} และ ศรีมณา นียมคำ¹

Effects of a self-efficacy and social support enhancement program on family management behaviors among caregivers of children aged 1–5 years with asthma

Wantakan Jumpaeng¹, Jutarat Mesukko^{1*} and Srimana Niyomkar¹

¹ Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200, Thailand

* Corresponding author, Email: jutarat.m@cmu.ac.th

Health Science, Science and Technology Reviews. 2026;19(2):127-145.

Received: 1 April 2026; Revised: 11 August 2026; Accepted: 17 August 2026

บทคัดย่อ

โรคหืดในเด็กเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการรุนแรงของโรคหรืออาการหอบกำเริบ ดังนั้นผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการจัดการครอบครัวเพื่อดูแลเด็กโรคหืด การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง ชนิดสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ในภาคเหนือตอนบน จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 ราย ระยะเวลารวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2568 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กโรคหืด วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที่

ผลการวิจัย พบว่า การจัดการครอบครัวของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = -8.30, p = .000$) และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 21.98, p = .000$) ทดสอบขนาดอิทธิพล (Effect size) ของโปรแกรม ได้เท่ากับ 1.69

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมอาจช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด ดังนั้น จึงอาจพิจารณานำโปรแกรมนี้ไปบูรณาการในการพยาบาล เพื่อสนับสนุนผู้ดูแลในการจัดการดูแลเด็กโรคหืดต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การสนับสนุนทางสังคม, พฤติกรรมการจัดการครอบครัว, เด็กโรคหืด

¹ สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ 50200 ประเทศไทย

Abstract

Childhood asthma is a chronic disease that requires continuous care to prevent severe symptoms or asthma attacks. Therefore, caregivers play an important role in family management for children with asthma. This quasi-experimental two-group pretest-posttest design aimed to examine the effects of a self-efficacy and social support enhancement program on family management behaviors among caregivers of children aged 1–5 years with asthma. The sample consisted of 48 caregivers of children with asthma aged 1-5 years who were diagnosed with asthma at a secondary hospital in the upper northern region of Thailand. Participants were divided into an experimental and a control group of 24 people each. The data collection period was from August to October 2025. The research instruments included the self-efficacy enhancement and social support promoting program and a family management behavior questionnaire for children with asthma. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results revealed that family management among caregivers in the experimental group was significantly higher than that of the control group ($t = -8.30, p = .000$) and significantly higher than before attending the program ($t = 21.98, p = .000$). The results revealed an effect size of 1.69.

These findings suggest that the self-efficacy and social support enhancement program may help improve family management behaviors among caregivers of children with asthma. Therefore, the program may be considered for integration into nursing care to support caregivers in managing children with asthma.

Keywords: Self-efficacy, Social support, Family management behaviors, Children with asthma

บทนำ

โรคหืดเป็นการอักเสบของหลอดลมร่วมกับภาวะหลอดลมไวเกิน เป็นโรคเรื้อรังในระบบทางเดินหายใจที่พบบ่อยในเด็ก มีอาการหายใจหอบเหนื่อย หายใจเสียงหวีด ซึ่งในเด็กเกิดได้จากหลายสาเหตุ แต่ข้อจำกัดของการทดสอบสมรรถภาพปอดที่เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ไม่สามารถทดสอบได้เนื่องจากการขาดความเข้าใจ และไม่สามารถบังคับลมหายใจตามขั้นตอนที่ซับซ้อนได้ อีกทั้งเครื่องมือทดสอบนี้มีเพียงบางสถานพยาบาลเท่านั้น[1,2] ทำให้วินิจฉัยแยกจากโรคในระบบทางเดินหายใจอื่นได้ยาก ร่วมกับที่แพทย์บางส่วนวินิจฉัยจากลักษณะอาการคล้ายโรคหืดและการตอบสนองจากยารักษาซึ่งต้องใช้ระยะเวลา[3] ทำให้เด็กได้รับการวินิจฉัยและเริ่มการรักษาล่าช้า ซึ่งมากกว่าร้อยละ 80 ของจำนวนเด็กโรคหืดจะมีอาการหอบครั้งแรกก่อนอายุ 5 ปี อัตราการแพร่ระบาดของโรคหอบหืดทั่วโลกในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในปี ค.ศ.2021 อยู่ที่ 4,471.29 ต่อแสนประชากร[4] องค์การอนามัยโลกคาดการณ์จำนวนผู้ป่วยโรคหืดจะสูงถึง 400 ล้านคน ซึ่งจะมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี[5] และรายงานข้อมูลจากศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา[6] พบความชุกผู้ป่วยโรคหืดแบ่งตามกลุ่มอายุ 0-4 ปี จำนวน 369,646 ราย สำหรับประเทศไทยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2565 พบเด็กช่วงอายุ 0-4 ปี ป่วยจากโรคหืด จำนวน 19.55 ต่อแสนประชากร[7] และอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของเด็กโรคหืดอายุต่ำกว่า 6 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ.2558-2565 จำนวน 176,211 ราย สูงถึงร้อยละ 62.3 เมื่อเทียบกับเด็กช่วงวัยอื่น[8]

อาการจับหืดในเด็กเกิดขึ้นได้บ่อยครั้งและตลอดเวลาการเจ็บป่วยจะมีอาการไอ หายใจเสียงหวีด หอบเหนื่อย เมื่อสัมผัสสิ่งกระตุ้น ทั้งสิ่งแวดล้อมในบ้านและนอกบ้าน เช่น ไรฝุ่น คandles เกสรดอกไม้ เชื้อรา ขนสัตว์ อื่นๆ หากได้รับการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสมการกำเริบจะบ่อยและรุนแรงมากขึ้นจนนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเป็นสาเหตุสำคัญที่อาจทำให้เสียชีวิต[9] การเจ็บป่วยด้วยโรคหืดในเด็ก โดยเฉพาะช่วงอายุ 1-5 ปี ส่งผลกระทบต่อตัวเด็กทั้งด้านร่างกาย ส่งผลให้การเจริญเติบโตล่าช้าจากอาการหอบกำเริบที่รบกวนการนอนหลับ ด้านจิตใจ และอารมณ์ เด็กวิตกกังวล หรือหวาดกลัวเมื่อมีอาการหอบที่ไม่สามารถบรรเทาได้ และด้านสังคม จากภาวะเด็กถูกจำกัดกิจกรรมส่งผลให้การเข้าสังคมกับเพื่อนๆ น้อยลง [10] อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลเกิดความอ่อนเพลีย ความเครียดจากการดูแล อีกทั้งค่าใช้จ่ายในครอบครัวเพิ่มขึ้นจากการรักษาพยาบาลและจากขาดงานของผู้ดูแล ดังนั้น เด็กที่เป็นโรคหืดต้องดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลเป็นพิเศษมากกว่าเด็กปกติทั่วไปเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบ บทบาทของผู้ดูแลมีความสำคัญต่อการดูแลเด็กโรคหืด การดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี ในประเทศไทยปัจจุบันใช้แนวทางของ Global Initiative for Asthma (GINA) เป็นแนวทางในการดูแลเด็กโรคหืด อย่างไรก็ตาม เด็กยังไม่สามารถดูแลและไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ทั้งหมด ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ซึ่งโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถคาดการณ์อาการหอบกำเริบได้ล่วงหน้าจะต้องให้การดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่มีอาการและไม่มีอาการ บทบาทการดูแลเด็กโรคหืดจึงไม่สามารถถูกแบกรับภาระด้วยสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวเพียงลำพัง ครอบครัวจะต้องอาศัยการจัดการครอบครัวให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรค[11]

การจัดการครอบครัว (Family management) ของผู้ดูแล ตามแนวคิดของ Grey หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสามารถควบคุมโรคได้ โดยการป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนของโรคพฤติกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลจึงมีความสำคัญต่อการดูแลเด็กโรคหืดให้มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดบางด้านอยู่ในระดับต่ำ[12][13] การติดเชื้ระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงของอากาศ และมลพิษทางอากาศทำให้เกิดอาการหอบกำเริบได้ [14] กิจกรรมการดูแลที่ช่วยลดและควบคุมอาการของโรคหืดได้ เช่น การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การจัดสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย การดูแลให้เด็กโรคหืดได้รับยารักษา การดูแลให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น[15] ปัญหาอุปสรรคของครอบครัวที่จัดการได้ยากมีความแตกต่างกันตามบริบททำให้ผลของการรักษาไม่ตรงตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ การรับรู้เรื่องการจัดการครอบครัวเกี่ยวกับโรคหืดยังไม่ถูกต้อง และอีกหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยด้านลักษณะความเจ็บป่วย ด้านลักษณะส่วนบุคคล ด้านลักษณะครอบครัว และด้านสิ่งแวดล้อม

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถทำนายการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลในเด็กโรคหืดได้ดีที่สุด คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม[16,13] ดังการศึกษาของเพ็ญจิต มหาสโรและคณะ [16] พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และการให้ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคหืด สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .363$, $p < .05$ และ $\beta = .247$, $p < .05$) ตามลำดับ เช่นเดียวกับการศึกษาของอรอนงค์ ชาวสานและคณะ[13] ผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และความรู้เรื่องโรคหืดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมจัดการต่อเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .59$, $p < .01$) ($r = .61$, $p < .01$) ตามลำดับ แม้ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาโปรแกรมการดูแลเด็กโรคหืดอย่างแพร่หลาย จากการทบทวนการศึกษาในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี โดยตรง พบเพียงการส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลเด็กโรคหืดก่อนวัยเรียนต่อพฤติกรรมดูแลและการกำเริบของโรค[17] การศึกษาที่เน้นการให้ความรู้ (Knowledge-based) การฝึกทักษะการดูแลทั่วไปในรูปแบบการชี้แนะรายบุคคล (Coaching)[18] การสอนแบบกลุ่มให้บิดามารดา[19] หรือการให้ข้อมูลแบบมีปฏิสัมพันธ์ผ่านระบบวีดีโอคอลกับผู้ดูแล[20] อย่างไรก็ตาม การศึกษาเหล่านี้มักเน้นที่ตัวผู้ดูแลเพียงลำพังหรือเน้นเพียงด้านความรู้และทักษะเฉพาะหน้า ข้อจำกัดที่สำคัญคือโปรแกรมเหล่านั้นยังขาดการบูรณาการ แนวคิดสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของ Bandura และแนวคิดการสนับสนุนทาง

สังคม (Social support) ของ House เข้าด้วยกันอย่างเป็นระบบ ซึ่งทั้งสองปัจจัยเป็นตัวพยากรณ์สำคัญที่ส่งผลต่อการจัดการครอบครัว (Family management) ได้ดีที่สุด อีกทั้งในรูปแบบของการศึกษาที่ผ่านมาไม่ได้สอดคล้องกับบริบทของคนในปัจจุบันที่เทคโนโลยีเข้ามาใช้ในชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะ Line official account ที่มีการใช้บริการอย่างแพร่หลาย[30] นอกจากนี้ ผลลัพธ์จากการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของพฤติกรรมจัดการครอบครัวที่มีความซับซ้อน ทำให้ยังพบอุบัติการณ์ของโรคหัดในเด็กสูงโดยสะท้อนผ่านการเข้ารับบริการและการรักษาในโรงพยาบาล และในประเทศไทยกลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยด้วยโรคหัดสูงสุดยังคงเป็นกลุ่มเด็กเล็ก[21] อีกทั้งบริบทของเด็กอายุ 1-5 ปี เป็นวัยที่ต้องพึ่งพาผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวอย่างสมบูรณ์ในการดำเนินชีวิตประจำวันและการควบคุมโรคหัด

ผู้วิจัยเล็งเห็นว่า การจัดการครอบครัวเป็นกุญแจสำคัญที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการดูแลรักษาและผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีของเด็ก[12,22] การพัฒนาโปรแกรมที่มุ่งเน้นเพียงตัวบุคคลจึงอาจไม่เพียงพอ หากแต่ต้องเสริมสร้างความเชื่อมั่นในศักยภาพของผู้ดูแลร่วมกับการสร้างเครือข่ายสนับสนุนที่เข้มแข็งภายในครอบครัว ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตนเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการจัดการปัญหาพร้อมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทั้งอารมณ์ ข้อมูล และการช่วยเหลือจากครอบครัว เพื่อให้เกิดพฤติกรรมจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหัดอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนที่นำไปสู่แนวทางในการปฏิบัติสำหรับบุคลากรสุขภาพเพื่อช่วยเหลือครอบครัวของเด็กโรคหัดได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหัดอายุ 1-5 ปี ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหัดอายุ 1-5 ปี ก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม

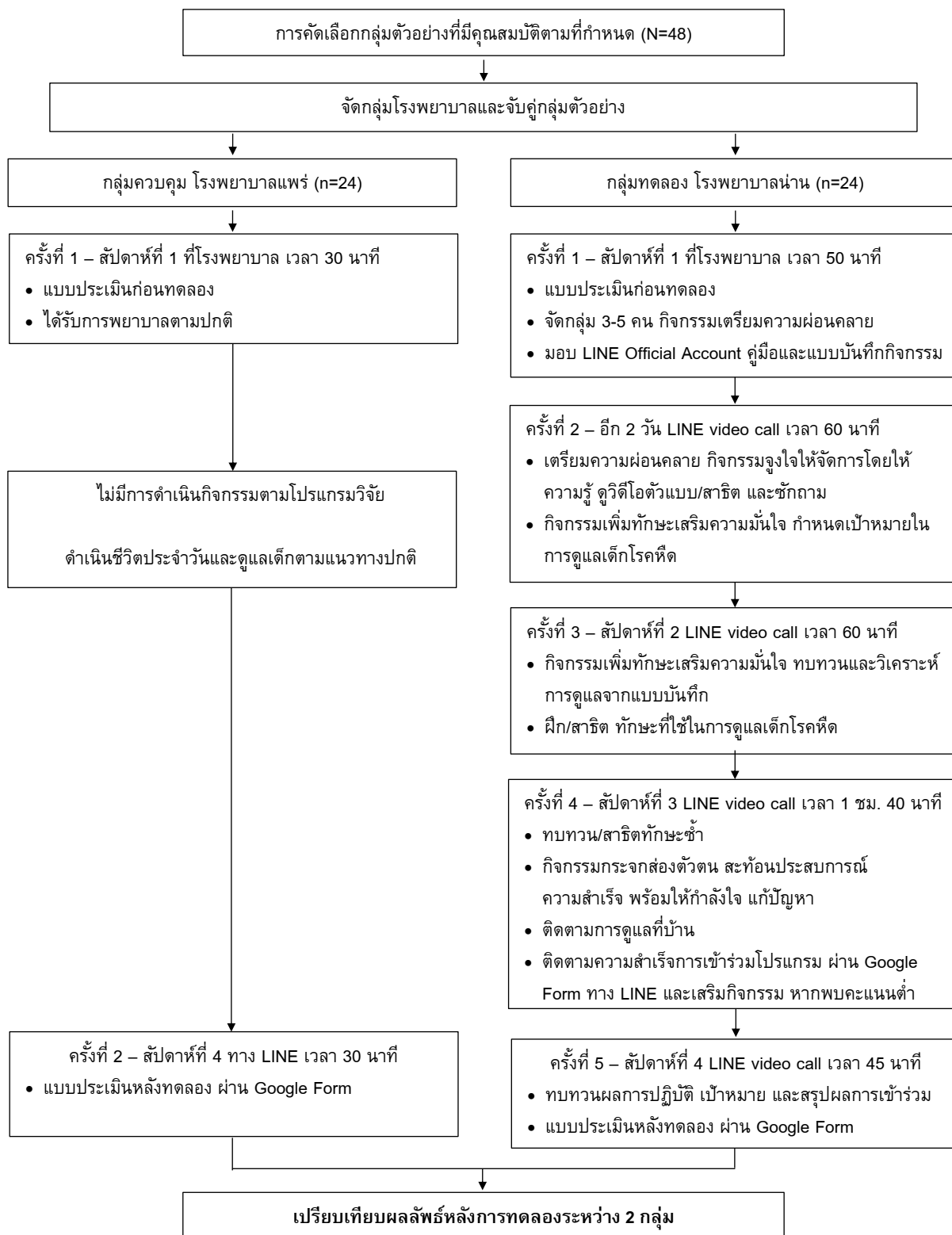
สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหัดอายุ 1-5 ปี ของกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. คะแนนเฉลี่ยการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหัดอายุ 1-5 ปี ภายหลังได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการได้รับการส่งเสริม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืด อายุ 1-5 ปี โดยใช้แนวคิดสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura เป็นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเกิดขึ้นโดยการเรียนรู้ผ่านปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตน ทั้ง 4 ด้าน และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของ House การสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการจัดการครอบครัว ในการวิจัยร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมจัดการครอบครัวของผู้ดูแลทั้งด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และด้านจิตสังคม เพื่อให้การดูแลเด็กโรคหืดมีความถูกต้องเหมาะสม โดยจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลและการสนับสนุน ได้แก่ 1) กิจกรรมเตรียมความพร้อมคลาย เป็นการส่งเสริมสภาวะทางกายและอารมณ์ (Physiological and affective states) โดยการจัดสถานที่และบรรยากาศให้เอื้อต่อการเรียนรู้ และส่งเสริมการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) ให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจ ความเห็นใจและห่วงใย เพื่อเตรียมความพร้อมในการทำกิจกรรม 2) กิจกรรมจูงใจให้จัดการ เป็นการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) สื่อสารให้เห็นความสำคัญของการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด และให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และให้ผู้ดูแลได้เห็นประสบการณ์จากผู้อื่น (Vicarious experience) เป็นตัวแบบในวิดีโอที่มีความคล้ายคลึงกับผู้ดูแลที่เคยมีประสบการณ์การจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดจะทำให้เกิดความเชื่อในความสามารถของตนเองเช่นกัน ร่วมกับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) จากการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหืด และขณะอยู่ที่บ้านผู้ดูแลจะได้รับการสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) ใช้บริการระบบสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ในการเข้าถึงข้อมูล การติดต่อสื่อสาร 3) กิจกรรมเพิ่มทักษะเสริมความมั่นใจ โดยผู้ดูแลได้พัฒนาทักษะการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น จากการมีประสบการณ์ความสำเร็จของตนเอง (Enactive mastery experience) 4) กิจกรรมกระจกส่องตัวตน ผู้ดูแลเปรียบเทียบและประเมินค่า (Appraisal support) ตนเองถึงประสบการณ์ในการจัดการครอบครัวเพื่อดูแลเด็กโรคหืดที่ผ่านมา และ 5) กิจกรรมติดตามเยี่ยม ใช้ติดตามเพื่อกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดพฤติกรรมจัดการครอบครัวอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) ร่วมกับการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrumental support) ที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางในการสื่อสารระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแล ดังนั้น การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนจะทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองมากขึ้นส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดที่เหมาะสมร่วมกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ อย่างเพียงพอ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดอารมณ์ด้านบวกรู้สึกพอใจ มีกำลังใจ ได้รับความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นใจในการแก้ไขปัญหาสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ได้อย่างเหมาะสมจนสามารถปฏิบัติพฤติกรรมจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดได้อย่างเหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามขั้นตอนในแผนผังการดำเนินการวิจัย ดังนี้



รูปที่ 1 แผนผังการดำเนินการวิจัย (Flow chart)

วัสดุและวิธีการ

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest - Posttest design) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลของเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ในภาคเหนือตอนบน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหืดและได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาพ่นแบบสูด ชนิดละอองฝอย ที่คลินิกเด็กแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่าน และห้องตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) ผู้ดูแลอายุ 20 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกับเด็กโรคหืด 2) เป็นผู้ดูแลเด็กโรคหืดขณะมารับการรักษาในโรงพยาบาล แผนกผู้ป่วยนอกเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป และดูแลต่อเนื่องที่บ้าน 3) สามารถพูด อ่าน เขียน และสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้เข้าใจ 4) มีโทรศัพท์มือถือ และมีความสามารถในการใช้งาน Line application ได้ 5) ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และ 6) เด็กที่มีระดับการควบคุมโรคหืดได้บางส่วน และไม่สามารถควบคุมได้ โดยใช้เกณฑ์ประเมินการควบคุมโรคหืด (Assessment asthma control) ในเด็กอายุน้อยกว่า 5 ปี ของ Global Initiative for Asthma (GINA) ฉบับปี 2025[23] มีเกณฑ์ในการคัดออกดังนี้ 1) เด็กต้องเข้ารับการรักษาในผู้ป่วยในโรงพยาบาล 2) เคยเข้าร่วมวิจัยแบบทดลองที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหืด 3) เคยมีประสบการณ์ดูแลเด็กโรคหืดรายอื่น และมีเกณฑ์ในการยุติดังนี้ 1) ผู้ดูแลไม่สามารถเข้าร่วมได้ครบทุกกิจกรรม 2) เด็กโรคหืดมีอาการรุนแรงเพิ่มขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนระหว่างดำเนินการวิจัย ได้แก่ อาการจ็บหืด ภาวะหายใจล้มเหลว รวมทั้งระบุสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่ต้องให้เหตุผล และไม่ส่งผลกระทบต่อการรักษาหรือการพยาบาลตามปกติ

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบทางสถิติ คำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance: α) ที่ .05 กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Level of power) ที่ระดับ .80 และกำหนดค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Large effect size) .80 [24] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 42 ราย และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Dropout) จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง อีกร้อยละ 10 [25] กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย

วิธีการคัดเลือกโรงพยาบาลในการศึกษาวิจัย โดยการเลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) และใช้วิธีการสุ่มอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ได้โรงพยาบาลน่านเป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลแพร่เป็นกลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีการใช้แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็กเช่นเดียวกัน และมีแนวทางในการให้บริการคล้ายคลึงกัน จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน (Homogenous population) โดยเทคนิคการจับคู่ (Matching technique) เลือกผู้ดูแลที่เด็กโรคหืดในความดูแลมีระดับการควบคุมโรคหืดเหมือนกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน รายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1. โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura [27] ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House เพื่อเสริมสร้างการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี โดยดำเนินกิจกรรม 5 กิจกรรม จำนวน 5 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินโปรแกรม 4 สัปดาห์ สื่อที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ได้แก่ คู่มือผู้ดูแลสำหรับการดูแลเด็กโรคหืด Line official account แบบบันทึกกิจกรรมการดูแลเด็กโรคหืด วิดีโอตัวแบบความสำเร็จของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และวีดิโอสาธิตกิจกรรมการดูแลเด็กโรคหืด

2. เครื่องมือการติดตามความสำเร็จของการเข้าร่วมโปรแกรม ได้แก่ 1) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กโรคหืดของพวงทิพย์ วัฒนะ[26] ตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของ Bandura ใช้ประเมินความมั่นใจว่าจะสามารถปฏิบัติตามการจัดการครอบครัวเพื่อดูแลเด็กโรคหืด จำนวน 39 ข้อ ได้แก่ การหลีกเลี่ยงหรือป้องกันสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด การดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการดูแลเด็กเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ การแปลผลไม่มั่นใจเลย ได้ 1 คะแนน มั่นใจเล็กน้อย ได้ 2 คะแนน มั่นใจปานกลาง ได้ 3 คะแนน มั่นใจมาก ได้ 4 คะแนน มั่นใจมากที่สุด ได้ 5 คะแนน แบ่งคะแนนรวม 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	แปลผล
1 – 91	ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับต่ำ
92 – 143	ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับปานกลาง
144 – 195	ผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง

และ 2) แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืดของสิริกรานต์ สุทธิสมพร[14] ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House ใช้ประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 34 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านอารมณ์ (2) ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า (3) ด้านข้อมูลข่าวสาร และ (4) ด้านทรัพยากร มีข้อคำถามทั้งด้านบวก การแปลผลได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน น้อย ได้ 2 คะแนน ปานกลาง ได้ 3 คะแนน มาก ได้ 4 คะแนน มากที่สุด ได้ 5 คะแนน ข้อคำถามทั้งด้านลบ การแปลผลได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุดได้ 5 คะแนน น้อย ได้ 4 คะแนน ปานกลาง ได้ 3 คะแนน มาก ได้ 2 คะแนน มากที่สุด ได้ 1 คะแนน แบ่งคะแนนรวม 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	แปลผล
34.00 – 79.33	ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย
79.34 – 124.67	ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง
124.68 – 170.00	ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ประกอบด้วย ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กโรคหืด อายุ เพศ สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้รวมในครอบครัวต่อเดือน และ 2) ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ประกอบด้วย อายุ เพศ อายุที่เด็กเริ่มมีอาการครั้งแรก ระยะเวลาที่เป็นโรค จำนวนครั้งที่มีการหืดกำเริบในช่วงเวลาที่ผ่านมา 1 เดือน ยารักษาโรคหืดที่ได้รับในปัจจุบัน

2. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กโรคหืดของพัชรี วัฒนชัย และคณะ [12] ตามแนวคิดการจัดการครอบครัวของ Grey ประกอบด้วยการจัดการ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และด้านจิตสังคม เป็นข้อคำถามทางบวก จำนวน 38 ข้อ การแปลผล ไม่เคยปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ได้ 3 คะแนน และปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 4 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน	แปลผล
38 – 76	พฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวอยู่ในระดับต่ำ
77 – 114	พฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง
115 – 152	พฤติกรรมกรรมการจัดการของครอบครัวอยู่ในระดับสูง

3. แบบบันทึกกิจกรรมการดูแลเด็กโรคหืด จำนวน 38 ข้อ เป็นการบันทึกระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมเพื่อติดตามกิจกรรมที่ปฏิบัติแล้วมีปัญหาอุปสรรค คำถาม หรือข้อสงสัยสำหรับให้ผู้ดูแลสามารถแบ่งปันข้อมูล และใช้เป็นข้อมูลในการให้คำแนะนำหรือข้อเสนอแนะของการพบกันครั้งถัดไป

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อการจัดการครอบครัวในผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี คู่มือผู้ดูแลสำหรับการดูแลเด็กโรคหืด แบบบันทึกกิจกรรมการดูแลเด็กโรคหืด วิธีโอตัวแบบความสำเร็จของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคหืด จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในแนวคิดการรับรู้สมรรถนะและแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาวิชาการพยาบาลเด็กจำนวน 2 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบทางเดินหายใจในเด็ก จำนวน 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำคลินิกเด็กผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคระบบทางเดินหายใจ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ของโปรแกรม เท่ากับ 0.98

แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืดของพัชร วัฒนชัย และคณะ[12] แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กโรคหืดของพวงทิพย์ วัฒนะ [26] และแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืดของสิริกรานต์ สุทธิสมพร และคณะ[14] ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงใดๆ มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้เท่ากับ 0.98 0.89 และ 0.97 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่น (reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กโรคหืด แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลของโรคหืดที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย ที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินดังกล่าว โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .90 .85 และ .82 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 079/2568 study code 2568-EXP037 คณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลแพร เอกสารรับรองเลขที่ 044/2568 และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลน่าน เอกสารรับรองเลขที่ 021/2568 เมื่อผ่านการพิจารณาอนุมัติได้รับการรับรองให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยได้รับความยินยอมที่เป็นลายลักษณ์อักษรจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยทุกราย หลังจากให้ข้อมูลการวิจัยอย่างครบถ้วนแล้ว ผู้เข้าร่วมมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงสิทธิในการยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ควรได้รับตามปกติ ข้อมูลทั้งหมดจะปกปิดเป็นความลับ รูปแบบการนำเสนอข้อมูลและผลการวิจัยในภาพรวมมีวัตถุประสงค์เพื่อประโยชน์ทางวิชาการและการศึกษาเท่านั้น รวมถึงตลอดเวลาในการดำเนินการวิจัยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส (COVID-19) ผู้วิจัยจะคำนึงถึงความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างและมีมาตรการป้องกันตามมาตรฐานของโรงพยาบาล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ภายหลังได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลภายในโรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบคู่ขนานโดยเก็บข้อมูลไปพร้อมกัน ทุกวันจันทร์ และวันศุกร์เก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมที่โรงพยาบาลแพร และทุกวันพุธ และวันพฤหัสบดีเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองที่โรงพยาบาลน่าน ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ.2568 พยาบาลกุมารเวชกรรมแจ้งรายชื่อเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี ที่มารับการรักษาให้ผู้วิจัยทราบก่อนมาตามนัด 1 สัปดาห์ และได้รวบรวมข้อมูลในแต่ละกลุ่ม ดังต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม เป็นผู้ดูแลเด็กโรคหัดที่ห้องตรวจกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลแพร่ ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลา 30 นาที

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลเพื่อชี้แจงงานวิจัย ขอยินยอมเข้าร่วมวิจัย และลงลายมือในเอกสารคำยินยอม ต่อมาผู้วิจัยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็ก และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กโรคหัด เพื่อเก็บเป็นข้อมูลก่อนการทดลอง เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยขอเบอร์โทรศัพท์ที่ใช้ในการติดต่อและช่องทางแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อทำการนัดหมายครั้งต่อไป จากนั้นผู้ดูแลจะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการให้ข้อมูลหรือความรู้ในเรื่องการปฏิบัติตัวต่างๆ ไปแก่ผู้ดูแล ได้แก่ การใช้ยาพ่นแบบสูด การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องรับมาโรงพยาบาล และการมาพบแพทย์ตามนัดจากพยาบาล

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) พบออนไลน์ ใช้เวลา 30 นาที

ผู้วิจัยติดต่อผู้ดูแลผ่านทางโทรศัพท์ และส่งแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กโรคหัดทางแอปพลิเคชันไลน์ ให้ผู้ดูแลประเมินผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ Google form เพื่อประเมินผลหลังเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มทดลอง เป็นผู้ดูแลเด็กโรคหัดที่คลินิกเด็ก แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน่าน ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลา 50 นาที การดำเนินกิจกรรมเป็นกิจกรรมกลุ่ม กลุ่มละ 3 - 5 คน ดังนี้

ผู้วิจัยเข้าพบผู้ดูแลเพื่อชี้แจงงานวิจัย หลังจากยินยอมเข้าร่วมวิจัยและลงลายมือในเอกสารคำยินยอม ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็ก และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กโรคหัด เพื่อเก็บเป็นข้อมูลก่อนการทดลอง จากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตนัดหมายผู้ดูแลเพื่อทำกิจกรรมตามโปรแกรมใช้ระยะเวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ พบกลุ่มทดลอง จำนวน 5 ครั้ง โดยขออนุญาตติดต่อทางเบอร์โทรศัพท์ และไลน์

กิจกรรมที่ 1 “เตรียมความพร้อมคลาย” ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพด้วยคำพูดที่นุ่มนวล และเปิดเพลงที่มีจังหวะเบาๆ เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและบยายความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัด เป็นการให้คำถามปลายเปิดเป็นแนวทางในการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหัด ซึ่งผู้วิจัยรับฟังอย่างตั้งใจ และพูดให้กำลังใจ เพื่อส่งเสริมจิตใจผู้ดูแลให้มีความเข้มแข็ง และเกิดความเชื่อมั่นในตนเองให้พร้อมเผชิญปัญหา

ผู้วิจัยมอบสื่อของโปรแกรมให้แก่ผู้ดูแล ได้แก่ 1) Line official account ในบัญชีทางการที่ชื่อว่า “การจัดการครอบครัว” ใช้สำหรับการติดต่อสื่อสาร นัดหมาย และติดตามการเข้าร่วมกิจกรรม ตลอดจนเป็นช่องทางให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าถึงคู่มือและสื่อความรู้ที่ใช้ประกอบกิจกรรมของโปรแกรม 2) คู่มือการดูแลเด็กโรคหัดในรูปแบบหนังสือและดิจิทัลใน Line official account ประกอบด้วยเนื้อหาความหมายของโรค สาเหตุ อาการ การวินิจฉัย การรักษา วิธีการพ่นยา ข้อควรระวังในการใช้ยารักษา การประเมินอาการ การจัดการเบื้องต้นเมื่อมีอาการหอบหืดกำเริบ รวมถึงเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหัด 3) แบบบันทึกกิจกรรมการดูแลเด็กโรคหัดให้บันทึกขณะอยู่บ้าน

ครั้งที่ 2 (ในอีก 2 วัน) พบออนไลน์ผ่านการสนทนาแบบวิดีโอ (LINE video call) ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 1 “เตรียมความพร้อมคลาย” ผู้วิจัยกล่าวทักทาย บรรยายภาพภายใต้การวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์มีความเป็นส่วนตัว และเปิดเพลงจังหวะเบา เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 2 “ตั้งใจให้จัดการ” ผู้วิจัยพูดให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหัด จากนั้นความรู้ในเนื้อหาตามคู่มือของโรคหัดในเด็ก และแนวทางการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหัดทั้งด้านลักษณะการเจ็บป่วย ด้านบทบาทหน้าที่ในครอบครัว และด้านจิตสังคม แล้วเปิดวิดีโอตัวอย่างความสำเร็จของผู้ดูแลเด็กโรคหัด และวิดีโอสาธิตกิจกรรมการดูแลเด็ก ให้ผู้ดูแลรับชมสื่อวิดีโอผ่านการแชร์หน้าจอ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและให้สรุปประเด็นเนื้อหาที่สำคัญ จากนั้นผู้วิจัยพูดชี้แนะผลดีของการจัดการครอบครัวในเด็กโรคหัดที่เหมาะสม และผลเสียหากมีการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหัดที่ไม่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 “เพิ่มทักษะ เสริมความมั่นใจ” ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลตั้งเป้าหมายของตนเอง ในการดูแลเด็กโรคหัด เช่น เด็กไม่มีอาการหอบกำเริบ สามารถจัดการเมื่อเด็กมีอาการหอบกำเริบได้ เด็กต้องไม่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นต้น

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 2) พบออนไลน์ผ่านการสนทนาแบบวิดีโอ (LINE video call) ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 1 “เตรียมความพร้อมคลาย” ผู้วิจัยกล่าวทักทาย บรรยายภาพภายใต้การวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์ มีความเป็นส่วนตัว และเปิดเพลงจังหวะเบา เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 3 “เพิ่มทักษะ เสริมความมั่นใจ” ผู้ดูแลทบทวนสาระสำคัญจากสัปดาห์ที่ผ่านมาเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยหลังจากได้ปฏิบัติตามเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป แล้วให้วิเคราะห์กิจกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของตนเองที่ผ่านมา 1 สัปดาห์ จากแบบบันทึกกิจกรรมแล้วเพิ่มเติมข้อมูลในส่วนที่ขาดหรือข้อมูลที่ถูกต้อง จากนั้นให้สาธิตทักษะการปฏิบัติกิจกรรมที่ต้องดูแลเด็กโรคหืดเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแล ประกอบด้วย การประเมินการหายใจในเด็ก การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน การจัดการเมื่อเด็กมีอาการหอบกำเริบ และวิธีการใช้ยาพ่นในเด็กโรคหืด โดยสาธิตผ่านวิดีโอคอล พร้อมกล่าวชื่นชมความสามารถของผู้ดูแลเมื่อปฏิบัติได้ถูกต้อง หากปฏิบัติไม่ถูกต้องผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม และทำให้ดูที่ละขั้นตอนเพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการดูแลเด็กโรคหืด

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 3) นัดพบออนไลน์ผ่านการสนทนาแบบวิดีโอ (LINE video call) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 40 นาที

กิจกรรมที่ 1 “เตรียมความพร้อมคลาย” ผู้วิจัยกล่าวทักทาย บรรยายภาพภายใต้การวิดีโอคอลทางแอปพลิเคชันไลน์มีความเป็นส่วนตัว และเปิดเพลงจังหวะเบา เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวรู้สึกผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 3 “เพิ่มทักษะ เสริมความมั่นใจ” ผู้ดูแลสาธิตกิจกรรมการดูแลเด็กโรคหืดซ้ำอีกครั้งเพื่อทบทวนและติดตามความสามารถของผู้ดูแล แล้วกล่าวชื่นชมเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตนเองเพิ่มขึ้น

กิจกรรมที่ 4 “กระจกส่องตัวตน” ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลเล่าประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลเด็กโรคหืดที่ผ่านมาหลังได้ลงมือปฏิบัติใน 3 สัปดาห์ และผลของการจัดการครอบครัว จากนั้นผู้วิจัยให้ข้อมูลทางบวกโดยการแสดงความคิดเห็น และชมเชยเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้ดูแล แล้วสำรวจความมั่นใจของผู้ดูแลในการดูแลเด็กขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ของตนต่อการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดที่เหมาะสมและถูกต้อง

หากพบปัญหาหรืออุปสรรค จะให้กำลังใจ ชี้แนะแนวทางการแก้ไขปัญหาความต้องการของครอบครัว และกล่าวชื่นชมเพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการดูแลเด็กโรคหืดอย่างเหมาะสมต่อไป

กิจกรรมที่ 5 “ติดตามเยี่ยม” ร่วมพูดคุยเกี่ยวกับพฤติกรรมจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด ผู้วิจัยกล่าวให้กำลังใจและให้คำปรึกษาหรือข้อมูลตามความต้องการของผู้ดูแล โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ผ่านทางเบอร์โทรศัพท์หรือแชทไลน์ได้ตลอดเวลา ร่วมกับพูดโน้มน้าวให้ปฏิบัติพฤติกรรมจัดการครอบครัวที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยเน้นย้ำถึงผลดีผลเสียของการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดที่เหมาะสม

ผู้วิจัยติดตามความสำเร็จการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ของผู้ดูแลกลุ่มทดลอง (ใช้เวลา 40 นาที) โดยให้ผู้ดูแลตอบแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลเด็กโรคหืด และแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ผ่าน Google Form ทางแชทไลน์ กรณีผู้ดูแลได้คะแนนของแบบวัดดังกล่าวอยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยจะดำเนินการเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมอีกครั้ง หลังจากนั้นประเมินความสำเร็จของการเข้าร่วมโปรแกรมซ้ำอีกครั้ง ภายใน 1 สัปดาห์

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 4) พบออนไลน์ผ่านการสนทนาแบบวิดีโอ (LINE video call) ใช้เวลา 45 นาที

ผู้วิจัยกล่าวทักทาย สอบถามผลการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ดูแลในการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด การดำเนินกิจกรรมเป็นไปตามเป้าหมายของตนเองที่ตั้งไว้หรือไม่ แล้วกล่าวชื่นชมที่ปฏิบัติตามการดูแลเด็กโรคหืดได้ดี มีการแก้ไขหรือตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดี จากนั้นอภิปรายเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืดตลอด 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยสรุปผลการเข้าร่วมโปรแกรมฯ

ผู้วิจัยให้ผู้ดูแลตอบแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการครอบครัวเด็กโรคหืดทางแอปพลิเคชันไลน์ ประเมินผ่านแบบฟอร์มออนไลน์ Google Form เพื่อประเมินผลหลังเข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็ก ใช้สถิติ Chi-square test และสถิติ Fisher's exact test 2) เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของอายุผู้ดูแล อายุเด็ก และระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหืดของเด็ก ใช้สถิติ Mann-Whitney U test 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent t-test และ 4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืดก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและเด็กโรคหืด นำมาเปรียบเทียบกันในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87 มีอายุเฉลี่ย 38.08 ปี (Range = 26-52, S.D. = 7.05) เป็นมารดาสูงถึง ร้อยละ 79.2 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.3 ศึกษาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 58.3 มีรายได้โดยรวมของครอบครัวต่อเดือนในช่วง 10,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 45.8 และในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.7 มีอายุเฉลี่ย 33.25 ปี (Range = 21-52, S.D. = 8.46) เป็นมารดา ร้อยละ 91.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 58.3 ศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 33.3 ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 75 มีรายได้รวมเฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนในช่วง 10,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 41.7 และพบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กโรคหืด					.364 ^a
บิดา	1	4.2	1	4.2	
มารดา	19	79.2	22	91.7	
ปู่ ย่า ตา ยาย	4	16.6	1	4.1	
อายุ (ปี)					.099 ^a
20-30 ปี	2	8.3	9	37.5	
31-40 ปี	13	54.2	5	20.8	
41-50 ปี	6	25.0	9	37.5	
51-60 ปี	3	12.5	1	4.2	
Range ($\bar{x}$, S.D.)	26-52 (38.08, 7.05)		21-52 (33.25, 8.46)		
เพศ					1.000 ^b
ชาย	3	12.5	2	8.3	
หญิง	21	87.5	22	91.7	
ลักษณะครอบครัว					.359 ^b
ครอบครัวเดี่ยว	14	58.3	18	75	
ครอบครัวขยาย	10	41.7	6	25	
สถานภาพสมรส					.659 ^a
โสด	5	20.8	7	29.2	
คู่	14	58.4	14	58.3	
หย่า/แยก	5	20.8	3	12.5	
ระดับการศึกษา					.199 ^a
ประถมศึกษา	3	12.5	1	4.2	
มัธยมศึกษา	12	50	6	25	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ประกาศนียบัตร/อนุปริญญา	1	4.2	3	12.5	.991 ^a
ปริญญาตรี	6	25	12	50	
อื่นๆ	2	8.3	2	8.3	
ประกอบอาชีพ					
รับจ้าง	8	33.3	8	33.3	
เกษตรกร	3	12.5	2	8.4	
ค้าขาย	6	25.0	6	25.0	
รัฐวิสาหกิจ	1	4.2	1	4.2	
รับราชการ	1	4.2	2	8.3	
อื่นๆ	5	20.8	5	20.8	
รายได้ครอบครัวต่อเดือน					.771 ^a
น้อยกว่า 10,000 บาท	7	29.2	6	25	
10,000 – 20,000 บาท	11	45.8	10	41.7	
20,001 – 30,000 บาท	5	20.8	5	20.8	
มากกว่า 30,000 บาท	1	4.2	3	12.5	

หมายเหตุ: a = Chi-square test, b = Fisher's exact test

1.2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหืด

ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหืด ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.8 เท่ากัน มีอายุ 4 ปี 1 เดือน - 5 ปี ร้อยละ 54.2 เท่ากัน อายุเฉลี่ย 45.58 เดือน (Range = 15-60, S.D. = 11.77) ในกลุ่มควบคุม และอายุเฉลี่ย 44.83 เดือน (Range = 23-53, S.D. = 7.42) ในกลุ่มทดลอง มีอาการหอบครั้งแรกช่วงอายุ 4 ปี 1 เดือน - 5 ปี ร้อยละ 41.7 เท่ากัน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยในช่วง 1-2 ปี ร้อยละ 45.8 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 66.7 ในกลุ่มทดลอง มีอาการหอบกำเริบในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 45.8 เท่ากัน ยารักษาโรคหืดที่เด็กได้รับเป็นยาแบบรับประทานร่วมกับยาแบบพ่นชนิดละอองฝอย ร้อยละ 75 ในกลุ่มควบคุม และร้อยละ 95.8 ในกลุ่มทดลอง และพบว่าข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหืด

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ					.618 ^c
1 – 2 ปี	2	8.3	1	4.2	1.000 ^b
2 ปี 1 เดือน – 3 ปี	2	8.3	0	0	
3 ปี 1 เดือน – 4 ปี	4	16.7	10	41.7	
4 ปี 1 เดือน – 5 ปี	16	66.7	13	54.1	
Range (x̄, S.D)	15-60 (45.58, 11.77)		23-53 (44.83, 7.42)		
เพศ					.692 ^a
ชาย	17	70.8	17	70.8	
หญิง	7	29.2	7	29.2	
เริ่มมีอาการครั้งแรกอายุ					
1 – 2 ปี	9	37.5	8	33.3	
2 ปี 1 เดือน – 3 ปี	10	41.7	10	41.7	
3 ปี 1 เดือน – 4 ปี	4	16.6	6	25	
4 ปี 1 เดือน – 5 ปี	1	4.2	0	0	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคหืด					.569 ^c
0 – 1 ปี	10	41.7	16	66.7	
1 ปี 1 เดือน – 2 ปี	11	45.8	8	33.3	
2 ปี 1 เดือน – 3 ปี	3	12.5	0	0	
Range (x̄, S.D.)	4-40 (16.70, 8.95)		6-32 (15.58, 10.40)		
ช่วงเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมามีอาการหอบกำเริบหรือไม่					1.000 ^a
ไม่มี	13	54.2	13	54.2	
มี	11	45.8	11	45.8	
ยารักษาโรคหืดที่เด็กได้รับในปัจจุบัน					
ยาแบบพ่นชนิดละอองฝอย	6	25	1	4.2	.097 ^b
ยาแบบรับประทาน และยาแบบพ่นชนิดละอองฝอย	18	75	23	95.8	

หมายเหตุ: a = Chi-square test, b = Fisher's exact test, c = Mann-Whitney U test

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการครอบครัว ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.1 ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 3

2.2 ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี หลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=48)

การจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืด	กลุ่มควบคุม (n=24)		กลุ่มทดลอง (n=24)		t	p-value
	x̄	S.D.	x̄	S.D.		
ก่อนการทดลอง	113.38	6.63	110.92	5.68	1.38	.174
หลังการทดลอง	114.79	6.03	131.71	7.96	-8.30	.000*

หมายเหตุ: * $p < .001$

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการจัดการครอบครัว ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=24)

การจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืด	x̄	S.D.	t	p-value
ก่อนการทดลอง	110.92	5.68	21.98	.000*
หลังการทดลอง	131.71	7.96		

หมายเหตุ: * $p < .001$

การอภิปรายผล

สมมติฐานที่ 1 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 1)

สมมติฐานที่ 2 พบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี หลังการได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 2)

ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานทั้ง 2 ข้อ อธิบายได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้ผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุ 1-5 ปี สามารถจัดการครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ โปรแกรมนี้ได้บูรณาการหลักการสำคัญ 2 ส่วนเข้าด้วยกันอย่างชัดเจน คือ ทฤษฎีสมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura อธิบายไว้ว่า หากบุคคลเชื่อมั่นตนเองในการทำสิ่งใดบรรลุผลสำเร็จ บุคคลนั้นจะมีแนวโน้มที่จะทำและทำงานสำเร็จได้ ผ่านปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนทั้ง 4 ด้าน[27] ร่วมกับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ของ House ที่ทำให้บุคคลรับรู้ถึงการได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งเป็นจุดแข็งของโปรแกรมเพราะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ซับซ้อนอย่างการจัดการครอบครัว ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังต้องอาศัยทั้งความเชื่อมั่นภายในตนเอง และกำลังใจจากแหล่งสนับสนุนภายนอก[16] ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล เท่ากับ 155.21 คะแนน (S.D =16.21) ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.33 และคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล เท่ากับ 139.38 คะแนน (S.D =9.38) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ร้อยละ 91.67 โดยการส่งเสริมความพร้อมทั้งทางกายและอารมณ์ ช่วยบรรเทาความเครียดและความวิตกกังวล และเมื่อจิตใจสงบจะทำให้ผู้ดูแลมีความสนใจพร้อมที่จะเรียนรู้ต่อกิจกรรม[28] เกิดความพร้อมของร่างกาย จิตใจ ส่งผลต่อความสามารถในการตัดสินใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการครอบครัวเพื่อดูแลเด็กโรคหืดได้เพิ่มขึ้น อีกทั้งได้ใช้คำพูดชักจูงช่วยกระตุ้นให้ผู้ดูแลเห็นถึงความสำคัญของการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด และให้เข้าใจแนวทางการปฏิบัติดูแลรักษาโรคหืดที่เหมาะสมกับเด็กที่เจ็บป่วยตามแนวทางของ GINA[23] การทวีสื่อตัวแบบความสำเร็จของมารดาที่เคยมีประสบการณ์ดูแลเด็กโรคหืด จากตัวแบบมารดาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ดูแลจะเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และเกิดแรงบันดาลใจในการปฏิบัติการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กได้จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี เช่นเดียวกับตัวแบบ[29] และการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในการสาธิตย้อนกลับจนถูกต้องและเชี่ยวชาญร่วมกับการลงมือปฏิบัติจริงกับเด็ก ผู้ดูแลจะสามารถจดจำสิ่งที่เรียนรู้ได้ดีและนานขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นด้วย

นอกจากนี้โปรแกรมฯ ยังได้ออกแบบบูรณาการกิจกรรมโดยประยุกต์แนวคิดสนับสนุนทางสังคม ของ House ด้วยการสนับสนุนทางสังคมครบทั้ง 4 ด้าน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่หลากหลายมิติ (Social support dimension) ทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูล ทรัพยากร และการประเมินค่า ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่โดดเดี่ยวเมื่อต้องเผชิญกับภาวะเครียดเรื้อรัง (Chronic stress) จากการดูแลเด็กโรคหืดที่ยาวนานโดยเฉพาะการสนับสนุนด้านอารมณ์โดยให้คำปรึกษาผ่านการติดตามทางโทรศัพท์และแอปพลิเคชันไลน์อย่างเป็นประจำ หรือสามารถพูดคุยโต้ตอบกันได้แบบทันที (Real-time) ระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลป่วย ช่วยเติมเต็มช่องว่างทางอารมณ์ที่ระบบบริการสุขภาพปกติยังไม่สามารถตอบสนองได้เพียงพอ การสนับสนุนให้ข้อมูลสุขภาพตามความก้าวหน้าของเทคโนโลยีมาใช้อย่างเหมาะสม ผ่านสื่อดิจิทัลสุขภาพ (Digital health) ที่มีหลากหลายทั้งภาพนิ่ง และภาพเคลื่อนไหวช่วยเพิ่มความเข้าใจเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับโรคหืดได้ดียิ่งขึ้น[28] ซึ่งใช้รูปแบบของ Line official account ที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยส่งเสริมความรู้ ทักษะ และความมั่นใจของผู้ดูแลเด็กโรคหืด[31] ทำให้การเข้าถึงและการคงอยู่ของความรู้ (Retention) ดีกว่าการใช้คู่มือที่เป็นรูปแบบแบบดั้งเดิม อีกทั้งผู้ดูแลสามารถทบทวนความรู้ซ้ำได้ทุกที่ทุกเวลา[32] พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่ได้รับการความรู้และการติดตามอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม[33] รวมถึงการเสริมแรงบวกและการให้ข้อมูลย้อนกลับทางบวกด้วยการชื่นชม และให้กำลังใจเมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการยืนยัน (Validate) ถึงความพยายาม ความสำเร็จของผู้ดูแลในทางที่ดีขึ้น และได้รับการยอมรับจากผู้วิจัย ทำให้ผู้ดูแลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จ ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีแรงจูงใจและความต่อเนื่องในการดูแลต่อไป[34]

ผลลัพธ์ของการเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว ส่งผลโดยตรงต่อพฤติกรรมการจัดการครอบครัวในบริบทของการดูแลเด็กโรคหืดที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากสมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น ความเชื่อมั่นในตนเองทำให้ผู้ดูแลกล้าที่จะตัดสินใจ และลง

เมื่อปฏิบัติกิจกรรมการดูแลนั้น ซึ่งกิจกรรมการดูแลเด็กโรคหืดจะต้องใช้ทักษะหลากหลายด้าน รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ เกิดความรู้สึกมั่นใจ มีกำลังใจในการจัดการครอบครัวเพื่อดูแลเด็กโรคหืดได้ดียิ่งขึ้น และช่วยเสริมแรงใจให้ปฏิบัติจนประสบผลสำเร็จในที่สุด[17] จากผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษา[17] พบว่า หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะผู้ดูแลเด็กโรคหืดก่อนวัยเรียน พบว่า คะแนนเฉลี่ยผลการพัฒนาสมรรถนะด้านการรับรู้และสมรรถนะด้านการรับรู้ด้านการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กโรคหืดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสอดคล้องกับการศึกษา [35] พบว่า หลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหืดดีขึ้นระบบทางเดินหายใจส่วนล่างมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

เมื่อเทียบกับผู้ดูแลในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลของโรงพยาบาล ซึ่งได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำคลินิกตามแผนการรักษาของแพทย์ขณะมาตรวจ เช่น ข้อมูลการใช้ยา รักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดในครั้งถัดไป เป็นต้น เนื่องด้วยระยะเวลาที่จำกัดทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้รับข้อมูลที่ไม่ละเอียดเพียงพอต่อการดูแลเด็กโรคหืด ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับรู้ความรู้อย่างเกี่ยวข้องกับการดูแลเด็กโรคหืดทั้งหมด และไม่สามารถซักถามเมื่อเกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลเด็กโรคหืด รวมถึงไม่ได้รับการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลเด็กโรคหืด อีกทั้งพยาบาลไม่สามารถประเมินตามสภาพการณ์จริงของแต่ละครอบครัว ส่งผลให้ผู้ดูแลจัดการดูแลเด็กได้ไม่เหมาะสม และไม่มีความเชื่อมั่นในตนเองเมื่อต้องจัดการดูแลเด็กโรคหืดที่บ้าน[36] จากผลการวิจัย พบว่า คะแนนพฤติกรรมการจัดการครอบครัวของผู้ดูแลเด็กโรคหืดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และคะแนนพฤติกรรมการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดของกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกันระหว่างก่อน และภายหลังการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wattana [26] พบว่า พฤติกรรมการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กของผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Singha [37] พบว่า ผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) สรุปได้ว่า ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการจัดการครอบครัว ช่วยส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณมีความสามารถเพียงพอที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นจนประสบผลสำเร็จความเชื่อมั่นในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม จากผู้วิจัยผ่าน Line official account ส่งผลให้เกิดปฏิสัมพันธ์ที่ดีด้วยความรัก ความห่วงใยระหว่างผู้ดูแลกับผู้วิจัย ทำให้เสริมสร้างแรงใจแก่ผู้ดูแลจนเกิดพฤติกรรมการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดที่ดี ส่งผลให้เด็กโรคหืดได้รับการดูแลที่เหมาะสม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ช่วยให้ผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีพฤติกรรมการจัดการครอบครัวที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งพฤติกรรมการจัดการครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดที่ดีย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพของเด็กโรคหืดได้ในระยะยาวและลดการเกิดอาการหอบกำเริบได้ ขณะที่กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการครอบครัวเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมความมั่นใจในตนเองของผู้ดูแลและการสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อการดูแลเด็กโรคหืด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมฯ ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้ผู้ดูแลมีความรู้ความมั่นใจ จนมีพฤติกรรมการจัดการครอบครัวที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ

ด้านการศึกษา สามารถนำแนวทางการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม ใช้เป็นแนวในการจัดการศึกษาให้นักศึกษาพยาบาล เพื่อนำไปส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลของเด็กโรคหืดต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลระยะยาวของโปรแกรมฯ เนื่องจากพฤติกรรมต้องใช้ความต่อเนื่องเพื่อผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพ และประโยชน์ของโปรแกรมหลังสิ้นสุดโปรแกรม
2. ควรศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัยอื่น ๆ เช่น เด็กวัยเรียน ซึ่งอาจจะต้องมีการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับบริบทและพัฒนาการของเด็ก เพื่อให้ผลลัพธ์มีความครอบคลุมและสามารถประยุกต์ใช้ในวงกว้างมากขึ้น
3. ควรศึกษาผลของโปรแกรมฯ ในเด็กร่วมด้วย เช่น ศึกษาผลของการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อการเกิดอาการหอบกำเริบในเด็ก หรือต่อระดับการควบคุมโรคหืดในเด็ก เป็นต้น

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการโดยใช้โรงพยาบาลเพียงหนึ่งแห่งสำหรับกลุ่มทดลองและหนึ่งแห่งสำหรับกลุ่มควบคุม จะช่วยลดการปนเปื้อนของกิจกรรมระหว่างกลุ่ม แต่ความแตกต่างด้านบริบทของโรงพยาบาล ระบบบริการ หรือแนวทางการดูแลผู้ป่วย อาจมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการศึกษา ทำให้ไม่สามารถแยกผลของโปรแกรมออกจากผลที่เกิดจากความแตกต่างระหว่างสถานพยาบาลได้อย่างสมบูรณ์ และอาจจำกัดการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงในบริบทอื่น
2. ผู้วิจัยมีส่วนในการดำเนินโปรแกรมและประเมินผลการวิจัยบางส่วน จึงไม่สามารถปกปิดผู้ดำเนินการหรือผู้ประเมินได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งอาจทำให้เกิดอคติจากการดำเนินการหรือการประเมินผล และอาจมีผลต่อผลลัพธ์ของการศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ มีสุขโข และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีมา นิชมคำ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือ คำปรึกษา และคำแนะนำในการทำวิจัยเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้คำปรึกษาและตรวจสอบเครื่องมือ พยาบาลและบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินวิจัย และกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ให้ความร่วมมือทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- [1] Royal College of Pediatricians of Thailand. Thai National Guideline for diagnosis and Management of Childhood Asthma 2020-2021 [Internet]. Bangkok: Royal College of Pediatricians of Thailand. [cited 2025 Jan 23]. Available from: thaipedlung.org.
- [2] Ullmann N, Mirra V, Di Marco A, Pavone M, Porcaro F, Negro V, et al. Asthma: differential diagnosis and comorbidities. Front Pediatr. 2018;6:276. doi: 10.3389/fped.2018.00276.
- [3] Ducharme FM, Dell SD, Radhakrishnan D, Grad RM, Watson WT, Yang CL, et al. Diagnosis and management of asthma in preschoolers: A Canadian Thoracic Society and Canadian Pediatric Society position paper. Paediatr Child Health. 2015;20(7):353-61. doi: 10.1093/pch/20.7.353.
- [4] Kim TH, Kim H, Oh J, Kim S, Miligkos M, Yon DK, et al. Global burden of asthma among children and adolescents with projections to 2050: a comprehensive review and forecasted modeling study. Clin Exp Pediatr. 2025;68(5):329-343.
- [5] World Health Organization. Asthma [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024 [cited 2025 Jan 22]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>.

- [6] Centers for Disease Control and Prevention. Asthma surveillance data [Internet]. Atlanta (GA): CDC; 2024 [cited 2025 Jan 9]. Available from: [cdc.gov](https://www.cdc.gov).
- [7] Ministry of Public Health, Thailand. Annual Health Statistics Report 2022. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2022. (in Thai)
- [8] Uppala R, Sitthikarnkha P, Niamsanit S, Techasatian L, Saengnipanthkul S, Thepsuthammarat K, et al. In-Hospital Outcomes and Mortality of Pediatric Asthma Exacerbations in Thailand: A Nationwide Study (2015–2022). *J Asthma Allergy*. 2026;19:1-10. doi:org/10.2147/JAA.S603890.
- [9] Matyaboon N. Nursing care for children with respiratory disorders. In: Ngamsuay A, Sonkorgdang W, editors. *Nursing care for children with health problems*. Chiang Mai: Smart Coating and Service; 2020; p.50-52. (in Thai)
- [10] Alotaibi E, AlAteeq M. Knowledge and practice of parents and guardians about childhood asthma at King Abdulaziz Medical City for National Guard, Riyadh, Saudi Arabia. *Risk Manag Healthc Policy*. 2018;11:67-75. doi: 10.2147/RMHP.S143829.
- [11] Sutthisompohn S, Kusol K. Caregivers of Children with Chronic Illnesses: A Systematic Review on Family Management. *J Southern Coll Nurs Public Health Netw*. 2022;9(1):81-93.
- [12] Sutthisomporn S, Lamchang S, Jintrawet U. Factors predicting family management among caregivers of children with asthma. *Nurs J CMU*. 2020;47(4):27-38. (in Thai)
- [13] Chawsarn O, Jintrawet U, Lamchang S. Factors related to management behaviors among caregivers of children with asthma. *Nurs J CMU*. 2020;47(3):27-39. (in Thai)
- [14] Inthamat S, Yangam D, Raksapakdee W, Pongwongprasert S. Factors related to health care behaviors among caregivers of children with asthma. *J Health Environ Educ*. 2023;8(3):53-59. (in Thai)
- [15] Wattanachai P, Aree P, Lamchang S. Asthma severity, family management behaviors and asthma symptom control in children among family caregivers. *Nurs J CMU*. 2016;43(2):1-12. (in Thai)
- [16] Mahasaro P, Suwunnaroop N, Watthayu N. Factors predicting caring behaviors among caregivers of 1-6 years old asthmatic children. *J Nurs Sci*. 2017;35(2):64-73. (in Thai)
- [17] MuamgKaew O, Srichanchai J, Thana K. Effects of a competency enhancement program for caregivers of preschool children with asthma on care behaviors and disease exacerbation. *Academic Journal of Nursing and Health Sciences*. 2025;5(1):113-122. (in Thai)
- [18] Suksawat S, Lamchang S, Jintrawet U. Effects of coaching on care practices among parents fo children with asthma. *Nurs J*. 2012;39(4):1-14. (in Thai)
- [19] Manasathit S, Mesukko J, Jintrawet U. The effects of a group teaching program on parents' knowledge and behavior in preventing asthmatic attacks in children. *Nursing Journal CMU*. 2025;49(3):299-310.
- [20] Danlee C, Sakdisthanont S. Effects of an interactive giving information program on perceived self-efficacy, caring behaviors of caregivers and disease control in children with asthma aged 3-5 years. *J Nurs Ministry Public Health*. 2022;32(2):145-58. (in Thai)
- [21] Ministry of Public Health (TH). Standard reports: Health status - Occupational and environmental diseases [Internet]. Nonthaburi: Strategy and Planning Division; 2024 [cited 2025 Mar 30]. Available from: moph.go.th.

- [22] Linda G. A study of the relationships among maternal caregiver family management behaviors childhood asthma morbidity and asthma control [master's thesis]. Tuscaloosa: The University of Alabama; 2011.
- [23] Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention [Internet]. 2025 [cited 2025 Jan 22]. Available from: <https://ginasthma.org>.
- [24] Gray JR, Grove SK, Sutherland S. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence. 8th ed. St. Louis: Elsevier; 2017.
- [25] Gupta KK, Attri JP, Singh A, Kaur H, Kaur G. Basic concepts for sample size calculation: critical step for any clinical trials. *Saudi J Anaesth*. 2016;10(3):328–31.
- [26] Wattana P. Effects of self-efficacy enhancement program on parents' behaviors toward asthma prevention in children [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2007. (in Thai)
- [27] Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. New York: WH Freeman; 1997.
- [28] Luo J, Wang M, Chen L. The effects of using a nature-sound mobile application on psychological well-being and cognitive performance among university students. *Front Psychol*. 2021;12:699908. doi: 10.3389/fpsyg.2021.699908.
- [29] Nammong J, Chivanon N, Wacharasin J. The effects of perceived self-efficacy promotion program on mother's caring behaviors for toddler with acute lower respiratory infection. *J Fac Nurs Burapha Univ*. 2019;27(3):43-53. (in Thai)
- [30] Lin GQ, Ye ZQ, Song EL, Lin YN. Enhancing pediatric asthma management through multifaceted health education. *World J Clin Cases*. 2024;12(19):3708-16.
- [31] Rochmawati E, Putranto D. Mobile Application-Based Education to Improve Family Caregivers' Readiness: Feasibility Study. *The Journal for Nurse Practitioners*. 2022, 18(10), 1097-1101.
- [32] Phongkamonkul C, Pongjaturawit Y, Chaimongkol N. Effects of maternal self-efficacy enhancement program using media through smartphone on maternal behavior in caring for children with pneumonia. *Bamrasnaradura Infect Dis Inst J*. 2021;15(1):37-48. (in Thai)
- [33] Ramirez A, Sanchez J, Delgado S. Caregiver training reduces emergency room visits in preschool children with asthma. *Pediatr Pulmonol*. 2019;54(3):345-51.
- [34] Peifer C, Schönfeld P, Wolters G, Aust F, Margraf J. Well done! Effects of positive feedback on perceived self-efficacy, flow and performance in a mental arithmetic task. *Front Psychol*. 2020;11:1008. doi: 10.3389/fpsyg.2020.01008.
- [35] Katiya S, Jaiboon S. Effect of a perceived self-efficacy enhancing program on knowledge and caring behaviors among caregivers of children with lower respiratory tract infections. *Vajira Nurs J*. 2024;26(1):26-41. (in Thai)
- [36] Boranmoon K, Imnamkhao S. Caregivers' experience in preschool children with uncontrolled asthma. *J Health Syst Res Dev*. 2023;16(3):88-111. (in Thai)
- [37] Singha T. Effect of the self-efficacy promoting program on parent participation in caring for children with pneumonia [master's thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2023. (in Thai)