

การป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้าน:
การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



สารนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล
พ.ศ. 2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล
Copyright by Mahidol University

สารนิพนธ์

เรื่อง

การป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้าน:

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์



นางจุฬารัตน์ การ์รินทร์
ผู้ศึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงใจ รัตนัญญา,
ปร.ด. (ประชากรและการพัฒนา)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ปนัดดา ปริยทณ,
วท.ม.(วิทยาการระบาด)
อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ร่วม

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

รองศาสตราจารย์ยาใจ สิทธิมงคล,
Ph.D. (Nursing)
ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สารนิพนธ์

เรื่อง

การป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้าน:

การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์

ได้รับการพิจารณาให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

วันที่ 21 มกราคม พ.ศ. 2553

.....

นางจุฬารัตน์ การินทร์
ผู้ศึกษา

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดวงใจ รัตนธัญญา,
ปร.ค. (ประชากรและการพัฒนา)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อุษาวดี อัครวิเศษ,
Ph.D.(Nursing)
ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรพรรณ โพชนุกูล,
พ.บ., วว.กุมารเวชศาสตร์, อว.กุมารเวชศาสตร์
โรคภูมิแพ้และภูมิคุ้มกัน
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

รองศาสตราจารย์ปนัดดา ปรีythม,
วท.ม.(วิทยาการระบาด)
กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....

ศาสตราจารย์บรรจง มไหสวริยะ,
พ.บ.
คณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

.....

รองศาสตราจารย์ฟองคำ ดิลกสกุลชัย,
Ph.D. (Nursing)
คณบดี
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิตติกรรมประกาศ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างดียิ่ง จากคณาจารย์หลายท่าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ดวงใจ รัตนธัญญา อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ปณิดา ปรียทฤณ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา คำแนะนำ ข้อชี้แนะ ตรวจสอบและช่วยปรับแก้ข้อบกพร่องต่างๆ เพื่อให้สารนิพนธ์เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งตลอดระยะเวลาของการศึกษา ผู้ศึกษารู้สึกซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาของท่านอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุษาวดี อัครวิเศษ ประธานกรรมการสอบสารนิพนธ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ.อรพรรณ โพชนุกูล กรรมการสอบสารนิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เพื่อให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้มีความชัดเจนและสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และบุคลากรโรงพยาบาลวชิรพยาบาลทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกให้การสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในทุกๆด้าน ทำให้การทำสารนิพนธ์ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดาและทุกคนในครอบครัว ที่ให้ความรัก ความห่วงใยและเป็นกำลังใจและให้การสนับสนุนทุกด้านมาโดยตลอด ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้อบรมสั่งสอน ถ่ายทอดความรู้ จนประสบความสำเร็จในการศึกษา และขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตรหัส 50 ทุกคนที่ให้กำลังใจ และความช่วยเหลือตลอดมา จนทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สำเร็จลุล่วงเป็นอย่างดี

จุฬารัตน์ การินทร์

การป้องกันการจับหืดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์
PREVENTION OF ASTHMA ATTACKS AT HOME IN CHILDREN WITH ASTHMA :
EVIDENCE-BASED NURSING

จุฬารัตน์ การินทร์ 5036783 NSFN/M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ดวงใจ รัตนธัญญา, ประ.ด. (ประชากรและการพัฒนา),
ปนัดดา ปรียทฤณ, วท.ม. (วิทยาการระบาด)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้การป้องกันการจับหืดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้านจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ดำเนินการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ตามกรอบ PICO Framework ได้งานวิจัยจำนวน 14 เรื่อง ประกอบด้วยงานวิจัยประเภท RCT จำนวน 4 เรื่อง และงานวิจัยประเภทกึ่งทดลองจำนวน 7 เรื่องงานวิจัยประเภทการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาดูตามไปข้างหน้า 1 เรื่อง และงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ คือ 1) การให้ความรู้โรคหอบหืด 2) การจัดโปรแกรม/กิจกรรมการให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ กิจกรรมการให้ความรู้โรคหอบหืด การเยี่ยมบ้าน การบำบัดทางจิตใจ 3) กลวิธีในการดำเนินการป้องกันการจับหืดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน 4) การดำเนินการจัดโปรแกรม/กิจกรรม ได้แก่ การเตรียมความพร้อมด้านผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ และการวัดผลลัพธ์ของโปรแกรม/กิจกรรม

ข้อเสนอแนะ ควรนำไปพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการจับหืดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน ทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้ โดยมีการระบุวัตถุประสงค์ และกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน มีการทดลองใช้แนวทางการปฏิบัติก่อนนำไปปฏิบัติจริงในหน่วยงาน/ชุมชน รวมถึงมีการประเมินติดตามผลและเผยแพร่ไปยังหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เกิดการนำไปใช้การพัฒนางานได้แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในระดับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน

คำสำคัญ: ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด / การป้องกัน / การจับหืด

PREVENTION OF ASTHMA ATTACKS AT HOME IN CHILDREN WITH
ASTHMA : EVIDENCE-BASED NURSING

CHULARAT KARIN 5036783 NSFN / M

M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: DUANGJAI RATTANATHANYA, Ph.D.
(POPULATION AND DEVELOPMENT), PANUDDA PRARIYATRUK, M.Sc (EPIDEMIOLOGY)

ABSTRACT

The present study was conducted with the objective of providing a synthesis of the body of knowledge for the prevention of asthma attacks at home in children with asthma. The data come from evidence-based practice for effective health services at the primary care level, which can generate maximal benefits for patients and families. The researcher searched for evidence-based practice with keywords set according to the PICO Framework, whereby 14 studies were obtained: 4 RCT's; 7 quasi-experimental studies; 1 retrospective or prospective cohort study; and 1 work acquired from systematic literature reviews of descriptive or qualitative research. These were submitted to data analysis and synthesis whereby the following significant issues were discovered: 1) Providing knowledge about asthma; 2) Organizing instructional program activities for behavioral adjustment, i.e. instructional activities about asthma, home visits, and psychological therapy; 3) Strategies for prevention of asthma attacks at home in children with asthma; 4) Programs/activities implementation: improving the readiness of service providers/users and evaluating the outcomes of the programs/activities.

Recommendations: this evidence should be developed into a nursing practice guideline for the prevention of asthma attacks at home in children with asthma, and further research should be conducted in order to explore the effects of this nursing practice guideline by setting objectives and specifying clear indicators. The practice guideline should be submitted to a pilot trial prior to actual implementation in work units/communities, including the outcome assessment and follow-up with dissemination to relevant work units or networks, so that it can be implemented for development until an effective nursing practice guideline is obtained at the primary care and community hospital levels.

KEY WORDS: CHILDREN WITH ASTHMA / PREVENTION / ASTHMA ATTACKS

136 pages

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญตาราง	ช
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
ประเด็นปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา	10
วัตถุประสงค์ในการศึกษา	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ/ผลลัพธ์	11
บทที่ 2 วิธีการดำเนินการ	12
การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์	12
การประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	14
บทที่ 3 ผลการดำเนินการ	16
ผลการดำเนินการสืบค้น	16
การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์	19
การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์	34
ข้อเสนอแนะ	43
บทที่ 4 สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ	45
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาไทย	48
บทสรุปแบบสมบูรณภาษาอังกฤษ	67
รายการอ้างอิง	88
ภาคผนวก	94
ประวัติผู้ศึกษา	136

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 แสดงผลการสืบค้นข้อมูล	16
2 แสดงระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้	17
3 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์	20



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาทางคลินิกที่น่าสนใจ

โรคหอบหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศด้วย โรคหอบหืดสามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย แต่พบมากที่สุดของเด็ก โดยมากกว่าร้อยละ 80 จะมีอาการเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกภายในอายุ 5 ปี (พรทิพ ศิริบุญรัตน์พัฒนา, 2544) อุบัติการณ์การเกิดโรคหอบหืดจะเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในประชากรทั่วโลก ทั้งภูมิภาคยุโรป อเมริกา และเอเชีย จากการประชุมโรคหอบหืดระดับโลกครั้งที่ 4 พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหอบหืดอันดับต้นๆ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก คือประเทศญี่ปุ่นมีผู้ป่วยร้อยละ 13 ซึ่งเป็นสถิติที่สูงที่สุด ในขณะที่ประเทศไทยและฟิลิปปินส์มีผู้ป่วยเด็กโรคนี้สูงถึงร้อยละ 12.4 ซึ่งสถิติเดิมเมื่อ 15 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 4.2 (สุชัย เจริญรัตนกุล, 2547) ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหอบหืดประมาณ 3 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 13 เป็นผู้ป่วยเด็กที่มีอายุไม่เกิน 14 ปี (ปัญญา วิลาสสินี, 2549) และจากการศึกษาความชุกวมถึงความรุนแรงของโรคภูมิแพ้ในประชากร 6-8 ปี ตั้งแต่ปี 2549-2550 พบโรคหอบหืดร้อยละ 6.8 ซึ่งมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นจนเป็นปัญหาทางสาธารณสุข (จรุงจิตร์ งามไพบูลย์, 2550) โดยผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีอาการรุนแรง เหนียวแน่น มักต้องเข้ารับการรักษานในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลอยู่เสมอๆ อัตราการเสียชีวิตจากโรคหอบหืดเท่ากับ 0.86 ต่อผู้ป่วย 100,000 คน ซึ่งมีอัตราส่วนเด็กชายต่อเด็กหญิง เท่ากับ 2:1 ซึ่งผู้ป่วยสองในสามของผู้ป่วยโรคหอบหืดทั้งหมดจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดก่อนอายุ 18 ปี จากการรายงานของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศในปี 2547 พบผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด เข้ารักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 90,293 ราย พบภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด 28,253 ราย รองลงมาคือภาคกลางไม่รวมกรุงเทพมหานคร 28,140 ราย ภาคใต้ 18,187 รายและภาคเหนือ 16,713 ราย (กิตติ โตเต็มโชคชัยการ, 2549)

จากข้อมูลเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียงตั้งอยู่ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง พบว่าในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2549 -2551) มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่เป็นเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี พ.ศ. 2549 มีจำนวน 892 คน เพิ่มขึ้น 922 คน และ 1,025 คน

ในปี 2550 และ 2551 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดกลับมาตรวจซ้ำภายใน 24-48 ชั่วโมง หลังการตรวจรักษา มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 129 คน, 145 คน และ 176 คน และมีจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่นอนรักษาในโรงพยาบาล 75 คน 89 คน และ 91 คน ซึ่งโรงพยาบาลวชิรพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด 215,405 บาท, 275,199 บาท และ 321,045 บาท ในปี พ.ศ. 2549, 2550 และ 2551 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2551) และจากการประเมินผู้ป่วยที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบเป็นผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 3-6 ปี ร้อยละ 54 และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการรุนแรง ผู้ปกครองไม่สามารถจัดการดูแลได้ แพทย์ต้องให้อนุญาตตัวในโรงพยาบาล และผู้ป่วยบางรายเมื่อจำหน่ายกลับบ้าน ต้องกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาล (Re-admit) อีกครั้ง หรือกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความเข้าใจ ไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยาเพื่อรักษาการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาโดยเฉพาะยาพ่น ซึ่งเข้าใจว่าจะใช้ยาพ่นเมื่อมีอาการเป็นมากแล้ว ทำให้ปฏิเสธการใช้ยาตั้งแต่โรคอยู่ในระยะไม่รุนแรงมาก รวมถึงมีความเชื่อว่าการใช้ยาพ่นจะทำให้เกิดการติดเชื้อได้ จึงปฏิเสธ ไม่ยอมใช้ยาพ่น ทำให้เด็กบางรายมีอาการกำเริบบ่อยและรุนแรงขึ้น (สิรินันท์ บุญยะสิทธิ์, 2547) รวมทั้งมีข้อจำกัดต่างๆ เช่น สถานะทางครอบครัว สภาพที่อยู่อาศัย สถานะทางเศรษฐกิจ ในการหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ที่เป็นต้นเหตุของโรค และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ

โรคหอบหืด เป็นโรคภูมิแพ้ที่มีสาเหตุจากการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจ เมื่อมีสารก่อภูมิแพ้เข้าไปในร่างกาย จะทำปฏิกิริยากับ specific IgE เกิดเป็น Ag-Ab complex ซึ่งจะไปกระตุ้น mast cell, basophils, neutrophils และ eosinophils ทำให้หลั่ง mediators ต่างๆ ออกมา ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลอดลม (มุกดา หวังวิรวงศ์, 2549; Larsen, G.L., Colasur, G.N., 2001) คือ มีการเกร็งและหดตัวของหลอดลม (Bronchoconstriction) การบวมของเยื่อหลอดลม (Mucosal edema) การเพิ่มสารคัดหลั่งภายในหลอดลม (Hypersecretion) และมีการหนาตัวของชั้น basement membrane (airway wall remodelling) (มุกดา หวังวิรวงศ์, 2549; ไพศาล เลิศฤดีพร, 2550) ทำให้เกิดอาการผิดปกติต่างๆ ตามมา เช่น อาการไอมีเสมหะ หายใจไม่สะดวก เหนื่อย หอบ หายใจมีเสียงวี๊ด (ภาสกร ศรีทิพย์สุน, 2545; Djukanovic, R., Holgate, S.T., 1999) ซึ่งในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี จะมีอาการหอบหืดบ่อยๆ เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีภาวะหายใจล้มเหลวจนเสียชีวิตในที่สุด (มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย, ชมรมผู้ป่วยโรคหืด, 2551)

สาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการจับหืดมี 2 ปัจจัยหลักๆคือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมดังนี้

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม โรคหอบหืดไม่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมโดยตรงเสมอไป แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการจับหืดเฉียบพลันร่วมกับมีประวัติโรคภูมิแพ้หรือหอบหืดในครอบครัว มีโอกาสที่เป็นโรคนี้อีกสูง ในกรณีที่พ่อแม่ไม่เป็นโรคหอบหืด ลูกมีโอกาสเป็นโรคหืดถึงร้อยละ 6 ถ้าพ่อหรือแม่คนใดเป็นโรคหืด ลูกเกิดมามีโอกาสเป็นโรคหืดร้อยละ 20 และถ้าทั้งพ่อและแม่เป็นโรคหืด ลูกเกิดมามีโอกาสเป็นโรคหืดร้อยละ 60 (มุกดา หวังวิจิตร, 2549 ; มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย, ชมรมผู้ป่วยโรคหืด, 2551)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคและยังเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้มีอาการกำเริบของโรค ได้แก่

2.1 สารก่อภูมิแพ้ ทั้งสารก่อภูมิแพ้ในบ้าน (indoor allergens) ที่สำคัญคือตัวไรฝุ่น ละอองจากซากแมลงสาบ ละอองเชื้อราในอากาศ ขนหรือสะเก็ดรังแค ผีเสื้อตัวเล็กๆ และสารก่อภูมิแพ้ภายนอกบ้าน(outdoor allergens) ได้แก่ ละอองเกสร เชื้อรา (ไพศาล เลิศฤดีพร, 2550; Djukanovic, R., Holgate, S.T., 1999) จากการศึกษาพบว่า เด็กที่มีภูมิไวต่อแมลงสาบหรือสัมผัสกับแมลงสาบในระดับสูงในบ้านของตนเอง มีอัตราการกลับมาอนรักษาคิวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น การมาพบแพทย์ตามนัดบ่อยครั้ง รวมถึงการควบคุมโรคไม่ดี (Kattan, M., et al, 1997 อ้างใน Cloutier, M.M., et al, 2008)

2.2 มลพิษจากสิ่งแวดล้อม โดยการสัมผัสควันจากการสูบบุหรี่ในผู้ที่เป้นโรคหอบหืดที่ได้รับการสัมผัสควันบุหรี่ไม่ว่าทางตรงโดยการสูบบุหรี่เองหรือการสัมผัสทางอ้อมโดยการสูดดมควันบุหรี่จากการสูบบุหรี่ของผู้อื่น จะทำให้เด็กที่เป็นโรคหอบหืดมีอาการรุนแรงมากขึ้นได้ จะทำให้มีอาการกำเริบและอาจทำให้เสียชีวิตได้(บัญญัติ สุขศรีงาม, 2549) การสัมผัสมลภาวะทางอากาศ ทั้งจากภายในและภายนอกอาคาร เช่น ควันจากการทำอาหารบางชนิด ควันจากการเผาไหม้เชื้อเพลิงที่ไม่สมบูรณ์ ควันจากการเผาเศษวัสดุต่างๆ ควันจากการจราจรบนถนน (Larsen, G.L., Colasurd, G.N., 2001) ซึ่งจากการศึกษาความสัมพันธ์ของการสัมผัสมลพิษจราจรในเมืองและเด็กโรคหอบหืดในโรงเรียนในแคลิฟอร์เนีย พบว่าการที่สัมผัสมลพิษทางจราจรที่มีระยะทางจากถนนหลักน้อยกว่า 75 เมตร เป็นปัจจัยที่ทำให้เด็กโรคหอบหืดมีอาการไอ หายใจหอบสูงขึ้นร้อยละ95 (Connell, R. M., et al, 2006)

2.3 การติดเชื้อไวรัสของระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะ respiratory syncytial virus, rhinovirus และ influenzae virus เป็นสาเหตุสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดภาวะจับหัดเย็บปอดโดยเฉพาะในผู้ป่วยเด็ก ซึ่งพบว่าร้อยละ 60 ของภาวะจับหัดเย็บปอดในผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหอบหืด เกิดจากการติดเชื้อไวรัสของระบบทางเดินหายใจส่วนบน (ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, 2545)

2.4 การออกกำลังกายอย่างหักโหม สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดได้ เมื่อร่างกายใช้พลังงานมากกว่าปกติ เช่น วิ่งแข่ง หรือปั่นจักรยานเป็นต้น รวมทั้งระยะเวลาในการออกกำลังกาย การออกกำลังกายอย่างหนักเป็นเวลานานจะเกิดอาการได้ง่าย และรุนแรง (มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย, 2551; Djukanovic, R., Holgate, S.T., 1999)

2.5 การเปลี่ยนแปลงทางด้านอากาศ พบว่าทุกสภาพอากาศมีผลกระทบต่อผู้ป่วยโรคหืดด้วยกันทั้งสิ้น แต่ในระดับที่ต่างกันในช่วงฤดูหนาว ความหนาวเย็นและความแห้งของ อากาศจะทำให้ผู้ป่วยโรคหืดมีอาการหอบหืดมากกว่าในฤดูร้อน ซึ่งจะมีมากขึ้นในอากาศมากกว่า แม้ว่าในหน้าร้อนจะมีฝุ่นละอองและมลภาวะในอากาศสูงกว่า แต่บางครั้งถ้าอากาศร้อนและ มีความชื้นมากผู้ป่วยอาจจะรู้สึกที่อากาศหนักทำให้หายใจลำบากต้องหายใจถี่ขึ้นจนเหนื่อยหอบหมดแรงนอกจากนั้น อากาศร้อนขึ้นยังอาจทำให้เกิดเชื้อราในอากาศซึ่งสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบหืดได้เช่นเดียวกัน (มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทยและชมรมผู้ป่วยโรคหืด, 2551) ในหน้าฝนหรือเวลาที่อากาศเปลี่ยนและมีลมพัดแรงๆทำให้ เกสรดอกไม้หรือของพืชพันธุ์นานาชนิดที่มีเกสรเจิญเติบโตในหน้าฝน พุ้งกระจายไปตามลมซึ่งอาจกระตุ้นให้อาการหอบหืดกำเริบขึ้นมาได้

ผลกระทบของโรคหอบหืด มีทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศในด้านต่างๆดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ด้านร่างกาย เด็กที่เป็นโรคหอบหืดจะเจริญเติบโตช้า ร่างกายอ่อนแอ มีอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการไอมีเสมหะ หายใจไม่สะดวกเหนื่อย หอบ ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ในรายที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีเด็กจะมีอาการหอบหืดบ่อยๆ มีอาการเลวลง เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดอักเสบ ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีภาวะหายใจล้มเหลวจนเสียชีวิตในที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ เวียงแก้ว (2540) พบว่าผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีอาการเรื้อรังจะมีผลต่อการเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเด็กปกติ

2. ผลกระทบต่อจิตใจ ผู้ป่วยมีความเครียด กังวล ผู้ป่วยกลัวเรียนไม่ทันเพื่อน ถูกห้ามเล่นกีฬาทุกชนิด ทำอะไรได้ไม่เท่าเด็กคนอื่น ๆ อาจทำให้ขาดความมั่นใจในตนเองได้ (มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย, ชมรมผู้ป่วยโรคหืด, 2551) เด็กจะมีอารมณ์โกรธ ซึมเศร้า รู้สึกตนเองมีปมด้อย และควมมีคุณค่าของตนเองลดลง

3. ผลกระทบต่อการเรียนและการดำรงชีวิตประจำวัน โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรัง ที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กขาดโรงเรียนได้มากที่สุด ผู้ป่วยร้อยละ 80 ต้องหยุดเรียน (บัญญัติ สุขศรีงาม, 2549) และการศึกษาเชิงสำรวจความชุกโรคหอบหืด การจัดการและการให้ความรู้ที่โรงเรียนในนิวยอร์ก พบว่า เด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดร้อยละ 20 ขาดโรงเรียน ต้องไปพบแพทย์ ร้อยละ 26 อีกทั้งยังต้องการการดูแลเร่งด่วนร้อยละ 7 (Kielb,C., Lin.S., & Hwang,S., 2007) ผู้ป่วยเด็กเหล่านี้มักอ่อนเพลียพักผ่อนไม่เพียงพอหากต้องตื่นขึ้นมากลางดึก เนื่องจากมีอาการหอบหืดหรือหายใจไม่สะดวก (บัญญัติ สุขศรีงาม, 2549 ; Kielb,C., Lin.S., & Hwang,S., 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความชุกรวมถึงความรุนแรงของโรคภูมิแพ้ในประชากร 6 -8 ปี ในกรุงเทพมหานครและต่างจังหวัด 9 จังหวัด ตั้งแต่ปี 2549-2550 จำนวน 26,350 ราย พบมีผลกระทบต่อการนอนเฉลี่ยร้อยละ 38.5 มีปัญหาการเจ็บป่วยร้อยละ 30.9 ทำให้ขาดเรียนร้อยละ 8.8 ส่งผลกระทบในระยะยาว ก่อให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต มีปัญหาการเรียน คุณภาพชีวิตลดลง(จรุงจิตร งามไพบูลย์, 2550)

4. ผลกระทบต่อครอบครัว เมื่อมีผู้ป่วยเกิดขึ้นในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านการแสดงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและเศรษฐกิจของครอบครัวเนื่องจากมารดาหรือบิดา ต้องมีบทบาทเพิ่มในด้านการดูแลผู้ป่วยเด็ก (สิรินันท์ บุญยะลีพรรณ, 2547) ซึ่งปัญหาด้านการแสดงบทบาทในครอบครัวจะพบในมารดามากกว่าบิดา เนื่องจากมารดาต้องแสดงบทบาทหลายๆอย่างในครอบครัว เช่น บทบาทการเป็นแม่บ้าน การดูแลบุตรในครอบครัว การดูแลสามี และมีผลกระทบมากในมารดาที่ต้องทำงานนอกบ้าน และจากการที่โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง บางครั้งมารดารู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลบุตรที่ป่วย มารดามีบทบาทหน้าที่ รับผิดชอบหลายบทบาท เช่น บทบาทแม่ บทบาทภรรยา บทบาทแม่บ้าน ถ้ามารดาแสดงบทบาทที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมจะมีผลกระทบตามมา ในด้านความสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างคู่พี่น้องที่มีสุขภาพดีมีความสัมพันธ์ดีกว่าความสัมพันธ์ระหว่างคู่พี่น้องที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด แสดงให้เห็นว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดมีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว (หทัยรัตน์ ชื่นจิตรและจินตนา วัชรสินธุ์, 2546) และในด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ผู้ปกครองต้องขาดงานเพื่อดูแล

เสียค่าใช้จ่ายในระหว่างไปรักษาที่โรงพยาบาล เช่น ค่ารถ ค่ารักษาพยาบาลในกรณีไม่มีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Horner, S.D. & Fouladi, R.T., 2003; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2541.)

5. ผลกระทบต่อสังคม มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเด็กเองและผู้ปกครอง เนื่องจาก เด็กต้องขาดโรงเรียนเพื่อนอนรักษาตัวที่โรงพยาบาล หรือเมื่ออยู่ที่โรงเรียน ไม่สามารถร่วมกิจกรรมบางอย่างกับเพื่อนได้ และผู้ปกครองที่ดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดมากๆ อาจทำให้มารดาแยกตัวออกจากสังคมขาดการติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารหรือช่วยเหลือประคับประคองกัน ทำให้มีความสัมพันธ์ภาพกับเพื่อนบ้านหรือสังคมลดลง (Wasilewski, Y., 1988)

อาการหอบหืดก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่เด็ก อีกทั้งยังผลกระทบต่างๆ ทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัวดังกล่าว ถ้าผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง ทั้งในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านจากบิดา มารดาหรือสมาชิกในครอบครัว จะช่วยป้องกันอาการหอบหืดที่จะเกิดขึ้นหรือเกิดแล้วให้มีความรุนแรงน้อยลง (กรรณาเครือเนตร, 2551) ซึ่งถือว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของเด็ก ในการส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยของเด็ก การดูแลสุขภาพเมื่อมีอาการเกิดขึ้นการแสวงหาการรักษา การดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น รวมถึงการคอยสนับสนุนฟื้นฟูเด็กที่มีอาการรุนแรงให้หายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว (Friedman, 1997 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2541) ซึ่งในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ถือเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาครอบครัวในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน โดยครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการป้องกันไม่ให้อาการหอบหืดกำเริบ บทบาทหน้าที่ในการจัดการเมื่อเด็กมีอาการหอบหืดกำเริบ บทบาทในสังเกตอาการเพื่อป้องกันและแก้ไขภาวะแทรกซ้อนเมื่ออยู่ที่บ้านและบทบาทในการดูแลขณะมีอาการหอบหืด (ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551)

การจัดการในผู้ป่วยโรคหอบหืดมีเป้าหมาย ให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ป้องกันการหอบอย่างเฉียบพลัน สมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข รวมทั้งการออกกำลังกาย หลีกเลี่ยงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาป้องกันการเกิดภาวะการหอบซ้ำ และป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหอบหืด (กัลย์ กาลวันตวานิช, 2546) ซึ่งการดูแลรักษาเด็กป่วยโรคหอบหืดในระยะยาวเพื่อให้ได้ผลดีที่สุดและบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเกี่ยวกับโรค ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ จุดมุ่งหมายของการรักษา การดูแลตนเอง การใช้ยา รวมถึงการสอนเทคนิควิธีการใช้ยาพ่นชนิดต่างๆ รวมถึงการทำแผนการดูแลจัดการตนเอง (ไพศาล ผลิตพิพร, 2549) และการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและการควบคุมสิ่งแวดล้อม หรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดอาการหอบ (สุพิชชา แสงโชติ, 2547) เช่น ได้รับสารก่อภูมิแพ้ การติดเชื้อไวรัสในระบบทางเดินหายใจ กลิ่นควันต่างๆ ลดการสัมผัสสารก่อภูมิแพ้ในบ้าน หลีกเลี่ยงควันบุหรี่ หลีกเลี่ยงควันจากท่อไอเสียรถยนต์ หลีกเลี่ยงยาบางชนิด หลีกเลี่ยงการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ รักษาโรคที่สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ

2. การติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการควบคุมอาการให้ได้ (achieve and maintain clinical control) โดยการรักษาคือต่อเนื่องเริ่มจากการประเมินระดับการควบคุมโรค การให้การรักษาเพื่อควบคุมอาการ และการประเมินติดตาม โดยมีจุดมุ่งหมายในการรักษาระดับต่ำสุดและใช้นาน้อยที่สุด (อารียา เทพชาตรี, 2550)

2. การรักษาอาการกำเริบเฉียบพลัน (Manage Asthma Exacerbation) ผู้ป่วยเกิดอาการหอบ ต้องทำการรักษาอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง (asthma-related death) ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และรีบเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วเมื่อเกิดอาการหอบ (พรรณทิพา ฉัตรชาตรี, 2550)

การป้องกันโรคหอบหืด ทำได้ 3 ระดับ ดังนี้ (ไพศาล เลิศฤดีพร, 2550 ; อารียา เทพชาตรี, 2550 ; Liss, G.M., Nordman, H., Tarlo, S.M., Berntein, D.I., 2006)

1. ระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) คือ การป้องกันไม่ให้เกิด IgE sensitization ขึ้นซึ่งสามารถป้องกันได้ในเด็กแรกเกิด โดยการให้ดื่มนมแม่อย่างมีคุณภาพอย่างน้อย 4-8 เดือน หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีลักษณะแข็งจนกระทั่งอายุถึง 6 เดือน เมื่อต้องให้อาหารเสริมแก่เด็กในช่วงอายุ 4 เดือนแรก ควรเป็นนมที่ทำให้เกิดอาการแพ้ได้ต่ำ ลดการสัมผัสสารหรือปัจจัยที่กระตุ้น และในหญิงตั้งครรภ์ควรหลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่ในระหว่างการตั้งครรภ์

2. ระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) คือ การป้องกันไม่ให้เกิดโรคแม้จะมี IgE sensitization แล้วโดยการหลีกเลี่ยงจากสิ่งแวดล้อมที่มีควันจากการสูบบุหรี่ (Environmental tobacco smoke)

3. ระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) คือ การยับยั้งไม่ให้เกิดอาการแม้จะเกิดโรคขึ้นแล้วก็ตาม โดยการหลีกเลี่ยงสารที่ก่อภูมิแพ้ ได้แก่ ตัวไรฝุ่น หนู่า ต้นไม้ละอองเกสร สัตว์เลี้ยง ซากแมลงสาบ เชื้อรา หลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่มีควันจากการสูบบุหรี่ มลพิษทางอากาศ เป็นต้น

การรักษาโรคหอบหืด มีจุดประสงค์ คือ การลดอาการของเด็ก ให้เด็กมีกิจกรรมได้ตามปกติ พยายามหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่ทำให้โรคเลวลง และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ยาที่ใช้รักษาโรคหอบหืดประกอบด้วย ยาขยายหลอดลม (Relievers) ยาลดการบวม และการอักเสบของหลอดลม (Steroid) ยาป้องกัน (Preventers) และพบว่าการศึกษา ป้องกันไม่ให้มีอาการกำเริบของโรค นอกจากการใช้ยาในการรักษา ยังต้องใช้วิธีอื่นร่วมด้วยดังนี้

การให้ความรู้ ซึ่งจะให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืดในประเด็นต่างๆที่มีความสำคัญ อาทิ เช่น การป้องกัน การควบคุมไม่ให้มีอาการของโรคกำเริบ โดยใช้สื่อ Multimedia โปรแกรม IMPACT (Interactive Multimedia Program for Asthma Control and Tracking) (Krishna, S., Balas, E.A., Francisco, B.D., Konig, P., 2006)

โดยใช้การ์ตูนเป็นสื่อในการสอนที่ครอบคลุมในเรื่อง พยาธิสภาพของโรค ตัวกระตุ้นหอบหืด ยาที่ควบคุมอาการ กลวิธีในการจัดการโรคหอบหืด โดยตัวการ์ตูนนำเสนอในรูปแบบคำถามต่างๆ ที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เด็ก รวมถึงการป้องกันหรือหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (Becker, A. & Yeung, M.C., 2008) โดยใช้โปรแกรม Kickin Asthma (Magzamen, S., Patel, B., Davis, A., Edelstein, J., Tager, I. B., 2008) ในการให้ความรู้และการเตือน การสอนในเรื่อง กายภาพและอาการเบื้องต้นของโรคหอบหืด ปัจจัยกระตุ้น อาการและอาการเตือน การใช้ยาและการแก้ปัญหาฉุกเฉิน รวมถึงการให้ความรู้โรคหอบหืดเชิงลึก (Ng, D.K., Chow, P.U., Lai, W. P., Chan, K. C., Chang, B.L., So, H. Y., 2006) ซึ่งให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการสิ่งแวดล้อม การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ โดยใช้ในเอกสารการสอนที่มีรูปการ์ตูนเพิ่มขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ปกครองสนใจและสามารถเข้าใจได้ง่ายมากยิ่งขึ้น

การมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดยการพัฒนาระบบการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียน (ทรรศนิษฐ์ นาคราช, 2550) ซึ่งเป็นสร้างสัมพันธ์ปันความคิดในทีมสุขภาพถึงชุมชน การรวมจิตดูแลแก้ไขปัญหาหอบหืดซ้ำจากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และการร่วมดำเนินการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำอย่างชัดเจนและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของการสร้างเครือข่ายการดูแลสำหรับเด็กโรคหอบหืด (Bruzese, J. M. & Evans, D. & Wiesemann, S. & Heller, M. P. & Levison, M. J. & Du, Y. et al., 2006) ซึ่งเป็นการร่วมมือกันระหว่างครอบครัว แพทย์ที่ดูแล และบุคลากรในโรงเรียน

นอกจากนี้ยังมีการจัดการกรณีโรคหอบหืด (Asthma Case Management) เพื่อช่วยลดการขาดโรงเรียนและการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่โรงเรียนในเมืองเมมฟิสโดยใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีโรคหอบหืด Case Management (Levy, M., Heffner, B., Stewart T., Beeman G., 2006) ซึ่งการให้ความรู้ในการจัดการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคหอบหืด มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการควบคุมอาการกำเริบของโรคให้น้อยลง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นรวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ลดความพิการหรือการเสียชีวิตจากโรคหอบหืด (Jones, M. A., 2008) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกัน (Trollvik, A., Sevenrinsson, E., 2005) นอกจากนี้การจัดการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งการจัดการดูแลตนเองที่บ้าน ทั้งในด้านปัจจัยเสี่ยง ความต้องการ ผลกระทบต่างๆ รวมทั้งความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นและการจัดการ จะทำให้ผู้ป่วย ผู้ปกครองมีความรู้ สามารถจัดการโรคหอบหืดได้มากยิ่งขึ้น (Waliser, N.N., Misener, M., Mersman, C., Lincoln, P., 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา การให้ความรู้และการวางแผนการจัดการดูแลในผู้ป่วย (Charlton, J. et al., 1994 อ้างใน ประทีป สุวรรณลักษณ์, 2548) รวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด (ปรียะดา ภัทรสังขธรรม, 2546) เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า การรักษาโรคหอบหืดมีหลากหลายรูปแบบ การรักษาด้วยยา เป็นการปฏิบัติโดยแพทย์ในโรงพยาบาลและเป็นการรักษาที่ปลายเหตุเมื่อมีอาการกำเริบของโรค แต่การดูแลรักษาที่ต้นเหตุเพื่อเป็นการป้องกัน ควบคุมไม่ให้มีอาการกำเริบของโรค โดยการให้ความรู้ ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่อิสระของพยาบาลเวชปฏิบัติ ในการให้ความรู้และแนวทางในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลโรคหอบหืดที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยลดอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค รวมทั้งเป็นการส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ปัจจุบันโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีการจัดตั้งคลินิกโรคหอบหืด สำหรับให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในโรงพยาบาล ซึ่งกุมารแพทย์และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจัดทำขึ้น อีกทั้งโรคหอบหืดยังเป็นหนึ่งในสิบโรคที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ที่ต้องมีการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยหน่วยงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล จะดำเนินการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน/ ในชุมชน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับสู่ชุมชน แต่ยังพบปัญหาจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่ต้องกลับมาอนรักษาด่วนในโรงพยาบาลอีกครั้ง หรือกลับมาตรวจร่างกายใน 24-48 ชั่วโมงที่โรงพยาบาล ดังที่กล่าวมาแล้ว และยังพบปัญหาการดูแลรักษาพยาบาลในด้านเชิงรุก ที่ยังมีรูปแบบ/แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดในชุมชนที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อป้องกันการกำเริบที่เกิดขึ้น จึงต้องมีการหาแนวทางการดูแลเชิงรุกในชุมชน ซึ่งการเยี่ยมบ้านของทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นเพียงการเข้าไปเพื่อประเมินผู้ป่วยตามแบบวัดการส่งตัวกลับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของหน่วยงาน ซึ่งพบว่ายังมีรูปแบบและวิธีการที่หลากหลายขึ้นกับความชำนาญและความถนัด ประสบการณ์ของพยาบาลเยี่ยมบ้านแต่ละคน แต่ยังไม่มีความรู้หรือวิธีในการป้องกันการกำเริบที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญขาดความรู้ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการให้ความรู้ หรือวิธีการต่างๆ เพื่อป้องกันการกำเริบในผู้ป่วยเด็กที่บ้าน อีกทั้งผู้ป่วย ผู้ปกครองรวมถึงครอบครัวยังขาดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการเกิดโรค ไม่เห็นความสำคัญของการหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ที่เป็นต้นเหตุของโรค และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ ซึ่งในบางครอบครัวอยู่ในชุมชนที่มีการเผาถ่านเป็นประจำซึ่งมีควันต่างๆ เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบของโรค มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะยาพ่น ไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยาเพื่อรักษาการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยาเพื่อรักษาการอักเสบ (คลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2552) นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าการใช้ยาพ่นจะทำให้เกิดการติดยาได้ จึงปฏิเสธ ไม่ยอมใช้ยาพ่น

ทำให้เด็กบางราย มีอาการกำเริบบ่อยและรุนแรงขึ้น (สิรินันท์ บุญยะสิทธิ์, 2547) ซึ่งเมื่อเด็กมีอาการจับหัด มักจะเกิดอาการไอ หายใจลำบากได้ง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กและญาติเกิดความกลัวขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เนื่องจากกลัวอาการหายใจลำบาก ซึ่งอาจจะหยุดหายใจ เสียชีวิตได้ อีกทั้งญาติและครอบครัวไม่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการได้ จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยและญาติต้องกลับมารักษาดูแลตัวในโรงพยาบาลซ้ำบ่อยครั้ง

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก โรคหอบหืด ในอำเภอวารินชำราบ ได้ตระหนักเห็นความสำคัญที่ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดและญาติจะต้องได้รับการดูแลป้องกันการจับหัดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติที่จะช่วยให้พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพยาบาลเยี่ยมบ้าน สามารถดำเนินการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมทั้งให้ผู้ป่วย และครอบครัว มีความรู้ในการดูแลรักษา และป้องกันโรคอย่างถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งยังมีประโยชน์อย่างมาก ในการควบคุมโรค ลดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้ผู้ป่วยเติบโตเต็มที่ตามศักยภาพได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

1.2 ปัญหาทางคลินิกที่ต้องการศึกษา

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรัง ที่พบบ่อยในเด็ก ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ การดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กไม่ดี รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านการแสดงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และเศรษฐกิจของครอบครัว อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อสังคม รวมทั้งเศรษฐกิจที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล (re-visit) และกลับมาอนรักษานในโรงพยาบาล (re-admit) และในหน่วยงานโรงพยาบาลวารินชำราบ โรคหอบหืดเป็นหนึ่งในสิบโรคที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ที่ต้องมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดตั้งแต่รักษาดูแลตัวในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับสู่ชุมชน ซึ่งในปัจจุบันหน่วยงานมีการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดโดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในโรงพยาบาล อีกทั้งมีการจัดตั้งคลินิกโรคหอบหืดให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหอบหืดทั้งเด็กและผู้ใหญ่ รวมถึงให้การดูแลรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน แต่ยังพบปัญหาจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่ต้องกลับมาอนรักษาดูแลตัวในโรงพยาบาลอีกครั้ง หรือกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล รวมถึงปัญหาการขาดการดูแลรักษาพยาบาลเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ โดยประเด็นสำคัญที่หน่วยบริการ

สุขภาพปฐมภูมิและพยาบาลผู้รับผิดชอบต้องตอบคือ จะมีวิธีการใดในการป้องกันการจับหัดที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับไปสู่ชุมชน ควรเป็นอย่างไร จะมีวิธีการใดที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เชื่อมมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้านและทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กที่บ้าน

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาโดยการสังเคราะห์องค์ความรู้การป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้านจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้วิธีการที่เหมาะสม นำมาใช้ในการปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และพยาบาลเยี่ยมบ้านสามารถดำเนินการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นไปในแนวทางเดียวกัน อันจะก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว และเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ อีกทั้งหน่วยงานสามารถลดอัตราการกลับมาตรวจซ้ำและการกลับมาอนรักษตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดตามเป้าหมาย

1.3 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้การป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้าน

1.4 ผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1. ได้องค์ความรู้ในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้าน จากหลักฐานเชิงประจักษ์
2. องค์ความรู้ที่ได้ สามารถนำไปสู่การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้าน ซึ่งส่งผลให้เกิดการพัฒนาเชิงวิชาชีพพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
3. ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหอบหัดและผู้ดูแลมีความรู้ และสามารถดูแลรักษาตนเองได้ถูกต้อง ป้องกันการจับหัดที่บ้าน จากหลักฐานเชิงประจักษ์

บทที่ 2

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้านโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงานเพื่อค้นหาหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

2.1. วิธีการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1.1 กรอบของการสืบค้น โดยใช้กรอบของ PICO (Craig, 2002) โดยมีวัตถุประสงค์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

P (Population) คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด บิดา มารดา ผู้ดูแล และครอบครัว

I (Intervention) คือ การป้องกันการจับหัดที่บ้าน ซึ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืด และการฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

C (Comparison Intervention) ไม่ต้องการเปรียบเทียบ

O (Outcome) คือ ลดการจับหัดที่บ้าน การได้รับความรู้เรื่องโรคหอบหืดเพิ่มขึ้น ลดอุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำ หรือการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหอบหืด

2.1.2 ขอบเขตของการสืบค้น

1) คำสำคัญ จากกรอบการตั้งคำถามเพื่อการสืบค้น ให้สามารถกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นที่เป็นภาษาไทย คือ โรคหอบหืดในเด็ก การจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน/ชุมชน และคำสำคัญที่เป็นภาษาอังกฤษตามกรอบของการสืบค้นดังนี้

- asthma and children and /or prevention and home
- asthma and childhood and /or education program and home
- asthma and schoolchildren and/or or education program
- asthma and schoolchildren and/or prevention
- asthma attacks and children and/or education program and community
- asthma attacks and prevention and home
- asthma attacks and prevention and community
- asthma and parents and/or self management and/or quality of life

- asthma and caregiver and/or quality of life and home
- asthma and family and/or knowledge and community
- reduce asthma and /or education program and community
- asthma and children and re-visit and /or intervention and/or program
- asthma and children and re- admit and /or intervention and/or program
- asthma and children and re-hospitalization and /or intervention and/or program

ซึ่งในการระบุคำสำคัญในการสืบค้นทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษได้มีการปรับเปลี่ยนไปตามผลของการสืบค้นในแต่ละครั้ง เพื่อนำมาปรับใช้ในการสืบค้นครั้งต่อไป รวมถึงมีการเชื่อมโยงโดยใช้และ(and) หรือ (or) เข้ามาช่วยในการรวมคำที่สืบค้น เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ตรงตามที่กำหนดไว้

2) ฐานข้อมูล/แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น โดยใช้คำสำคัญที่กำหนดไว้ แผนภูมิที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย

- การสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ ได้แก่ PUBMED , CINAHL, Journal@Ovid Full Text, Blackwell Synergy, Science Direct , Cochrane, ProQuest Nursing & Allied Health Source, Springer Link, ซึ่งถือเป็นฐานข้อมูลทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีบริการผ่านทางระบบข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล
- การสืบค้นจากบริการสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ตของสถาบันหรือองค์กรต่างๆ ที่ให้บริการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถเชื่อมโยงเครือข่ายบริการไปยังสถาบันหรือองค์กร เพื่อรับบทความหรือวารสารฉบับเต็ม ได้แก่ สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (<http://library.kku.ac.th>)

- การสืบค้นด้วยมือ จากวารสารวิชาการวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ รายการเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรมทำรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในห้องสมุดสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืด และการฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

3) ประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการศึกษาเพื่อหาแนวทางในการป้องกันไม่ให้อาการหอบหืดในผู้ป่วยเด็กกำเริบที่บ้านโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในครั้งนี้ กำหนดประเภทของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่จะใช้เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยทุกระดับ

4) ปีที่ตีพิมพ์ หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นนั้นที่เผยแพร่อยู่ระหว่างปี ค.ศ.2000 (พ.ศ.2543) ถึงปี ค.ศ. 2009 (พ.ศ. 2552)

5) ภาษาที่ใช้ในการตีพิมพ์ เป็นงานวิจัยภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษที่มีเนื้อหาต้นฉบับเต็มเท่านั้น

2.2 วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพและระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์

วิธีการที่ใช้ในการประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์จากการสืบค้นประกอบด้วย

2.2.1 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ได้จากการสืบค้น โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ (Melnyk, & Fineout-Overholt, 2002 อ้างในฟองคำ ติลกสกุลชัย, 2549)

1) ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) ประเมินว่างานวิจัยเรื่องนั้น มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิกในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน สามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหาการจับหัดในผู้ป่วยเด็กหรือทำให้เกิดความชัดเจนในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง การดูแลป้องกันการจับหัดที่บ้านทั้งในผู้ป่วยผู้ปกครอง และครอบครัว มีการทดสอบสมมติฐาน ที่มีความสอดคล้องกับในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้านที่ต้องการแก้ไขหรือปรับปรุงให้มีการจับหัดที่บ้านลดลง กระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้จริงได้ และผลของงานวิจัยเรื่องนั้นพยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้

2) การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit) ประเมิน ว่างานวิจัยเรื่องนั้นมีความเหมาะสมและสอดคล้องกันตั้งแต่ ชื่อเรื่อง ตัวแปร คำถามหรือสมมติฐานการวิจัย วัตถุประสงค์ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล ผลการวิจัย สรุปและอภิปรายผล ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย ทั้งคณะผู้วิจัย วารสารที่ตีพิมพ์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง ความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ สถิติที่ใช้ ผลการวิจัย

3) แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ(Implementation potential) ซึ่งจะพิจารณาใน 3 ประเด็นคือ

3.1) การเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the findings) พิจารณางานวิจัยนั้น เป็นนวัตกรรมมีความเหมาะสมกับหน่วยงาน ลักษณะกลุ่มประชากรหรือผู้ป่วยคล้ายคลึงกัน ปรัชญาการดูแลคล้ายคลึงกันหรือแตกต่างกัน และเกิดผลหรือมีประโยชน์กับผู้ป่วยจำนวนมาก

3.2) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) พิจารณาว่า พยาบาลสามารถนำนวัตกรรม โปรแกรมการให้ความรู้ การจัดการรายการโรค นำไปใช้ในการดำเนินงานในชุมชน/ ที่บ้าน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และในผู้ป่วย ซึ่งเป็นวิธีที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อนในการปฏิบัติ สามารถดำเนินการไปพร้อมกับการทำงานประจำ

3.3) ความคุ้มค่า คำนวณประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio) พิจารณาว่าเมื่อนำนวัตกรรมนั้นไปใช้ ไม่เกิดความเสียหายหรืออันตรายกับผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ครอบครัว เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการยอมรับในผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Acceptability)

ค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการใช้วัสดุกรรม ทั้ง material and non-material costs และประโยชน์ที่จะได้รับจากการใช้วัสดุกรรมทั้ง material and non-material benefits

2.2.2 การประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ของ Melynck และ Fineout-Overholt (2005) แบ่งงานวิจัยเป็น 7 ระดับดังนี้

ระดับ I เป็นงานที่ได้จากวิเคราะห์เมตา (Meta-analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุมทั้งหมด หรือเป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) หรือเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) ที่สร้างมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม

ระดับ II เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม (Experimental study)

ระดับ III เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีกลุ่มควบคุมมีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (Quasi-experimental study)

ระดับ IV เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี

ระดับ V เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ

ระดับ VI เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเดี่ยวเชิงคุณภาพหรืองานวิจัยเชิงบรรยาย

ระดับ VII เป็นหลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือ รายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

บทที่ 3

ผลการดำเนินงาน

3.1 ผลการดำเนินการสืบค้น

ผลจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยคำสำคัญที่กำหนดไว้ ได้งานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้งหมด 14 เรื่อง แบ่งเป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) 4 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental) 7 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี 1 เรื่อง และเป็นงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 เรื่อง เมื่อนำมาจัดระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Level of evidence or research) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พบเป็นงานวิจัยระดับ I จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ II จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยระดับ III จำนวน 7 เรื่อง งานวิจัยระดับ IV จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยระดับ V จำนวน 1 เรื่อง ดังได้แสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 1 และตารางที่ 2 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงผลการสืบค้นข้อมูล

ฐานข้อมูล	งานวิจัยที่สืบค้น	ผลการสืบค้น
CINAHL	36	6
PUBMED	9	2
Science Direct	12	3
Journal@Ovid Full Text	13	1
Blackwell	12	1
Cochrane	11	1
ProQuest Nursing & Allied Health Source	12	0
Manual search	5	0
รวม	110	14

ตารางที่ 2 แสดงระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ ชื่อเรื่อง/ แหล่งตีพิมพ์	รูปแบบงานวิจัย	ระดับ
1.	Yorke, J., Fleming, S. L., Shuldham, C., (2007) / A Systematic Review of Psychological Interventions for Children With Asthma./ Pediatric Pulmonology, 42,114–124.	Systematic Review	I
2.	Levy, M., Heffner B., Stewart, T., Beeman, G., (2006)/ The Efficacy of Asthma Case Management in an Urban School District in Reducing School Absences and Hospitalizations for Asthma / Journal of School Health ,76,320-324.	Randomized controlled trial	II
3.	Horner, S. D, Fouladi. R.T. (2008) / Improvement of Rural Children’s Asthma Self-Management by Lay Health Educators /Journal of School Health ,78(9) 506-513.	Randomized controlled trial	II
4.	Krieger, J.W., Takaro, T.K., Song, L., Weaver, M. (2005). / The Seattle-King County Healthy Homes Project: A Randomized, Controlled Trial of a Community Health Worker Intervention to Decrease Exposure to Indoor Asthma Triggers./ American Journal of Public Health. 95(4), 652–659.	Randomized controlled trial	II
5.	Bulz, A. M., Syron, L., Johnson, B., Spaulding, J., Walker, M., Bollinger, M. B., (2005) / Home-Based Asthma Self-Management Education for Inner City Children./ Public Health Nursing, 22(3) 189-199.	Randomized controlled trial	II
6.	Yang, B.H., Chen, Y.C., Chiang, B.L.,Chang,Y.C., (2005)/ Effects of Nursing Instruction on Asthma Knowledge and Quality of Life in Schoolchildren With Asthma / Journal of Nursing Research , 13(3) 174-182.	Quasi-experimental	III

ตารางที่ 2 แสดงระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ ชื่อเรื่อง/ แหล่งตีพิมพ์	รูปแบบงานวิจัย	ระดับ
7.	Brooten, D., Youngblut, J.M., Royal, S., Cohn, S., Lobar, S.L., Hernandez, L., (2008) / Outcomes of an Asthma Program: Healthy Children, Healthy Homes./ Journal of Pediatric Nursing,34(6) 448-455.	Quasi experimental	III
8.	Brown, J. B., Bakeman, R., Celano, M. P., Demi, A. S., Kobrynski, L., Wilson, S. R., (2002) / Home-Based Asthma Education of Young Low-Income Children and Their Families./ Journal of Pediatric Psychology.,27(8) 677-688.	Quasi experimental	III
9.	McCarty, M. J., Herbert, R., Brimacombe, M., Hansen, J., Wong, D., Zehman, M., (2002) / Empowering Parents Through Asthma Education. / Journal of Pediatric Nursing,28(5) 468-473.	quasi-experimental	III
10.	ปริยธดา ภัทรสัจธรรม. (2546)/ ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต , จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.	Quasi experimental	III
11.	กรรณา เครือเนตร. (2551)/ ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-6 ปีของครอบครัว	Quasi experimental	III
12.	ทิพาพร ยอดญาติไทย. (2551)/ ผลการประยุกต์ใช้แนวทาง GINA Pediatric Guideline 2004 ต่อพฤติกรรม การดูแลเด็กอายุ 0-6 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดของครอบครัว.	Quasi experimental	III

ตารางที่ 2 แสดงระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สืบค้นได้ (ต่อ)

ลำดับ	ชื่อผู้วิจัย/ ชื่อเรื่อง/ แหล่งตีพิมพ์	รูปแบบงานวิจัย	ระดับ
13.	Cope, S. F., Ungar, W. J., & Glazier, R. H. (2006) / Socioeconomic Factors and Asthma Control in Children. / Pediatric Pulmonology./	Cross-sectional analysis	IV
14.	Newcomb, P. (2006) / Results of an asthma disease management program in an urban pediatric community clinic. / JSPN, 11(3) 178-188.	การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยาย	V

จากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยคำสำคัญที่กำหนดไว้ ผู้ศึกษาได้คัดงานวิจัยที่ไม่ได้นำมาใช้ออก เนื่องจาก

1. ทีมผู้วิจัยประกอบด้วยแพทย์ทั้งหมดซึ่งเป็น โปรแกรมที่ผู้ปฏิบัติจะต้องเป็นแพทย์
2. ผลการวิจัยไม่สนับสนุน ให้พยาบาลสามารถนำมาปฏิบัติได้
3. เป็นการให้ความรู้แก่เด็กโรคหอบหืด ที่โรงเรียนซึ่งไม่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย ที่ต้องการให้ความรู้แก่เด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดที่บ้านหรือในชุมชน
4. เป็นงานวิจัยซ้ำกันหรือเรื่องเดียวกัน ผู้วิจัยทีมเดียวกัน แต่มีการปรับชื่อเรื่องให้มีความแตกต่างกัน และสืบค้นได้จากฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน
6. เป็นงานวิจัยที่ถูกเผยแพร่มากกว่า 10 ปี
7. กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กแรกเกิด เด็กเล็กซึ่ง ไม่สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการคือเด็กวัยเรียน

3.2 การประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์

นำผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยคำสำคัญที่กำหนดไว้ ได้งานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้งหมด 14 เรื่อง มาทบทวนคัดเลือก และประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้การวิเคราะห์วิจารณ์ตามเกณฑ์ Utilization Criteria (วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, 2551; Melnyk, & Fineout-Overholt, 2002 อ้างในฟองคำ ดิลกสกุลชัย, 2549) ดังได้แสดงรายละเอียดไว้ในตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แสดงการสรุปรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ (Collective Table)

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
I. Levy, M., Helfner B., Stewart, T., Beeman, G., (2006)/ The Efficacy of Asthma Case Management in an Urban School District in Reducing School Absences and Hospitalizations for Asthma / Journal of School health, 76, 320-324. / II	เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการจัดการรายกรณีในโรคหืดในโรงเรียนในโรงพยาบาลเมืองเมมฟิซ (Memphis) เพื่อลดการขาดโรงเรียน การกักตุนมาตรวจที่โรงพยาบาล	- โรงเรียนในเมืองเมมฟิซ (Memphis) 14 โรงเรียนที่มีจำนวนมากกว่า 350 คน ซึ่ง 8 โรงเรียนใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณี (CM) และ 6 โรงเรียนใช้การพยาบาลปกติ (UA) - กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 ปี คือปีที่ 1 คัดเลือกนักเรียนในโรงเรียนที่มีฐานะสังคมเศรษฐกิจต่ำจาก 14 โรงเรียนกลุ่มทดลอง 8 โรงเรียนนักเรียนอายุ 6-10 ปี เข้าร่วม 115 คน และกลุ่มควบคุม 6 โรงเรียนนักเรียน เข้าร่วม 128 คน และปีที่ 2 นักเรียนกลุ่มควบคุมปีที่ 1 จะถูกคัดเลือกให้เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้เกณฑ์เดียวกันกับปีที่ 1	กลุ่มทดลองใช้โปรแกรมการจัดการโรคหอบหืด (CM) ดังนี้ 1. พยาบาลสอนและฝึกกลุ่มตัวอย่างอย่างใกล้ชิดต่อสัปดาห์เกี่ยวกับการมีทางเดินหายใจ, การดูแลครอบครัวจัดเตรียมเกี่ยวกับการศึกษา ในโรงเรียน 2. มีการติดตามการสุภาพของนักเรียนทุกสัปดาห์ โดยติดตามการขาดโรงเรียน และอาการของโรคจากครอบครัวและครู 3. มีการประสานการดูแลทั้งในนักเรียน สมาชิกในครอบครัว บุคลากรในโรงเรียนและบุคลากรทางการแพทย์ ในการจัดการเรื่องโรคปอดอักเสบทั้งที่บ้านและโรงเรียน	ในปีที่ 1 นักเรียนที่ใช้ CM ขาดเรียนน้อยกว่ากลุ่ม UC, ไม่มีความแตกต่างในอัตราการป่วยแบบฉุกเฉินน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งช่วงเวลา 1 ภาคการศึกษา ($p < .001$) และทั้งปี ($p < .0001$). มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$) ผู้ปกครองนักเรียนที่ใช้ CM มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p \leq .01$) ในปีที่ 2 โรงเรียนที่ใช้ CM ในปีแรก ไม่มีความแตกต่างในอัตราการป่วยแบบฉุกเฉินซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .0001$). การไปรักษาในโรงพยาบาลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)	นำการจัดการรายกรณี มาใช้ในชุมชนเพื่อช่วยในเรื่องการจัดการหรือให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดเฉพาะเจาะจงเป็นรายบุคคล

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
2. Yang, B.H., Chen, Y.C., Chiang, B.L., Chang, Y.C., (2005)/ Effects of Nursing Instruction on Asthma Knowledge and Quality of Life in Schoolchildren With Asthma/ Journal of Nursing Research, 13(3) 174-182. III	1. อธิบายถึงระดับ ความรู้ คุณภาพ ชีวิตอาการโรค หอบหืดของผู้ป่วย เด็ก 2. อธิบายถึง ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้ เกี่ยวกับโรคหอบ หืดและคุณภาพ ชีวิตในเด็กโรค หอบหืด 3. ประเมินผล โปรแกรมการให้ ความรู้ผู้ป่วยเด็ก โรคหอบหืดของ พยาบาล	นักเรียนอายุ 8-12 ปี จำนวน 60 คน แต่ได้ จากคลินิกหอบหืด ของศูนย์การแพทย์ จากกลุ่มตัวอย่าง 62 คน (กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน) Inclusion criteria 1. อายุระหว่าง 8-12 ปี ได้รับการวินิจฉัยโรค หอบหืดจากแพทย์ 2. ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ 3. ใช้ยาพ่นใน ระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเขียนแบบฟอร์ม เข้าร่วมทั้งจากผู้ป่วย และผู้ปกครอง	กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมที่แผนก ผู้ป่วยนอกหรือศูนย์เด็กและผู้ป่วยที่บ้าน และกลุ่มควบคุมจะได้รับแนวทาง ปฏิบัติทางการแพทย์ตามปกติ และ post-test อีก 4 สัปดาห์ โดยสอนให้ความรู้ คำแนะนำ ส่งเสริมให้มีความรู้ ทักษะใน การจัดการ โรคด้วยตนเองเกี่ยวกับโรค หอบหืด การป้องกัน การใช้ยา ควบคุมอาการ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ซึ่งจะให้คำอธิบาย ที่ง่าย ใช้ภาษาเหมาะสมกับเด็ก กระตุ้นให้ เด็กถามคำถามพร้อมกับการบ้านด้วย ตนเอง ซึ่งสอนแต่ละครั้งจะใช้เวลา 40-50 นาที โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจะ ได้ให้อธิบายเรื่องต้นเหตุเหมือนกันและกรอก แบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที	1. นักเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นในทั้ง สองกลุ่ม 2. คุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ระหว่างก่อน-หลัง ทดสอบ ทั้งด้าน AQOL, DIS และ SEV 3. นักเรียนกลุ่มควบคุมแตกต่าง กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างก่อน-หลัง ทดสอบ ทั้ง ด้าน AQOL และ SEV 4. อาการทางคลินิกก่อนและหลัง ทดสอบในทั้งสองกลุ่มมีความ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ แต่ในกลุ่มทดลองมีอาการ ทางคลินิกลดลงมากกว่าในกลุ่ม ควบคุม	-การให้ความรู้ในการเขียนบ้านและ ประเมินติดตามคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โดยการ ติดตามจากข้อมูลแบบประเมินการ เขียนบ้าน - ต้องมีการจัดเตรียมคู่มือให้ เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กอายุ 8-12 ปีที่ ประกอบด้วยรูปภาพ ใช้ภาษาที่ เข้าใจง่าย มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้ โรคหอบหืดเบื้องต้น ปัจจัยกระตุ้น การใช้ยาควบคุมอาการ -การกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดความ ตระหนักและเห็นความสำคัญในการ ดูแลรักษาเบื้องต้น โดยการให้เด็ก ตั้งคำถามและให้การบ้านด้วยตนเอง

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
3. Homer, S. D, Fouladi. R.T. (2008) / Improvement of Rural Children's Asthma Self-Management by Lay Health Educators /Journal of School Health, 78(9) 506-513./II	ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงทักษะการจัดการตนเองของเด็กโรคหอบหืดในชนบทหลังได้รับความรู้จากอสม. - เด็กที่มีประวัติเสี่ยงที่จะทำให้อัตราป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการหมดไป - เด็กพูดภาษาอังกฤษหรือภาษาสเปนได้ - เด็กศึกษาในระดับ 2 ถึง 5	Inclusion criteria - เป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดจากแพทย์ - เด็กมีประสบการณ์การป้องกันใน 12 เดือนที่ผ่านมา - เด็กไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้อัตราป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการหมดไป - เด็กพูดภาษาอังกฤษหรือภาษาสเปนได้ - เด็กศึกษาในระดับ 2 ถึง 5	- โปรแกรมการให้ความรู้โรคหอบหืด จะให้ความรู้ 7 ขั้นตอน เกี่ยวกับกระบวนการจัดการตนเองในเด็กที่อยู่ในชนบท เนื้อหาประกอบด้วยพยาธิสภาพของโรคหอบหืด อาการ และการจัดการทักษะการใช้ยาแผน และการวัดการหายใจออกจากการเก็บปัญหาด้วยตนเอง โดยใช้ตัวการ์ตูน - โปรแกรมการให้ความรู้ในกลุ่มควบคุม จะรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็กในเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย หลักการเป็นหวัดและทักษะในการป้องกันตัวเอง - การฝึกให้ความรู้แก่ อสม. จะให้ความรู้เป็นส่วนๆ/หัวข้อ ทั้งหมด 16 ชั่วโมง ประกอบด้วยกลวิธีหรือนำเสนอการให้ความรู้และการจัดการภายในห้องเรียน มีการทบทวนเป็นรายบุคคล มีการประเมินย้อนกลับในช่วงสุดท้าย ซึ่งอสม. จะได้รับการติดตามจากทีมผู้วิจัย 5 ครั้งเพื่อประเมินการตัดสินใจและส่งเสริมการให้ความรู้ด้วยตนเอง	- มีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่มในเรื่อง เพศ อายุของเด็ก การศึกษาของมารดาหรือเศรษฐกิจของครอบครัว - ในกลุ่มทดลองพบว่ามีความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นระหว่างความรู้เรื่องโรคหอบหืด, การจัดการดูแลตนเองและทักษะการใช้ยาแผน มีค่าเฉลี่ยมากกว่าในกลุ่มควบคุม - มีการปรับปรุงในเรื่องความรู้เรื่องโรคหอบหืดและทักษะการใช้ยาแผนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - สัมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง	- โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืดโดยเน้นการจัดการตนเอง สามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งนอกจากจะให้โดยพยาบาลแล้ว การอบรมให้ความรู้แก่ อสม. เพื่อช่วยติดตามดูแลในชุมชน ยังเป็นวิธีการหนึ่งที่ดีในการเพิ่มความรู้ ทักษะการใช้ยาแผนและเพิ่มสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยได้

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
4. Krieger, J.W., Takaro, T.K., Song, L., Weaver, M. (2005). / The Seattle-King County Healthy Homes Project: A Randomized, Controlled Trial of a Community Health Worker Intervention to Decrease Exposure to Indoor Asthma Triggers. / American Journal of Public Health. 95(4), 652-659. / II	เพื่อประเมินผลของการให้ความรู้ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ที่เน้นลดการสัมผัสกับปัจจัยในบ้านที่ก่อให้เกิดโรคหอบ	เด็กอายุ 4-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดหรือเป็นเด็กที่ได้รับการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลจากรัฐบาลซึ่งผู้ดูแลสามารถพูดภาษาอังกฤษภาษาสเปนหรือเวียดนาม ได้ เป็นเด็กที่อาศัยอยู่ในบ้านในเวลา กลางคืนอย่างน้อย 50% และบ้านอยู่ในเขตปกครองท้องถิ่นคิง (King county)	1. กลุ่มให้การปฏิบัติแบบรวมยอด - ประเมิน โครงสร้างสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ที่เฉพาะสำหรับผู้เข้าร่วม โปรแกรมและ CHW โดย CHW และผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะปฏิบัติเพื่อเตรียมแผนการปฏิบัติและสรุปความเข้าใจได้ในการเลือกปฏิบัติ - CHW จะเยี่ยม 4-8 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการเข้าถึงวางแผนการปฏิบัติตัว การให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนในการลดการสัมผัสการช่วยเหลือการกำจัดแมลงสาบและหนู และการดูแลรักษาปรับปรุงบ้านให้ดีขึ้น - มีการทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนังในคลินิก กลุ่มให้การปฏิบัติแบบเล็กน้อย จะได้รับการเยี่ยมจาก CHW อย่างเดียว ในการประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การวางแผนการปฏิบัติตนหลังจากนั้น 1 ปีต่อมา จะได้รับการปฏิบัติอย่างเต็มรูปแบบในเรื่องแหล่งสนับสนุนและการให้ความรู้เพิ่ม	ผลลัพธ์ในระดับปฐมภูมิ - กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบรวมยอด ได้ประโยชน์มากกว่าในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การให้บริการในภาวะเร่งด่วนมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบรวมยอด ผลลัพธ์ในระดับทุติยภูมิ - ทั้ง 2 กลุ่มมีผลลัพธ์ในระดับทุติยภูมิที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	- นำความรู้เกี่ยวกับ การประเมิน โครงสร้าง สิ่งแวดล้อมในบ้านมาใช้ ในการจัดการการป้องกัน ด้านสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วย/ ครอบครัว ร่วมกับ การเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการ ประเมินติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย/ครอบครัว - นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดมาใช้ ในการติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
5. Brooten, D., Youngblut, J.M., Royal, S., Cohn, S., Lobar, S.L., Hernandez, L., (2008) / Outcomes of an Asthma Program: Healthy Children, Healthy Homes./ Journal of Pediatric Nursing, 34(6) 448-455./ III	เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมสุขภาพเด็กที่บ้าน นำอยู่ต่อการรับรู้ของชุมชน ที่รับรู้เกี่ยวกับอันตราย และความรุนแรงของโรคหอบหืด ความรู้เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคหอบหืดใน บ้าน การใช้ยาไม่ถูกวิธี และการรายงานพฤติกรรม ในการควบคุม ป้องกันกระตุ้นโรคหอบหืด	การคัดเลือกแบบสะดวก ที่เข้าร่วมโปรแกรมโรคหอบหืดอมิโก (Asthma Amigo) และกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจก่อนและหลัง จำนวน 100 คน เป็นผู้ปกครอง ครู และผู้บริหาร โรงเรียน	โปรแกรมโรคหอบหืดอมิโก (Asthma Amigo Program) ให้ความรู้ 2 ส่วน โดยพยาบาลวิชาชีพให้ความรู้ 2 ครั้งๆละ 90 นาที โดย - ส่วนที่ 1 จะสอนให้เรียนรู้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรคหอบหืด ความเสี่ยงโรคหอบหืด ปัจจัยกระตุ้นในครอบครัวและวิธีการควบคุมปัจจัยกระตุ้น และเมื่อสิ้นสุดในส่วนที่ 1 ผู้เข้าร่วมโปรแกรม จะถูกสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดที่บ้านเพื่อเป็นการเพิ่มความเข้าใจ - ส่วนที่ 2 มีเป้าหมายให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมโรคหอบหืดอมิโก (Asthma Amigo) ให้ความรู้และช่วยเหลือผู้อื่น เพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในบ้านและการปฏิบัติตัวของเด็กในการป้องกันโรคหอบหืด	- การตอบสนองต่อการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงเวลาที่ 2 - การตอบสนองต่อการรับรู้ในช่วงเวลาที่ 2 มีมากกว่าช่วงเวลาที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ประชาชนเชื่อว่าอาการหรือการป่วยทางจิตทำให้เกิดโรคหอบหืดได้ใน ช่วงเวลาที่ 2 มากกว่าในช่วงเวลาที่ 1 ($p=0.04$) - มีความแตกต่างกันในด้านพฤติกรรม การควบคุมปัจจัยกระตุ้นโรคหอบในช่วงเวลาที่ 1 และ 2	นำเทคนิคการกระตุ้นให้เด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดมาสรุปในเรื่องที่เรียนรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด เพื่อเป็นการกระตุ้น ให้เด็กเกิดความสนใจ รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
6. Brown, J. B., Bakeman, R., Celano, M. P., Demi, A. S., Kobrynski, L., Wilson, S. R., (2002) / Home-Based Asthma Education of Young Low-Income Children and Their Families./ Journal of Pediatric Psychology, 27(8) 677-688/ III	เพื่อนำไปโปรแกรมการให้ความรู้โรคหอบหืดไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีรายได้น้อย	เด็กแอฟริกัน-อเมริกันที่มีรายได้น้อยและผู้ป่วยโรคหอบหืด 95 คนซึ่งมีคุณสมบัติคือ เด็กอายุ 1-6.99 ปีที่เข้าเรียน, เด็กได้เข้ารับการดูแลรักษาโรคหอบหืดในปีที่ผ่านมา, เด็กได้รับการรักษาโรคหอบหืดทุกวัน ผู้ดูแลหลักพูดภาษาอังกฤษได้, ผู้ดูแลหลักไม่มีประวัติการใช้ยา	- การให้ความรู้โดยใช้โปรแกรม Wee Wheezers at Home (WWH) ใช้เวลาในการสอนในกลุ่มเด็กเล็ก 8 ส่วนๆละ 90 นาทีในช่วงสัปดาห์ซึ่งจะกระตุ้นให้มีการสอนให้ตรงกับความต้องการของครอบครัว เหมาะสมกับเด็กและผู้ดูแลที่อยู่ในบ้านขณะได้รับการเยี่ยมชม ซึ่งผู้เยี่ยมชมจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้โปรแกรม Wee Wheezers at Home เพื่อให้ความมั่นใจและนำไปใช้ในแนวทางเดียวกัน มีจุดประสงค์ที่เฉพาะ พยาบาลจะได้รับการสื่อสารในแต่ละส่วน ซึ่งมีจุดประสงค์ในการเข้าเยี่ยม - การเยี่ยมชมบ้านเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนักสังคมที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเดือนที่ 3 และ 12 มีการติดตามเยี่ยม ใช้เวลา 90 นาที หลังจากนั้นจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ - ข้อมูลด้านการรักษา บันทึกข้อมูลจากแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและโรงพยาบาลซึ่งผู้ให้การรักษายกก่อนจะเก็บข้อมูลพื้นฐานจนถึงเดือนที่ 12 ของการเยี่ยมชม	- อัตราการป่วยลดลงในเด็กทุกคน - ค่าเฉลี่ยของจำนวนที่มีอาการในเวลากลางวัน มีค่าเพิ่มขึ้นในเดือนที่ 12 - จำนวนของการไปรักษาเมื่อมีอาการกำเริบลดลง - อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กมากขึ้นในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 12 - ค่าเฉลี่ยความถี่ของการจัดการอาการและการมีส่วนร่วมในการจัดการโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	นำโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืดมาใช้ในการจัดการโรคหอบหืด เช่น การป้องกัน การดูแลปฏิบัติตัว เมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้านหรือในชุมชน

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
7. McCarty, M. J., Herbert, R., Brimacombe, M., Hansen, J., Wong, D., Zehman, M., (2002) / Empowering Parents Through Asthma Education. / Journal of Pediatric Nursing, 28(5) 468-473. / III	เพื่อเปรียบเทียบผลของแบบเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืดและการให้ความรู้โรคหอบหืดและทำให้ความรู้โรคหอบหืดแบบมีแบบเดิมและตรวจสอบศึกษาผลลัพธ์ต่อความรู้ ความรู้เกี่ยวกับการแพทย์ครั้งแรกด้วยอาการหอบหืด	- ประชากรที่มีลูกป่วยด้วยโรคหอบหืด ซึ่งเป็นเด็กอายุ 3-16 ปีที่ป่วยโรคหอบหืดระยะปานกลางถึงระยะรุนแรง, ผู้ปกครองสามารถพูดและอ่านภาษาอังกฤษได้, ได้รับการส่งตัวถึงกุมารแพทย์ครั้งแรกด้วยอาการ	- พยาบาลติดต่อครอบครัวโดยการโทรศัพท์ในการสัมภาษณ์เบื้องต้น - การสัมภาษณ์ในครั้งแรกจะเริ่มที่บ้านของครอบครัวหรือสถานที่อื่นๆ ซึ่งแต่ละครอบครัวจะได้รับคำแนะนำให้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในพื้นที่ของแต่ละครอบครัว เมื่อกลุ่มมี 5-8 ครอบครัว - ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 อย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังจากให้ความรู้อย่างครบถ้วน (ครั้งที่ 2) และในครั้งที่ 3 จะเริ่มเมื่อ 6 เดือนหลังจากให้ความรู้อย่างครบถ้วน (ครั้งที่ 3) - โปรแกรมการให้ความรู้ในทั้ง 2 กลุ่มจะให้นิ 3 สัปดาห์จะละ 2-3 ชั่วโมง เนื้อหา จะใช้รูปแบบที่เหมือนกัน แต่ในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืด จะได้รับเนื้อหาเพิ่มในเรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และได้รับการโทรศัพท์ติดตามจากพยาบาล ทุกเดือนในระหว่างการศึกษา 6 เดือน จนได้รับความรู้ครบสมบูรณ์	- คะแนนความรู้เรื่องโรคหอบหืด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ 3 กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีค่าคะแนนแตกต่างกัน - ค่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วกว่า และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงเวลาที่ 2 และ 3	- นำการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืด มาใช้ในการจัดการเรื่องโรคหอบหืดในด้านต่างๆ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ครอบครัวค้นหาความต้องการ และการค้นหาแหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดทักษะ/ความรู้เฉพาะในการแก้ไขปัญหา

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
8. Yorke, J., Fleming, S. L., Shulldham, C. A Systematic Review of Psychological Interventions for Children With Asthma./ Pediatric Pulmonology / 2005./1	เพื่อทบทวนอย่างเป็นระบบและ การวิเคราะห์เมตาของงานวิจัยประเภท RCTs ในผลของการให้การพยาบาลด้านจิตใจในการปรับเปลี่ยนสุขภาพและผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมในเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด	งานวิจัย 12 เรื่อง	การรักษา พฤติกรรม, การรักษาด้วย การรับรู้,การรักษา พฤติกรรม การรับรู้, เทคนิคการผ่อนคลาย (การพักผ่อนอย่าง ต่อเนื่อง), การฝึกด้วยตนเอง การหัดด้วย การสะกดจิต และการสะท้อนคิด การรักษาโรคจิตโดยใช้ กลไกทางจิต และการให้คำปรึกษา	-เป็นกิจกรรมการพยาบาลด้านจิตใจร่วมกับการรักษา -การวัดผลลัพธ์ ในระดับปฐมภูมิ พบว่าผลของการสะท้อนคิดช่วยลดอัตราการเข้ารับบริการรักษาตัวในโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิ ในด้านการรักษาโรคหอบหืดอัตราการลดพบว่าการสะท้อนคิดทำให้มีการพัฒนาด้านจิตใจที่ดีขึ้น -ผลของการสะท้อนคิดช่วยลดอัตราการรับของโรคหอบหืดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มควบคุม -เปรียบเทียบในกลุ่มควบคุม -การทำงานของปอด พบว่ามีความแตกต่างในการบำบัดโดยการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเปลี่ยนแปลงจาก peak flow -หลังให้พฤติกรรมบำบัด มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลองที่ต้องการใช้ยา ($p<0.05$)เปรียบเทียบในกลุ่มควบคุม ($p<0.001$) -ผลลัพธ์ด้านจิตใจ มีการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยความรู้เรื่องพฤติกรรมจากก่อนและหลังทดสอบ ($P<0.002$) - การเผชิญปัญหา มีค่าเฉลี่ยคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเผชิญโรคหอบหืดในกลุ่มที่ได้รับ CBT เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม	-นำไปโปรแกรมการด้านจิตใจในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด มาใช้ในการจัดการในด้านจิตใจทั้งในผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเมื่ออยู่ที่บ้านหรือในชุมชน แต่การนำไปใช้อาจจะต้องประสานจิตแพทย์/พยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินกิจกรรมบำบัด เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย/ครอบครัว

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
9. Bulz, A. M., Syron, L., Johnson, B., Spaulding, J., Walker, M., Bollinger, M. B., (2005) / Home-Based Asthma Self-Management Education for Inner City Children./ Public Health Nursing, 22(3) 189-199./ II	เพื่อประเมินผล การพยาบาล ในการให้ความรู้โรคหอบหืดที่บ้าน ที่มีเป้าหมายในผู้ป่วยโรคหอบหืดที่บ้านที่มีปัญหาสุขภาพ	ครอบครัวที่มีเด็กอายุ 2-8 ปี ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดระยะเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรงตามแนวทางNAEPP เด็กอายุ 1-15 ปี ซึ่งได้รับการรักษา ซึ่งเด็กจะถูกรวบรวมเข้ากลุ่มให้ความรู้ 2 กลุ่มคือ การให้ความรู้โรคหอบหืดแบบมาตรฐาน (SAE) จำนวน 105 คน การให้ความรู้โดยใช้ยาพ่น (SNEI) จำนวน 105 คน	-โปรแกรมการให้ความรู้แบบมาตรฐาน การให้ความรู้จะดำเนินการในช่วงการเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งเพื่อช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลเบื้องต้นและปฏิบัติตามพื้นฐานในการจัดการโรคหอบหืดการป้องกันและการช่วยเหลือเมื่อมีอาการหอบหืดเฉียบพลัน กระตุ้นให้ผู้ป่วยครองในการวางแผนการดูแลโรคหอบหืดจากผู้ดูแลสุขภาพของเด็กและสอนการใช้ยาการวัดสมรรถภาพของปอด (PEFV) ในเด็กที่มีอายุมากกว่า 5 ปี -โปรแกรมการให้ความรู้ในการระบุอาการของโรค/การให้ความรู้ในการใช้ยาพ่น(SNEI) จะให้ความรู้ระหว่างเยี่ยมบ้าน 6 ครั้ง โดยสอนเกี่ยวกับการค้นหาอาการในเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดและเสนอแนะให้การรักษาด้วยยาพ่น โดยสอนเกี่ยวกับการระบุอาการของโรคหอบหืดได้ถูกต้องตั้งแต่การเริ่มแรก จนถึงระยะสุดท้ายของโรค สอนเปรียบเทียบการหายใจปกติของเด็กและรูปแบบการหายใจเมื่อมีอาการของโรคหอบหืด การนับอัตราการหายใจของเด็ก และการใช้ PFM ในเด็กที่มีอายุมากกว่า 5 ปี	-ทักษะการจัดการโรคหอบหืดในกลุ่มที่ให้ความรู้พบว่ากลุ่ม SNEI ส่วนมากมีการระบุอาการของโรคหอบหืดและทักษะการจัดการด้วยตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับความรู้ และหลังได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -ทักษะการค้นหาอาการ มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนและหลังให้ความรู้ ความรู้ -เด็กในกลุ่ม SNEI หลังได้รับความรู้สามารถระบุอาการได้อย่างถูกต้องกว่าเด็กในกลุ่ม SAE หลังได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -ทักษะการจัดการอาการโรคหอบหืดโดยใช้ระดับความรุนแรงของโรคไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	-นำไปปรับแก้การให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืดที่บ้านมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวร่วมกับทีมสหวิชาชีพ -นำแบบประเมิน SAE หรือ SNEI มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย/ครอบครัวเพื่อประเมินติดตามความรู้ที่ได้ รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
10. Newcomb, P. (2006) / Results of an asthma disease management program in an urban pediatric community clinic. / JSPN, 11(3) 178-188. / V	เพื่อหาแนวปฏิบัติอย่าง เป็นระบบในการให้การ พยาบาลแบบมีส่วนร่วมใน เด็กโรคหอบหืดใน ครอบครัวที่มี รายได้น้อย ที่ มีผลกระทบ ต่อการ ส่งเสริมการ รักษาและ ผลลัพธ์ที่ดี ขึ้น	เด็กมีอายุระหว่าง 1.6-16ปี เฉลี่ยอายุ 7.4ปี -เกณฑ์การคัดเลือกเข้า เป็นผู้ที่เข้ารับการรักษา ตัวใน โรงพยาบาลใน 12 เดือนก่อนหรือรักษา ในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยโรคหอบหืด -คัดกรองด้วยโรคหอบหืดก่อนเข้ารับการรักษาตัวอย่างน้อย 1 ครั้ง -เกณฑ์การเข้ารับหัตถการระหว่าง 12เดือนก่อน -เกณฑ์การคัดเลือกออกเด็กมีโรคประจำตัวร่วมเช่นโรคหัวใจ น้ำท่วมปอด -มีอาการเจ็บหืดรุนแรง -ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ	-ผู้จัดการรายกรณีติดต่อกับครอบครัวโดยทางโทรศัพท์ อธิบายเกี่ยวกับโปรแกรมเชิญเข้าร่วมและแจ้งขั้นตอนการเยี่ยมในครั้งแรก -การเยี่ยมครั้งแรก~45 นาทีจะรวบรวมประวัติโรคหอบหืดประวัติภูมิแพ้ การปฏิบัติตัว การประเมินสภาพร่างกายและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวใน เรื่องพยาธิสภาพ อาการ การจัดการ การปฏิบัติตัว ผลการรักษาและเทคนิคการใช้ยาแผนและติดตามเยี่ยม ใน 1 เดือน และต่อมา 3 เดือน ใช้เวลา 30 นาที/ครั้ง -การเยี่ยมอื่นๆจะมีแผนตามความจำเป็นและโทรศัพท์ติดต่อที่มีการพยาบาลในระหว่างการเยี่ยม -การจัดสมรรถภาพของปอดจะวัดให้ในครั้งแรกและ ครั้งสุดท้ายของการเยี่ยม มีการทบทวนและปรับเปลี่ยน ในแต่ละครั้งของการเยี่ยม -บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติจะพัฒนาในเรื่องแผนการรักษาการติดตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วยการให้ ความรู้แก่ครอบครัว การรักษาด้วยยาและการประเมิน ผลลัพธ์และการส่งต่อที่จำเป็น	-การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงคิดเป็น 85% การไปตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยโรคหอบหืดลดลงคิดเป็น 87% การไปรักษาที่คลินิกด้วยอาการเจ็บหืดลดลงคิดเป็น 71% -ค่าเฉลี่ยของ FEV1 มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางคลินิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ -ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อโปรแกรมนี้เป็นไปในทางบวก -หลังจากการสำรวจมากกว่า 3 เดือน -ผู้ปกครองรู้สึกว่ามีความสามารถ ในการจัดการโรคหอบหืดของเด็กที่มากขึ้น และได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	-นำการจัดการพยาบาลรายกรณีโรคหอบหืดมาใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับบริการในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับสู่ชุมชนเพื่อลดอัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การไปตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการพัฒนาความสามารถในการจัดการโรคหอบหืดของผู้ปกครองในเรื่องการจัดการป้องกัน การสัมผัสปัจจัยกระตุ้น และการควบคุมอาการของโรคหอบหืด

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
11. Cope, S. F., Ungar, W. J., & Glazier, R. H. (2006)/ Socioeconomic Factors and Asthma Control in Children / Pediatric Pulmonology. / IV	เพื่อประเมินผลของปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมและการควบคุมโรคหอบหืดในเด็กโดยใช้แนวปฏิบัติการดูแลเด็กโรคหอบหืดแห่งแคนาดา	เด็กโรคหอบหืดอายุระหว่าง 1-18 ปี จำนวน 879 คน ซึ่งถูกคัดเลือกจาก - การแพทย์ระบบทางเดินหายใจ - การแพทย์ระบบภูมิแพ้ - แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว - คลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 แห่ง - แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล 2 แห่ง	-	- ปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดการเลวลงพบว่า 6% มี 1 ปัจจัย 7% มี 2 ปัจจัย 11% มี 3 ปัจจัย 13% มี 4 ปัจจัย และ 62% มี 5 ปัจจัยหรือมากกว่า - ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่มีโรคหอบหืดที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิใน 6 เดือนที่ผ่านมาคือ 2.5 และพบผู้ป่วยชายเฉลี่ย 1.4 ครั้ง - การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า 77% สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ส่วนมาก (70%) มีอาการในเวลากลางคืนน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ เด็กจำนวนน้อย (61%) มีอาการในเวลากลางวันน้อยกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์ - ตัวแปรควบคุมพบว่ามีความยากในการที่จะทำให้สำเร็จ คือการใช้ยา S2-agonist การขาดโรงเรียนและการจับหืด ที่มีความพึงพอใจในระดับ 57%/54% และ 38% ตามลำดับ - เป้าหมายของการควบคุมโรคหอบหืด พบว่า รายได้สูงมีผลกระทบทางบวกในระดับที่สูงในการควบคุมโรคหอบหืด ซึ่งสัมพันธ์กับรายได้ต่ำจะมีการควบคุมโรคหอบหืดน้อยลง - เด็กที่สัมผัสปัจจัยกระตุ้นมากหรือใช้ยาต้านการอักเสบในแต่ละวันจำนวนมากจะมีการควบคุมโรคไม่ดี	- นำความรู้เรื่องปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคมาใช้ในการสัมพัสป้องกันการสัมผัสปัจจัยกระตุ้น และการควบคุมอาการของโรคหอบหืดตั้งแต่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลจนกลับสู่ชุมชน

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
12. ประโยชน์ของกิจกรรม. (2546)./ ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้	เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้	ผู้ปกครองวัยเรียนโรคหอบหืดที่มีอายุ 7-12 ปีจำนวน 40 คน จัดกลุ่ม	- กลุ่มควบคุม ให้การพยาบาลตามปกติ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคหอบหืด ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pre-test) เมื่อสิ้นสุดการประเมินผล นัดหมาย โดยให้บัตรนัด และโทรศัพท์ติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 5	1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเด็กภายหลังได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว	- นำโปรแกรมมาใช้โดยดึงความร่วมมือ/การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
ส่งเสริมการเรียนรู้	ความรู้	ตัวอย่าง 20 คนแรกเข้า	- กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นรายบุคคล และโทรศัพท์ติดตามที่บ้าน	สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างไรก็ตามมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01	ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน
ส่งเสริมการเรียนรู้	ความรู้	กลุ่มตัวอย่าง 20 คน	4 ครั้งประเมินข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ	2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเด็กในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของ	รับบทบาทของการสมาชิกในการดูแลร่วมกัน
ส่งเสริมการเรียนรู้	ความรู้	กลุ่มตัวอย่าง 20 คน	- (Pre - test) เปรียบเทียบมารดาของกลุ่มทดลอง เพื่อรับรู้บทบาทของตนเองให้มีความรู้แก่เด็กและบิดา/มารดาในเรื่องโรคหอบหืด และวิธีการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านคู่มือ โทรศัพท์ติดตามในการลงบันทึก ให้บิดา/มารดากับเด็กมีส่วนร่วมในการใช้ทักษะ“ทำอะไรเมื่อเกิดอาการหอบ”ร่วมกับการใช้เด็กและบิดา/มารดาได้เห็นตัวแบบ และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 5	สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของ	- นำกิจกรรมการส่งเสริมให้เด็กลงบันทึกกิจวัตรประจำวันและให้บิดา/มารดาเด็กมีส่วนร่วมในการใช้ทักษะ ทำอย่างไรเมื่อเกิดอาการหอบ ร่วมกับให้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
13. กรุณา เครื่องดนตรี. (2551)/ ผล ของโปรแกรม การให้ความรู้ การให้ความรู้ ครอบครัวต่อ พฤติกรรมใน การดูแลผู้ป่วย เด็กโรคหอบ หืดวัย 1-6 ปี ของ ครอบครัว.III	เพื่อศึกษาผล ของ โปรแกรมการ ให้ความรู้ ครอบครัวต่อ พฤติกรรมใน การดูแล ผู้ป่วยเด็กโรค หอบหืดวัย 1- 6 ปีของ ครอบครัว	ครอบครัวผู้ป่วยเด็ก โรคหอบหืดวัย 1-6 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคหอบหืด จำนวน 20 ครอบครัว ที่มารับการรักษาที่ คลินิกพิเศษและ คลินิก โรงพยาบาล สังคม โดยสุ่มในช่วง เดือนธันวาคม 2550- กุมภาพันธ์ 2551 ในช่วงเวลา 16.00- 08.00 น.	- สัมภาษณ์และรวบรวมข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยทางกาย ประเมินอาการหอบหืดให้การรักษาพยาบาลรายงานแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษา - ให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์ - ประเมินระดับความรุนแรงหลังพ้นครั้งแรก ให้ ครอบครัวผู้ป่วยทำแบบประเมินพฤติกรรมในการ ดูแลผู้ป่วยและพบแพทย์ครั้งที่ 2 ขณะพบแพทย์ครั้งที่ 2 ได้ เปิดชีวิตที่ทันสมัยขณะพ้นอีกครั้ง ก่อนจำหน่ายจาก ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน - หลังดูวิดีโอที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยเสร็จ มีการสาธิตการ ใช้ยาพ่นสูดพร้อมให้ครอบครัวได้ลองฝึกปฏิบัติใน การใช้ยาพ่น พร้อมประเมินผลการใช้ยาพ่น - ภายหลังสาธิตการใช้ยาและฝึกปฏิบัติแล้วผู้ป่วยเด็ก จะได้พ่นยาเป็นครั้งที่ 3 ภายหลังพ้นยาแล้วมีการ พบทวนความรู้ครั้งที่ 3 พยาบาลซักถามข้อสงสัยพร้อมมอบ หนังสือคู่มือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบ หืดวัย 1-6 ปี และเป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังการให้โปรแกรม มีการประเมินผลพฤติกรรม ดูแลอีกใน 2 สัปดาห์	- กลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะ คล้ายคลึงกัน - ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบ หืดวัย 1-6 ปีของครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การให้ความรู้ ทั้งรายข้อและ รายด้าน - ระดับคะแนนของ ครอบครัวภายหลังการได้รับ โปรแกรมมีคะแนนอยู่ใน ระดับดี - ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลผู้ป่วยของครอบครัว สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)	- นำรูปแบบการให้ ความรู้โดยใช้สื่อ ทัศน/เอกสารคู่มือ ร่วมกับการฝึกทักษะ การพ่นยา มา ประกอบ การให้ ความรู้เรื่องโรคหอบ หืดเพื่อให้เกิดความ น่าสนใจในการรับรู้ ในเรื่องโรคหอบหืด และมีความมั่นใจใน การรักษาโดยใช้ยาพ่น มากขึ้น

ผู้วิจัย/ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	กลุ่มตัวอย่าง	Intervention	ผลการวิจัย	การสรุปเพื่อนำไปใช้
14. ทิพาพร ขอดัญชาติ/ไทย. (2551)/ ผล	เพื่อศึกษาผลของการประยุกต์ใช้แนวทางการดูแลสุขภาพเด็กวัย 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืดอย่างน้อย 1 เดือน	ครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือคือ - เป็นผู้ดูแลเด็กวัย 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืดอย่างน้อย 1 เดือน	- ให้ความรู้ครอบครัวเด็กในกลุ่มทดลอง โดยสอนด้วยภาพลูกให้ดูเป็นรายบุคคลใช้เวลา 20 นาที และเปิดโอกาสให้ครอบครัวเด็กซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆ - ในกลุ่มทดลอง นัดหมายวัน เวลาเยี่ยมบ้านและดำเนินการติดตามดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้าน ติดตามประเมินผลทุกครั้งของการเยี่ยมชมบ้าน รวม 3 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง โดยครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและประเมินข้อมูลเพิ่มเติมและแก้ไขปัญหาด้านที่ประเมินครั้งแรก และให้การดูแลรักษา ให้ความรู้ตามแนวทางGINA พร้อมทั้งแจกคู่มือ ครั้งที่ 2 ติดตามประเมินการดูแลเด็กครั้งแรกที่ประเมินปัญหาเพิ่มเติมครั้งที่ 3 ติดตามประเมินการดูแล ความพร้อมที่เหลื่ออยู่และไม่ได้ได้รับการแก้ไขบรรลุนิเทศประสงค์ จึงบอกสิ้นสุดการเยี่ยมชมบ้านและให้ชุด/ครอบครัวตอบแบบสอบถามชุดเดิม ในสัปดาห์ที่ 4-5 ประเมินผลโดยการสัมภาษณ์ครอบครัวกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมชุดเดิม	- ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะคล้ายคลึงกัน - ครอบครัวกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลของครอบครัว ภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) - ครอบครัวกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลของครอบครัว ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)	- นำรูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยการสอนด้วยภาพลูกมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น - นำรูปแบบการเยี่ยมชมบ้านมาใช้เพื่อประเมินติดตามภาวะสุขภาพ/ปัญหา การดูแลแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น

การสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

นำหลักฐานเชิงประจักษ์/งานวิจัย ที่ได้ตรงตามเกณฑ์ทั้ง 14 เรื่องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลได้วิธีการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน ซึ่งผู้ศึกษาได้บูรณาการความรู้ทั้งหมดไว้เป็นหมวดหมู่ โดยมีแนวทางการจัดรูปแบบโปรแกรม/กิจกรรม เพื่อการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดตามบทบาทของพยาบาล ดังนี้

1. การให้ความรู้ เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและป้องกันการจับหัด เมื่อกลับจากโรงพยาบาลสู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งสามารถให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มโดยการให้ความรู้จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้มีทักษะในการจัดการโรคด้วยตนเองเพิ่มขึ้น (Yang, B.H., et al., 2005 ; level III.; Homer, S. D., Fouladi, R. T., 2008; Butz, A. M., et al., 2005) อัตราการป่วยของเด็กลดลง รวมถึงจำนวนของการไปรักษาเมื่อมีอาการกำเริบลดลง (Brown, J.V., et al., 2002. level II.) มีผลทำให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดของครอบครัวที่ดีขึ้น (กรุณา เครือเนตร, 2551; ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551; level III.) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น (Yang, B.H., et al., 2005 ; level III.; Brown, J.V., et al., 2002; level II.)

การให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย ควรมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรคหอบหืด พยาธิสภาพ อาการ สาเหตุ สิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุ ของอาการโรคหอบหืดกำเริบ และภาวะแทรกซ้อน (Homer, S. D., Fouladi, R. T., 2008; level II ; Newcomb, P., 2006; level V.) การส่งเสริมให้ความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมอาการ โรคหอบหืด การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด (Yang, B.H., et al., 2005; level III; Brooten, D., et al., 2008; level III) การจัดการทักษะการใช้ยาพ่นและการวัดการหายใจออก การจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Homer, S. D., Fouladi, R. T., 2008; level II) การจัดการเรื่องโรคหอบหืดและปัจจัยกระตุ้นในบ้าน (Levy, M., et al .,2006 ; level II) การค้นหาอาการในเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด โดยสอนเกี่ยวกับการระบุนาอาการของโรคหอบหืดได้ถูกต้องตั้งแต่อาการเริ่มแรก จนถึงระยะสุดท้ายของโรค (Butz, A. M., et al., 2005; level II) การประเมินโครงสร้างสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน แหล่งสนับสนุนในการลดการสัมผัส การช่วยเหลือการจัดแมลงสาบและหนู และการดูแลรักษาปรับปรุงบ้านให้ดีขึ้น (Krieger, J.W., et al. 2005; level II) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่จะให้ความรู้คือผู้ป่วย บิดา มารดา ผู้ปกครอง รวมถึงสมาชิกในครอบครัว โดยให้ความรู้ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แพทย์ปฏิบัติ ฉุกเฉิน จนถึงในชุมชน ทั้งนี้การให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม พยาบาลจะต้องใช้วิธีการและสื่อการสอนให้เหมาะสมดังนี้คือ

การให้ความรู้สำหรับเด็กที่ป่วย ควรมีความรู้ในเรื่องโรคหอบหืด การป้องกัน การใช้ยารักษาควบคุมอาการ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ซึ่งในการให้ความรู้ควรให้

เด็กอ่านคู่มือที่ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเหมาะสมกับเด็ก มีการใช้ตัวการ์ตูนเป็นสื่อเพื่อให้สามารถเข้าใจ และดึงดูดความสนใจของเด็ก (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008; level III) รวมทั้งมีการ กระตุ้นให้เด็กถามคำถามพร้อมกับการให้การบ้านด้วยตนเอง (Yang, B.H., et al., 2005; level III)

การให้ความรู้สำหรับบิดา มารดา ผู้ปกครองและครอบครัว ควรให้ความรู้โดยการดู วิดีทัศน์พร้อมด้วยภาพพลิกเกี่ยวกับโรคหอบหืด การสาธิตการใช้ยาพ่นสูดพร้อมให้ลองฝึกปฏิบัติ ในการใช้ยาพ่นเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น(กรรณา เกรือเนตร.,2551; level III) รวมถึงการ สอน เปรียบเทียบการหายใจปกติของเด็กและรูปแบบการหายใจเมื่อมีอาการของโรคหอบหืด การนับ อัตราการหายใจของเด็ก และการใช้ PFM ในเด็กที่มีอายุมากกว่า 5 ปี (Butz, A. M., et al., 2005; level II)

2. การจัดกิจกรรมการให้ความรู้และปรับพฤติกรรม ซึ่งเป็นการทำชุดกิจกรรมในการ ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการดูแลตนเอง ทั้งในแผนกผู้ป่วย นอก/แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินจนถึงในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านและการบำบัดทางด้านจิตใจ ตาม บทบาทของพยาบาลดังนี้

2.1 กิจกรรมการให้ความรู้โรคหอบหืดแก่ผู้ป่วย / ครอบครัวที่ แผนกผู้ป่วยนอก / แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เป็นการส่งเสริมให้ความรู้ ทักษะในการ จัดการโรคหอบหืดด้วยตนเองแก่ผู้ป่วย / ครอบครัวโดยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมี ส่วนร่วมของครอบครัว โดยให้ความรู้แก่เด็กและบิดา/มารดาในเรื่องโรคหอบหืด และวิธีการ ปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด และให้เด็กวัดสมรรถภาพการทำงานของ ปอดร่วมกับการให้เด็กและบิดา/มารดาได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านคู่มือ(ปริเยศดา ภัทรสังขธรรม, 2546; level III) โดยให้เด็กอ่านคู่มือที่ง่าย ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับเด็ก กระตุ้นให้เด็กถามคำถามพร้อม กับให้การบ้านด้วยตนเอง ซึ่งใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้ การส่งเสริมทักษะในการจัดการ โรคหอบ หืดด้วยตนเองแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ครั้งละประมาณ 40-50 นาที(Yang, B.H., et al. 2005; level III) นอกจากนี้การให้ความรู้ควรแบ่งการให้ความรู้เป็นขั้นตอนหรือให้เป็นส่วนๆที่เกี่ยวกับการวางแผน จัดการตนเองในเด็กที่อยู่ที่บ้าน/ในชุมชน(Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008; level II) ตั้งแต่การ ให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหอบหืด อาการ และการจัดการทักษะการใช้ยาพ่นและการ จัดการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแต่ละส่วนมากยิ่งขึ้น และกระตุ้นให้เกิดการ แข่งขันการวางแผนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวเพื่อเป็นการ เพิ่มความเข้าใจ ภายหลังได้รับความรู้ (Brooten, D., et al., 2008. ; level III) ซึ่งการให้ความรู้ควรให้ ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและมีการติดตามประเมินผลทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน โดยมีรูปแบบ วิธีการ สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้ความรู้ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

2.1.1 รูปแบบในการให้ความรู้ ควรเป็นรูปแบบที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม มีการสนับสนุน ให้กำลังใจ โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้บทบาทของตนเอง(ปริเยศดา ภัทรสังฆธรรม., 2546; level III) ซึ่งในระหว่างการให้ความรู้ ในระหว่างการผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลควรเปิดโอกาสให้มีการซักถามปัญหา ข้อสงสัยต่างๆและมีการประเมินย้อนกลับโดยการซักถามถึงความรู้ ความเข้าใจและแนวปฏิบัติ ร่วมกับการสังเกตการณ์ปฏิบัติ (ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551; level III) รวมถึงกระตุ้นให้ค้นหาความต้องการและสิ่งที่กังวล การใช้จุดแข็งที่มีและความสามารถในการค้นหาความต้องการ การค้นหาและการใช้แหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคม การทำงานร่วมกันเป็นทีมกับผู้ชำนาญ ซึ่งจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มและการตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่ม การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความเชี่ยวชาญและเกิดทักษะในการพัฒนาการแก้ปัญหาในกลุ่ม (McCarthy, M.J., et al., 2002; level III)เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง

2.1.2 การใช้สื่อวีดิทัศน์ เป็นตัวนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด (ปริเยศดาภัทรสังฆธรรม, 2546; level III ;กรุณา เครือเนตร, 2551; level II) รวมถึงการใช้ตัวการ์ตูนเป็นสื่อในการดำเนินเรื่องในการให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหอบหืด อาการและการจัดการทักษะการใช้ยาพ่น และการวัดการหายใจออก (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008; level II)

2.1.3 เอกสารคู่มือการให้ความรู้ และการฝึกทักษะในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด เพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้และให้ผู้ป่วยและครอบครัวนำกลับไปทบทวนต่อเนื่องที่บ้าน (Yang, B.H., et al. 2005; level III; กรุณา เครือเนตร, 2551; level II; ปริเยศดา ภัทรสังฆธรรม, 2546; level III)และเป็นแนวทางในการพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบแต่ละรายตามแผนที่กำหนดร่วมกัน โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม (ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551; level III)

2.2 การเยี่ยมบ้าน เป็นการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งทำให้เห็นสภาพสิ่งแวดล้อมของครอบครัว สามารถเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ให้เหมาะสมกับครอบครัวของผู้ป่วย โดยการเยี่ยมบ้านจะให้การพยาบาลร่วมกับการให้คำแนะนำ ส่งเสริมให้มีความรู้ ทักษะในการจัดการโรคด้วยตนเอง เกี่ยวกับโรคหอบหืด การป้องกัน การใช้ยารักษาควบคุมอาการ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง (Yang, B.H., et al., 2005; level II) อีกทั้งมีการพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในการบริหารจัดการโรคหอบหืด ซึ่งจะมีจุดประสงค์เฉพาะคือผู้เยี่ยมบ้านจะกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนการสอนให้มีความตรงกับความต้องการของครอบครัว พัฒนาการสอนให้เหมาะสมกับเด็กและผู้ดูแลที่อยู่ในบ้านขณะได้รับการเยี่ยมบ้าน (Brown, J.V., et al., 2002; level II) นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการ

ติดตามดูแลสุขภาพต่อบ้านตามแนวทางการดูแลโรคหอบหืดตาม GINA Pediatric Guideline 2004 ติดตามประเมินผลทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน (ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551; level III) ซึ่งในการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง จะมีกิจกรรมต่างๆร่วมด้วย ทั้งการให้ความรู้ การโทรศัพท์ติดตาม การฝึกทักษะ การจัดการดูแลตนเอง และการบำบัดทางด้านจิตใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การเยี่ยมบ้านร่วมกับการให้ความรู้ วิธีการให้ความรู้โรคหอบหืดเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้รู้เข้าใจถึงพื้นฐานของโรคหอบหืดทั้งในเรื่องพยาธิสภาพ สาเหตุ ปัจจัยกระตุ้น อาการ การจัดการโรคหอบหืด รวมถึงช่วยให้เข้าใจการป้องกันการแลกเปลี่ยน และการช่วยเหลือเมื่อมีอาการหอบหืดเฉียบพลัน (Butz, A. M., et al., 2005 ; level II) อีกทั้งกระบวนการให้ความรู้ยังมีความหลากหลาย ทั้งการให้ความรู้เป็นรายบุคคล เป็นรายกลุ่ม โดยระยะเวลาที่ใช้ในการให้ความรู้ จะให้ในระหว่างเยี่ยมบ้าน 6 ครั้ง และมีการติดตามประเมินผลทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน ซึ่งแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 1 - 2 ชั่วโมง (ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551; level III) แต่การให้ความรู้อย่างเดียวอาจจะไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นจึงต้องใช้กระบวนการอย่างอื่นเพิ่ม ซึ่งการเยี่ยมบ้านถือเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมในการประเมินติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน มีการประเมินสภาพร่างกาย การรวบรวมประวัติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม รวมถึงสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นโรคหอบหืดและการควบคุม (Newcomb, P., 2006; level V) รวมทั้งประเมินความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติตัวที่บ้าน การจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหืดด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีการวางแผนการรักษา การทบทวนและปรับเปลี่ยนในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านด้วย

2.2.2 การเยี่ยมบ้านร่วมกับการโทรศัพท์ติดตาม ซึ่งการเยี่ยมบ้านมีการปฏิบัติกันอยู่แล้วในสถานบริการ จึงไม่เป็นการเพิ่มภาระให้กับเจ้าหน้าที่แต่อย่างใดและเป็นการประเมินติดตามดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านในด้านต่างๆ รวมถึงการค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการรักษา และมีการปรับเปลี่ยนในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านตามสภาพของปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว แต่การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้บุคลากรที่ต้องลงเยี่ยมตามบ้าน ซึ่งจะพบปัญหาในเรื่องการขาดแคลนบุคลากร ทำให้ไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้ในผู้ป่วยทุกคน หรือเยี่ยมบ้านได้บ่อยครั้ง ดังนั้นจึงใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินติดตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น (ปรียะดา ภัทรสังจธรรม, 2546; level III; McCarty, M. J., et al., 2002 ; level III ; Newcomb, P., 2006; level V)

2.2.3 การเชื่อมบ้านร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการดูแลตนเอง การฝึกทักษะการจัดการดูแลตนเองเป็นอีกกิจกรรมที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง หลังจากได้รับความรู้โรคหอบหืดในด้านต่างๆแล้ว เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติแก้ไข เช่น การฝึกทักษะการหายใจผ่าน การวัดการหายใจออก การหายใจควบคุมอาการ รวมถึงการจัดการปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง ซึ่งจะก่อให้เกิดทักษะต่างๆตามมา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลจัดการโรคหอบหืดด้วยตนเอง ส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคหอบหืดเพิ่มขึ้น ไปปรึกษาตัวอย่างฉุกเฉินหรือไปรับการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินลดลง ผู้ป่วยเด็กขาดโรงเรียนน้อยลง(Levy M., et al., 2006 ; level II) นอกจากการฝึกทักษะการจัดการดูแลตนเองแล้ว ควรมีการประเมินผลของการปฏิบัติตัว/ทักษะการจัดการดูแลตนเองในด้านต่าง รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ จึงควรมีการติดตามเชื่อมบ้านเป็นระยะ

2.3 การบำบัดทางด้านจิตใจ จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยนำมาใช้ร่วมกับการให้ความรู้ การดูแลตนเองของผู้ป่วย/ครอบครัว ซึ่งวิธีการบำบัดทางด้านจิตใจมีหลายประการ ได้แก่ การช่วยให้ผ่อนคลายโดยการใช้อาบน้ำอุ่น (Bio-feedback) และการใช้โปรแกรมผ่อนคลาย (Program relaxation) การสะท้อนคิด และการให้คำปรึกษา (Yorke, J., et al, 2005 ; level I.) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็ก/ครอบครัวเกิดการปรับเปลี่ยนด้านจิตใจ มีการสร้างแรงจูงใจ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมุ่งมั่นอดทน มีความพยายามในการจัดการป้องกันการจับหืดอย่างต่อเนื่อง จนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3. กลวิธีในการดำเนินการป้องกันการจับหืดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน โดยการจะดำเนินกิจกรรมให้สำเร็จ มีประสิทธิภาพ นอกจากบุคลากรทางสุขภาพแล้ว ยังต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งถือปัจจัยสำคัญที่จะแรงผลักดันให้การดำเนินไปได้ด้วยดี และเกิดความยั่งยืนต่อไปชุมชน นอกจากนี้ยังมีการจัดการโรคหอบหืดรายกรณี และการเสริมสร้างพลังอำนาจยังเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงขับเคลื่อนภายในบุคคลให้มีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการดำเนินกิจกรรม ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกลวิธีที่ทำให้เกิดการมีดูแลร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว หรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบร่วมกัน มีการกระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง รวมถึงมีกระบวนการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ในการดูแลช่วยเหลือครอบครัว โดยการสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด จะทำให้ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล จัดการโรคหอบหืดในด้านต่างๆเช่น การป้องกัน การดูแลปฏิบัติตัว ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (ปรียะดา ภัทรสัจธรรม, 2546; level III)

3.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน (เครือข่าย) โดยดึงความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับการฝึกสอน เกี่ยวกับความเสี่ยงโรคหอบหืด ปัจจัยกระตุ้นในบ้าน และการป้องกัน จนกระทั่งมีทักษะในการสื่อสารเพื่อนำความรู้ไปสอนและช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชน รวมถึงกระตุ้นให้เกิดเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในบ้านและการปฏิบัติตัวของเด็กในการป้องกันโรคหอบหืด (Brooten, D., et al., 2008 ; level III) ซึ่งมีเจ้าหน้าที่หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ (PCU) ที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลและประสานงานในเบื้องต้น และทีมพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบการดำเนินงานเป็นผู้เฝ้าติดตาม สืบสวนสื่อวิชาการ รวมถึงให้การช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

3.3 การใช้กลวิธีเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการแลกเปลี่ยนและการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืด ซึ่งจะได้รับกระตุ้นในเรื่อง การค้นหาความต้องการและสิ่งที่กังวล การใช้จุดแข็งที่มีและความสามารถในการค้นหาความต้องการ การค้นหาและการใช้แหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคม (McCarthy, M.J., et al., 2002; level III) ซึ่งจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนภายในตัวบุคคล/ครอบครัว รวมถึงมีการตอบสนองต่อความต้องการต่างๆของตนเอง ซึ่งจะเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความเชี่ยวชาญและเกิดทักษะในการพัฒนาการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

3.4 การจัดการโรคหอบหืดรายกรณี Case Management (CM) เป็นการจัดการที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outcome Management) โดยความร่วมมือของบุคลากรในทีมแบบสหสาขา (Collaborative Team) ร่วมกับการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) ซึ่งมี Critical pathway เป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการจากการให้การดูแล และมีผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) เช่น พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นต้น เป็นผู้ติดต่อประสานงานในการดูแล สื่อสารปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องซึ่งถือเป็นบทบาทของพยาบาลการนำการจัดการรายกรณี มาใช้ในชุมชนเพื่อช่วยในเรื่องการจัดการหรือให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอย่างเฉพาะเจาะจง เป็นรายบุคคล (Levy M., et al., 2006 ; level II) โดยจะมีพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้จัดการรายกรณี 1 คนซึ่งจะเป็นผู้ติดต่อกับครอบครัว โดยการเยี่ยมร่วมกัน 4-8 ครั้ง (Krieger, J.W., et al., 2005; level II) ซึ่งจะใช้เวลาในการเยี่ยมครั้งละประมาณ 30 - 50 นาที (Krieger, J.W., et al., 2005; level II ; Newcomb, P., 2006; level V; Yang, B.H., et al. 2005; level III) ห่างกัน 1 เดือน และต่อมา 3 เดือน/ ครั้ง การเยี่ยมอื่นๆจะมีแผนตามความจำเป็นและโทรศัพท์ติดต่อที่มีการพยาบาลในระหว่างการเยี่ยม ซึ่งการเยี่ยมในครั้งแรก จะการรวบรวมประวัติโรคหอบหืด ประวัติภูมิแพ้ การปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการประเมินสภาพร่างกายและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและ

ครอบครัวในเรื่องพยาธิสภาพ อาการ การจัดการ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรค ผลการรักษาและเทคนิคการใช้ยาพ่น ซึ่งในแต่ละครอบครัวจะได้รับการเขียนแผนการรักษาในตอนท้ายของการเยี่ยม ในเรื่องการรักษาด้วยยาและการพยาบาลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการเยี่ยมชมครั้งต่อมามะเน้นประวัติในเรื่องการประเมินสภาพร่างกายและการกระตุ้นให้ความรู้ รวมถึงผลกระทบที่มีต่อเด็ก เช่น ผู้ดูแล ปัญหาครอบครัว (Newcomb, P., 2006; level V)

4. การดำเนินการจัดโปรแกรม / กิจกรรม ในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด เนื่องจากการดำเนินโปรแกรม/กิจกรรม ต้องทำงานเป็นทีมทั้งจากผู้บริหาร ทีมสุขภาพทั้งในโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว รวมถึงชุมชน จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ รวมถึงการวัดผลลัพธ์ของโปรแกรม/กิจกรรมที่ได้ดำเนินการไป ดังรายละเอียดดังนี้

4.1 การเตรียมความพร้อมด้านผู้ให้บริการ ซึ่งมีหลายระดับตั้งแต่ผู้บริหารจนกระทั่งบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้บริการ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการในแนวทางเดียวกัน รวมถึงการจัดเตรียมสื่ออุปกรณ์ การประชาสัมพันธ์ ดังนี้

4.1.1 ผู้บริหาร โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมจัดทำโปรแกรม/กิจกรรมและเสนอภายในกลุ่มงาน โดยนำเสนอหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุมัติงบประมาณและจัดสรรบุคลากรร่วมดำเนินการตามโปรแกรม/กิจกรรมที่วางแผนไว้

4.1.2 บุคลากร พยาบาลผู้รับผิดชอบดำเนินกิจกรรม/โปรแกรมการให้ความรู้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้กิจกรรม/โปรแกรม เพื่อให้มีความมั่นใจและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีจุดประสงค์ที่เฉพาะในแต่ละส่วน และมีผู้คอยกำกับดูแล (Brown, J.V., et al, 2002; level II) รวมทั้งพยาบาลที่ให้ความรู้จะต้องใช้แนวทางที่จัดเตรียมไว้ให้เป็นแนวทางเดียวกัน (McCarthy, M.J., et al, 2002; level III) ซึ่งก่อนจะดำเนินกิจกรรม พยาบาลผู้รับผิดชอบ ควรเข้าพบพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนต่างๆ พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (กรุณา เครือเอนตร, 2551; level II)

4.1.3 สื่อการสอน โดยการจัดทำสื่อวีดิทัศน์เป็นตัวนำเสนอด้วยแบบสัญลักษณ์ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดและเอกสารคู่มือการให้ความรู้และการฝึกทักษะในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด (กรุณา เครือเอนตร, 2551; level II) ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย พยาธิสภาพ อาการ สาเหตุ สิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของอาการ โรคหอบหืดกำเริบ และภาวะแทรกซ้อน (Newcomb, P., 2006; level V) การประเมินสภาพ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (Krieger, J.W., et al, 2005; level II; Homer, S. D., Fouladi, R. T., 2008; level II) ความเสี่ยงโรคหอบหืดปัจจัยกระตุ้นในบ้าน และการป้องกันและวิธีการควบคุมปัจจัยกระตุ้น (Brooten, D., et al, 2008; level III) การใช้ยาพ่นและการวัดการหายใจออก (Homer, S. D., Fouladi, R. T., 2008; level II)

4.1.3 การประชาสัมพันธ์ / การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้ป่วย/ครอบครัว โดยพยาบาลแนะนำตัวรายละเอียดต่างๆ (ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551; level III) แจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของการให้การพยาบาล/ การเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง (Newcomb, P., 2006; level V) แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว เพื่อให้มีการรับรู้บทบาท ของตนเองในกิจกรรมที่จัดให้

4.2 การเตรียมความพร้อมด้านผู้ให้บริการ การจัดโปรแกรม/กิจกรรม ต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมและความพร้อมของกลุ่มผู้ให้บริการ ทั้งทางด้านอายุ ภาวะสุขภาพ และการมีผู้ดูแล โดยควรมีการกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ให้บริการที่จะคัดเลือกเข้าร่วมหรือออกจากกิจกรรมดังนี้

4.2.1 การคัดเลือกผู้ให้บริการเข้าร่วมกิจกรรมได้แก่

- 1) อายุ เป็นเด็กวัยเรียนที่มีอายุระหว่าง 6-12 ปี ที่ป่วยโรคหอบหืดระยะปานกลางถึงระยะรุนแรง (Butz, A. M., et al., 2005; level II ; McCarthy, M.J., et al., 2002; level III)
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดจากแพทย์ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้้อตราป่วยเพิ่มขึ้น ได้รับยารักษาโรคหอบหืดทุกวัน โดยใช้ยาพ่นอย่างน้อย 1 ตัว ในการรักษา (Butz, A. M., et al., 2005; level II; Brown, J.V., et al., 2002; level II)
- 3) เป็นผู้ป่วยเด็กได้เข้ารับการดูแลรักษาโรคหอบหืดในปีที่ผ่านมา และมีประสบการณ์การป้องกันใน 12 เดือนที่ผ่านมา (Homer, S. D., Fouladi, R. T., 2008; level II)
- 4) ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล/ครอบครัวมีการรับรู้ที่ดี ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี และมีความยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม

4.2.2 การคัดเลือกผู้ให้บริการออกจากการเข้าร่วมกิจกรรมได้แก่

- 1) ซึ่งผู้ป่วยต้องไม่มีโรคร่วมหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ หรือโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมที่เป็นข้อจำกัด เช่น โรคหัวใจ น้ำท่วมปอด เด็กมีอาการจับหืดรุนแรง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (Krieger, J.W., et al. 2005; level II; McCarthy, M.J., et al., 2002; level III)
- 2) ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้้อตราป่วยเพิ่มขึ้น (Butz, A. M., et al., 2005. level II; Brown, J.V., et al., 2002; level II)

4.2.3 การประเมินสภาพร่างกายของผู้ป่วย ควรดำเนินการตามข้อเสนอแนะของแพทย์ และ/หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยดังนี้ คือ ชักประวัติตรวจร่างกายประเมินอาการหอบหืดของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด (กรุณา เครือเนตร, 2551; level II) ซึ่งการตรวจร่างกายของผู้ป่วย ควรดำเนินการโดยแพทย์ผู้กระทำการรักษาเพื่อตัดสินใจอนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม/โปรแกรม ซึ่งผู้ป่วยต้องไม่มีโรคร่วมหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ หรือโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมที่เป็นข้อจำกัด เช่น โรคหัวใจ น้ำท่วมปอด เด็กมีอาการจับหืดรุนแรงต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (Krieger, J.W., et al. 2005; level II; McCarthy, M.J., et al., 2002; level III)

4.3 การวัดผลลัพธ์ ผลลัพธ์ของโปรแกรม/กิจกรรมเป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องกำหนดไว้ตั้งแต่เริ่มวางแผนและดำเนินการติดตามประเมินผลลัพธ์ตามแผนที่กำหนดไว้ โดยผลลัพธ์ของโปรแกรม/กิจกรรมขึ้นอยู่กับลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินการ ซึ่งผลลัพธ์ในการจัดการป้องกันการจับหัดที่บ้านสามารถวัดได้ตามโปรแกรม/กิจกรรมที่ดำเนินการดังนี้

4.3.1 ผู้ป่วยและผู้ปกครอง/ผู้ดูแลเด็กโรคหอบหืด มีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดเพิ่มขึ้น ในการควบคุมโรค ความสามารถในการตัดสินใจและการให้การดูแลของกลุ่มผู้ป่วยโรคหอบหืด (McCarthy, M.J., et al., 2002; level III; Homer, S. D., Fouladi, R. T., 2008; level II; Brooten, D., et al., 2008; level III; กรุณา เครือเนตร, 2551; level II)

4.3.2 มีทักษะการจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหืด (Asthma Management Practices) ในเรื่อง การส่งเสริมการใช้ยาที่ถูกต้อง การใช้ยาโรคหอบหืดเมื่อมีอาการคิดเชื่อในระบบทางเดินหายใจ การค้นหาอาการเตือนของโรคหอบหืด และทักษะการป้องกันโรค จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ปัญหาที่เกิดขึ้น (Butz, A. M., et al., 2005; level II; Brown, J.V., et al., 2002; level II)

4.3.3 เพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด (Yang, B.H., et al., 2005; level III)

4.3.4 ลดอุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล และลดการมาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (Levy M., et al., 2006; level II; Krieger, J.W., et al., 2005; level II ; Newcomb, P., 2006; level V)

4.3.5 ลดอุบัติการณ์การขาดโรงเรียนของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด (Levy M., et al., 2006 ; level II; Krieger, J.W., et al., 2005; level II)

4.3.6 บุคลากรทีมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการฝึกสอนเกี่ยวกับโรคและการจัดการ ให้ความรู้โรคหอบหืด (Homer, S. D., Fouladi, R. T., 2008; level II)

กล่าวโดยสรุปการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้านจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะมีหลายวิธีการทั้งการให้ความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ การดูแลโดยการจัดการรายกรณี (Case Management) ซึ่งยังการดูแลยังมีน้อย เนื่องจากข้อจำกัด/อุปสรรคต่างๆ รวมถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนภายในบุคคล/ครอบครัว สามารถตอบสนองต่ออุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น และสิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้คือการดึงความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการที่จะผลักดันให้การดำเนินการไปได้ด้วยดี ในส่วนของการเยี่ยมบ้าน /ครอบครัวเมื่อกลับสู่ชุมชน ควรมีการคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งการเยี่ยมบ้านร่วมกับการให้ความรู้ รวมถึงการโทรศัพท์ติดตามในกรณีที่ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้

นอกจากนี้การจะทำให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการจับหัดที่บ้าน ควรเน้นกิจกรรมการให้ค้นหาปัญหาความต้องการ แหล่งสนับสนุนทางสังคมด้วยตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการดูแลตนเอง เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย/ครอบครัวต่อไป

3.4 ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

จากการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ /งานวิจัย ที่ได้ตรงตามเกณฑ์ทั้ง 14 เรื่องมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูล ทำให้ได้วิธีการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน ซึ่งผู้ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่างๆดังนี้

1. การดำเนินการในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด สามารถลดการกลับมาตรวจซ้ำ การกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ โดยสถานที่ในการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว อาจเป็นที่แผนกผู้ป่วยนอก (Yang,B.H.,et al., 2005;ปริเยศภัทรสังขธรรม,2546) หรือที่บ้าน/ชุมชนก็ได้ (Krieger, J.W., et al., 2005; Brown, J.V., et al., 2002; Brooten, D., et al., 2008) ดังนั้นหากมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกันให้ครบวงจรตั้งแตอยู่ในโรงพยาบาลทั้งในคลินิกโรคหอบหืด แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน จนกระทั่งออกจากโรงพยาบาลกลับบ้าน/ชุมชน โดยต้องคำนึงถึงความเหมาะสมในบริบทของหน่วยงานแต่ละพื้นที่ ทั้งในด้านสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ รวมถึงผู้ใช้บริการและข้อจำกัด/อุปสรรคต่างๆที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้การป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กที่บ้านมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. การให้ความรู้ ควรมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการให้ความรู้ที่ชัดเจน ทั้งกลุ่มเด็กเล็ก เด็กโต เนื่องจากการให้ความรู้ในกลุ่มเด็กเล็กจะเน้นการให้ความรู้ต่างๆแก่มารดาผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก ส่วนในกลุ่มเด็กโตสามารถให้ความรู้กับเด็กได้โดยตรง ซึ่งการให้ความรู้ควรแบ่งให้ความรู้เป็นขั้นตอน/ส่วนๆตามความเหมาะสม(Homer, S. D., Fouladi, R. T., 2008) โดยใช้สื่อประกอบการสอน ด้วยภาพพลิก การใช้สื่อวีดิทัศน์ ใช้ระยะเวลาครั้งละ 20-30 นาที (ปริเยศภัทรสังขธรรม,2546; กรุณา เครือเนตร, 2551) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจ และมีความสนใจอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรมีการประเมินผลติดตามเมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ในแต่ละส่วน สรุปผลการให้ความรู้ในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซักถามปัญหาต่างๆ(ทิพาพร ยอดญาติไทย,2551)

3. การจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการจับหัดที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินติดตามผล สภาพปัญหา ความต้องการร่วมกับครอบครัว ในการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัว ร่วมกับการส่งเสริมทักษะในการจัดการโรคด้วยตนเอง(Brown, J.V., et al., 2002; Yang,B.H.,et al., 2005) รวมถึงมีการวางแผนการรักษา การทบทวนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวค้นหาปัญหาด้านตนเองและหาแนวทางการแก้ไขร่วมกัน(McCarthy, M.J., et al., 2002) ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านควรเลือกในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีการจับหัดบ่อยครั้ง ต้องมารักษาตัวที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

4. การบำบัดทางจิตใจ ควรมีการประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างต่อเนื่องและให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา รวมถึงการคัดเลือกร่วมเป้าหมายที่มีปัญหาทางจิตใจ มีความเครียดวิตกกังวล โดยมีการประสานการทำงานเป็นแบบสหวิชาชีพ จากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ที่มีความรู้ความชำนาญในการบำบัดทางจิต ในการช่วยให้ผู้ป่วยเด็ก/ครอบครัว ให้เกิดการปรับเปลี่ยนทางจิตใจ มีแรงจูงใจ รวมถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมุ่งมั่นอดทน ในการจัดการป้องกันการจับไข้อย่างต่อเนื่อง (Yorke, J., et al, 2005.) และควรส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ฝึกอบรมในการบำบัดทางจิต เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถและความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

5. การให้การจัดการดูแลรายกรณีโรคหอบหืด (Case management) ในผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เป็นการทำงานประสานร่วมมือกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการ ซึ่งการจัดการรายกรณีในเบื้องต้น จึงควรมีการคัดเลือกร่วมเป้าหมายที่มีปัญหาซับซ้อน ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี หรือมีการจับไข้บ่อยครั้ง แล้วจึงขยายการดำเนินการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งการให้การจัดการดูแลรายกรณีโรคหอบหืด (Case management) ในผู้ป่วยเด็กจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เพิ่มขึ้น ลดอุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล และลดการมาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุ และลดอุบัติการณ์การขาดโรงเรียนของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด (Levy M., et al., 2006. ; Krieger, J.W., et al., 2005.)

6. ควรมีการดึงความร่วมมือของชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกัน โดยมีแผนการจัดฝึกอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจ ฝึกทักษะในการดูแล จัดการเบื้องต้น แก่ อสม.ในชุมชนจนกระทั่งมีทักษะในการสื่อสารเพื่อนำความรู้ ไปสอนและช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชน รวมถึงกระตุ้นให้เกิดเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในบ้านและการปฏิบัติตัวของเด็กในการป้องกันโรคหอบหืด (Brooten, D., et al., 2008) อย่างน้อยชุมชนละ 2-3 คน ทุกๆ 4-6 เดือน เพื่อให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน อีกทั้งยังเป็นการสร้างแกนนำ เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดในชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่พยาบาลที่รับผิดชอบชุมชน เป็นผู้ประสานงาน และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆที่เหมาะสม

7. ควรมีการพัฒนาสื่อการสอนให้มีความหลากหลาย น่าสนใจ ทั้งแผ่นซีดี วีซีดี ประกอบการสอน สื่อการสอนสำหรับผู้ป่วยเด็กควรใช้ตัวการ์ตูนเป็นตัวแทนเรื่องราวต่างเกี่ยวกับโรคหอบหืดตั้งแต่พยาธิสภาพ สาเหตุปัจจัยกระตุ้น อาการ และการจัดการ (Homer, S. D., Fouladi, R.T., 2008.) รวมทั้งการจัดทำคู่มือเอกสารที่ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเหมาะสมกับอายุของเด็ก (Yang, B.H., et al. 2005.) มีภาพประกอบที่มีสีสันสวยงาม ดึงดูดความสนใจของเด็ก (กรุณา เครือเนตร. 2551.) นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้เด็กมีส่วนร่วมในการจัดทำสื่ออย่างง่าย และสามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้หลากหลายทั้งในหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 4

สรุปการศึกษาและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

โรคหอบหืด (Asthma) เป็นโรคภูมิแพ้ที่มีสาเหตุจากการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลอดลม(มุกดา หวังวิรวงศ์, 2549) คือ มีการเกร็งและหดตัวของหลอดลม การบวมของเยื่อหลอดลม การเพิ่มสารคัดหลั่งภายในหลอดลม และมีการหนาตัวของชั้น basement membrane (มุกดา หวังวิรวงศ์, 2549 ;ไพศาล เลิศฤดีพร, 2550) ทำให้เกิดอาการผิดปกติต่างๆ เช่น อาการไอมีเสมหะ หายใจไม่สะดวก แน่นอ หอบ หายใจมีเสียงวี๊ด (ภาสกร ศรีทิพย์สุน, 2545) ซึ่งในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี จะมีอาการหอบหืดบ่อยๆ เกิดภาวะแทรกซ้อน จนเสียชีวิตในที่สุด (มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย, ชมรมผู้ป่วยโรคหืด, 2551) เมื่อเด็กมีอาการจับหืด มักจะเกิดอาการไอ หายใจลำบากได้ง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กและญาติเกิดความกลัว ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เนื่องจากกลัวอาการหายใจลำบาก ซึ่งอาจจะหยุดหายใจ เสียชีวิตได้ อีกทั้งญาติและครอบครัวไม่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการได้ จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยและญาติต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำๆ บ่อยครั้ง ก่อให้เกิด ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศด้วย ซึ่งการจัดการในผู้ป่วยโรคหอบหืดมีเป้าหมาย ให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ป้องกันการหอบอย่างเฉียบพลัน สมรรถภาพการทำงานของปอดของผู้ป่วยปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข ป้องกันการจับหืด และป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหอบหืด (กัลย์ กาลวันตานิช, 2546) การรักษาโรคหอบหืดมีหลากหลายรูปแบบ การรักษาด้วยยา เป็นการปฏิบัติโดยแพทย์ในโรงพยาบาลและเป็นการรักษาที่ปลายเหตุเมื่อมีอาการกำเริบของโรค แต่การดูแลรักษาที่ต้นเหตุเพื่อเป็นการป้องกันควบคุมไม่ให้มีอาการกำเริบของโรค โดยการให้ความรู้ ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่อิสระของพยาบาลเวชปฏิบัติ ในการให้ความรู้และแนวทางในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลโรคหอบหืดที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยลดอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยมีกิจกรรมที่เป็นองค์ประกอบที่สำคัญได้แก่ การให้ความรู้ การจัดการโรคหอบหืดรายกรณี Case Management (CM) และการบำบัดทางจิตใจ

โดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) การติดตามเยี่ยมบ้านและการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์

ดังนั้นจึงต้องมีการศึกษาการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้าน จากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้วิธีการที่เหมาะสมมาใช้ในการปฏิบัติที่จะช่วยให้ในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และพยาบาลเยี่ยมบ้าน สามารถดำเนินการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน อันจะก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยครอบครัว และหน่วยงานอีกทั้งผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจต่อการที่ได้รับการบริการ

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. ควรทำองค์ความรู้การป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้านไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้าน เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ชัดเจนในการดำเนินงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพยาบาลเยี่ยมบ้าน
2. หลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้านแล้ว ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปบูรณาการกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ทำอยู่ในปัจจุบัน และควรทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้าน โดยมีการระบุวัตถุประสงค์ และกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน
3. ควรมีการเขียนโครงการพัฒนาคุณภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เรื่อง พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้าน เสนอบังคับบัญชาตามลำดับเพื่อเพื่ออนุมัติโครงการ มีการทดลองใช้แนวทางการปฏิบัติก่อนนำไปปฏิบัติจริงในหน่วยงาน/ชุมชน รวมถึงมีการประเมินติดตามการปฏิบัติการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหัดที่บ้าน รับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ และมีการแก้ไขปรับปรุงเพื่อใช้งานได้อย่างเหมาะสม
4. ควรมีการพัฒนาเครื่องมือประกอบแนวทางการปฏิบัติ เช่น มีการจัดทำ เอกสาร แผ่นพับ ทำโปสเตอร์ขั้นตอนการปฏิบัติติดไว้ในแผนกต่างๆและในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ มีการจัดสื่อวิดีโอ สำหรับผู้มารับบริการดูในระหว่างการรอตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ และจัดทำคู่มือการให้ความรู้สำหรับผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลเด็ก
5. การบำบัดทางด้านจิตใจ ควรมีการประสานการทำงานเป็นแบบสหวิชาชีพ โดยขอความร่วมมือจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชรวมถึงนักสังคมสงเคราะห์ ที่มีความรู้ความชำนาญในการบำบัดทางจิต เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับดูแลตามมาตรฐานวิชาชีพและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

6. ควรมีการเผยแพร่แนวทาง / วิธีการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้านหลังจากมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน ไปยังหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกองค์กร เพื่อให้เกิดการนำไปใช้การพัฒนาจนได้แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในระดับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน



การป้องกันการจับหืดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์
PREVENTION ASTHMA ATTACKS IN CHILDREN WITH ASTHMA AT HOME:
EVIDENCE-BASE NURSING

จุฬารัตน์ การ์รินทร์ 5036783 NSFN / M

พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว)

คณะกรรมการที่ปรึกษาสารนิพนธ์: ดวงใจ รัตนชัยญา, พร. ค. (ประชากรและการพัฒนา).
ปนัดดา ปรียทณ, วท. ม. (วิทยาการระบาด).

บทสรุปแบบสมบูรณ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหอบหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศด้วย โรคหอบหืดสามารถพบได้ทุกเพศทุกวัย แต่พบมากที่สุดของเด็ก โดยมากกว่าร้อยละ 80 จะมีอาการเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกภายในอายุ 5 ปี (พรทิพ ศิริบุญรัตน์พัฒนา, 2544) อุบัติการณ์การเกิดโรคหอบหืดจะเพิ่มมากขึ้นทุกๆปี ในประชากรทั่วโลก ทั้งภูมิภาคยุโรป อเมริกา และเอเชีย จากการประชุมโรคหอบหืดระดับโลกครั้งที่ 4 พบว่าผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคหอบหืดอันดับต้นๆ เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก คือประเทศญี่ปุ่นมีผู้ป่วยร้อยละ 13 ซึ่งเป็นสถิติที่สูงที่สุด ในขณะที่ประเทศไทยและฟิลิปปินส์มีผู้ป่วยเด็กโรคนี้สูงถึงร้อยละ 12.4 ซึ่งสถิติเดิมเมื่อ 15 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 4.2 (สุชัย เจริญรัตนกุล, 2547) ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคหอบหืดประมาณ 3 ล้านคน ซึ่งร้อยละ 13 เป็นผู้ป่วยเด็กที่มีอายุไม่เกิน 14 ปี (ปัญญา วิลาสินี, 2549) และจากการศึกษาความชุก รวมถึงความรุนแรงของโรคภูมิแพ้ในประชากร 6-8ปี ตั้งแต่ปี 2549-2550 พบโรคหอบหืดร้อยละ 6.8 ซึ่งมีอัตราเพิ่มสูงขึ้นจนเป็นปัญหาทางสาธารณสุข (จรงค์จิตร งามไพบูลย์, 2550) โดยผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีอาการรุนแรง เยียบพลัน มักต้องเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลอยู่เสมอ อัตราการเสียชีวิตจากโรคหอบหืดเท่ากับ 0.86 ต่อผู้ป่วย 100,000 คน ซึ่ง มีอัตราส่วนเด็กชายต่อเด็กหญิง เท่ากับ 2:1 ซึ่งผู้ป่วยสองในสามของผู้ป่วยโรคหอบหืดทั้งหมดจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น

โรคหอบหืดก่อนอายุ 18 ปี จากการรายงานของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศในปี 2547 พบผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด เข้ารักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 90,293 ราย พบภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด 28,253 ราย รองลงมาคือภาคกลางไม่รวมกรุงเทพมหานคร 28,140 ราย ภาคใต้ 18,187 รายและภาคเหนือ 16,713 ราย (กิตติ โตเต็มโชคชัยการ, 2549)

จากข้อมูลเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2549 - 2551) มีจำนวนผู้ป่วยนอกที่เป็นเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี พ.ศ. 2549 มีจำนวน 892 คน เพิ่มขึ้น 922 คน และ 1,025 คนในปี 2550 และ 2551 ตามลำดับ และมีผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดกลับมาตรวจซ้ำภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังการตรวจรักษา มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 129 คน, 145 คน และ 176 คน และมีจำนวนผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่นอนรักษาในโรงพยาบาล 75 คน 89 คน และ 91 คน ซึ่งโรงพยาบาลวชิรพยาบาลต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด 215,405 บาท, 275,199 บาท และ 321,045 บาท ในปี พ.ศ. 2549, 2550 และ 2551 ตามลำดับ (ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2551) และจากการประเมินผู้ป่วยที่มารักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน พบเป็นผู้ป่วยเด็กอายุระหว่าง 3-6 ปี ร้อยละ 54 และผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลเมื่อเกิดอาการรุนแรง ผู้ปกครองไม่สามารถจัดการดูแลได้ แพทย์ต้องให้นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และผู้ป่วยบางรายเมื่อจำหน่ายกลับบ้านต้องกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาล (Re-admit) อีกครั้ง หรือกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวยังขาดความเข้าใจ รวมทั้งมีข้อจำกัดต่างๆ ไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยาเพื่อรักษาการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา โดยเฉพาะยาพ่น ซึ่งเข้าใจว่าจะใช้ยาพ่นเมื่อมีอาการเป็นมากแล้ว ทำให้ปฏิเสธการใช้ยาตั้งแต่โรคอยู่ในระยะไม่รุนแรงมาก ซึ่งสามารถรักษาได้ผลดีกว่ารอใช้ยาเมื่ออาการเป็นมากเกินกว่ายาจะควบคุมรวมถึงมีความเชื่อว่าการใช้ยาพ่นจะทำให้เกิดการติดยาได้ จึงปฏิเสธ ไม่ยอมใช้ยาพ่น ทำให้เด็กบางรายมีอาการกำเริบบ่อยและรุนแรงขึ้น (สิรินันท์ บุญยะสิทธิ์พรณ, 2547)

โรคหอบหืด เป็นโรคภูมิแพ้ที่มีสาเหตุจากการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลอดลม (มุกดา หวังวิวัฒนา, 2549) ทำให้เกิดอาการผิดปกติต่างๆ ตามมา เช่น อาการไอมีเสมหะ หายใจไม่สะดวก เหนื่อย หอบ หายใจมีเสียงวี๊ด (ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, 2545; Djukanovic, R., Holgate, S.T., 1999) ซึ่งในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี จะมีอาการหอบหืดบ่อยๆ เกิดภาวะแทรกซ้อน จนเสียชีวิตในที่สุด (มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย, ชมรมผู้ป่วยโรคหืด, 2551) มีสาเหตุหรือปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบ จากปัจจัยด้านพันธุกรรม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมพิษจากสิ่งแวดล้อม (บัญญัติ สุขศรีงาม, 2549) การติดเชื้อไวรัสของระบบทางเดินหายใจ (ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, 2545) การออกกำลังกายอย่างหักโหม การเปลี่ยนแปลงทางด้านอากาศ

(มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทยและชมรมผู้ป่วยโรคหืด, 2551) โดยมีผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม รวมทั้งเศรษฐกิจของประเทศในด้านต่างๆ

การรักษาโรคหอบหืด มีจุดประสงค์เพื่อลดอาการของเด็ก ให้เด็กมีกิจกรรมได้ตามปกติ พยายามหลีกเลี่ยงตัวกระตุ้นที่ทำให้โรคเลวลง และการใช้ยาอย่างถูกต้อง ซึ่งพบว่ารูปแบบหรือแนวทางในการดูแลรักษา ป้องกันไม่ให้มีอาการกำเริบของโรค นอกจากการใช้ยาในการรักษา ยังต้องใช้วิธีอื่นร่วมด้วย พบว่าวิธีที่ได้ผลคือ การให้ความรู้โดยใช้โปรแกรม Kickin 's Asthma (Magzamen. S., Patel. B., Davis.A., Edelstein. J., Tager. I. B.,2008) ในการให้ความรู้และการเตือน ในการสอนให้ความรู้ในเรื่อง ภาวะและอาการเบื้องต้นของโรคหอบหืด ปัจจัยกระตุ้น อาการและอาการเตือน การใช้ยาและการแก้ปัญหาฉุกเฉิน การให้ความรู้โรคหอบหืดเชิงลึก(Ng, D.K., Chow, P,U., Lai,W, P., Chan, K, C., Chang, B,L., So, H, Y.,2006) อีกทั้งยังมีการจัดการกรณีโรคหอบหืด (Asthma Case Management) ช่วยลดการขาดโรงเรียนและการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลที่โรงเรียนในเมืองเมมฟิสโดยใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณีโรคหอบหืด (Levy, M.,Heffner, B., Stewart T.,Beeman G.,2006) ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นรวมทั้งลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ลดความพิการหรือการเสียชีวิตจากโรคหอบหืด (Jones,M. A.,2008) นอกจากนี้การจัดการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยและผู้ปกครอง ผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งในด้านปัจจัยเสี่ยง ความต้องการ ผลกระทบต่างๆรวมทั้งความรู้เกี่ยวกับตัวกระตุ้นและการจัดการ จะทำให้ผู้ป่วย ผู้ปกครองมีความรู้ สามารถจัดการโรคหอบหืดได้มากยิ่งขึ้น (Waliser, N.N., Misener, M., Mersman, C., Lincoln, P., 2004) รวมทั้งการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด (ปรียะดา ภัทรสังจรรย์, 2546) เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน

ปัจจุบันโรงพยาบาลวรินชำราบ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีการจัดตั้งคลินิกโรคหอบหืด สำหรับให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหอบหืดทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในโรงพยาบาล ซึ่งกุมารแพทย์และพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจัดทำขึ้น อีกทั้งโรคหอบหืดยังเป็นหนึ่งในสิบโรคที่เป็นเข็มมุ่งของโรงพยาบาล ที่ต้องมีการพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยหน่วยงานเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลวรินชำราบ จะดำเนินการดูแลรักษาพยาบาลต่อเนื่องที่บ้าน/ ในชุมชน เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะเป็นการดูแลรักษาพยาบาลอย่างเป็นระบบตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับสู่ชุมชน แต่ยังคงพบปัญหาจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่ต้องกลับมาอนรักษาด่วนในโรงพยาบาลอีกครั้ง หรือกลับมาตรวจซ้ำภายใน 24-48 ชั่วโมงที่โรงพยาบาล ดังที่กล่าวมาแล้ว และยังพบปัญหาการดูแลรักษาพยาบาลในด้านเชิงรุก ที่ยังมีรูปแบบ/แนวทางในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรค

หอบหืดในชุมชนที่ยังไม่ชัดเจน เพื่อป้องกันการจับหืดที่เกิดขึ้น จึงต้องมีการหาแนวทางการดูแลเชิงรุกในชุมชน ซึ่งการเยี่ยมบ้านของทีมพยาบาลเยี่ยมบ้านเป็นเพียงการเข้าไปเพื่อประเมินผู้ป่วยตามแบบวัดการส่งตัวกลับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องของหน่วยงาน ซึ่งพบว่ามีรูปแบบและวิธีการที่หลากหลายขึ้นกับความชำนาญและความถนัด ประสบการณ์ของพยาบาลเยี่ยมบ้านแต่ละคน แต่ยังไม่มีความรู้หรือวิธีในการป้องกันการจับหืดที่ชัดเจน ทำให้พยาบาลไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญขาดความรู้ความเข้าใจ และความเชื่อมั่นในการปฏิบัติการพยาบาล รวมถึงการให้ความรู้ หรือวิธีการต่างๆ เพื่อป้องกันการจับหืดในผู้ป่วยเด็กที่บ้าน อีกทั้งผู้ป่วย ผู้ปกครองรวมถึงครอบครัวยังขาดความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในการเกิดโรค ไม่เห็นความสำคัญของการหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ที่เป็นต้นเหตุของโรค และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ ซึ่งในบางครอบครัวอยู่ในชุมชนที่มีการเผาถ่านเป็นประจำซึ่งมีควันต่างๆ เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบของโรค มีปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องโดยเฉพาะยาพ่น ไม่เห็นความสำคัญของการใช้ยาเพื่อรักษาการอักเสบที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง รวมถึงผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับยาเพื่อรักษาการอักเสบ (คลินิกโรคหอบหืด โรงพยาบาลวชิรพยาบาล, 2552) นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่าการใช้ยาพ่นจะทำให้เกิดการติดยาได้ จึงปฏิเสธ ไม่ยอมใช้ยาพ่น ทำให้เด็กบางราย มีอาการกำเริบบ่อยและรุนแรงขึ้น (สิรินันท์ บุญยยะลิพรรณ, 2547) ซึ่งเมื่อเด็กมีอาการจับหืด มักจะเกิดอาการ ไอ หายใจลำบากได้ง่าย ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กและญาติเกิดความกลัวขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เนื่องจากกลัวอาการหายใจลำบาก ซึ่งอาจจะหยุดหายใจ เสียชีวิตได้ อีกทั้งญาติและครอบครัวไม่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการได้ จนเป็นเหตุให้ผู้ป่วยและญาติต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำๆ บ่อยครั้ง

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นผู้ดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเด็ก โรคหอบหืด ในอำเภอลำลูกเกด ได้ตระหนักเห็นความสำคัญที่ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดและญาติจะต้องได้รับการดูแลป้องกันการจับหืดที่บ้านอย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพมากที่สุด จึงมีความสนใจที่จะศึกษาการป้องกันการจับหืดในผู้ป่วยเด็กโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติที่จะช่วยให้พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพยาบาลเยี่ยมบ้าน สามารถดำเนินการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน รวมทั้งให้ผู้ป่วย และครอบครัว มีความรู้ในการดูแลรักษา และป้องกันโรคอย่างถูกต้องเหมาะสม อีกทั้งยังมีประโยชน์อย่างมาก ในการควบคุมโรค ลดความสิ้นเปลืองทางเศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศชาติ ทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้ผู้ป่วยเติบโตเต็มที่ตามศักยภาพได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจมีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

ประเด็นของการศึกษา

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรัง ที่พบบ่อยในเด็ก ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ การดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กไม่ดี รวมถึงผลกระทบต่อครอบครัวทั้งด้านการแสดงบทบาทของสมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว และเศรษฐกิจของครอบครัว อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อสังคม รวมทั้งเศรษฐกิจที่ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล (re-visit) และกลับมาอนรักษานในโรงพยาบาล (re-admit) และในหน่วยงานโรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรคหอบหืดเป็นหนึ่งในสิบโรคที่เป็นเจ็มมุงของโรงพยาบาล ที่ต้องมีการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดตั้งแต่รักษาตัวโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับสู่ชุมชน ซึ่งในปัจจุบันหน่วยงานมีการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืด โดยใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดในโรงพยาบาล อีกทั้งมีการจัดตั้งคลินิกโรคหอบหืดให้บริการแก่ผู้ป่วยโรคหอบหืดทั้งเด็กและผู้ใหญ่ รวมถึงให้การดูแลรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาล จนกระทั่งจำหน่ายกลับบ้าน แต่ยังพบปัญหาจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่ต้องกลับมาอนรักษาตัวในโรงพยาบาลอีกครั้ง หรือกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล รวมถึงปัญหาการขาดการดูแลรักษาพยาบาลเชิงรุกที่มีประสิทธิภาพ โดยประเด็นสำคัญที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและพยาบาลผู้รับผิดชอบต้องตอบคือ จะมีวิธีการใดในการป้องกันการจับหืดที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อกลับไปสู่ชุมชน ควรเป็นอย่างไร จะมีวิธีการใดที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถ่องแท้ เชื่อมมั่นในความสามารถของตนเอง ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้านและทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการป้องกันการจับหืดในผู้ป่วยเด็กที่บ้าน

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาโดยการสังเคราะห์องค์ความรู้การป้องกันการจับหืดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้านจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้วิธีการที่เหมาะสม นำมาใช้ในการปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และพยาบาลเยี่ยมบ้านสามารถดำเนินการป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นไปได้ในแนวทางเดียวกัน อันจะก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วยและครอบครัว และเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ อีกทั้งหน่วยงานสามารถลดอัตราการกลับมาตรวจซ้ำและการกลับมาอนรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดตามเป้าหมาย

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้การป้องกันการจับหืดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน

วิธีการดำเนินการ

1. กำหนดขอบเขตในการทบทวนและสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

กำหนดกรอบของการสืบค้น โดยใช้กรอบของ PICO (Craig,2002) มีวัตถุประสงค์ในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

P (Population) คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด บิดา มารดา ผู้ดูแล และครอบครัว

I (Intervention) คือ การป้องกันการจับหืดที่บ้าน ซึ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืด และการฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

C (Comparision Intervention) ไม่ต้องการเปรียบเทียบ

O (Outcome) คือ ลดการจับหืดที่บ้าน การได้รับความรู้เรื่องโรคหอบหืดเพิ่มขึ้น ลดอุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำ หรือการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหอบหืด

โดยใช้วรรณกรรมทุกประเภทที่เป็นภาษาไทย ภาษาอังกฤษที่เป็นฉบับเต็ม ทั้งงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุมทั้งหมด หรือเป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ งานวิจัยเชิงทดลอง กึ่งทดลอง เชิงสำรวจ เชิงพรรณนา วิทยานิพนธ์ บทความ และข้อสรุปจากผู้เชี่ยวชาญ ที่ศึกษาผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด บิดา มารดา ผู้ดูแล และครอบครัว เกี่ยวกับกิจกรรม/โปรแกรมในการป้องกันการจับหืดที่บ้าน ซึ่งเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืด และการฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้มีความรู้เรื่องโรคหอบหืดเพิ่มขึ้น ลดการจับหืดที่บ้าน ลดอุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำ หรือการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มคุณภาพชีวิตของเด็กโรคหอบหืด โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เผยแพร่อยู่ระหว่างปี คศ. 2000 - 2009

2. สืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์

2.1 คำสำคัญ ในการสืบค้นที่เป็นภาษาไทย คือ โรคหอบหืดในเด็ก การจับหืดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน/ชุมชน และคำสำคัญที่เป็นภาษาอังกฤษตามกรอบของการสืบค้นดังนี้ asthma and children and /or prevention and home, asthma and childhood and /or education program and home, asthma and schoolchildren and/or or education program, asthma and schoolchildren and/or prevention, asthma attacks and children and/or education program and community, asthma attacks and prevention and home, asthma attacks and prevention and community, asthma and parents and/or self management and/or quality of life, asthma and caregiver and/or quality of life and home, asthma and family and/or knowledge and community, reduce asthma and /or education program and community, asthma and children and re-visit and

/or intervention and/or program, asthma and children and re- admit and /or intervention and/or program

2.2 ฐานข้อมูล/แหล่งที่ใช้ในการสืบค้น ได้แก่ PUBMED , CINAHL, Journal@Ovid Full Text, Blackwell Synergy, Science Direct , Cochrane, ProQuest Nursing & Allied Health Source, Springer Link, ซึ่งถือเป็นฐานข้อมูลทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีบริการผ่านทางระบบข้อมูลของห้องสมุดมหาวิทยาลัยมหิดล การสืบค้นจากบริการสืบค้นออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ตของสถาบันหรือองค์กรต่างๆ ที่ให้บริการเผยแพร่ข้อมูลทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องที่สามารถเชื่อมโยงเครือข่ายบริการไปยังสถาบันหรือองค์กร เพื่อรับบทความหรือวารสารฉบับเต็ม ได้แก่ สำนักหอสมุดมหาวิทยาลัยขอนแก่น (<http://library.kku.ac.th>) การสืบค้นด้วยมือ จากวารสารวิชาการวิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ รายการเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรมทำรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องในห้องสมุดสังกัดมหาวิทยาลัยมหิดล

3. คัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์และประเมินคุณภาพ

นางานวิจัยที่ได้ทั้งหมด มาทบทวนคัดเลือก โดยการวิเคราะห์วิจารณ์ซึ่งใช้เกณฑ์ดังนี้ (วิไลพรรณ สมบุญตนนท์, 2551 ; Melnyk, & Fineout-Overholt, 2002 อ้างในฟองคำ ดิลกสกุลชัย ,2549) ประกอบด้วย ความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก (Clinical relevance) การมีความหมายในเชิงของศาสตร์ (Scientific merit)แนวโน้มความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการปฏิบัติ (Implementation potential) ซึ่งจะพิจารณาใน 3 ประเด็นคือการเทียบเคียงความรู้สู่การปฏิบัติจริง (Transferability of the findings) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติในสถานการณ์จริง (Feasibility of implementation) และความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์เมื่อนำไปใช้ (Cost-benefit ratio)และประเมินระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ของ Melnyk และ Fineout-Overholt (2005) แบ่งงานวิจัยเป็น 7 ระดับ คือ ระดับ I) เป็นงานที่ได้จากการวิเคราะห์เมต้า (Meta-analysis) ของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุมทั้งหมด หรือเป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ(systematic review) หรือเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guidelines) ที่สร้างมาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่มาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุม ระดับ II) เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีการควบคุม (randomized controlled trial) หรืองานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่ม (Experimental study) ระดับ III) เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยเชิงทดลองที่มีการควบคุม มีการออกแบบวิจัยอย่างดี แต่ไม่มีการสุ่ม (Quasi-experimental study) ระดับ IV) เป็นหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลัง หรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดีระดับ V) เป็นหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ ระดับ VI) เป็นหลักฐานที่ได้จาก

งานวิจัยเชิงคุณภาพหรืองานวิจัยเชิงบรรยาย และระดับ VII) เป็นหลักฐานที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มวิชาชีพเฉพาะ และ/หรือรายงานจากคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเฉพาะเรื่อง

ผลการดำเนินการสืบค้น

ผลจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยคำสำคัญที่กำหนดไว้ ได้งานวิจัยที่ตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทั้งหมด 14 เรื่อง เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) 1 เรื่อง งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) 4 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental) 7 เรื่อง งานวิจัยที่เป็นการศึกษาย้อนหลังหรือการศึกษาติดตามไปข้างหน้า ที่มีการออกแบบวิจัยอย่างดี 1 เรื่อง และเป็นงานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ 1 เรื่อง เมื่อนำมาจัดระดับความน่าเชื่อถือของงานวิจัย (Level of evidence or research) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ พบเป็นงานวิจัยระดับ I จำนวน 1 เรื่อง งานวิจัยระดับ II จำนวน 4 เรื่อง งานวิจัยระดับ III จำนวน 7 เรื่อง งานวิจัยระดับ IV จำนวน 1 เรื่อง และงานวิจัยระดับ V จำนวน 1 เรื่อง นำมาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลได้แนวทางการจัดรูปแบบโปรแกรม/กิจกรรม เพื่อการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดตามบทบาทของพยาบาล ดังนี้

1. การให้ความรู้ เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองและป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็ก เมื่อกลับจากโรงพยาบาลสู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งสามารถให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มโดยการให้ความรู้จะมีผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้มีทักษะในการจัดการโรคด้วยตนเองเพิ่มขึ้น (Yang, B.H., et al., 2005 ; Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008; Butz, A. M., et al., 2005.) อัตราการป่วยของเด็กลดลง รวมถึงจำนวนของการไปรักษาเมื่อมีอาการกำเริบลดลง (Brown, J.V., et al., 2002.) มีผลทำให้พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดของครอบครัวที่ดีขึ้น (กรรณิศา เครือเนตร, 2551; ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551.) ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น (Yang, B.H., et al., 2005; Brown, J.V., et al., 2002.)

การให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย ควรมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรคหอบหืด พยาธิสภาพอาการ สาเหตุ สิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของอาการโรคหอบหืดกำเริบและภาวะแทรกซ้อน (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008; Newcomb, P., 2006.) การส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมอาการโรคหอบหืด การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหอบหืด (Yang, B.H., et al., 2005; Brooten, D., et al., 2008.) การจัดการทักษะการใช้ยาพ่นและการวัดการหายใจออก การจัดการแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008.) การจัดการเรื่องโรคหอบหืดและปัจจัยกระตุ้นในบ้าน (Levy, M., et al., 2006 .) การค้นหาอาการในเด็กที่ป่วยด้วยโรค

หอบหืด โดยสอนเกี่ยวกับการระบุนาการของโรคหอบหืดได้ถูกต้องตั้งแต่อาการเริ่มแรก จนถึงระยะสุดท้ายของโรค (Butz, A. M., et al., 2005.) การประเมินโครงสร้างสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน แหล่งสนับสนุนในการลดการสัมผัส การช่วยเหลือการจัดแมลงสาบและหนู และการดูแลรักษาปรับปรุงบ้านให้ดีขึ้น (Krieger, J.W., et al. 2005) ซึ่งกลุ่มเป้าหมายที่จะให้ความรู้คือผู้ป่วย บิดามารดา ผู้ปกครอง รวมถึงสมาชิกในครอบครัว โดยให้ความรู้ตั้งแต่ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน จนถึงในชุมชน ทั้งนี้การให้ความรู้กับกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม พยาบาลจะต้องใช้วิธีการและสื่อการสอนให้เหมาะสมดังนี้คือ 1)การให้ความรู้สำหรับเด็กที่ป่วย ควรมีความรู้ในเรื่องโรคหอบหืด การป้องกัน การใช้ยารักษาควบคุมอาการ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ซึ่งในการให้ความรู้ควรให้เด็กอ่านคู่มือที่ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเหมาะสมกับเด็ก มีการใช้ตัวการ์ตูนเป็นสื่อเพื่อให้สามารถเข้าใจและดึงดูดความสนใจของเด็ก (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008.) รวมทั้งมีการ กระตุ้นให้เด็กถามคำถามพร้อมกับการให้การบ้านด้วยตนเอง (Yang, B.H., et al., 2005.) 2)การให้ความรู้สำหรับบิดา มารดา ผู้ปกครองและครอบครัว ควรให้ความรู้โดยการคู่มือที่พร้อมด้วยภาพพลิกเกี่ยวกับโรคหอบหืด การสาธิตการใช้ยาพ่นสูดพร้อมให้ลองฝึกปฏิบัติในการใช้ยาพ่นเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น(กรุณา เครือเนตร.) รวมถึงการ สอนเปรียบเทียบการหายใจปกติของเด็กและรูปแบบการหายใจเมื่อมีอาการของโรคหอบหืด การนับอัตราการหายใจของเด็ก และการใช้ PFM ในเด็กที่มีอายุมากกว่า 5 ปี (Butz, A. M., et al., 2005.)

2. การจัดกิจกรรมการให้ความรู้และปรับพฤติกรรม ซึ่งเป็นการทำชุดกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการให้ความรู้ การฝึกทักษะการจัดการดูแลตนเอง ทั้งในแผนกผู้ป่วยนอก/แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินจนถึงในชุมชน การติดตามเยี่ยมบ้านและการบำบัดทางด้านจิตใจ ตามบทบาทของพยาบาลดังนี้

2.1 กิจกรรมการให้ความรู้โรคหอบหืดแก่ผู้ป่วย / ครอบครัวที่แผนกผู้ป่วยนอก / แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน เป็นการส่งเสริมให้ความรู้ ทักษะในการจัดการโรคหอบหืดด้วยตนเองแก่ผู้ป่วย/ครอบครัวโดยการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยให้ความรู้แก่เด็กและบิดา/มารดาในเรื่องโรคหอบหืด และวิธีการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด และให้เด็กวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดร่วมกับการให้เด็กและบิดา/มารดาได้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านคู่มือ(ปรีระดาภัทรสังขธรรม, 2546;) โดยให้เด็กอ่านคู่มือที่ง่าย ใช้ภาษาที่เหมาะสมกับเด็ก กระตุ้นให้เด็กถามคำถามพร้อมกับการให้การบ้านด้วยตนเอง ซึ่งใช้ระยะเวลาในการให้ความรู้ การส่งเสริมทักษะในการจัดการโรคหอบหืดด้วยตนเองแก่ผู้ป่วย/ครอบครัว ครั้งละประมาณ 40-50 นาที(Yang, B.H., et al.,2005) นอกจากนี้การให้ความรู้ควรแบ่งการให้ความรู้เป็นขั้นตอนหรือให้เป็นส่วนๆที่เกี่ยวกับการวางแผนจัดการตนเอง

ในเด็กที่อยู่ที่บ้าน/ในชุมชน(Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008) ตั้งแต่การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหอบหืด อาการ และการจัดการทักษะการใช้ยาพ่นและการจัดการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจในแต่ละส่วนมากยิ่งขึ้น และกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันการวางแผนการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมทั้งมีการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวเพื่อเป็นการเพิ่มความเข้าใจ ภายหลังได้รับความรู้ (Brooten, D., et al., 2008) ซึ่งการให้ความรู้ควรให้ในวันที่ผู้ป่วยมาตรวจตามนัดและมีการติดตามประเมินผลทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน โดยมีรูปแบบ วิธีการ สื่อและอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้ความรู้ ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

2.1.1 รูปแบบในการให้ความรู้ ควรเป็นรูปแบบที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม มีการสนับสนุน ให้กำลังใจ โดยพยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้บทบาทของตนเอง(ปริยดา ภัทรสังฆธรรม, 2546) ซึ่งในระหว่างการให้ความรู้ในระหว่างการผู้ดำเนินกิจกรรม พยาบาลควรเปิดโอกาสให้มีการซักถามปัญหา ข้อสงสัยต่างๆและมีการประเมินย้อนกลับโดยการซักถามถึงความรู้ ความเข้าใจและแนวปฏิบัติ ร่วมกับการสังเกตการณ์ปฏิบัติ (ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551) รวมถึงกระตุ้นให้ค้นหาความต้องการและสิ่งที่กังวล การใช้จุดแข็งที่มีและความสามารถในการค้นหาความต้องการ การค้นหาและการใช้แหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคม การทำงานร่วมกันเป็นทีมกับผู้ชำนาญ ซึ่งจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มและการตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่ม การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความเชี่ยวชาญและเกิดทักษะในการพัฒนาการแก้ปัญหาในกลุ่ม (McCarthy, M.J., et al., 2002)เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้อง

2.1.2 การใช้สื่อวีดิทัศน์ เป็นตัวนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด (ปริยดา ภัทรสังฆธรรม, 2546; กรุณา เครือเนตร, 2551) รวมถึงการใช้ตัวการ์ตูนเป็นสื่อในการดำเนินเรื่องในการให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหอบหืด อาการ และการจัดการทักษะการใช้ยาพ่น และการจัดการหายใจออก (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008.)

2.1.3 เอกสารคู่มือการให้ความรู้ และการฝึกทักษะในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด เพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้และให้ผู้ป่วยและครอบครัวนำกลับไปทบทวนต่อเนื่องที่บ้าน (Yang, B.H., et al. 2005; กรุณา เครือเนตร, 2551; ปริยดา ภัทรสังฆธรรม, 2546) และเป็นแนวทางในการพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบแต่ละรายตามแผนที่กำหนดร่วมกัน โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม (ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551)

2.2 การเยี่ยมบ้าน เป็นการติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งทำให้เห็นสภาพสิ่งแวดล้อมของครอบครัว สามารถเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น ตลอดจนสามารถประยุกต์ใช้ความรู้ให้เหมาะสมกับครอบครัวของผู้ป่วย โดยการเยี่ยมบ้านจะให้การพยาบาลร่วมกับ

การให้คำแนะนำ ส่งเสริมให้มีความรู้ ทักษะในการจัดการโรคด้วยตนเอง เกี่ยวกับโรคหอบหืด การป้องกัน การใช้ยารักษาควบคุมอาการ การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง (Yang, B.H., et al., 2005) อีกทั้งมีการพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในการบริหารจัดการโรคหอบหืด ซึ่งจะมีจุดประสงค์เฉพาะคือผู้เยี่ยมบ้านจะกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนการสอนให้มีลักษณะตรงกับความต้องการของครอบครัว พัฒนาการสอนให้เหมาะสมกับเด็กและผู้ดูแลที่อยู่ในบ้านขณะได้รับการเยี่ยมบ้าน (Brown, J.V., et al., 2002) นอกจากนี้ยังมีการดำเนินการติดตามดูแลสุขภาพต่อที่บ้านตามแนวทางการดูแลโรคหอบหืดตาม GINA Pediatric Guideline 2004ติดตามประเมินผลทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน (ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551) ซึ่งในการเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง จะมีกิจกรรมต่างๆร่วมด้วย ทั้งการให้ความรู้ การโทรศัพท์ติดตาม การฝึกทักษะการจัดการดูแลตนเอง และการบำบัดทางจิตใจ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.2.1 การเยี่ยมบ้านร่วมกับการให้ความรู้ วิธีการให้ความรู้โรคหอบหืดเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้รู้เข้าใจถึงพื้นฐานของโรคหอบหืด ทั้งในเรื่องพยาธิสภาพ สาเหตุ ปัจจัยกระตุ้น อาการ การจัดการโรคหอบหืด รวมถึงช่วยให้เข้าใจการป้องกันการแลกเปลี่ยน และการช่วยเหลือเมื่อมีอาการหอบหืดเฉียบพลัน (Butz, A. M., et al., 2005) อีกทั้งกระบวนการให้ความรู้ยังมีความหลากหลาย ทั้งการให้ความรู้เป็นรายบุคคลเป็นรายกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม มีการสนับสนุนให้กำลังใจ พยาบาลกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการรับรู้บทบาทของตนเอง (ปรีเยดา ภัทรสังขธรรม, 2546) ควรเปิดโอกาสให้มีการซักถามปัญหาข้อสงสัยต่างๆและมีการประเมินย้อนกลับโดยซักถามร่วมกับการสังเกตการณ์ โดยระยะเวลาที่ใช้ในการให้ความรู้ จะให้ในระหว่างเยี่ยมบ้าน 6 ครั้ง และมีการติดตามประเมินผลทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน แต่ครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ใช้เวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง (ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551) แต่การให้ความรู้อย่างเดียวอาจไม่เกิดประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นจึงต้องใช้กระบวนการอย่างอื่นเพิ่ม ซึ่งการเยี่ยมบ้านถือเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมในการประเมินติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน มีการประเมินสภาพร่างกาย การรวบรวมประวัติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม รวมถึงสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นโรคหอบหืดและการควบคุม (Newcomb, P., 2006) รวมทั้งประเมินความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติตัวที่บ้าน การจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหืดด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีการวางแผนการรักษา การพบทวนและปรับเปลี่ยนในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านด้วย

2.2.2 การเยี่ยมบ้านร่วมกับการโทรศัพท์ติดตาม ซึ่งการเยี่ยมบ้านมีการปฏิบัติกันอยู่แล้วในสถานบริการ และเป็นการประเมินติดตามดูแลสุขภาพต่อเนื่องที่บ้านในด้านต่างๆ รวมถึงการค้นหาปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย การวางแผนการรักษา และมีการปรับเปลี่ยนในแต่ละครั้งของการเยี่ยมบ้านตามสภาพของปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยและ

ครอบครัว แต่การเยี่ยมบ้านเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้บุคลากรที่ต้องลงเยี่ยมตามบ้าน ซึ่งจะพบปัญหาในเรื่องการขาดแคลนบุคลากร ทำให้ไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้ในผู้ป่วยทุกคน หรือเยี่ยมบ้านได้บ่อยครั้ง ดังนั้นจึงใช้วิธีการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินติดตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น(ปริเยศ ภัทรสังขธรรม, 2546 ; McCarty, M. J., et al., 2002; Newcomb, P., 2006)

2.2.3 การเยี่ยมบ้านร่วมกับการฝึกทักษะการจัดการ ดูแลตนเอง การฝึกทักษะการจัดการดูแลตนเองเป็นอีกกิจกรรมที่ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง หลังจากได้รับความรู้โรคหอบหืดในด้านต่างๆแล้ว เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติแก้ไข จัดการปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จะก่อให้เกิดทักษะต่างๆตามมา ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลจัดการโรคหอบหืดด้วยตนเอง ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคหอบหืดเพิ่มขึ้น ไปรักษาตัวอย่างถูกเงินหรือไปรับการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุ ถูกเงินลดลง ผู้ป่วยเด็กขาดโรงเรียนน้อยลง(Levy M., et al., 2006) นอกจากการฝึกทักษะการจัดการดูแลตนเองแล้ว ควรมีการประเมินผลของการปฏิบัติตัว/ทักษะการจัดการดูแลตนเองในด้านต่าง รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ จึงควรมีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ

2.3 การบำบัดทางด้านจิตใจ จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยนำมาใช้ร่วมกับการให้ความรู้ การดูแลตนเองของผู้ป่วย/ครอบครัว ซึ่งวิธีการบำบัดทางด้านจิตใจมีหลายประการ ได้แก่ การช่วยให้ผ่อนคลายโดยการใช้ไบโอฟีดแบค (Bio-feedback) และการใช้โปรแกรมผ่อนคลาย (Program relaxation) การสะท้อนคิด และการให้คำปรึกษา (Yorke, J., et al, 2005) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเด็ก/ครอบครัวเกิดการปรับเปลี่ยนด้านจิตใจ มีการสร้างแรงจูงใจ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมุ่งมั่น อดทน มีความพยายามในการจัดการป้องกันการจับหืดอย่างต่อเนื่อง จนบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3. กลวิธีในการดำเนินการป้องกันการจับหืดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน โดยการดำเนินการกิจกรรมให้สำเร็จ มีประสิทธิภาพ นอกจากบุคลากรทางสุขภาพแล้ว ยังต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยและครอบครัว การมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งถือปัจจัยสำคัญที่จะแรงผลักดันให้การดำเนินไปได้ด้วยดี และเกิดความยั่งยืนต่อไปชุมชน นอกจากนี้ยังมีการจัดการโรคหอบหืดรายกรณี และการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดแรงขับเคลื่อนภายในบุคคลให้มีความมุ่งมั่น ตั้งใจในการดำเนินการกิจกรรม ดังมีรายละเอียดดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกลวิธีที่ทำให้เกิดการมีดูแลร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว มีการกระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง รวมถึงมีกระบวนการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ในการดูแลช่วยเหลือครอบครัว

การสอนให้สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด จะทำให้ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล จัดการโรคหอบหืดในด้านต่างๆเช่น การป้องกัน การดูแลปฏิบัติตัว ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (ปรียะดา ภัทรสัจธรรม, 2546)

3.2 การมีส่วนร่วมของชุมชน (เครือข่าย) โดยดึงความร่วมมือของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่ได้รับการฝึกสอน เกี่ยวกับความเสี่ยงโรคหอบหืด ปังจัยกระตุ้นในบ้าน และการป้องกัน จนกระทั่งมีทักษะในการสื่อสารเพื่อนำความรู้ไปสอนและช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชน รวมถึงกระตุ้นให้เกิดเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในบ้านและการปฏิบัติตัวของเด็กในการป้องกันโรคหอบหืด (Brooten, D., et al., 2008) ซึ่งมีเจ้าหน้าที่ PCU ที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลและประสานงานในเบื้องต้น และทีมพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบการดำเนินงานเป็นผู้นิเทศกำกับ ติดตาม สนับสนุนสื่อวิชาการ รวมถึงให้การช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

3.3 การใช้กลวิธีเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เป็นวิธีการที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการแลกเปลี่ยนและการแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืด โดยการใช้จุดแข็งที่มีและความสามารถในการค้นหาความต้องการ การค้นหาและการใช้แหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคม (McCarthy, M.J., et al., 2002) ซึ่งจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนภายในตัวบุคคล/ครอบครัว รวมถึงมีการตอบสนองต่อความต้องการต่างๆของตนเอง ทำให้มีความเชี่ยวชาญและเกิดทักษะในการพัฒนาการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง

3.4 การจัดการโรคหอบหืดรายกรณี Case Management (CM) เป็นการจัดการที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outcome Management) โดยความร่วมมือของบุคลากรในทีมแบบสหสาขา (Collaborative Team) ร่วมกับการวางแผนดูแลผู้ป่วยล่วงหน้า (Clinical Pathway) ซึ่งมี Critical pathway เป็นตัวกำหนดผลลัพธ์ที่ต้องการจากการให้การดูแล และมีผู้จัดการผู้ป่วย (Case Manager) เป็นผู้ติดต่อประสานงานในการดูแล สื่อสารปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและญาติ รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องซึ่งถือเป็นบทบาทของพยาบาลการนำการจัดการรายกรณี (Case management) มาใช้ในชุมชนเพื่อช่วยในเรื่องการจัดการหรือให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอย่างเฉพาะเจาะจง เป็นรายบุคคล (Levy M., et al., 2006) โดยจะมีพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้จัดการรายกรณี 1 คนซึ่งจะเป็นผู้ติดต่อกับครอบครัว โดยการเยี่ยมรวมกัน 4-8 ครั้ง (Krieger, J.W., et al., 2005.) ซึ่งจะใช้เวลาในการเยี่ยมประมาณ 30-50 นาที (Krieger, J.W., et al., 2005 ; Newcomb, P., 2006; Yang, B.H., et al., 2005) และมีการติดตามเยี่ยมใน 1 เดือน และต่อมา 3 เดือน/ ครั้ง การเยี่ยมอื่นๆจะมีแผนตามความจำเป็นและโทรศัพท์ติดต่อที่มีการพยาบาลในระหว่างการเยี่ยม ซึ่งการเยี่ยม

ในครั้งแรก จะการรวบรวมประวัติโรคหอบหืด ประวัติภูมิแพ้ การปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการประเมินสภาพร่างกายและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องพยาธิสภาพ อาการ การจัดการ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรค ผลการรักษาและเทคนิคการใช้ยาพ่น ซึ่งในแต่ละครอบครัวจะได้รับการเขียนแผนการรักษาในตอนท้ายของการเยี่ยม ในเรื่องการรักษาด้วยยาและการพยาบาลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการเยี่ยมครั้งต่อไปจะเน้นประวัติในเรื่องการประเมินสภาพร่างกายและการกระตุ้นให้ความรู้ รวมถึงผลกระทบที่มีต่อเด็ก (Newcomb, P., 2006)

4. การดำเนินการจัดโปรแกรม/กิจกรรม ในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด เนื่องจากการดำเนินโปรแกรม/กิจกรรม ต้องทำงานเป็นทีมทั้งจากผู้บริหาร ทีมสุขภาพทั้งในโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัว รวมถึงชุมชน จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านผู้ให้บริการ ผู้ใช้บริการ รวมถึงการวัดผลลัพธ์ของโปรแกรม/กิจกรรม ที่ได้ดำเนินการไป ดังรายละเอียดดังนี้

4.1 การเตรียมความพร้อมด้านผู้ให้บริการ ซึ่งมีหลายระดับตั้งแต่ผู้บริหาร จนกระทั่งบุคลากรทีมสุขภาพที่ให้บริการ จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อให้บริการในแนวทางเดียวกัน รวมถึงการจัดเตรียมสื่ออุปกรณ์ การประชาสัมพันธ์ ดังนี้

4.1.1 ผู้บริหาร โดยพยาบาลผู้รับผิดชอบดำเนินกิจกรรม จัดทำโปรแกรม/กิจกรรม และเสนอภายในกลุ่มงาน โดยนำเสนอหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุมัติงบประมาณและจัดสรรบุคลากรร่วมดำเนินการตามโปรแกรม/กิจกรรมที่วางแผนไว้

4.1.2 บุคลากร ซึ่งพยาบาลผู้รับผิดชอบดำเนินกิจกรรม/โปรแกรมการให้ความรู้ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้กิจกรรม/โปรแกรม เพื่อให้มีความมั่นใจและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีจุดประสงค์ที่เฉพาะในแต่ละส่วน และมีผู้คอยกำกับดูแล (Brown, J.V., et al., 2002.) รวมทั้งพยาบาลที่ให้ความรู้จะต้องใช้แนวทางที่จัดเตรียมไว้ให้เป็นแนวทางเดียวกัน (McCarthy, M.J., et al., 2002.) ซึ่งก่อนจะดำเนินกิจกรรม พยาบาลผู้รับผิดชอบ ควรเข้าพบพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลประจำหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนต่างๆพร้อมทั้งขอความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว (กรรณา เครือเนตร, 2551)

4.1.3 สื่อการสอน โดยการจัดทำสื่อวีดิทัศน์เป็นตัวแทนนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด และเอกสารคู่มือการให้ความรู้และการฝึกทักษะ ในการจัดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด (กรรณา เครือเนตร, 2551) ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย ความหมาย พยาธิสภาพ อาการ สาเหตุ สิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของอาการโรคหอบหืดกำเริบ และภาวะแทรกซ้อน (Newcomb, P., 2006) การประเมินสภาพ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

(Krieger, J.W., et al., 2005.; Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008)ความเสี่ยงโรคหอบหืด ปัสสาวะ กระตุ้นในบ้าน และการป้องกันและวิธีการควบคุมปัสสาวะกระตุ้น (Brooten, D., et al., 2008)การใช้ยาพ่นและการวัดการหายใจออก (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008)

4.1.4 การประชาสัมพันธ์ / การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบ มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้ป่วย/ครอบครัว โดยพยาบาลแนะนำตัว รายละเอียดต่างๆ (ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551.) มีการแจ้งวัตถุประสงค์ แจ้งขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมในแต่ละขั้นตอนของการให้พยาบาล/ การเยี่ยมบ้านในแต่ละครั้ง (Newcomb, P., 2006) แก่ผู้ป่วย บิดา/มารดา/ ครอบครัว เพื่อให้มีการรับรู้บทบาท ของตนเองในกิจกรรมที่จัดให้

4.2 การเตรียมความพร้อมด้านผู้ให้บริการ การจัดกิจกรรม/โปรแกรม ต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมและความพร้อมของกลุ่มผู้ใช้บริการ ทั้งทางด้านอายุ ภาวะสุขภาพ และการมีผู้ดูแล โดยควรมีการกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติของผู้ใช้บริการที่จะคัดเลือกเข้าร่วมหรือออกจากกิจกรรมดังนี้

4.2.1 การคัดเลือกผู้ให้บริการเข้าร่วมกิจกรรมได้แก่

- 1) อายุ เป็นเด็กวัยเรียนที่มีอายุระหว่าง 6-12 ปี ที่ป่วยโรคหอบหืดระยะปานกลางถึงระยะรุนแรง (Butz, A. M., et al., 2005. ; McCarthy, M.J., et al., 2002.)
- 2) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดจากแพทย์ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้อัตราป่วยเพิ่มขึ้น ได้รับยารักษาโรคหอบหืดทุกวัน โดยใช้ยาพ่นอย่างน้อย 1 ตัว ในการรักษา (Butz, A. M., et al., 2005.; Brown, J.V., et al., 2002.)
- 3) เป็นผู้ป่วยเด็กได้เข้ารับการดูแลรักษาโรคหอบหืดในปีที่ผ่านมา และมีประสบการณ์การป้องกันใน 12 เดือนที่ผ่านมา (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008)
- 4) ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแล/ครอบครัวมีการรับรู้ที่ดี ความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี และมีความยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม

4.2.2 การคัดเลือกผู้ให้บริการออกจากกิจกรรมได้แก่

- 1) ผู้ป่วยต้องไม่มีโรคร่วมหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ หรือโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมที่เป็นข้อจำกัดเช่น โรคหัวใจ น้ำท่วมปอด เด็กมีอาการจับหืดรุนแรง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (Krieger, J.W., et al. 2005.; McCarthy, M.J., et al., 2002.)
- 2) ไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้อัตราป่วยเพิ่มขึ้น (Butz, A. M., et al., 2005.; Brown, J.V., et al., 2002.)

4.2.3 การประเมินผู้ป่วยสภาพร่างกายของผู้ป่วย ควรดำเนินการตามข้อเสนอแนะของแพทย์ และ/หรือตามความเหมาะสมของผู้ป่วยดังนี้ คือ ชักประวัติตรวจร่างกายประเมินอาการหอบหืดของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด (กรรณา เครือเนตร, 2551) ซึ่งการตรวจ

ร่างกายของผู้ป่วย ควรดำเนินการโดยแพทย์ผู้กระทำการรักษา เพื่อตัดสินใจอนุญาตให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม/โปรแกรม ซึ่งผู้ป่วยต้องไม่มีโรคร่วมหรือโรคเรื้อรังอื่นๆ หรือโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วมที่เป็นข้อจำกัด เช่น โรคหัวใจ น้ำท่วมปอด เด็กมีอาการจับหิ่รุนแรง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (Krieger, J.W., et al. 2005.; McCarthy, M.J., et al., 2002.)

4.3 การวัดผลลัพธ์ ผลลัพธ์ของโปรแกรม/กิจกรรม เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องกำหนดไว้ตั้งแต่เริ่มวางแผนและดำเนินการติดตามประเมินผลลัพธ์ตามแผนที่กำหนดไว้ โดยผลลัพธ์ของโปรแกรม/กิจกรรมขึ้นอยู่กับลักษณะของกิจกรรมที่ดำเนินการ ซึ่งผลลัพธ์ในการจัดการป้องกันการจับหิ่ที่บ้านสามารถวัดได้ตามโปรแกรม/กิจกรรม ที่ดำเนินการดังนี้

4.3.1 ผู้ป่วยและผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กโรคหอบหิ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหิ่เพิ่มมากขึ้น ในการควบคุมโรค ความสามารถในการตัดสินใจและความสามารถในการให้การดูแลของกลุ่มผู้ปกครองเด็กโรคหอบหิ่ (McCarthy, M.J., et al., 2002. ; Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008; Brooten, D., et al., 2008; กรรณา เครือเนตร, 2551.)

4.3.2 มีทักษะการจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหิ่ (Asthma Management Practices) ในเรื่อง การส่งเสริมการใช้ยาหอบหิ่ที่ถูกต้อง การใช้ยาโรคหอบหิ่เมื่อมีอาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การค้นหาอาการเตือนของโรคหอบหิ่ ผู้ดูแลรายงานความถี่ของ 16 อาการที่ต้องจัดการและทักษะการป้องกันโรค จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ ปัญหาที่เกิดขึ้น และปัญหาเรื่องแมลงสาบ(Butz, A. M., et al., 2005.; Brown, J.V., et al., 2002.)

4.3.3 เพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหิ่ (Yang,B.H., et al., 2005.)

4.3.4 ลดอุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล และลดการมาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน (Levy M., et al., 2006.; Krieger, J.W., et al., 2005.; Newcomb, P., 2006.)

4.3.5. ลดอุบัติการณ์การขาดโรงเรียนของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหิ่ (Levy M., et al., 2006.; Krieger, J.W., et al., 2005.)

4.3.6 บุคลากรทีมสุขภาพและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับการฝึกสอนเกี่ยวกับโรคและการจัดการ ให้ความรู้โรคหอบหิ่(Homer, S.D., Fouladi, R. T., 2008.)

กล่าวโดยสรุปการป้องกันการจับหิ่ในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหิ่ที่บ้านจากหลักฐานเชิงประจักษ์ จะมีหลายวิธีทั้งการให้ความรู้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะทำให้ผู้ป่วย/ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ การดูแลโดยการจัดการรายกรณี(Case Management) ซึ่งยังการดูแลยังมีน้อยเนื่องจากข้อจำกัดอุปสรรคต่างๆ รวมถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) เพื่อทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนภายในบุคคล/ครอบครัว สามารถอดทนต่ออุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้น และสิ่งสำคัญที่ขาดไม่ได้คือการดึงความร่วมมือของครอบครัวชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมใน

การดูแล ซึ่งจะเป็นปัจจัยสำคัญยิ่งในการที่จะผลักดันให้การดำเนินการไปได้ด้วยดี ในส่วนของการเยี่ยมบ้าน / ครอบครัวเมื่อกลับสู่ชุมชน ควรมีการคัดเลือกกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทั้งการเยี่ยมบ้านร่วมกับการให้ความรู้ รวมถึงการโทรศัพท์ติดตามในกรณีที่ไม่สามารถออกเยี่ยมบ้านได้ นอกจากนี้ การจะทำให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ เชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันการจับหัดที่บ้าน ควรเน้นกิจกรรมการให้ค้นหาปัญหา/ความต้องการ แหล่งสนับสนุนทางสังคมด้วยตนเอง รวมถึงการฝึกทักษะการดูแลตนเอง เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย/ครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะ (Recommendation)

จากการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ /งานวิจัย ที่ได้ตรงตามเกณฑ์ทั้ง 14 เรื่องมาวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูล ทำให้ได้วิธีการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน ซึ่งผู้ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะที่สำคัญต่างดังนี้

1. การดำเนินการในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด สามารถลดการกลับมาตรวจซ้ำ การกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลได้ โดยสถานที่ในการจัดกิจกรรมให้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัว อาจเป็นที่แผนกผู้ป่วยนอก (Yang,B.H.,et al, 2005;ปริเยศ ภัทรสังฆธรรม, 2546) หรือที่บ้าน/ชุมชนก็ได้ (Krieger, J.W., et al., 2005; Brown, J.V., et al, 2002; Brooten, D., et al., 2008) ดังนั้นหากมีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกันให้ครบวงจรตั้งแตอยู่ในโรงพยาบาลทั้งในคลินิกโรคหอบหืด แผนกผู้ป่วยนอก แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยใน จนกระทั่งออกจากโรงพยาบาลกลับสู่บ้าน/ชุมชน โดยต้องคำนึงถึงความเหมาะสมในบริบทของหน่วยงานแต่ละพื้นที่ ทั้งในด้านสถานที่ บุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ รวมถึงผู้ให้บริการและข้อจำกัดอุปสรรคต่างๆที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้การป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กที่บ้านมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. การให้ความรู้ ควรมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการให้ความรู้ที่ชัดเจน ทั้งกลุ่มเด็กเล็ก เด็กโต เนื่องจากการให้ความรู้ในกลุ่มเด็กเล็กจะเน้นการให้ความรู้ต่างๆแก่มารดา ผู้ปกครองที่ดูแลเด็ก ส่วนในกลุ่มเด็กโตสามารถให้ความรู้กับเด็กได้โดยตรง ซึ่งการให้ความรู้ควรแบ่งให้ความรู้เป็นขั้นตอน/ส่วนๆตามความเหมาะสม(Homer, S. D., Fouladi, R. T., 2008) โดยใช้สื่อประกอบการสอน ด้วยภาพพอลิ การใช้สื่อวีดิทัศน์ ใช้ระยะเวลาครั้งละ 20-30 นาที (ปริเยศ ภัทรสังฆธรรม, 2546; กรุณา เครือเนตร, 2551) เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าใจ และมีความสนใจอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรมีการประเมินผลติดตามเมื่อสิ้นสุดการให้ความรู้ในแต่ละส่วน สรุปผลการให้ความรู้ในแต่ละครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ชักถามปัญหาต่างๆ(ทิพาพร ยอดญาติไทย, 2551)

3. การจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการจับหัดที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินติดตามผล สภาพปัญหา ความต้องการร่วมกับครอบครัว ในการให้ความรู้ที่สอดคล้องกับความต้องการของครอบครัว ร่วมกับส่งเสริมทักษะในการจัดการโรคด้วยตนเอง (Brown, J.V., et al., 2002; Yang,B.H.,et al., 2005) รวมถึงมีการวาง

แผนการรักษา การทบทวนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วย/ครอบครัวค้นหาปัญหาด้วยตนเองและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน(McCarthy, M.J., et al., 2002) ทั้งนี้การเยี่ยมบ้านควรเลือกในกลุ่มผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดี มีการจับหัดบ่อยครั้ง ต้องมารักษาตัวที่แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หรือนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

4. การบำบัดทางจิตใจ ควรมีการประเมินสภาพจิตใจผู้ป่วย/ครอบครัวอย่างต่อเนื่องและให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา รวมถึงการคัดเลือกรูปแบบเป้าหมายที่มีปัญหาทางจิตใจ มีความเครียดวิตกกังวล โดยมีการประสานการทำงานเป็นแบบสหวิชาชีพ จากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ที่มีความรู้ความชำนาญในการบำบัดทางจิต ในการช่วยให้ผู้ป่วยเด็ก/ครอบครัว ให้เกิดการปรับเปลี่ยนทางจิตใจ มีแรงจูงใจ รวมถึงการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น ช่วยลดความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความมุ่งมั่น อดทน ในการจัดการป้องกันการจับหัดอย่างต่อเนื่อง(Yorke, J., et al, 2005.) และควรส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ฝึกอบรมในการบำบัดทางจิตเพื่อให้มีความรู้ ความสามารถและความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

5. การให้การจัดการดูแลรายกรณีโรคหอบหืด (Case management) ในผู้ป่วยเด็กและครอบครัว เป็นการทำงานประสานร่วมมือกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ โดยพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จัดการ ซึ่งการจัดการรายกรณีในเบื้องต้น จึงควรมีการคัดเลือผู้ป่วย/ครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ดี หรือมีการจับหัดบ่อยครั้ง แล้วจึงขยายการดำเนินการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยทุกราย ซึ่งการให้การจัดการดูแลรายกรณีโรคหอบหืด (Case management) ในผู้ป่วยเด็กจะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เพิ่มขึ้น ลดอุบัติการณ์การกลับมารักษาที่โรงพยาบาล และลดการมาตรวจที่ห้องอุบัติเหตุ และลดอุบัติการณ์การขาดโรงเรียนของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด (Levy M., et al., 2006. ; Krieger, J.W., et al., 2005.)

6. ควรมีการดึงความร่วมมือของชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกัน โดยมีแผนการจัดฝึกอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจ ฝึกทักษะในการดูแล จัดการเบื้องต้น แก่ อสม.ในชุมชนจนกระทั่งมีทักษะในการสื่อสารเพื่อนำความรู้ไปสอนและช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชน รวมถึงกระตุ้นให้เกิดเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในบ้านและการปฏิบัติตัวของเด็กในการป้องกันโรคหอบหืด (Brooten, D., et al, 2008) อย่างน้อยชุมชนละ 2-3 คน ทุกๆ 4-6 เดือน เพื่อให้เกิดความร่วมมือ ร่วมใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน อีกทั้งยังเป็นการสร้างแกนนำ เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดในชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่พยาบาลที่รับผิดชอบชุมชนเป็นผู้ประสานงาน และให้การช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆที่เหมาะสม

7. ควรมีการพัฒนาสื่อการสอนให้มีความหลากหลาย น่าสนใจ ทั้งแผ่นซีดี วีซีดี ประกอบการสอน สื่อการสอนสำหรับผู้ป่วยเด็กควรใช้ตัวการ์ตูนเป็นตัวดำเนินเรื่องราวต่างเกี่ยวกับโรคหอบหืด ตั้งแต่พยาธิสภาพ สาเหตุปัจจัยกระตุ้น อาการ และการจัดการ (Homer, S. D., Fouladi, R.T.,2008.) รวมทั้งการจัดทำคู่มือเอกสารที่ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายเหมาะสมกับอายุของเด็ก(Yang,B.H., et al. 2005.) มีภาพประกอบที่มีสีสันสวยงาม ดึงดูดความสนใจของเด็ก (กรุณา เครือเนตร.2551.)

นอกจากนี้ควรส่งเสริมให้เด็กมีส่วนร่วมในการจัดทำสื่ออย่างง่าย และสามารถนำไปใช้ในผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้หลากหลายทั้งในหน่วยงานและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะ (Suggestions)

1. ควรทำแนวทาง/วิธีการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน ไปพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่ชัดเจนในการดำเนินงานในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพยาบาลเยี่ยมบ้าน
2. หลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้านแล้ว ควรมีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปบูรณาการกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ทำอยู่ในปัจจุบัน และควรทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน โดยมีการระบุวัตถุประสงค์ และกำหนดตัวชี้วัดที่ชัดเจน
3. ควรมีการเขียนโครงการพัฒนาคุณภาพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เรื่อง พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน เสนอบังคับบัญชาตามลำดับเพื่อเพื่ออนุมัติโครงการ มีการทดลองใช้แนวทางการปฏิบัติก่อนนำไปปฏิบัติจริงในหน่วยงาน/ชุมชน รวมถึงมีการประเมินติดตามการปฏิบัติการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน รับฟังความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ และมีการแก้ไขปรับปรุงเพื่อใช้งานได้อย่างเหมาะสม
4. ควรมีการเผยแพร่แนวทาง/วิธีการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน หลังจากมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันการจับหัดในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน ไปยังหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกองค์กร เพื่อให้เกิดการนำไปใช้การพัฒนาจนได้แนวปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพในระดับหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและโรงพยาบาลชุมชน

PREVENTION ASTHMA ATTACKS IN CHILDREN WITH ASTHMA AT HOME: EVIDENCE-BASED NURSING

CHULARAT KARIN 5036814 NSFN / M

M.N.S. (FAMILY NURSE PRACTITIONER)

THEMATIC PAPER ADVISORY COMMITTEE: DUANGJAI RATTANATHANYA, Ph.D. (POPULATION AND DEVELOPMENT), PANUDDA PRARIYATRUK, M.Sc. (EPIDEMIOLOGY)

EXTENDED SUMMARY

Background and Significance of the Problem

Asthma is a chronic disease and major public health issue in Thailand affecting patients, families and society with impact on Thailand's economy. Asthma is encountered in all genders and ages, but is most frequently encountered in children wherein over 80% of the children exhibit their first symptoms by the age of 5 years (Pornthip Siriboonpipattana, 2001). Furthermore, asthma prevalence increases annually in populations all over the world, such as Europe, the Americas and Asia. From the 4th Annual World Asthma Conference, patients from the Asia-Pacific region lead the ranks of asthma-related mortalities wherein Japan reported 13%, which was the highest statistic, and Thailand and the Philippines reported statistics as high as 12.4% whereas former statistics over the past 15 years reported only 4.2% (Suchai Charoenrattanakul, 2004). At present, there are approximately 3 million asthmatic patients in Thailand, 13% of which are pediatric patients younger than 14 years of age (Punya Wilasinee, 2006). From a study on the frequency and the severity of asthma in a 6-8-year-old population during 2006-2007, 6.8% of the population was found to have asthma. This rate has increased so dramatically that asthma has become

a public health issue (Jarungjit Ngamphaiboon, 2007) wherein asthmatic children with severe and acute symptoms are frequently admitted to emergency units at hospitals, and the mortality rate of asthma is 0.86 per 100,000 persons with a male-female ratio of 2:1. Two out of three of all asthmatic patients were diagnosed with asthma before they reached 18 years of age. According to nationwide reports for 2004 from hospitals under the supervision of the Ministry of Public Health, it was found that 90,293 asthmatic children had been admitted into hospitals and most of these were from the northeast (28,253 cases), followed by the central region, excluding Bangkok (28,140 cases), the south (18,187 cases) and the north (16,713 cases) (Kiti Totemchoakchaikarn, 2006).

According to the medical records and statistics of Warinchumrab Hospital, Warinchumrab District, Ubonratchathani Province, it was found that the number of out-patients who were children with asthma had increased every year during the past 3 years (2006-2008) with 892, 922 and 1,025 patients for 2006, 2007 and 2008, respectively. Furthermore, the number of asthmatic children who returned for re-examination within 24-48 hours following the treatment increased from 129, to 145 and 176 persons. The number of asthmatic children who were admitted to the hospitals amounted to 75, 89 and 91 persons. Warinchumrab Hospital spent 215,405, 275,199 and 321,045 baht in 2006, 2007 and 2008, respectively for medical costs incurred by the treatment of children with asthma (Warinchumrab Information Center, 2008). From the assessment of patients who came to the emergency accident unit, it was found that 54% were pediatric patients aged 3-6 years old and most of them came to the hospital when their symptoms had become so severe that their parents could not handle the symptoms, so the doctors had to admit them into the hospital. A certain number of patients had to be re-admitted following discharged from the hospital, because the patients themselves and their families lacked understanding and also had limitations that prevented them from realizing the importance of the use of medication to continually treat asthmatic symptoms and problems regarding the use of medications, especially with regard to the use of inhalers because their understanding was that the medication was to be sprayed when the symptoms became severe, causing them to deny the use of medication when the symptoms were not very severe, even though it would have been more effective to use the medication earlier than waiting to

use the medication when the symptoms had become uncontrollable. Furthermore, they held a belief that using the inhalers could cause addiction, thus, they refused to use the inhalers, causing some children to have frequent and more severe relapses (Sirinun Bunyalipun, 2004).

Asthma is an allergy stemming from chronic infection of respiratory tract causing changes in the bronchus (Mukda Wangweerawong, 2006) and various abnormal symptoms such as coughing with mucus, coughing with difficulty, fatigue, panting and wheezing (Passakorn Sithipsuno, 2002). Patients who do not have a good control of the symptoms will frequently experience symptoms and develop so many complications that they eventually die (Asthma Foundation of Thailand, 2008). The causes or triggers of asthma include genetic factors, environmental factors, pollution (Bunyut Suksingam, 2006), viral infections of the respiratory system (Passakorn Sithipsuko, 2002), over exercise and changes in weather or climate (Asthma Foundation of Thailand and the Asthma Club, 2008). The disease affects the patients, their families and the society as well as the country's economy in various aspects.

In treating asthma, the objective is to reduce the pediatric patients' symptoms so they can perform their activities normally, avoid triggers that exacerbate the illness and use those medications correctly. It has been found that other methods than the use of medications can be used for the prevention of symptoms as well and effective methods should be taught by using the program "Kickin' Asthma" (Magzamen. S., Patel. B., Davis.A., Edelstein. J., Tager. I. B.,2008) to provide knowledge and warning, to educate on asthma basics, asthma triggers and indicating symptoms, the use of medications and emergency remedies with in-depth knowledge on asthma (Ng, D.K., Chow, P,U., Lai,W, P., Chan, K, C., Chang, B,L., So, H, Y.,2006). Moreover, Asthma Case Management was established to help reduce school absenteeism and the necessity to receive treatment at the hospital at a school in Memphis by the implementation of an asthma case management program (Levy, M.,Heffner, B., Stewart T.,Beeman G.,2006) which resulted in improved quality of life with reduced treatment expenses and decreased disabilities or life-threatening risks from asthma (Jones,M. A.,2008) in addition to the management of self-care by patients and parents. Caregivers are important, both in terms of risk factors, needs, various impacts and knowledge about asthma triggers and the management of these triggers.

Management will provide patients and parents with improved knowledge and ability to manage asthma (Waliser, N.N., Misener, M., Mersman, C., Lincoln, P., 2004) while further promoting family participation in the healthcare promotion of school aged children with asthma (Preeyada Pattarasatjatam, 2003) so family members will be able to take part in home-based treatment and care.

Currently, Warinchumrab Hospital has established an Asthma Clinic in order to provide care and services to both child and adult asthmatic patients using the nursing practice guidelines for caring for asthmatic patients in the hospital. Asthma is one of the ten illnesses the hospital has pinpointed as requiring guidelines for home-based care wherein the home visiting units of the hospital will provide constant care at home/in the community when the patients are discharged from the hospital, which involves systematic nursing care and treatment from the time the patients are admitted to receive hospital service until they return to the community. However, the problems of increasing numbers of patients, patients who return to the hospital for treatment and patients who return to the hospital for re-examinations within 24-48 hours continue to be encountered. Also included is the problem of aggressive nursing treatment which continues to have vague guidelines for the treatment and care of pediatric asthmatic patients in preventing the occurrence of asthma attacks. Moreover, patients, parents and families continue to lack genuine understanding about the occurrence of the disease and fail to realize the importance of avoiding the asthma triggers that are the source of the disease. which some family in community that burn carbon due to triggers asthma attacks. Problem using inhaler Furthermore, don't awareness continue care. Including some patients don't receive controller medicine (Asthma clinic, Warinchumrab, 2009) Furthermore, avoiding various triggers cause some children to suffer relapses with greater frequency and severity (Sirinan Bunyalepan, 2004). Consequently, patients and their relatives become frightened and lack confidence in their own self-efficacy because they are afraid of the symptoms involving difficult breathing wherein patients may stop breathing or even die. Thus, relatives and families are unable to manage and care for the patients in order to relieve those symptoms until the patients and relatives are required to make repetitive trips to the hospital.

As a nurse involved in the care of children with asthma in the Warinchumrab District so the patients and their relatives practice continual prevention of asthmatic symptoms at home with maximum efficiency, the researcher has become interested in exploring the prevention of asthmatic symptoms in pediatric patients using evidence based practices for use as a nursing practice guideline to facilitate nurses in health services at the primary care and home visiting nurses so they can prevent the symptoms with efficiency and in the same direction. Moreover, the patients and families will have correct knowledge about proper treatment and prevention of the disease as they reap great benefits in terms of disease control, directly and indirectly reducing economic wastefulness for both families and the nation, which will promote the patients' complete physical and mental growth to full capacity with improved quality of life.

Research Issues

Asthma is a chronic disease frequently encountered in children and causing physical, psychological and lifestyle impacts for patients as quality of life for asthmatic children diminishes and familial roles, family relationships and family economy are affected in addition to impact on society and the economy which will suffer increased losses in terms of treatment expenses due to hospital re-visits for patients and re-admissions to the hospital.

Asthma is one of the ten diseases hospital pinpoint as requiring development of guidelines in providing care for asthmatic children from the time they receive treatment in hospital to when they return to the community. At present, work units provide care for asthmatic patients by using guidelines in providing care for asthmatic children in hospital, including having an asthma clinic to provide services for asthmatic children and adults with treatment from the time the patients come to receive services in the hospital to when they are discharged. The problem of increasing numbers of patients, however, remains an obstacle and the number of patients re-visiting the hospital or returning for re-examination at the hospital involves the problem of providing aggressive nursing care in asthmatic children at home which constitutes nursing care as a link between home/community and hospital in order to prevent asthma attacks. The main issues to which primary healthcare units and

responsible nurses must respond are: Will there be any methods to prevent asthma attacks at home? How should home-visits and instruction for patients and families be when they return to the community? Will there be any methods to provide patients and families with accurate knowledge, understanding and confidence in their capacity to care for asthmatic pediatric patients at home and create confidence in preventing asthma attacks in pediatric patients at home?

Therefore, studies must be conducted with the objective of providing a synthesis of the body of knowledge for the prevention of asthma attacks at home in children with asthma to prevent asthma attacks in asthmatic children at home for implementation of a practice guideline that will help primary care units and home visiting nurses to prevent asthma attacks effectively and in the same direction, which will be of maximal benefits to patients, families and work units while generating satisfaction in patients and relatives toward the services they receive.

Purpose of the study

To provide a synthesis of the body of knowledge for the prevention of asthma attacks at home in children with asthma.

Research Methodology

1. Set the scope of the review and search for evidence-based .

Specify the search framework by using the framework of PICO (Craig, 2002) with search objectives for relevant evidence-based as follows:

P (Population) is school aged asthmatic children, fathers, mothers, caregivers and families

I (Intervention) is the prevention of asthma attacks at home which emphasized instruction regarding asthma and practice of self-care skills by patients and families

C (Comparison Intervention) does not need to be compared

O (Outcome) is the reduction of asthma attacks at home, increased instruction on asthma, reduction of re-examinations or re-visits to the hospital and increased quality of life for asthmatic children.

By using all types of literature in Thai or English in full version in both

randomized controlled experimental researches or evidence acquired from systematic literature review, experimental researches, quasi-experimental researches, observational researches, descriptive researches, thesis dissertations, articles and summaries from experts who studied school aged asthmatic children, fathers, mothers, caregivers and families regarding activities/programs for preventing asthma attacks at home, which emphasized instruction about asthma and practice of self-care skills of patients and families so knowledge about asthma was increased, asthma attacks at home were reduced as were re-examinations or re-visits to the hospital while quality of life was improved for asthmatic children by using evidence-based practices published between 2000-2009.

2. Search for evidence-based practices

2.1 The key words in searching for evidence-based practice were asthma and children and /or prevention and home, asthma and childhood and /or education program and home, asthma and schoolchildren and/or or education program, asthma and schoolchildren and/or prevention, asthma attacks and children and/or education program and community, asthma attacks and prevention and home, asthma attacks and prevention and community, asthma and parents and/or self management and/or quality of life, asthma and caregiver and/or quality of life and home, asthma and family and/or knowledge and community, reduce asthma and /or education program and community, asthma and children and re-visit and /or intervention and/or program, asthma and children and re- admit and /or intervention and/or program

2.2 The databases/sources used in the search consisted of PUBMED, CINAHL, Journal@Ovid Full Text, Blackwell Synergy, Science Direct, Cochrane, Pro Quest Nursing & Allied Health Source, Springer Link, which are considered health science databases with services through the data system of the library of Mahidol University. The searches from online search services by the internet websites for institutions or various organizations providing services in revealing relevant medical information linking the service network to the institutions or organizations to receive the full versions of articles or magazines consisted of the Chiang Mai University Library Office (<http://library.cmu.ac.th>), the Burapa University Library Office (<http://library.buu.ac.th>), Khon Kaen University Library Office (<http://library.kku.ac.th>).

Manual searches consisted of searches from academic magazines, thesis dissertations, thematic papers, lists of reference documents or bibliographies at the end of relevant research reports in libraries under the jurisdiction of Mahidol University.

3. Selection of evidence-based practices and quality evaluation.

All of the research obtained was reviewed and selected by analysis by employing the following criteria (Wilaipan Sombuntanon, 2008; Melnyk, Fineout-Overholt, 2002 referred in Fongkam Tiloksakunchai, 2006) clinical relevance, scientific merit, implementation potential, which was considered in terms of three issues consisting of transferability of the findings, feasibility of implementation and cost-benefit ratio. The levels of evidence-based practices were evaluated by using the criteria of Melnyk and Fineout-Overholt (2005) by dividing the studies into the following 7 levels:

Level I) Meta-analysis of experimental researches with randomization and all controlled or evidence acquired from systematic reviews or clinical practice guidelines created from evidence-based practices acquired from systematic reviews of literature of experimental researches with randomization and control groups; Level II) Evidence acquired from randomized controlled trials or experimental studies with randomization; Level III) Evidence acquired from well-designed experimental researches with control groups but no randomization (quasi-experimental study); Level IV) Evidence acquired from well-designed retrospective and prospective cohort studies; Level V) Evidence acquired from systematic literature reviews of descriptive or qualitative researches; Level VI) Evidence acquired from single qualitative or descriptive researches and Level VII) Researches acquired from experts in groups of specific professions and/or specific reports from a committee of qualified experts.

Research Findings

The findings of the search for evidence-based practices by using specified keywords revealed 14 researches that met the specified criteria: 1 Systematic Review; 4 Randomized Controlled Trials; 7 quasi-experimental studies; 1 well-designed retrospective or prospect cohort study and 1 study acquired through systematic review of a descriptive or qualitative research. When the studies were organized according to the level of evidence or research according to specified criteria it was found that 1

study was Level I research; 4 studies were Level II research; 7 studies were Level III research, 1 study was Level IV research and 1 study was Level V research. The studies were submitted to data analysis and synthesis whereby guidelines were obtained for organizing programs/activities to prevent asthma attacks in asthmatic children according to nursing roles as follows:

1. Instruction: Knowledge is important in enabling patients and families to take care of themselves and prevent asthma attacks in children when they return from the hospital to their homes/communities. Knowledge can be provided individually or in groups and it will cause patients to have more knowledge and skills in managing their own disease (Yang, B.H., et al., 2005 ; Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008; Butz, A. M., et al., 2005.) with reduced degrees of illness in children while reducing the number of times treatment is received due to relapse (Brown, J. V., et al., 2008), so asthmatic children and families will practice improved healthcare behavior (Karuna Kreunaet, 2008; Tipaporn Yotyathai, 2008, leading to improved quality of life for both patients and families (Yang, B.H., et al., 2005.; Brown, J.V., et al., 2002.).

Instruction of target groups should contain educational content consisting of knowledge regarding the meaning of asthma, pathology, symptoms, causes, asthma triggers and relapse and complications (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008; Newcomb, P., 2006.), promotion of knowledge regarding the prevention and control of asthmatic symptoms, avoidance of stimulating factors and self-care of asthmatic patients (Yang, B.H., et al., 2005.; Brooten, D., et al., 2008.), management of skills in using inhalers and exhalation dosages, solving problems on their own (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008.), management of asthma and stimulating factors in the home environment (Levy, M., et al .,2006.), monitoring symptoms in asthmatic children by teaching then to specify asthmatic symptoms correctly from the early symptoms to the symptoms in the final stages of the disease (Butz, A. M., et al., 2005.), evaluations of environmental structures in the house, sources of support for reducing contact and improving home care and maintenance (Krieger, J.W., et al. 2005), educating patients, fathers, mothers, guardians and other family members from the time the patients come to receive services at the Out-Patient Department\Emergency Department to when they are in the community. In instructing of targets, nurses should be used methods and media as follow 1) In instructing sick children, the educator should have knowledge of asthma,

prevention, use of medication to control symptoms, avoiding of stimulating factors and self-care by letting children read simple handbooks with appropriate language for children including have uses of cartoon characters as media for children to understand easily (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008.), motivating the children to ask questions as they distributed homework by themselves (Yang, B.H., et al. 2005.) 2) Mothers, guardians and families should be educated by watching video media with flipcharts about asthma, demonstrations in using inhalers and should be allowed to practice using inhalers in order to have greater understanding (Karuna Kreunaet, 2008). Including teaching comparison of a child normal breathing to breathing and patterns noted during an acute asthma episode, counting the child respiratory rate and use of a PFM in children over 5years of age (Butz, A. M., et al., 2005).

2. Arrangements for instruction and behavior adjustment activities, which are continual activities in the care of patients both in terms of providing knowledge, practicing skills in self-care management in the Out-Patient Department/Accidents Department, Emergency Room and in the community with home visits and psychological therapy should concur with nursing roles as follows:

2.1 The instructional activities for patients/families at the Out-Patient Department/Emergency Accidents Department were aimed at imparting knowledge and skills in self-management of asthma for patients/families by promoting perception of self-efficacy with emphasis on family participation by providing knowledge for children and fathers/mothers about asthma and practice methods in health promotion for asthmatic children while promoting children to evaluation lung performance capacity and allowing children and fathers/mothers to see models or symbols through handbooks (Preeyada Pattarasatjatam., 2003) by having the children read the handbooks and motivating the children to ask questions as they distributed homework by themselves (Yang, B.H., et al. 2005.) which required a minimum time period of approximately 40-50 minutes per session (Yang, B.H., et al. 2005.).The instruction should also be divided into processes or parts regarding planning of self-management in children who live at home/in communities (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008.). Furthermore, family members will be interviews in order to increase understanding following the instruction (Brooten, D., et al., 2008) and instruction should be provided on days the patients come to be examined by appointment with follow-up outcome evaluation at

every home visit by using forms, methods, media and instruments used in the instruction consisting of the following details:

2.1.1 The instruction designs should provide opportunities for patients and families to participate with support, encouragement and stimulation for patients and families to perceive their roles (Preeyada Pattarasatjatam., 2003). During the instruction, there should be opportunities for patients and families to ask questions about various doubts and feedback evaluation by questioning along with observation of practice (Tipaporn Yotyathai., 2008), including the use of existing strong points and capabilities in discovering needs while seeking and using social sources of benefits and support (McCarthy, M.J., et al., 2002).

2.1.2 The use of video media to present models for the care of asthmatic children (Preeyada Pattarasatjatam., 2003; Karuna Kreunaet, 2008), including the use of cartoon characters as media for instruction on the pathology of asthma, symptoms and skills management in using inhalers and exhalation doses (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008.).

2.1.3 Instructional and skills practice handbooks on the self-care management of asthmatic children to be used with instruction and for patients and families to take home for continued review at home (Yang, B. H., et al., 2005; Karuna Kreunaet, 2008; Preeyada Pattarasatjatam, 2003) and to use as nursing guidelines according to the conditions of problems encountered in each patient according to the jointly specified plans in order for family participation (Tipaporn Yotyathai., 2008).

2.2 Home visits constitute continual follow-up care at home, which will reveal the family environment and enable greater understanding of patients and their families while also enabling implementation of knowledge as suitable for the families of patients. In home visits, nursing care is provided along with consultation, promotion of knowledge and skills in managing disease on their own in terms of asthma, prevention, use of medication to control symptoms, avoidance of asthma triggers and self-care (Yang, B.H., et al., 2005). Also included are developments of levels of appropriate participation in the management of asthma with the specific objectives of visiting homes, motivation for adjustment of instruction to contain characteristics to fit the needs of families with development of instruction as

appropriate for children and caregivers in the house while visiting different homes. (Brown, J.V., et al., 2002). Additional actions included continual follow-up with healthcare at home in compliance with the GINA Pediatric Guideline 2004 to follow-up and evaluate every home visit outcome (Tipaporn Yotyathai, 2008). Each home visit will contain other various activities as well including instruction, follow-up telephone calls, skills practice in self-care management and psychological therapy with the following details:

2.2.1 Home visits, instruction and instructional methods on asthma are important for patients and families to understand the basics of asthma, both on the subjects of pathology, causes, stimulating factors, symptoms and asthma management, including assistance in access to prevention exchanges and assistance when there are immediate asthmatic symptoms (Butz, A. M., et al., 2005). There are also various instructional process in the form of both individual and group instruction by allowing patients and families to participate in support and encouragement as nurses motivate patients and families to perceive their roles (Preeyada Pattarasatjatam., 2003) and opportunities are given to patients to ask about various problems and questions with have feedback evaluations by inquiry with observation. This period of instruction will be provided during the 6 home visits and require 1-2 hours per visit (Tipaporn Yotyathai, 2008). Instruction alone, however, may not be as effective as it ought to be. Therefore, other actions will also have to be performed. Home visits are considered suitable activities for evaluating and following-up on continual care at home which also includes the evaluation of physical conditions, environmental backgrounds and environments triggering asthma and control (Newcomb, P., 2006) with evaluation of knowledge and capabilities in home practice and self-management of asthma. Also included are treatment planning, review and adjustments at each home visit.

2.2.2 Home visits with follow-up telephone calls, which are already practiced in service facilities and constitute continual follow-up on home-based healthcare in various areas, including discovery of problems or needs of patients, treatment plans and adjustments at each home visit according to the problems and needs of patients and families. Home visits, however, are activities requiring staff to visit homes, which creates problems in terms of staff shortages, which prevents staff

from visiting the homes of all patients or visiting frequently. Therefore, the method of follow-up telephone calls was used to evaluate and follow-up on the health conditions of patients and families, including various problems or obstacles encountered (Preeyada Pattarasatjatam., 2003; McCarty, M. J., et al., 2002; Newcomb, P., 2006).

2.2.3 Home visits with practice of management skills, self-care and self-care management skills are also another activity wherein patients and families can practice solving various instruction on their own after receiving knowledge regarding asthma in various areas. When patients and families practice solving and managing various problems on their own, a variety of skills will be developed, thus instilling patients and families with confidence in managing asthma on their own, which will give the patients and families better knowledge of asthma and reduce emergency visits for treatment or medical care at the Accident Department while further resulting in less absenteeism for the children at school (Levy M., et al., 2006). In addition to practicing self-care management skills, there should be outcome evaluations in practicing/self-care management skills in various areas, including problems and obstacles. Therefore, there should be periodic follow-up home visits.

2.3 Psychological therapy will bring about behavioral changes through implementation along with self-care instruction of patients/families. There are several psychological therapy methods, such as relaxation by bio-feedback and the use of program relaxation, reflective thinking and consultation (Yorke, J., et al., 2005) aimed at helping child-patients/families experience psychological changes, motivation, greater perception of self-efficacy and reduced anxiety, so patients and families will have determination, endurance and effort in continual management to prevent asthma attacks until goals are successfully met.

3. The method of preventing asthma attacks in asthmatic children at home by proceeding with activities successfully and effectively will also depend upon cooperation of patients and families and community participation in addition to the health staff which is considered a significant factor in driving the activities to success and creating sustainability in the community. Furthermore, asthma can also be managed in separate cases and empowerment is the stimulator in motivating individuals with determination to perform activities according to the following details:

3.1 Participation of patients and families is a method that creates joint care by family members with stimulation, encouragement, support, consultation, recommendations on guidelines and the process of joint decisions in the care of patients. In providing assistance to families, teaching family members to take care and promote their own health with family participation in promoting the health of school aged asthmatic children will promote perception self-efficacy on the parts of patients and families in providing care and management in various areas, such as prevention and self-care, for greater effectiveness (Preeyada Pattarasatjatam., 2003).

3.2 Community participation (networks) attracts the cooperation of village public health volunteers trained in asthma risks, asthma triggers in homes and asthma prevention or with skills in communication to instruct and help others in the community, including motivation toward changes in home environments and behaviors of children in preventing asthma (Brooten, D., 2008) wherein the responsible PCU staff are caregivers and basic coordinators. The professional nurses responsible for the actions will be instructors to direct, follow and support academic media while providing help to solve various instruction.

3.3 The use of empowerment is a method that stimulates patients and families to exchange and solve various instruction by empowerment in providing knowledge on asthma by using existing strong points and capabilities in searching for needs and the use social sources of benefit and support (McCarthy, M.J., et al., 2002) which prompt exchanges among individuals/families, including responses to various personal needs while creating expertise and skills in developing to solve instruction on their own.

3.4 Case Management is outcome management with the cooperation of staff on a collaborative team with planning of Clinical Pathways, which will include an essential pathway for determining desired outcomes from care and having a Case Manager to coordinate the provision of care, communicating as applicable to patients' and relatives' needs, including following-up to ensure continual care of the patients which is considered a nursing role in the implementation of case management in communities to help in managing or providing specific care for individual children with asthma (Levy M., et al., 2006). There will also be a professional nurse who will be the Case Manager and contact the family at 4-8

consecutive visits (Krieger, J. W., et al., 2005) which will require visits of approximately 30-50 minutes each (Krieger, J. W., et al., 2005; Newcomb, P., 2006; Yang, B. H., et al., 2005) followed by home visits at one month another at 3 months/time. Other visits will be planned as necessary and there will be telephone calls in cases of nursing care during visits. At the first visit, background information will be collected regarding asthma, allergies, practices regarding physical evaluation and instruction of patients and families regarding pathology, symptoms, management, practice for preventing relapse of the disease and treatment results and techniques in using inhalers. Each family will receive treatment plans at the end of the visit regarding medicinal treatments and environmental nursing care. The next visit will emphasize physical evaluation and stimulation of instruction including impacts on children (Newcomb, P., 2006).

4. The organization of programs/activities for preventing asthma attacks in asthmatic children requires teamwork from executives, healthcare teams in hospitals, primary care units, patients, family members and the community; therefore, there must be preparations in the area of service providers and service users, including program/activity outcome assessments made according to the following details:

4.1 Preparations in the area of service users, which have various levels from executives to staff on health teams providing services who must be prepared in order to be aware of the same guidelines, including preparations of public relations media and equipment as follows:

4.1.1 Executives: Nurses responsible for proceeding with activities are to arrange programs/activities and present them within the group by presenting to relevant supervisors of agencies in order to request approval of budgets and organize staff to help proceed according to the planned program/activity.

4.1.2 Staff: Nurses responsible for proceeding with instructional activities/programs must be professional nurses having passed training in the employment of activities/programs aimed at instilling confidence and going in the same direction with specific objectives in each part and people to direct and guide (Brown, J. V., et al., 2002). In addition, the nursing instructors must use the same guidelines prepared (McCarthy, M. J., et al., 2002). Before proceeding with the activity, nurses should meet with nurses stationed at the Out-Patient Department and

nurses stationed at the Primary Care Unit participating in the care of asthmatic children in order to explain the objectives and various procedures, also requesting cooperation in conducting activities for patients and families (Karuna Kreunaet., 2008).

4.1.3 Instructional Media: Video media will be used to present models in the care of asthmatic children (Karuna Kreunaet., 2008) and handbooks for educating and practicing self-care management skills with asthmatic children (Karuna Kreunaet., 2008). The content of the video contained definitions, pathology, symptoms, causes, asthma triggers and complications (Newcomb, P., 2006), evaluations of environmental conditions in the house (Krieger, J. W., et al., 2005: Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008), asthma risks, asthma triggers in the house, asthma trigger prevention and control (Brooten, D., et al., 2008), the use of inhalers and exhalation doses (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008).

4.1.4 Public relations / building relationships with patients and families: information should be disseminated to patients and families and a relationships between nurses and patients/families should be built as nurses introduce themselves and explain various details (Tipaporn Yotyathai., 2008), inform the patients of the objectives, procedures for the activities involved in each process of each nursing care/home visits (Newcomb, P., 2006) so patients, fathers/mothers/families will be able to perceive their roles in the organized activities.

4.2 Preparations in the area of service users, arrangements of activities/programs must consider suitability and readiness of the group of service users, both terms of age, health condition and caregivers while there should be specifications of inclusion criteria for selecting service users to participate or withdraw from activities as follows:

4.2.1 Inclusion criteria for patients to participate in the activities:

- 1) School children aged 6-12 years with moderate or severe asthma (Butz, A. M., et al., 2005; McCarthy, M. J., et al., 2002).
- 2) Diagnosis with asthma by a doctor with no risk factors to increase degree of illness, receipt of asthma treatment medication every day by using at least 1 inhaler in the treatment (Butz, A. M., et al., 2005; Brown, J. V., et al., 2002).
- 3) Children who have received care and treatment for asthma during the past year and experience with prevention during the past 12 months (Horner, S. D., Fouladi, R. T.).

4) The children and caregivers/family must have good perception, capability to communicate in Thai and willingness to cooperate in participating in the activity.

4.2.2 Exclusion criteria for patients ineligible for participation in the activity consisted of the following:

1) Patients must not have joint disease or other chronic diseases or other diseases with limitations, such as heart disease, pulmonary edema, severe asthmatic attacks or necessity to wear respirators (Krieger, J.W., et al. 2005; McCarthy, M.J., et al., 2002).

2) No risk factors that will increase their degree of illness (Butz, A. M., et al., 2005.; Brown, J.V., et al., 2002.).

4.2.3 Physical evaluations of patients should proceed at the recommendations of doctors and/or as suitable for patients as follows: Background checks on physical conditions, evaluation of asthmatic symptoms in the asthmatic children (Karuna Kreunaet, 2008). Physical evaluations for patients should be performed by the doctor who provides treatment so decisions can be made for patients to participate in the activity/program and the patient must have no joint diseases or other chronic diseases or other diseases with limitations e.g. heart disease, pulmonary, severe asthma attacks or necessity to wear respirators (Krieger, J.W., et al. 2005.; McCarthy, M.J., et al., 2002.).

4.3 Outcome evaluation: The outcomes of programs/activities are important and must be set from the time the plans are made and the process for outcome evaluation must comply with the plans set while the outcome of the program/activity depends upon the characteristics of the activity. The outcomes of managing prevention of asthma attacks at home can be measured by the program/activity conducted as follows:

4.3.1 Patients, parents or caregivers of asthmatic children have increased knowledge about asthma and the control of the disease, greater decision-making capacity with greater ability to provide care for parents of asthmatic children (McCarthy, M. J., et al., 2002; Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008; Brooten, D., et al., 2008; Karuna Kreunaet, 2008).

4.3.2 Asthma Management Practice skills must be had

on the topic of promotion of correct use of asthma medication, uses of asthma medication during respiratory infections and monitoring for warning signs of asthma. Caregivers are to report the frequency of the 16 symptoms that must be managed and must have skills in preventing diseases, number of family members that smoke, instruction and problems of cockroaches (Butz, A. M., et al., 2005.; Brown, J.V., et al., 2002.).

4.3.3 Increase quality of life for asthmatic children (Yang, B.H., et al., 2005.).

4.3.4 Reduced occurrence of re-examination at the hospital and reduced examinations at the Emergency Room (Levy M., et al., 2006; Krieger, J.W., et al., 2005; Newcomb, P., 2006.)

4.3.5. Reduction in the number of days asthmatic children miss school (Levy M., et al., 2006.; Krieger, J.W., et al., 2005.).

4.3.6. The healthcare team staff and village public health volunteers (Or Sor Mor.) must receive training about the disease, management and instruction about asthma. (Horner, S. D., Fouladi, R. T., 2008.)

Recommendations

From the analysis and synthesis of 14 evidence-based practices/researches that met the criteria, methods for prevention of asthma attacks in asthmatic children at home were acquired. Thus, the researcher offers the following various significant recommendations:

1. Preventive measures to avert asthmatic attacks in asthmatic pediatric patients can reduce re-examination and readmission rates. The facilities holding activities for patients and families may be out-patient departments or (Yang, B.H., et al., 2005; Preeyada Pattarasatjatam, 2003) homes/communities (Krieger, J.W., et al., 2005; Brown, J.V., et al., 2002; Brooten, D., et al., 2008). Therefore, if systematic management is connected with comprehensive care from the time the patients are hospitalized in asthma clinics, out-patient departments, emergency-accident departments and in-patient departments until patients leave the hospital and return to their homes/communities with consideration for suitability in the settings of agencies in each area, including facilities, personnel, instruments, various equipment and service users with potential limitations/obstacles, the prevention of attacks in pediatric patients at home will be more effective.

2. In terms of education, target groups should be clearly specified in groups of younger and older children because education in groups of younger children emphasizes educating mothers and guardians. In groups of older children, the children can be educated directly. Education should be categorized into procedures/parts as appropriate (Homer, S. D., Fouladi, R. T., 2008) by using educational media such as flip charts and video media for periods of 20-30 minutes (Preeyada Pattarasatjatam, 2003; Karuna Kreunet, 2008) so target groups will understand and maintain constant interest. Furthermore, follow-up outcome evaluations should be conducted following each part of the education and the educational intervention outcomes should be summarized each time to gain understanding and create opportunities for exchanging opinions and asking questions on various problems (Tipaporn Yotyadthai, 2008).

3. Activities to prevent asthma attacks are held at home by visiting homes to perform follow-up outcome evaluations, problematic conditions, mutual family needs so education can be provided in agreement with family needs and promotion of disease management skills (Brown, J.V., et al., 2002; Yang, B.H., et al., 2005) including treatment plans, reviews and behavioral adjustments by letting patients/families discover problems on their own and jointly find solutions or guidelines (McCarthy, M.J. et al., 2002). Home-visits should be selected in the group of patients with poor control of the disease, frequent asthma attacks that require treatment at the Emergency-Accident Department or hospital admission.

4. Psychological therapies should include constant evaluations of patient/family psychological conditions and provide assistance according to the conditions of the problems, including selection of target groups with psychological problems, stress, and anxiety by multi-disciplinary coordination among psychiatrists, psychiatric nurses and social workers with knowledge and expertise in psychological therapies to help pediatric patients/families have psychological adjustments, motivation and higher perception of self-efficacy to help reduce anxiety, so patients and families will have determination and endurance in continual management to prevent asthma attacks (Yorke, J., et al, 2005.). Furthermore, nursing personnel should be promoted in receiving psychological therapy training to gain knowledge, ability and confidence in providing care and support for patients and families.

5. Case management in pediatric patients and families means cooperation between the multi-disciplinary team with professional nurses as managers. In basic case management, patients/families with complicating problems and inability to control

symptoms of the disease effectively or frequent asthma attacks should be selected. Then case management should be expanded to every patient. Case management in pediatric patients will enable patients and families to gain greater knowledge, while reducing the incidence of repeated hospital treatments and examinations at accident rooms and further reducing the occurrence school absenteeism in asthmatic children (Levy M., et al., 2006. ; Krieger, J.W., et al., 2005.).

6. Community cooperation should be included in participation in the prevention by making plans for arranging training to provide knowledge, understanding, care-giving skills, basic management to PHC in the community until they obtain communication skills to teach and help others in the community, while triggering environmental changes in the homes and behaviors of children toward asthma prevention for (Brooten, D., et al., 2008) at least 2-3 individuals in each community every 4-6 months in order to build cooperation and unity in helping one another in the community and create leading factions of networks for the care of asthmatic pediatric patients in the community with nursing personnel responsible for the community as coordinators in providing support in various appropriate areas.

7. Educational media should be improved in terms of variety and attractiveness in educational CDs and VCDs. Educational media for pediatric patients should implement cartoon figures on various topics regarding asthma from pathology, etiology, triggering factors, symptoms and management (Horner, S. D., Fouladi, R.T., 2008) including arrangements of handbooks with simple language appropriate for the ages of the children (Yang, B.H., et al 2005.) and colorful pictures to attract children's attention (Karuna Kreunet. 2008.). Furthermore, children should be encouraged to participate in simple media arrangements that can be implemented in various pediatric patients and families in the unit and associated networks.

Suggestions

1. Guidelines/methods for preventing asthma attacks in asthmatic children at home should be developed into nursing practice guidelines for preventing asthma attacks in asthmatic children at home in order to acquire clear clinical nursing practice guidelines for working in primary care units and at home visits by nurses.

2. After developing nursing practice guidelines for preventing asthma attacks in asthmatic children at home, nursing practice guidelines should be integrated

with existing nursing practice and research should be conducted on the effects of nursing practice guidelines for preventing asthma attacks in asthmatic children at home with clearly specified objectives and indicators.

3. A quality development project should be drafted by using the evidence-based practice named “Development of Nursing Practice Guidelines in Preventing Asthma Attacks in Pediatric Patients with Asthma at Home” for proposal to the administration for approval of the project with trial-implementation of the practice guidelines prior to real implementation in agencies/communities, including evaluation for follow-up on practice to prevent asthma attacks in asthmatic children at home wherein the opinions of practitioners should be heard and improvements made toward effective use.

4. The guidelines/methods for preventing asthma attacks in asthmatic children at home should be disseminated to relevant network agencies both inside and outside of the organization following the development of the nursing practice guideline for preventing asthma attacks in asthmatic children at home in order to ensure implementation and improvement until an effective practice guideline at the levels of primary care units and community hospitals has been obtained.

รายการอ้างอิง

- กรุณา เครือเนตร. (2551). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดวัย 1-6 ปี ของครอบครัว. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- กิตติ โตเต็มโชคชัยการ. (2549). โรคหอบหืด. Retrieved February 12, 2551, from http://www.sunshinefm.com/songkhla/index.php?type_page=news&f=1&id=604.
- กัลย์ กาลวันตวานิช. (2546). New Insights in Pediatric Critical Care. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนเอ็นเทอร์ไพรซ์.
- จรุงจิตร งามไพบูลย์. (2550). อุบัติการณ์โรคหอบหืดในเด็กย่านเอเชียเพิ่มสูงขึ้น. Retrieved February 12, 2552, from <http://www.sk-hospital.com/skmessage/viewtopic.php?t=3790&sid=207cd97f4c27f4f5a19b5b8e2c87cda2>.
- ฉันทนันทน์ อารีย์การเลิศ. (2550). การจัดการของผู้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดในเด็กโรคหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทิพาพร ยอดญาติไทย. (2551). ผลการประยุกต์ใช้แนวทางของ GINA Pediatric Guideline ต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดวัย 0-6 ปีของครอบครัวคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- บัญญัติ สุขศรีงาม. (2549). โรคหอบหืด. Retrieved February 24, 2551, from <http://asthma.or.th/asthma.php?id=37>.
- ปัญญา วัลลภสินี. (2549). โรคหอบหืด. Retrieved February 13, 2551, from http://www.sunshinefm.com/songkhla/index.php?type_page=news&f=1&id=604.
- ประทีป สุชีลักษณ์. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการจัดการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดในหน่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ปรียะดา ภัทรสังขธรรม. (2546). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพ ศิริบุรณ์พิพัฒนา. (2544). *การพยาบาลเด็กเล่ม 2*. นนทบุรี:โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมชนก.
- พรรณทิพา นัตรชาติ. (2550). *โรคหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน: Pediatrics:Self Sufficiency and Optimal Child Care*. สุชาดา ศรีทิพวรรณ, ชัยณู พันธุ์เจริญ และอุษา มัสยากร.(บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : บริษัทนาเพลส.
- พัชรินทร์ เวียงแก้ว. (2540). คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ไพศาล เลิศฤดีพร. (2549). *โรคหอบหืด*. Retrieved February 13, 2551, from [http:// www. 89power zone.com/topic_detail.php?id=8312](http://www.89powerzone.com/topic_detail.php?id=8312).
- ไพศาล เลิศฤดีพร. (2550). *โรคหอบหืด: The Essentials of Pediatric Respiratory Care*. อรุณวรรณ พุทธิพันธ์, ธิดา ชัยสุขมงคลลาภ, จงรักษ์ อุดรราชศักดิ์กิจ, หฤทัย กมลภรณ์และธีรเดช กุปตานนท์.(บรรณาธิการ.). กรุงเทพมหานคร : ปิยอน เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- พองคำ ดิลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ : การประยุกต์ในการพยาบาลทารกแรกเกิด*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ฟรี-วัน.
- ภาสกร ศรีทิพย์สุโข. (2545). *ตำรากุมารเวชศาสตร์คลินิก*. กรุงเทพมหานคร: บั๊กเน็ต.
- มุกดา หวังวิวัฒ. (2549). *ศรีสุกัลยา ส่องกาลวณิช, ชัยสิทธิ์ แสงทวีสิน, สมจิต ศรีอุดมขจรและสมใจ กาญจนางศ์กุล*.(บรรณาธิการ.). กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.
- มูลนิธิโรคหืดแห่งประเทศไทย. (2551). *โรคหอบหืด*. Retrieved March 18, 2552, from [http://100 yfund.dent.psu.ac.th/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=44](http://100yfund.dent.psu.ac.th/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=44).
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). *การพยาบาลครอบครัว แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้*. กรุงเทพมหานคร: วิเจ พรินติ้ง.
- วรรณ เรืองลาภอนันต์. (2543). ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อเด็กป่วยวัยเรียนและครอบครัว. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลพรรณ สมบุญตนนท์. (2551). *การวิเคราะห์วิจารณ์และประเมินคุณภาพงานวิจัย*. เอกสารประกอบการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาทีนิ เพชรอุดมสินสุข. (2547). การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดก่อนกลับบ้าน . วารสารกุมารเวชสาร, 11(2), 14-16.

- สิรินันท์ บุญยะสิทธิ์พรณ. (2547). โรคหืด ผลกระทบมากกว่าที่คิด. Retrieved March 20, 2552, from http://ecurriculum.mv.ac.th/library2/clinic/clinic2/ent_allergy001.html.
- สุชัย เจริญรัตนกุล. (2547). โรคปอดและหอบหืด. Retrieved February 27, 2551, from <http://www.newswit.com/news/2005-05-03/765d2556b8ef36be09a25d17e4571b70/>.
- สุพิชชา แสงโชติ. (2547). *Peadiatric Respiratory Crinical Care*. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนเอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์. (2541). บทบาทพยาบาลกับโรคหอบหืด. *วารสารกุมารเวชศาสตร์แห่งประเทศไทย*, 2(1), 15-19.
- หทัยรัตน์ ชื่นจิต และจินตนา วัชรสินธุ์. (2546). การศึกษาเปรียบเทียบสภาวะทางอารมณ์ การแสดงบทบาทและสัมพันธภาพในผู้ป่วยหอบหืด และที่มีพี่น้องสุขภาพดี. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 2(1), 13-14.
- อารียา เทพชาตรี. (2550). *Pediatric Asthma : From Theory to Practice : Clinical practice in Pediatrics :Health-Oriented Approach*. กิตติ ต่อจรัส, ชลิดา เลหาพันธ์ และฤทธิวิไล ตามโกเศศ.(บรรณาธิการ). กรุงเทพมหานคร : บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์.
- Becker, A. & Yeung, M.C. (2008). Primary asthma prevention: Is it possible. *Current allergy and Asthma Report*, 8, 255-261.
- Barton, C., Sulaiman, N., Clarke, D., & Abramson, M., (2005). Experiences of Australian parents caring for children with asthma: it gets easier . *Chronic Illness* , 73(1), 303-314.
- Basaran, S., Uysal, F. G., Ergen, N., Seydaoglu, G., Karakoc, G.B., Altintas, D. U. (2006). Effects of physical exercise on quality of life, exercise capacity and pulmonary function in children with asthma. *J Rehabil med* ,38(3), 30-135.
- Brooten, D., Youngblut, J.M., Royal, S., Cohn, S., Lobar, S.L., Hernandez, L., (2008). Outcomes of an Asthma Program : Healthy Children, Healthy Homes. *Journal of Pediatric Nursing*, 34(6), 448-455.
- Brown, J. B., Bakeman, R., Celano, M. P., Demi, A. S., Kobrynski, L., Wilson, S. R., (2002). Home-Based Asthma Education of Young Low-Income Children and Their Families. *Journal of Pediatric Psycholog* , 27(8), 677-688.

- Bulz, A. M., Syron, L., Johnson, B., Spaulding, J., Walker, M., Bollinger, M. B., (2005). Home-Based Asthma Self-Management Education for Inner City Children. *Public Health Nursing*, 22(3), 189-199.
- Bruzzese, J. M., Evans, D., Wiesemann, S., Heller, M. P., Levison, M. J., Du, Y. et al. (2006). Using School Staff to Establish a Preventive Network of Care To Improve Elementary School Students 'Control of Asthma. *A merican School Health Association*, 76(6),307-312.
- Connell, R. M., M., Syron, L., Johnson, B., Spaulding, J., Walker, M., Bollinger, M. B. (2005). Home-Based Asthma Self-Management Education for Inner City Children. *Public Health Nursing*, 22(3), 189-199.
- Cloutier, M.M. (2008). Considerations in Culturally Directed Asthma Disease Management Programs. *Dis Manage Health Outcomes* , 16 (2) 95-105.
- Djukanovic, R., & Holgate, S.T. (1999) . The encyclopedia of visual medicine series an atlas of asthma.(pp. 14-63). NY:The parthenon publishing group.
- Horner, S. D, Fouladi. R.T. (2008). Improvement of Rural Children's Asthma Self-Management by Lay Health Educators .*Journal of School Health* ,78(9) 506-513.22(3), 189-199.
- Henry, R., L., Gibson, P., G., Vimpani, G., V., Francis, J., L.,& Hazell, J. (2004). Randomized Controlled Trial of a Teacher-Led Asthma Education Program. *Pediatric pulmonology*, 38, 434-442.
- Jones, M. A. (2008). Asthma Self–Management Patient Education. *Respiratory care* , 53(6) 778-786.
- Kielb, C., Lin. S., & Hwang, S. (2007). Asthma Prevalence, Management, and Education in New Yoric State Elementary Schools: A Survey of School Nurses. *The journal of School Nursing*, 23(5) 267-275.
- Krieger, J.W., Takaro, T.K., Song, L., & Weaver, M. The Seattle-King County Healthy Homes Project:A Randomized, Controlled Trial of a CommunityHealth Worker Intervention to Decrease Exposureto Indoor Asthma Triggers. *American Journal of Public Healthe* , 95(4), 652–659.

- Krishna, S.B., Balas , E.A., Francisco, B.D., & Konig, P. (2006). Effective and Sustainable Multimedia Education for Children With Asthma : A Randomized Controlled Trial . *Children's health care* , 35(1), 75-90.
- Larsen, G.L.& Colasurd, G.N. (2001). Assessment and treatment of acute asthma in children and adolescents. In.C. K Naspitz, S. J. Szeffler, D. G. Tinkelman, J. O. & Warner, M. Dunitz. (Eds.), *Textbook of pediatricfasthma:an internation perspective*.(pp. 190-199). NJ:Chares B. Slack.
- Levy, M., Heffner, B., Stewart, T., & Beeman, G.. (2006). The Efficacy of Asthma Case Management in an Urban School District in Reducing School Absences and Hospitalizations for Asthma . *Journal ofSchool Health* , 76(6), 320-324.
- Liss, G.M., Nordman, H., Tarlo, S.M.& Berntein, D.I. (2006). Prevention and surveillance. In.I. L Bernstein (Eds.), *Asthma in the workplace*.(pp. 353-363). NY:Taylor and francis group.
- Magzamen. S., Patel. B., Davis.A., Edelstein. J., Tager. I. B. (2008). Kickin' Asthma:School-Base Asthma Education in an Urban Community. *Journal of School Health*, 78(12), 655-665.
- Melnyk, B. M., & Fineout-Overholf, E. (2005). Evidence-based practice in nursing & healthcare; A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Ng. D.K., Chow. P.U., Lai. W. P., Chan. K. C., Chang. B.L., So. H. Y. (2006). Effect of a structured asthma education program on hospitalized asthmatic children: A randomized controlled study. *Pediatrics international*, 48, 158-162.
- McCarty, M. J., Herbert, R., Brimacombe, M., Hansen, J., Wong, D., Zehman, M., (2002). Empowering Parents Through Asthma Education. *Journal of Pediatric Nursin* ,28(5), 468-473.
- Trollvik, A. Severinsson, E. (2005). Influence of an asthma education program on parents with children suffering from asthma . *Journal of School Health* , 76(6), 307-312.
- Wasilewski, Y. (1988). The effect of paternal social support on maternal disruption caused by childhood asthma . *Journal of Community Health* , 13, 33-42.

- Yang, B. H., Chen, Y. C., Chiang, B. L., & Chang, Y. C. (2005). Effects of Nursing Instruction on Asthma Knowledge and Quality of Life in Schoolchildren With Asthma . *Journal of Nursing Research* , 12(3), 174-181.
- Yorke, J., Fleming, S. L., Shuldham, C., (2007) / A Systematic Review of Psychological Interventions for Children With Asthma./ *Pediatric Pulmonology*, 42,114–124.





ภาคผนวก ก

ตารางการวิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	Levy, M.,Heffner, B., Stewart, T., Beeman, G./2006
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	The Efficacy of Asthma Case Management in an Urban School District in Reducing School Absences and Hospitalizations for Asthma / Journal of School Health
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาประสิทธิผลการจัดการรายกรณีในโรคหืดในโรงเรียนเมืองเมมฟิซ (Memphis) ในการลดการขาดโรงเรียน การกลับมาตรวจที่โรงพยาบาล
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	-โรงเรียนในเมืองเมมฟิซ(Memphis) 14 โรงเรียนที่มีจำนวนนักเรียนมากกว่า 350 คน ซึ่งมีโรงเรียนจำนวน 8 โรงเรียนที่ใช้โปรแกรมการจัดการรายกรณี(CM)และโรงเรียนจำนวน 6 โรงเรียนที่ไม่ให้การพยาบาลปกติ (UA) -การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนักเรียน จะแบ่งเป็น 2 ปี คือ ปีที่ 1 คัดเลือกนักเรียนในโรงเรียนที่มีฐานะสังคม เศรษฐกิจต่ำ จากโรงเรียนจำนวน 14 โรงเรียน ซึ่งมีจำนวนนักเรียนมากกว่า 350 คน โดยเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 8 โรงเรียน ซึ่งมีนักเรียนอายุ 6-10 ปีเข้าร่วม 115 คน และกลุ่มควบคุม 6 โรงเรียนมีนักเรียน เข้าร่วม 128 คน ปีที่ 2 นักเรียนในกลุ่มควบคุมในปีที่ 1 จะถูกคัดเลือกให้เข้ากลุ่มทดลอง และมีการคัดเลือกนักเรียนให้เข้าร่วมกลุ่มควบคุมโดยใช้เกณฑ์เดียวกันกับปีที่ 1
Setting ของงานวิจัย	โรงเรียนเมืองเมมฟิซ(memphis)
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Randomized single blinded controlled trial /II
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	โปรแกรมการจัดการโรคหอบหืด(CM) ที่ดัดแปลงจากแนวปฏิบัติของสถาบันโรคหัวใจ ปอดและหลอดเลือดแห่งชาติ(National Heart, Lung, and Blood Institute [NHLBI]) ซึ่งประกอบด้วย 4 กระบวนการ 1. การประเมินและติดตามอาการของโรคเป็นระยะ 2. การใช้ยาอย่างเหมาะสม 3. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วย 4. การควบคุมปัจจัยกระตุ้นต่อความรุนแรงของโรค

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	1. โปรแกรมการจัดการโรคหอบหืด(CM) มีรายละเอียดของโปรแกรมดังนี้ 1.1 พยาบาลสอนและฝึกกลุ่มตัวอย่างอย่างใกล้ชิดต่อสัปดาห์เกี่ยวกับหลักสูตรการเปิดทางเดินหายใจ, การดูแลครอบครัว จัดเตรียมเกี่ยวกับการรักษา ในโรงเรียน 1.2. มีการติดตามภาวะสุขภาพของนักเรียนทุกสัปดาห์ โดยติดตามการขาดโรงเรียน และอาการของโรค จากครอบครัวและครู 1.3. มีการประสานการดูแล ทั้งในนักเรียน สมาชิกในครอบครัว บุคลากรในโรงเรียน และบุคลากรทางการแพทย์ ในการจัดการเรื่องโรค ปังจักษะต้นทั้งในบ้านและโรงเรียนโดยพยาบาล 1 คนจะดูแลโรงเรียน 4 โรงเรียน ซึ่งใช้เวลาทั้งวันในการดูแลโรงเรียน 1 โรงเรียนและมีการโทรศัพท์ติดตามจากผู้ปกครองในตอนเย็นหรือในวันหยุด นอกจากนี้ยังให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ในการประชุมประจำปีของโรงเรียน ในช่วงต้นปีก่อนเปิดภาคเรียน และมีการสนทนาแบบไม่เป็นทางการกับโรงเรียนแต่ละโรงเรียนทุกสัปดาห์โดยมีการใช้สื่อต่างๆหรือจากหน่วยงานของรัฐและจากอินเทอร์เน็ต 2. มีการบันทึกการมาโรงเรียนรายสัปดาห์และบันทึกการใช้บริการ โรงพยาบาล 3. มีแบบสำรวจความรู้และทักษะเกี่ยวกับโรคหอบหืดของนักเรียนและครอบครัว สำหรับกลุ่มควบคุมจะได้รับบริการตามปกติ คือได้รับการดูแลจากพยาบาล 1 วัน/สัปดาห์และอีก 4 วันจะได้รับการดูแลจากพยาบาลที่อยู่เวรทางโทรศัพท์ซึ่งเป็นพยาบาลอยู่ใกล้โรงเรียน
ผลการวิจัย	ในปีที่ 1 1. นักเรียนในโรงเรียนที่ใช้ CM มีการขาดเรียนน้อยกว่านักเรียนโรงเรียนกลุ่มที่ใช้ UC ครึ่งหนึ่ง (เฉลี่ย 4.38 ต่อ 8.18 วัน) 2. นักเรียนในโรงเรียนที่ใช้ CM ไปรักษาตัวอย่างฉุกเฉินหรือไปรับการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉิน น้อยกว่านักเรียนโรงเรียนกลุ่มที่ใช้ UC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งช่วงเวลา 1 ภาคการศึกษา ($p < .001$)และทั้งปี($p < .0001$) 3. นักเรียนในโรงเรียนที่ใช้ CM ไปรักษาตัวในเวลากลางวันน้อยกว่านักเรียนโรงเรียนกลุ่มที่ใช้ UC อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p \leq .05$) 4. นักเรียนในโรงเรียนที่ใช้ CM มีความรู้เรื่องโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .0001$) 5. ผู้ปกครองนักเรียนในโรงเรียนที่ใช้ CM มีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p \leq .01$) ในปีที่ 2 1.โรงเรียนที่ใช้ CM ในปีแรกได้มีการประเมินติดตามเรื่องความรู้ที่ได้รับพบว่านักเรียนตอบถูกเฉลี่ยร้อยละ 70 ในเรื่องการไปรักษาตัวอย่างฉุกเฉินหรือไปรับการรักษาพยาบาลที่แผนกอุบัติเหตุ ฉุกเฉินดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .0001$)

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	การไปรักษาตัวในโรงพยาบาลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .01$) และมีความรู้เรื่องโรคหอบหืดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p < .05$) 2. กลุ่มตัวอย่างนักเรียนในกลุ่ม UC จะถูกคัดเลือกให้เป็นกลุ่ม CM และโรงเรียนที่มีลักษณะทางกายภาพและพื้นที่ที่คล้ายคลึงกันจะถูกคัดเลือกให้เป็นกลุ่ม UC และเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่มในระยะเวลา 2 ปี
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องการจัดการ โรคหอบหืดเป็นรายบุคคล ซึ่งสามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางคลินิก การให้ความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่บ้าน - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - เครื่องมือที่จะนำมาใช้ได้ผ่านกระบวนการศึกษาและมีหลักฐานว่าทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น - งานวิจัยระดับ II มีความน่าเชื่อถือ วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ - งานวิจัยได้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และ Website ที่สืบค้นมีความน่าเชื่อถือ - คณะผู้วิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดจะไม่เกิดความเลี่ยงหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในด้านการจัดการโรคหอบหืดในด้านต่างๆเช่น การป้องกัน การดูแลปฏิบัติตัว เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเป็นรายบุคคล ช่วยลดอุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล และลดอุบัติการณ์การขาดโรงเรียนของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด - พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งการให้คำแนะนำการให้ความรู้โรคหอบหืด เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- นำการจัดการรายกรณี (Case management) มาใช้ในชุมชนเพื่อช่วยในเรื่องการจัดการหรือให้การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอย่างเฉพาะเจาะจง เป็นรายบุคคล

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	Yang, B.H., Chen, Y.C., Chiang, B.L., Chang, Y.C./2005
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Effects of Nursing Instruction on Asthma Knowledge and Quality of Life in School children With Asthma / Journal of Nursing Research Vol.13, No.3.
วัตถุประสงค์การวิจัย	1. อธิบายถึงระดับความรู้ คุณภาพชีวิต อาการโรคหอบหืดของผู้ป่วยเด็ก 2. อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดและคุณภาพชีวิตในเด็กโรคหอบหืด 3. ประเมินผลโปรแกรม การให้ความรู้ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดของพยาบาล
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	นักเรียนอายุ 8-12 ปี โดยข้อมูลเลือกแบบเจาะจงมาจากจำนวน 60 คน แต่ได้จากคลินิกหอบหืดของศูนย์การแพทย์จากกลุ่มตัวอย่าง 62 คน (กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 32 คน) Inclusion criteria 1. อายุระหว่าง 8-12 ปี 2. ได้รับการวินิจฉัยโรคหอบหืดจากแพทย์ในแผนกของโรงพยาบาลที่เหมือนกัน 3. ไม่มีโรคเรื้อรังอื่นๆ 4. ใช้ยาพ่นในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งเขียนแบบฟอร์มเข้าร่วมทั้งจากผู้ป่วยและผู้ปกครอง
Setting ของงานวิจัย	คลินิกโรคหอบหืดของศูนย์การแพทย์ ในได้วันเหนือ
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Quasi-experimental / III
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	1. แบบสอบถามเกี่ยวกับการพัฒนาความรู้เรื่องโรคหอบหืดด้วยตนเองที่ดัดแปลงมาจากสถาบันโรคหัวใจ ปอด และหลอดเลือดแห่งชาติ (National Heart, Lung and Blood Institute [NHLBI]) ซึ่งมีเนื้อหาประกอบด้วย อาการของโรค การลดการสัมผัสปัจจัยเสี่ยง การปฏิบัติกิจกรรม การรักษาด้วยยา และการป้องกันโดยการติดตามสมรรถภาพของปอด 2. แบบสอบถาม CAQ-from B ซึ่งดัดแปลงจากเครื่องมือที่วัดปัจจัย 4 อย่างคือ a: Active quality of life (AQOL) b: Passive quality of life (PQOL) c: Distress (DIS) d: Severity (SEV) 3. แบบสอบถามอาการโรคหอบหืด
Intervention	กลุ่มทดลองจะได้รับ โปรแกรมที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือนัดไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน และกลุ่มควบคุมจะได้รับแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลตามปกติ และ post-test อีก 4 สัปดาห์ โดยสอนให้ความรู้คำแนะนำ ส่งเสริมให้มีความรู้ ทักษะในการจัดการ โรคด้วยตนเองเกี่ยวกับโรคหอบหืด การป้องกัน การใช้ยารักษาควบคุมอาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น และการดูแลตนเอง ซึ่งจะให้เด็กอ่านคู่มือที่ง่าย ใช้ภาษาเหมาะสมกับเด็ก กระตุ้นให้เด็กถามคำถามพร้อมกับให้การบ้านด้วยตนเอง ซึ่งสอนแต่ละครั้งจะใช้เวลา 40-50 นาทีโดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จะได้ให้ข้อมูลเบื้องต้นเหมือนกันและกรอกแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที
ผลการวิจัย	1. นักเรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นในทั้งสองกลุ่ม 2. คุณภาพชีวิตในกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างก่อน-หลัง ทดสอบ ทั้งด้านAQOL , DIS และSEV 3. นักเรียนกลุ่มควบคุมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระหว่างก่อน-หลัง ทดสอบ ทั้งด้าน AQOL และSEV 4. อาการทางคลินิกก่อนและหลังทดสอบในทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในกลุ่มทดลองมีอาการทางคลินิกลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุม
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาทางคลินิก นี้มีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องการให้รู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดและคุณภาพชีวิตในเด็กโรคหอบหืด สามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางคลินิก การให้ความรู้โรคหอบหืดและทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้นกระบวนการเก็บข้อมูลสามารถนำมาใช้ได้จริง ผลของงานวิจัยเรื่องนี้พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำความรู้เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ -งานวิจัยเป็นงานระดับ III มีความน่าเชื่อถือ มีการระบุวัตถุประสงค์ของการศึกษาอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ เครื่องมือที่นำมาใช้ผ่านกระบวนการศึกษาและพัฒนาจากผู้เชี่ยวชาญ และมีหลักฐานที่ทำให้คุณภาพในการให้คำแนะนำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง น่าเชื่อถือ - งานวิจัยได้รับการตีพิมพ์จากแหล่งที่น่าเชื่อถือและWebsite ที่สืบค้นมีความน่าเชื่อถือ - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดและครอบครัว จะไม่ทำให้เกิดความเสี่ยง เกิดประโยชน์ต่อผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ในด้านการป้องกัน การดูแลปฏิบัติตัว เพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีต่อเด็กที่เป็นโรคหอบหืด - พยาบาลสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้ได้เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองในเด็กโรคหอบหืดและทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยดีขึ้น -ไม่เป็นวิธีที่ยุ่งยากในการปฏิบัติ เพราะให้ความรู้ขณะให้การดูแล และสามารถดำเนินการไปพร้อมๆกับงานประจำได้

หัวข้อ	รายละเอียด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- การให้ความรู้ในการเยี่ยมบ้าน และประเมินติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โดยการติดตามจากข้อมูล/แบบประเมินการเยี่ยมบ้าน - ต้องมีการจัดเตรียมคู่มือให้เหมาะสมกับผู้ป่วยเด็กอายุ 8-12 ปีที่ประกอบด้วยรูปภาพใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายมีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้โรคหอบหืดเบื้องต้น ปัจจัยกระตุ้น การใช้ยาควบคุมอาการ -การกระตุ้นผู้ป่วยให้เกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญในการดูแลรักษาเบื้องต้น โดยการให้เด็กตั้งคำถามและให้การบ้านด้วยตนเอง



หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	Horner, S. D., Fouladi, R. T. /2008
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Improvement of Rural Children's Asthma Self-Management by Lay Health Educators/ Journal of School Health
วัตถุประสงค์การวิจัย	ตรวจสอบการเปลี่ยนแปลงทักษะการจัดการตนเองของเด็กโรคหอบหืดในชนบทหลังได้รับความรู้จากอสม.
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้เข้าร่วมโครงการอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทที่เป็นเมืองเล็ก ๆ (ประชากร 1,200 คน) และไม่มี การสื่อสาร ระยะทางห่างจากตัวเมือง 20-45 ไมล์ Inclusion criteria a: เป็นเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดจากแพทย์ b: เด็กมีประสบการณ์การป้องกันใน 12 เดือนที่ผ่านมา c: เด็กไม่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้อัตราการป่วยเพิ่มขึ้น ซึ่งจะทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการหมดไป d: เด็กพูดภาษาอังกฤษหรือภาษาสเปนได้ e: เด็กศึกษาในระดับ 2 ถึง 5 โดยผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับเชิญทางจดหมายไปถึงครอบครัวของเด็กทั้งหมด (n=541) ที่มีประวัติเป็นโรคหอบหืด ซึ่งมีรายชื่อได้รับยาจากโรงเรียน มีการติดตามโดยการโทรศัพท์ ซึ่งมีครอบครัวที่ไม่ตอบสนองจากบุคคลที่ได้รับคำแจ้งจากการทำงานกับพยาบาลในโรงเรียน จากกลุ่มตัวอย่าง 541 คน เป็นผู้ปกครอง 270 คน (คิดเป็น 50%) และเด็ก 183 คน (คิดเป็น 33.8%) การประเมินลักษณะข้อมูลเบื้องต้น (เช่น ระดับการศึกษา เพศ) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วม (n=183) และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วม (n=358) และมีการเก็บข้อมูลเป็นพื้นฐาน (ครั้งที่ 1) เมื่อพบกันครั้งแรกทั้ง 183 ครอบครัว
Setting ของงานวิจัย	พื้นที่ชนบทในประเทศสหรัฐอเมริกา
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Randomized single blinded controlled trial /II
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- โปรแกรมการให้ความรู้ อสม. - โปรแกรมการให้ความรู้โรคหอบหืด - แบบสอบถามความรู้โรคหอบหืด แบบสอบถามการจัดการตนเองโรคหอบหืด แบบสอบถามสมรรถนะเกี่ยวกับโรคหอบหืด และแบบสอบถามเกี่ยวกับเทคนิคการใช้ยาพ่น
Intervention	การจัดโปรแกรมการให้ความรู้จะประกอบด้วยทักษะการปฏิบัติตัว การแก้ไขปัญหา ซึ่งมี 16 ส่วน ใช้เวลาส่วนละ 15 นาที ซึ่งให้ความรู้แก่เด็กในระหว่างเวลาพักกลางวัน ใช้เวลา 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ รวมทั้งจะมีการกระตุ้นให้ทบทวนในส่วนที่ได้รับแล้วและแนะนำในส่วนใหม่เพิ่มเติมในแต่ละครั้ง ซึ่งมีโปรแกรมคือ

หัวข้อ	รายละเอียด
	- โปรแกรมการให้ความรู้โรคหอบหืด จะให้ความรู้ 7 ขั้นตอน เกี่ยวกับการวางแผนจัดการตนเองในเด็กที่อยู่ในชนบท ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคหอบหืด อาการ และการจัดการทักษะการใช้ยาพ่นและการวัดการหายใจออก การจัดการแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง ซึ่งจะใช้ตัวการ์ตูน - โปรแกรมการให้ความรู้ในกลุ่มควบคุม จะรวมถึงการส่งเสริมสุขภาพสำหรับเด็ก ในเรื่องโภชนาการ การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงการเป็นหวัด และทักษะในการแปรงฟัน ล้างมือ - การฝึกให้ความรู้แก่ อสม. โดยการคัดเลือกอสม.ที่อาศัยอยู่ชุมชน มีความคุ้นเคยกับประชาชน และสิ่งแวดล้อมในชุมชน ซึ่งจะให้ความรู้เป็นส่วนๆ หัวข้อ ทั้งหมด 16 หัวข้อ โดยจะให้ความรู้อย่างใกล้ชิด ประกอบด้วย กลวิธีการนำเสนอการให้ความรู้และการจัดการภายในห้องเรียน มีการทบทวนเป็นรายบุคคลและใช้อุปกรณ์ร่วมกับการให้ความรู้ รวมทั้งมีการประเมินย้อนกลับในช่วงสุดท้าย ซึ่งอสม.จะได้รับการติดตามจากทีมผู้วิจัย 5 ครั้งเพื่อประเมินความสามารถในการตัดสินใจและการส่งเสริมการให้ความรู้ด้วยตนเอง
ผลการวิจัย	- มีเด็กเข้าร่วมโครงการจำนวน 183 คน (เป็นชาย 108 คน หญิง 75 คน เฉลี่ยอายุ 8.78 ปี) ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่มในเรื่อง เพศ อายุของเด็ก การศึกษาของมารดาหรือเศรษฐกิจของครอบครัว - ในกลุ่มทดลองพบว่ามีคามสัมพันธ์เพิ่มขึ้น ในเรื่องความรู้เรื่องโรคหอบหืด มีค่าเฉลี่ยมากกว่าในกลุ่มควบคุม - เด็กทั้งสองกลุ่มมีการปรับปรุงในเรื่องความรู้เรื่องโรคหอบหืดและทักษะการใช้ยาพ่นดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีการปรับปรุงดีขึ้นมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลองมากกว่าในกลุ่มควบคุม - ในด้านการจัดการ โรคหอบหืดด้วยตนเองคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงทั้ง 2 กลุ่มไม่มีผลที่เกิดขึ้นระหว่างกันในเรื่องสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการปรับปรุงในด้านสมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้นในเวลาต่อมา - สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลองแต่ไม่เพิ่มขึ้นในกลุ่มควบคุม และพบว่ามีคะแนนในด้านสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตั้งแต่เริ่มต้นในกลุ่มทดลอง - ในด้านการจัดการ โรคหอบหืดด้วยตนเองในขณะที่กลุ่มควบคุมคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงในทั้ง 2 กลุ่มไม่มีผลที่เกิดขึ้นระหว่างกันในเรื่องสมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องการจัดการ โรคหอบหืดในชุมชน โดยการให้ความรู้แก่ อสม. เพื่อเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในเบื้องต้นที่บ้าน/ชุมชน - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้เป็น

หัวข้อ	รายละเอียด
	บทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - เครื่องมือที่จะนำมาใช้ได้ผ่านกระบวนการศึกษาและมีหลักฐานว่าทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น - งานวิจัยระดับ II มีความน่าเชื่อถือ วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ - งานวิจัยได้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และ Website ที่สืบค้นมีความน่าเชื่อถือ - คณะผู้วิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จะไม่เกิดความเสียหายหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในด้านการจัดการโรคหอบหืดในด้านต่างๆเช่น การป้องกัน การดูแลปฏิบัติตัว เสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการดูแลจัดการโรคหอบหืดด้วยตนเอง รวมถึงเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมโดยการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จากอสม.ในชุมชน - พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งการให้คำแนะนำ การให้ความรู้โรคหอบหืด เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืดโดยเน้นการจัดการตนเอง สามารถนำไปใช้ได้ ซึ่งนอกจากจะให้โดยพยาบาลแล้วการอบรมให้ความรู้แก่อสม.เพื่อช่วยติดตามดูแลในชุมชน ยังเป็นวิธีการหนึ่งที่ดีในการเพิ่มความรู้ ทักษะการใช้ยาพ่นและเพิ่มสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยได้

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	Krieger, J.W., Takaro, T.K., Song, L., Weaver, M./ 2005.
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	The Seattle-King County Healthy Homes Project: A Randomized, Controlled Trial of a Community Health Worker Intervention to Decrease Exposure to Indoor Asthma Triggers./ American Journal of Public Health.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินผลของการให้ความรู้ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน ที่เน้นลดการสัมผัสกับปัจจัยในบ้านที่ก่อให้เกิดโรคหอบหืด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้เข้าร่วมโครงการ 107 คนจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มจากกลุ่มที่มีอาการ 2 ครั้ง/สัปดาห์และค่าคะแนนคุณภาพชีวิต= 0.5 หน่วย โดยการจัดกลุ่มจะทำการสุ่มทดลอง และครอบครัวที่จะได้รับการคัดเลือกจะต้องมีเด็กอายุ 4-12 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดหรือเป็นเด็กที่ได้รับการช่วยคำปรึกษาพยาบาลจากรัฐบาล ซึ่งผู้ดูแลสามารถพูดภาษาอังกฤษ ภาษาสเปนหรือเวียดนามได้ เป็นเด็กที่อาศัยอยู่ในบ้านในเวลากลางคืนอย่างน้อย 50% และบ้านอยู่ในเขตปกครองท้องถิ่นคิง (King county) ข้อบ่งชี้ในการคัดออก - เป็นเด็กที่มีโรคเรื้อรังอื่นๆที่ต้องใช้ยารักษา - ครอบครัวเข้าร่วมโครงการการจัดการรายกรณีโรคหอบหืดหรือการร่วมมือในการดูแล ใน 2 ปีที่ผ่านมา - มีการวางแผนจะย้ายออกจากท้องถิ่นคิง (King county) ใน 6 เดือนข้างหน้า ผู้ศึกษาเลือกผู้เข้าร่วมโครงการจากชุมชนหรือคลินิกดูแลด้านสุขภาพในชุมชน (65%) โรงพยาบาลท้องถิ่นและแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (27%) และส่งต่อจากแพทย์ประจำบ้านในชุมชน (8%) ผู้ดูแลจะได้รับการเซ็นยินยอมและได้รับเงิน 110 ดอลลาร์ สำหรับผู้เข้าร่วมโครงการ และผู้ศึกษาจะติดตามในชุมชน
Setting ของงานวิจัย	เขตปกครองท้องถิ่นคิง (King county)
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Randomized single blinded controlled trial /II
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- ผลที่คาดว่าจะได้รับในระยะแรก ใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืด ซึ่งจะวัดในเรื่องอาการหอบหืดในเวลากลางวัน - ผลที่คาดว่าจะได้รับในระยะปานกลาง ใช้เครื่องมือวัดระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด ซึ่งปรับมาจากแนวปฏิบัติแห่งชาติ
Intervention	- กลุ่มให้การปฏิบัติแบบรบกวน (ความเข้มข้นสูง ใช้ระยะเวลา 1 ปีในการให้การปฏิบัติและการให้โดย CHWs ซึ่ง CHW จะนำไปปฏิบัติเกี่ยวกับโครงสร้างสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ 1. ประเมินโครงสร้างสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน จากการเยี่ยมบ้านครั้งแรก 2. ประเมินแต่ละครั้งจะประเมินการปฏิบัติตัวที่เฉพาะสำหรับผู้เข้าร่วมโปรแกรมและ

หัวข้อ	รายละเอียด
	CHW โดยCHW และผู้เข้าร่วมโปรแกรมจะปฏิบัติเพื่อเตรียมงานแผนการปฏิบัติตนและสรุปความเป็นไปได้ในการเลือกปฏิบัติ 3. CHW จะเชื่อมรวมกัน 4-8 ครั้ง เพื่อกระตุ้นให้เกิดการแข่งขันวางแผนการปฏิบัติตัว การให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคม แหล่งสนับสนุนในการลดการสัมผัส เสนอการช่วยเหลือการจัดแมลงสาบและหนู และการดูแลรักษาปรับปรุงบ้านให้ดีขึ้น 4. ผู้วิจัยเสนอให้มีการทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนังในคลินิกและมีความเชี่ยวชาญโรคหอบหืดพอใช้ โดยใช้ใช้ทฤษฎีความรู้ทางสังคมและการเปลี่ยนถ่ายทฤษฎีของการเปลี่ยนแปลงเป็นแนวทางในการเข้าถึง - กลุ่มให้การปฏิบัติการแบบเล็กน้อย มีรายละเอียดดังนี้ 1. ได้รับการเยี่ยมจาก CHW อย่างเดียว ประกอบด้วย การประเมินสภาพ สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน การวางแผนการปฏิบัติตน การให้ความรู้อย่างจำกัดและการนอนในที่นอนที่หุ้มเบาะ 2. หลังจากรวบรวมข้อมูลครบถ้วนหลังจากนั้น 1 ปีต่อมากลุ่มให้การปฏิบัติการแบบเล็กน้อย จะได้รับ
ผลการวิจัย	- มีความแตกต่างกันของพื้นฐานของผู้เข้าร่วมโปรแกรม โดยผู้เข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบรวบยอดส่วนใหญ่เป็นชาวเอเชีย และชอบการเลี้ยงสัตว์เลี้ยงน้อยที่สุด - ผลลัพธ์ในระดับปฐมภูมิ - การให้ความรู้ในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบรวบยอด ได้ประโยชน์มากกว่าในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การไปรับบริการสุขภาพในภาวะเร่งด่วนมีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบรวบยอด - ผลลัพธ์ในระดับทุติยภูมิ - ในทั้ง 2 กลุ่มมีผลลัพธ์ในระดับทุติยภูมิที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ความต้องการในการใช้ยาควบคุมโรคหอบหืดและการขาดโรงเรียนหรือการดูแลเด็กลดลงในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบรวบยอด ในภาพรวมดีขึ้นในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบรวบยอดแต่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านการจำกัดกิจกรรมในการปฏิบัติตัว - การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม - ความถี่ในการปฏิบัติตัวเพื่อลดการสัมผัสปัจจัยกระตุ้นและการใช้ที่นอนเพิ่มมากกว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบรวบยอด - การวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการเร่งด่วน - ค่าใช้จ่ายในการใช้บริการเร่งด่วนในระหว่าง 2 เดือนก่อนการสัมภาษณ์มีค่าน้อยกว่าในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบรวบยอด

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	- กระบวนการวัดและการทำให้มีความยั่งยืนในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบรวบยอด ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ได้รับและพฤติกรรมที่ยังคงอยู่ต่อ 6 เดือนหลังให้การพยาบาล มีแนวโน้มดีขึ้น
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องการจัดการ โรคหอบหืดที่บ้าน ในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางคลินิก การให้ความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่บ้าน - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้ เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - เครื่องมือที่จะนำมาใช้ได้ผ่านกระบวนการศึกษาและมีหลักฐานว่าทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น - งานวิจัยระดับ II มีความน่าเชื่อถือ วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ - งานวิจัยได้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และ Website ที่สืบค้นมีความน่าเชื่อถือ - คณะผู้วิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จะไม่เกิดความเสียหายหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในด้านการจัดการโรคหอบหืดในด้านต่างๆเช่น การป้องกัน การดูแลปฏิบัติตัว เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่ออยู่บ้าน หรือในชุมชน ช่วยลดอุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล และลดอุบัติการณ์การขาดโรงเรียนของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด - พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งการให้คำแนะนำ การให้ความรู้โรคหอบหืด เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- นำความรู้เกี่ยวกับการประเมินโครงสร้างสิ่งแวดล้อมในบ้านมาใช้ในการจัดการการป้องกันด้านสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วย/ครอบครัว ร่วมกับการเยี่ยมบ้าน เพื่อเป็นการประเมินติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย/ครอบครัว - นำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดมาใช้ในการติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	Brooten, D., Cohn, S., Youngblut, J. M., Lobar, S. L., Royal, S., Hernandez, . / 2008.
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Outcomes of an Asthma Program: Healthy Children, Healthy Homes./ Public Health Nursing./ Pediatric nursing.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อทดสอบผลของโปรแกรมสุขภาพเด็กดี บ้านน่าอยู่ต่อการรับรู้ของชุมชน ที่รับรู้เกี่ยวกับอันตรายและความรุนแรงของโรคหอบหืด ความรู้เกี่ยวกับสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคหอบหืดในบ้าน การใช้ยาไม่ถูกวิธี และการรายงานพฤติกรรมในการควบคุมปัจจัยกระตุ้น โรคหอบหืด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	การคัดเลือกแบบสะดวก ที่เข้าร่วมโปรแกรมโรคหอบหืดคอมมิโก (Asthma Amigo) และกลุ่มตัวอย่างที่สำรวจก่อนและหลังจำนวน 100 คน เป็นผู้ปกครอง ครูและผู้บริหารโรงเรียน
Setting ของงานวิจัย	โรงเรียนระดับประถมศึกษาคาทอลิก ในภาคเหนือเมืองไมอามี (Miami) รัฐฟลอริดา (Florida)
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Quasi experimental /III
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	โปรแกรมสุขภาพเด็กดี บ้านน่าอยู่
Intervention	โปรแกรมสุขภาพเด็กดี บ้านน่าอยู่ สร้างขึ้นเพื่อเพิ่มความรู้และลดปัจจัย กระตุ้นหลักๆ 4 ปัจจัยคือ การสูบบุหรี่ในบ้าน ฝุ่น ชากแมลงสาบ และขนสัตว์ เพื่อฝึกสอนให้กับบุคคลในชุมชน ที่เรียกว่า Asthma Amigo เกี่ยวกับความเสี่ยงโรคหอบหืด ปัจจัยกระตุ้นในบ้าน และการป้องกัน รวมถึงให้บุคคลเหล่านี้มีทักษะในการสื่อสารเพื่อนำความรู้สอนให้บุคคลอื่นในชุมชน โปรแกรมโรคหอบหืดคอมมิโก (Asthma Amigo Program) ประกอบด้วยการให้ความรู้ 2 ส่วน โดยพยาบาลวิชาชีพให้ความรู้ 2 ครั้งๆละ 90 นาทีซึ่งพยาบาลจะต้องมีมาตรฐานในการให้ความรู้ตามแนวทางของผู้วิจัย - ในส่วนที่ 1 พยาบาลวิชาชีพจะสอนให้เรียนรู้ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับโรคหอบหืด ความเสี่ยงโรคหอบหืด ปัจจัยกระตุ้นในครอบครัวและวิธีการควบคุมปัจจัยกระตุ้น และเมื่อสิ้นสุดในส่วนที่ 1 ผู้เข้าร่วมโปรแกรม จะถูกสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดที่บ้านเพื่อเป็นการเพิ่มความเข้าใจ - ในส่วนที่ 2 มีเป้าหมายให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมโรคหอบหืดคอมมิโก (Asthma Amigo) ให้ความรู้และช่วยเหลือผู้อื่น เพื่อเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมในบ้านและการปฏิบัติตัวของเด็กในการป้องกันโรคหอบหืด

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	- ในระหว่างการให้ความรู้ใน 2 ส่วน ของโปรแกรมโรคหอบหืดอมิโก (Asthma Amigo) เด็กในโรงเรียนระดับประถมศึกษาที่เรียนอยู่ในระดับ 1-8 จะเข้าร่วมเรียนรู้ครั้งละ 15-20 นาทีในเรื่องโรคหอบหืด ปัจจัยกระตุ้น โรคหอบหืด และการป้องกันโรคหอบหืดหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งแบ่งกลุ่มตามอายุ คือ ระดับ 1-2, ระดับ 3-5 และระดับ 6-8 - หลังจากให้ความรู้แต่ละส่วน เด็กจะวาดรูปในเรื่องที่ได้เรียนเกี่ยวกับโรคหอบหืด และมีการแข่งขันเพื่อคัดเลือกภาพที่ดีที่สุด - มีการติดประกาศแผ่นโปสเตอร์ ที่มีคำว่า CANTA ในโรงเรียน ที่มาจากคำย่อคือ C= แมลงสาบ A= สัตว์ (ขนสัตว์) N= ไม่มีฝุ่นละออง T= บุหรี่ A= สิ่งต่างๆที่อยู่รอบๆตัว การทดสอบผลของโปรแกรมโรคหอบหืด อมิโก (Asthma Amigo) - ผู้เข้าร่วมโปรแกรม 276 คน ในระดับ 1-8 ซึ่งเป็นเด็กที่มีเชื้อชาติสเปน จากครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ ผู้ปกครอง ครูและผู้บริหารโรงเรียนที่ได้รับการคัดเลือกจากโรงเรียนในชุมชนให้เข้าโปรแกรมโรคหอบหืด อมิโก ซึ่งในช่วงแรกมีผู้เข้าร่วมโปรแกรม 40 คน โดยได้รับการโทรศัพท์ 1 ครั้งก่อนการให้ความรู้ - กระบวนการเดียวกันจะใช้ในเด็กโปรแกรมโรคหอบหืด อมิโก (Asthma Amigo) ในส่วนที่ 2 - ในการฝึกที่เป็นภาษาอังกฤษและสเปน จะมีคณะกรรมการพยาบาลเด็กและบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยฟลอริดา (FIU) เป็นผู้ติดต่อ - ทีม FIU จะติดตามโดยการโทรศัพท์ตามเด็กโปรแกรมโรคหอบหืด อมิโก (Asthma Amigo) ใน 2 และ 4 สัปดาห์หลังการฝึกในส่วนที่ เพื่อกำหนดเป้าหมายแนวทางและความต้องการหรือปัญหาต่างๆที่พบ - ถ้ามีปัญหาหรือความไม่สะดวก ทีมผู้วิจัยจะให้การช่วยเหลือ
ผลการวิจัย	- ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 2 กลุ่มในเรื่อง เพศ อายุ การศึกษา - การตอบสนองต่อการรับรู้ของสมาชิกในครอบครัวที่มีการพัฒนาที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงเวลาที่ 2 - การตอบสนองต่อการรับรู้ในช่วงเวลาที่ 2 มีมากกว่าในช่วงเวลาที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่รู้ว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้อาการหอบหืดแย่ลง - ประชาชนเชื่อว่าอารมณ์หรือการป่วยทางจิตทำให้เกิดโรคหอบหืดได้ในช่วงเวลาที่ 2 มากกว่าในช่วงเวลาที่ 1 ($p=0.04$) - มีความแตกต่างกันในด้านพฤติกรรมการควบคุมปัจจัยกระตุ้นโรคหอบหืดในช่วงเวลาที่ 1 และ 2 - ไม่มีความแตกต่างจากการสังเกตในช่วงเวลาที่ 1 และ 2 ในกลุ่มที่ได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นในบ้าน

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	- ในช่วงเวลาที่ 2 มีส่วนต่อการสาธิตการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นในบ้านเพิ่มขึ้น - กลุ่มประชากรที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องการจัดการ โรคหอบหืดที่บ้าน ในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางคลินิก การให้ความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่บ้าน - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - เครื่องมือที่จะนำมาใช้ได้ผ่านกระบวนการศึกษาและมีหลักฐานว่าทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น - งานวิจัยระดับ III มีความน่าเชื่อถือ วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ - งานวิจัยได้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และ Website ที่สืบค้นมีความน่าเชื่อถือ - คณะผู้วิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จะไม่เกิดความเลื่อมใสหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในด้านการรับรู้ของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคหอบหืดหอบหืด - พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งการให้คำแนะนำ การให้ความรู้โรคหอบหืด เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- นำเทคนิคการกระตุ้นให้เด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดมาสรุปในเรื่องที่เรียนรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด เพื่อเป็นการกระตุ้นให้เด็กเกิดความสนใจ รู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	Brown, J.V., Bakeman, R., Celano, M.P., Demi, A.S., Kobrynski, L., Wilson, S.R./ 2002
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Home-Based Asthma Education of Young Low-Income Children and Their Families./ Journal of Pediatric Psychology.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อนำโปรแกรมการให้ความรู้โรคหอบหืดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีรายได้น้อย
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กแอฟริกัน-อเมริกันที่มีรายได้น้อยและผู้ปกครอง จำนวน 95 คนจากคลินิกเฉพาะโรคหอบหืด 3 แห่ง และหน่วยบริการปฐมภูมิที่ดูแลเด็กโรคหอบหืดที่มีรายได้น้อยในเมืองแอตแลนต้า ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ 1. เด็กอายุ 1-6.99 ปีที่เข้าเรียน 2. เด็กได้เข้ารับการดูแลรักษาโรคหอบหืดในปีที่ผ่านมา 3. เด็กได้รับยารักษาโรคหอบหืดทุกวัน 4. ผู้ดูแลหลักพูดภาษาอังกฤษได้ 5. ผู้ดูแลหลักไม่มีประวัติการใช้ยาผิด ซึ่งผู้ดูแลเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 144 ครอบครัว (เด็กและผู้ปกครอง) โดยผู้ดูแล 33 คน คิดเป็นร้อยละ 23 ปฏิเสธการเข้าร่วม และจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 7 ไม่สามารถติดต่อเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานได้ การคัดเลือก เด็กและผู้ปกครองจะได้รับการสุ่มคัดเลือกในระหว่างการมาตรวจที่คลินิก หรือทางจดหมายและจากการโทรศัพท์ โดยครอบครัวจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง (T) (n= 55) และกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ (UC) (n=46) ซึ่งครอบครัวจะได้รับข้อมูลจากทั้ง 2 กลุ่มทางจดหมาย การมอบหมายหน้าที่ในกลุ่ม UC จะได้รับการให้ความรู้ขณะเยี่ยมบ้านและติดตามเก็บข้อมูล ซึ่งมี 6 ครอบครัวถอนตัวจากกลุ่ม T ทั้งหมด ยังคงอยู่ 49 ครอบครัว ครอบครัวในกลุ่ม T จะมีความแตกต่างกันในเรื่องลักษณะพื้นฐานที่แตกต่างที่หลากหลาย
Setting ของงานวิจัย	เมืองแอตแลนต้า
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Randomized single blinded controlled trial /II
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	1. อัตราการป่วยโรคหอบหืด (Asthma Morbidity) ประเมิน 3 เรื่องคือ อัตราความถี่ของอาการที่รบกวนผู้ป่วย จำนวนครั้งการมีอาการในเวลากลางวันและจำนวนการไปรับการรักษาเมื่อมีอาการหอบหืดกำเริบ 2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Caregiver Quality of life) ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของ

หัวข้อ	รายละเอียด
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืด ประกอบด้วย 14 หัวข้อ 3. ทักษะการจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหืด (Asthma Management Practices) ในเรื่อง 1) การส่งเสริมการใช้ยาหอบหืดที่ถูกต้อง 2) การใช้ยาโรคหอบหืดเมื่อมีอาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ 3) การค้นหาอาการเตือนของโรคหอบหืด 4) ผู้ดูแลรายงานความถี่ของ 16 อาการที่ต้องจัดการและทักษะการป้องกันโรค 5) จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่สูบบุหรี่ 6) ปัญหาที่เกิดขึ้น 7) ปัญหาเรื่องแมลงสาบ
Intervention	การให้ความรู้ - ผู้วิจัยปรับโปรแกรม Wee Wheezers at Home (WWH) จาก Wee Wheezers program โดยการปรับรูปแบบของการสอนที่ใช้เฉพาะกับครอบครัว โดยปรับปรุงเอกสารให้สามารถอ่านเข้าใจง่าย เหมาะสมกับวัย เนื้อหาที่ครอบคลุมมากกว่า 8 ด้าน และเน้นเนื้อหาที่เฉพาะ เช่น การพัฒนาระดับการมีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมในการบริหารจัดการโรคหอบหืด - โปรแกรม Wee Wheezers at Home จะใช้เวลาในการสอนในกลุ่มเด็กเล็ก 8 ส่วนๆละ 90 นาทีในช่วงสัปดาห์ แม้ว่าแต่ละส่วนจะมีจุดประสงค์เฉพาะ ผู้เยี่ยมบ้านจะกระตุ้นให้มีการปรับเปลี่ยนการสอนให้มีลักษณะตรงกับความต้องการของครอบครัว พัฒนาการสอนให้เหมาะสมกับเด็กและผู้ดูแลที่อยู่ในบ้านขณะได้รับการเยี่ยมบ้านจะถูกเชิญให้มีส่วนร่วมด้วย - ผู้เยี่ยมบ้านจะเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมการใช้โปรแกรม Wee Wheezers at Home เพื่อให้มีความมั่นใจและเป็นไปในแนวทางเดียวกัน มีจุดประสงค์ที่เฉพาะในแต่ละส่วน โดยพยาบาลจะได้รับเอกสารในแต่ละส่วน ซึ่งมีจุดประสงค์ในการเข้าเยี่ยมบ้าน และมีผู้คอยกำกับดูแล 15 วัน โดยในแต่ละส่วนจะมุ่งเน้นในการดูแลผู้ป่วยรายปัจจุบัน และได้รับการอบรมต่อไป ซึ่งพยาบาลจะให้คำแนะนำทั้งหมด 8 ส่วนในแต่ละครอบครัว - การเยี่ยมบ้านเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยนักสังคมที่เข้าร่วมโครงการจะเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลเด็กเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเดือนที่ 3 และเดือนที่ 12 ที่มีการติดตามเยี่ยม ใช้เวลานานถึง 90 นาที หลังจากนั้นจะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ - ข้อมูลด้านการรักษา การบันทึกข้อมูลด้านการรักษาจากเจ้าหน้าที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินและโรงพยาบาลต่างๆ ในช่วง 12 เดือนซึ่งระบุโดยผู้ให้การรักษาจะถูกย่อก่อนที่จะเก็บข้อมูลพื้นฐานจนถึงเดือนที่ 12 ของการเยี่ยม
ผลการวิจัย	1. อัตราการป่วยโรคหอบหืด (Asthma Morbidity) ลดลงในเด็กทุกคนและอายุมีผลต่อการรักษาในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 12 - ค่าเฉลี่ยของจำนวนที่มีอาการในเวลากลางวัน มีค่าเพิ่มขึ้นจาก 37 เป็น 96 ในเดือนที่

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	12 การให้ความรู้ไม่มีผลต่อค่าเฉลี่ยจำนวนอาการที่เป็นในเวลากลางวัน ในการไปเยี่ยมบ้านในเดือนที่ 3 แต่มีนัยสำคัญทางสถิติในอายุของกลุ่มที่ได้รับความรู้ที่ไปเยี่ยมบ้านในเดือนที่ 12 - จำนวนของการไปรักษาเมื่อมีอาการกำเริบของโรคหอบหืดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Caregiver Quality of life) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กดีขึ้นในเดือนที่ 3 และเดือนที่ 12 มากกว่าข้อมูลพื้นฐาน 3. ทักษะการจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหืด (Asthma Management Practices) - ทักษะการจัดการ โรคหอบหืด ดีขึ้นเมื่อเทียบกับระยะแรกแต่มีผลเพียงเล็กน้อยในรายที่ได้รับความรู้ - ค่าเฉลี่ยความถี่ของการจัดการอาการที่มีความหลากหลายและทักษะการป้องกันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในเดือนที่ 3 - ค่าเฉลี่ยของระดับที่มีการมีส่วนร่วมในการจัดการ โรคหอบหืดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทั้ง 2 กลุ่ม
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องการจัดการ โรคหอบหืดที่บ้าน ในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางคลินิก การให้ความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่บ้าน - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - เครื่องมือที่จะนำมาใช้ได้ผ่านกระบวนการศึกษาและมีหลักฐานว่าทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น - งานวิจัยระดับ II มีความน่าเชื่อถือ วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ - งานวิจัยได้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และ Website ที่สืบค้นมีความน่าเชื่อถือ - คณะผู้วิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จะไม่เกิดความเลียงหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในด้านการจัดการโรคหอบหืดในด้านต่างๆ เช่น การป้องกัน การดูแลปฏิบัติตัว เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่ออยู่บ้าน หรือในชุมชน ช่วยลดอุบัติเหตุการกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล และลดอุบัติเหตุการขาดโรงเรียน

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	ของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด -พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งการให้คำแนะนำ การให้ความรู้โรคหอบหืด เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- นำความรู้/ทักษะการจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหืดมาสอนให้ความรู้โดยปรับเทคนิคการสอนให้มีลักษณะที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย/ครอบครัว - การปรับแนวทางการสอนให้ความรู้ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันของพยาบาลที่เยี่ยมบ้านผู้ป่วย



หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	McCarthy, M.J., Herbert, R., Brimacombe, M., Hansen, J., Wong, D., Zehnan, M./ 2002
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Empowering Parents Through Asthma Education./ Journal of Pediatric Nursing.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อเปรียบเทียบผลของแบบเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืดและการให้ความรู้โรคหอบหืดแบบมีแบบเดิม และตรวจสอบศึกษาผลลัพธ์ต่อ ความรู้ ความรู้สึกในการควบคุมโรค ความสามารถในการตัดสินใจและความสามารถในการให้การดูแลของกลุ่มผู้ป่วยโรคหอบหืด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ประชากรที่มีลูกป่วยด้วยโรคหอบหืด โดยครอบครัวจะถูกประเมินจาก กุมารแพทย์จำนวน 5 คน ซึ่งมีผู้เข้าร่วมโครงการ 57 ครอบครัว ข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าโครงการ - เด็กที่มีอายุ 3-16 ปี - เด็กที่ป่วยโรคหอบหืดระยะปานกลางถึงระยะรุนแรง - ผู้ปกครองสามารถพูดและอ่านภาษาอังกฤษได้ - ได้รับการส่งตัวถึงกุมารแพทย์ครั้งแรกด้วยอาการหอบหืด ข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกรับออก - ไม่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าโครงการ - เด็กมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการวิจัย - ผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืด
Setting ของงานวิจัย	ครอบครัวในชนบทซึ่งเป็นพื้นที่รับผิดชอบศูนย์ 2 ศูนย์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Quasi-experimental/III
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคหอบหืด วัตถุประสงค์ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหอบหืด ซึ่งประกอบด้วย 30 ข้อ ที่เกี่ยวกับโรคหอบหืดและการจัดการความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการควบคุมโรคหอบหืด สัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆกับการจัดการโรคหอบหืด ประกอบด้วย 23 ข้อ - ความสามารถในการตัดสินใจและความสามารถในการดูแล วัตถุประสงค์เกี่ยวกับการรับรู้ถึงความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับโรคหอบหืดของเด็กและความสามารถในการดูแลบุตร
Intervention	- พยาบาลให้ความรู้ รับรายชื่อของสมาชิกในครอบครัว ที่มาพบกุมารแพทย์ และเข้าเกณฑ์ที่คัดเลือกไว้และให้เขียนใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ซึ่งติดต่อครอบครัวโดยการโทรศัพท์ในการสัมภาษณ์เบื้องต้น - การสัมภาษณ์ครั้งแรกจะเริ่มที่บ้านของครอบครัวหรือสถานที่อื่น ๆ ที่สามารถเขียน

หัวข้อ	รายละเอียด
	ใบยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ(ครั้งที่ 1)ซึ่งแต่ละครอบครัวจะได้รับการมอบหมายให้เข้าร่วมโปรแกรมการให้ความรู้ในพื้นที่ของแต่ละครอบครัว เมื่อกลุ่มที่มี 5-8 ครอบครัว - ในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 อย่างน้อย 4 สัปดาห์หลังจากให้ความรู้อย่างครบถ้วน(ครั้งที่ 2)และในครั้งที่ 3 จะเริ่มเมื่อ 6 เดือนหลังจากให้ความรู้อย่างครบถ้วน(ครั้งที่ 3) - โปรแกรมการให้ความรู้ในทั้ง 2 กลุ่มจะให้นั 3 สัปดาห์ๆละ 2-3 ชั่วโมง เนื้อหาและการดู การฟัง จะใช้รูปแบบที่เหมือนกัน แต่ในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืด จะได้รับเนื้อหาเพิ่มในเรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง และได้รับการโทรศัพท์ติดตามจากพยาบาล ทุกเดือนในระหว่างการให้ความรู้ 6 เดือนจนได้รับความรู้ครบสมบูรณ์ เพื่อประเมินความก้าวหน้าของครอบครัวและการกระตุ้นให้ผู้ปกครองสามารถตัดสินใจได้ถูกต้อง - ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทั้ง 2 กลุ่ม คือ กระบวนการให้ความรู้ ซึ่งในกลุ่มที่ได้รับการความรู้แบบเดิมจะมุ่งการสอน โดยพยาบาลจะทำให้มีความชำนาญแต่ไม่กระตุ้นให้เกิดการแลกเปลี่ยนและการแก้ไขปัญหาแต่ในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืด จะได้รับการกระตุ้นในเรื่อง การค้นหาความต้องการและสิ่งที่กีดขวางการใช้จุดแข็งที่มีและความสามารถในการค้นหาความต้องการ การค้นหาและการใช้แหล่งประโยชน์และแหล่งสนับสนุนทางสังคม การทำงานร่วมกันเป็นทีมกับผู้ชำนาญ ซึ่งจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่มและการตอบสนองต่อความต้องการของกลุ่ม การกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความเชี่ยวชาญและเกิดทักษะในการพัฒนาการแก้ปัญหาในกลุ่มกลวิธีการติดตามเพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถให้ความรู้ที่ยั่งยืน - มอบหมายให้ครอบครัวได้รับการสุ่มเข้ากลุ่มและให้มีในทั้ง 2 กลุ่ม ในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืด จะได้รับจะได้รับความรู้อย่างสมบูรณ์ ในกลุ่มที่ได้รับแบบมีแบบแผนจะได้รับเมื่อมีการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1 - ในระยะเวลา 4 เดือนจะมีช่วงเวลาคาบเกี่ยวในช่วงปิดเทอมในช่วงท้ายของโปรแกรมและจะเพิ่มอีกในครั้งต่อไป - พยาบาลให้ความรู้จะใช้แนวทางที่จัดเตรียมไว้ - ผู้วิจัยจะสุ่มเข้าในส่วนที่ได้รับการความรู้ เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงในการให้ความรู้
ผลการวิจัย	- ความรู้: ผลคะแนนความรู้เรื่องโรคหอบหืดไม่มีความแตกต่างกันระหว่าง 2 กลุ่ม ในครั้งที่ 1, 2 และ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืด ในครั้งที่ 1 ในหัวข้อ สาเหตุและอาการของโรคหอบหืด และความเข้าใจในเรื่องผลของค่าเฉลี่ยการควบคุมโรคหอบหืด

หัวข้อ	รายละเอียด
	ในครั้งที่ 3 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในหัวข้อ ผลของการสูบบุหรี่ในเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดและผลกระทบของการใช้ยาป้องกันโรคหอบหืดในเด็กป่วยโรคหอบหืด - ความรู้สึกในการควบคุมโรคหอบหืด : ค่าเฉลี่ยของทั้ง 2 กลุ่มเพิ่มขึ้นในแต่ละครั้ง ค่าเฉลี่ยของกลุ่มในการเข้าร่วมแต่ละคน ค่าคะแนนรวมมีค่ามากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืดในครั้งที่ 3 และ กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืดมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งติดตามคือ ความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลเด็ก ($P=.001$) - และความสามารถในการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุน - ความสามารถในการตัดสินใจและความสามารถในการให้การดูแล : พบว่าผู้ปกครองในกลุ่มได้รับความรู้แบบเดิมมีค่าคะแนนสูงกว่าในช่วงแรกในทั้ง 2 ด้าน ค่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืด พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในช่วงเวลาที่ 2 และ 3
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องการจัดการโรคหอบหืดที่บ้าน ในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางคลินิก การให้ความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่บ้าน - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - งานวิจัยระดับ III มีความน่าเชื่อถือ วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จะไม่เกิดความเลียงหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในด้านการจัดการโรคหอบหืดในด้านต่างๆเช่น การป้องกัน การดูแลปฏิบัติตัว เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่ออยู่บ้าน หรือในชุมชน ช่วยลดอุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล และลดอุบัติการณ์การขาดโรงเรียนของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- นำการเสริมสร้างพลังอำนาจในการให้ความรู้โรคหอบหืด มาใช้ในการให้ความรู้และจัดการเรื่องโรคหอบหืดในด้านต่างๆ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วย/ครอบครัวค้นหาความต้องการ ค้นและการใช้แหล่งประโยชน์ แหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดทักษะ/ความเชี่ยวชาญในการแก้ไขปัญหา

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	Yorke, J., Fleming, S. L., Shuldhham, C./ 2005.
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	A Systematic Review of Psychological Interventions for Children With Asthma./ Pediatric Pulmonology.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตาของงานวิจัยประเภท RCTs ในผลของการให้การพยาบาลด้านจิตใจในการปรับเปลี่ยนสุขภาพและผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมในเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	งานวิจัย 12 เรื่อง
Setting ของงานวิจัย	-
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Systematic review/I
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	การกำหนดเกณฑ์ต่างๆ - ชนิดการศึกษาเป็นงานวิจัยประเภท RCTs ที่เปรียบเทียบการพยาบาลด้านจิตใจในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด - ชนิดของกลุ่มตัวอย่าง เป็นเด็กทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปีที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคหอบหืดจากแพทย์ - ชนิดของการพยาบาล เป็นรูปแบบการรักษาทางด้านจิตใจตามกรอบแนวคิด ซึ่งได้แก่การรักษาพฤติกรรม การรักษาด้วยการรับรู้ การรักษาพฤติกรรมกรรับรู้ เทคนิคการผ่อนคลาย (การฝึกผ่อนคลายต่อเนื่อง, การฝึกด้วยตนเอง การหลับด้วยการสะกดจิต และการสะท้อนคิด การรักษาโรคจิตโดยใช้กลไกทางจิต และการให้คำปรึกษา ซึ่งวิธีการที่ไม่ใช่คือครอบครัวบำบัด ที่มีการทบทวนจากประชากรอีกกลุ่มที่ได้รับการปรับให้เป็นปัจจุบัน การให้ความรู้ เช่น การทบทวนจากตัวอย่างที่หลากหลาย การฝึกการหายใจเข้าออก ที่มีการทบทวนสมบูรณเฉพาะหัวข้อ - ชนิดของการวัดผลลัพธ์ ในระดับปฐมภูมิได้แก่การใช้บริการดูแลสุขภาพในระดับทุติยภูมิ ได้แก่ อาการโรคหอบหืด หน้าที่ของปอด การใช้ยา การขาดโรงเรียน การวัดทางด้านจิตใจจากแบบสอบถาม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม - วิธีการสืบค้นงานวิจัย จากฐานข้อมูล PSYCHINFO , Cochrane - การคัดเลือกรงานวิจัย ในวิธีการดำเนินการ รูปแบบหรือผลลัพธ์ - การประเมินคุณภาพงานวิจัย - การสังเคราะห์งานวิจัย

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	การรักษาพฤติกรรม การรักษาด้วยการรับรู้ การรักษาพฤติกรรมการเรียนรู้ เทคนิคการผ่อนคลาย (การพักผ่อนอย่างต่อเนื่อง, การฝึกด้วยตนเอง การหลับด้วยการสะกดจิต และการสะท้อนคิด การรักษาโรคจิตโดยใช้กลไกทางจิต และการให้คำปรึกษา
ผลการวิจัย	- ผลการสืบค้นข้อมูล ได้งานวิจัยทั้งหมด 105 เรื่อง ได้งานวิจัยตรงตามเกณฑ์จำนวน 12 เรื่อง คัดออกเนื่องจากที่ไม่ใช่งานวิจัย RCT 40 เรื่อง เป็นงานวิจัยย้อนหลัง 1 เรื่อง เป็นการประเมินผลการศึกษากายภาพ 11 เรื่อง เป็นการประเมินครอบครัวบำบัด 5 เรื่อง - การประเมินคุณภาพงานวิจัย เป็นงานวิจัยที่มีคุณภาพงานวิจัยต่ำ มีงานวิจัยเพียง 1 งานที่อยู่ในระดับ A - กลุ่มประชากร พบว่างานวิจัยที่มีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดมีเด็ก 18 คน และมีกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ 112 คน ระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับรุนแรง - การวัดผลลัพธ์ ในระดับปฐมภูมิ ด้านผลการดูแลสุขภาพพบว่าผลของการสะท้อนคิดช่วยลดอัตราการเข้ารับบริการรักษาตัวในโรงพยาบาล - ในระดับทุติยภูมิ ในด้านอาการ โรคหอบหืด อัตราความรุนแรงของโรคหอบหืด พบว่าการสะกดจิตทำให้มีการพัฒนาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในเรื่องระดับความรุนแรงของโรคจาก 1-2 ปี - ผลของการสะท้อนคิดช่วยผ่อนคลายในจำนวนครั้งของการกำเริบของโรคหอบหืด พบว่าดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลอง ($P < 0.05$) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม - การทำงานของปอด พบว่ามีความแตกต่างในการบำบัดโดยการผ่อนคลายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเปลี่ยนแปลงจาก peak flow- หลังให้พฤติกรรมบำบัด มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลองที่ต้องการใช้ยา ($p < 0.05$) เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) - ผลลัพธ์ด้านจิตใจ มีการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความรู้เรื่องพฤติกรรมจากก่อนและหลังทดสอบ ($P < 0.002$) - การเผชิญปัญหา มีค่าเฉลี่ยคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเผชิญโรคหอบหืดในกลุ่มที่ได้รับ CBT เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม - ภาวะซึมเศร้า พบว่า มีการอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ได้รับการผ่อนคลาย เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($P < 0.001$) - ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคหอบหืด พบว่าค่าคะแนนดีขึ้นในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม - แนวคิดด้านตนเอง พบว่ามีการปรับปรุงดีขึ้นหลังจากก่อนและหลังให้การพยาบาล

หัวข้อ	รายละเอียด
	- หลังให้พฤติกรรมบำบัด มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มทดลองที่ต้องการใช้ยา ($p<0.05$)เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม($p<0.001$) - ผลลัพธ์ด้านจิตใจ มีการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในกลุ่มที่ได้รับการบำบัดความรู้เรื่องพฤติกรรมจากก่อนและหลังทดสอบ ($P<0.002$) - การเผชิญปัญหา มีค่าเฉลี่ยคะแนนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการเผชิญโรคหอบหืดในกลุ่มที่ได้รับ CBTเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม - ภาวะซึมเศร้า พบว่า มีการอาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่ได้รับการผ่อนคลายเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($P<0.001$) - ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคหอบหืด พบว่าค่าคะแนนดีขึ้นในกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม - แนวคิดด้านตนเอง พบว่ามีการปรับปรุงดีขึ้นหลังก่อนและหลังให้การพยาบาล
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องการจัดการในด้านจิตใจในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้านในชุมชน - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ แต่บางกิจกรรมที่เป็นกิจกรรมการพยาบาลทางด้านจิตใจที่เฉพาะ จะต้องผ่านการอบรมก่อนเพื่อให้เกิดความชำนาญในการปฏิบัติ - เครื่องมือที่จะนำมาใช้ได้ผ่านกระบวนการศึกษาและมีหลักฐานว่าทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น - งานวิจัยระดับ มีความน่าเชื่อถือ วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติที่ชัดเจน - งานวิจัยได้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และ Website ที่สืบค้นมีความน่าเชื่อถือ - คณะผู้วิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดทางด้านจิตใจ จะไม่เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในด้านการจัดการในด้านจิตใจ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	-นำโปรแกรมการด้านจิตใจในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด มาใช้ในการจัดการในด้านจิตใจทั้งในผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเมื่ออยู่ที่บ้านหรือในชุมชน แต่การนำไปใช้ อาจจะต้องประสานจิตแพทย์/พยาบาลจิตเวชที่มีความเชี่ยวชาญในการดำเนินกิจกรรมบำบัด เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย/ครอบครัว

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	Butz, A. M., Syron, L., Johnson, B., Spaulding, J., Walker, M., Bollinger, M. B./ 2005.
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Home-Based Asthma Self-Management Education for Inner City Children./ Public Health Nursing.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินผลการพยาบาลในการให้ความรู้โรคหอบหืดที่บ้าน ที่มีเป้าหมายในการระบุนาการของโรค สำหรับผู้ปกครองของเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้เข้าร่วมโครงการจำนวน 221 ครอบครัว ที่มีเด็กอายุ 2-8 ปีที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด ซึ่งมารดาเป็นบุคคลแรกที่เข้าร่วมประมาณ 92 % ซึ่งจะได้รับความรู้เรื่องโรคหอบหืด เด็ก/ผู้ปกครองจะได้รับการคัดเลือกจากมหาวิทยาลัย ที่ฝึกทักษะเกี่ยวกับเด็ก รวมทั้งโรคปอด โรคภูมิแพ้ (50%) แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน (20%) และการฝึกทักษะเด็กในชุมชน (30%) ซึ่งทั้งหมดเป็นเด็กที่อยู่ในเมืองบัลติมอร์ (Baltimore) รัฐแมริแลนด์ (Maryland) ซึ่งเด็กนักเรียนจะได้รับการสุ่มเข้าร่วมแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ได้รับความรู้โรคหอบหืดแบบมาตรฐาน (SAE) หรือกลุ่มที่ได้รับความรู้เรื่องการใช้อุปกรณ์ (SNEI) เกณฑ์คัดเลือกเข้าโครงการ a. ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดระยะเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรงตามแนวทาง NAEPP b. ใช้อุปกรณ์อย่างน้อย 1 ตัวในการรักษา ซึ่งเด็กจะถูกสุ่มเข้ากลุ่มให้ความรู้ 2 กลุ่มคือ a. การให้ความรู้โรคหอบหืดแบบมาตรฐาน (SAE) จำนวน 105 คน b. การให้ความรู้โดยใช้อุปกรณ์ (SNEI) จำนวน 105 คน
Setting ของงานวิจัย	เมืองบัลติมอร์(Baltimore) รัฐแมริแลนด์ (Mary land)
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Randomized single blinded controlled trial /II
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านการให้ความรู้โรคหอบหืดแบบมาตรฐาน (SAE) - แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านการให้ความรู้โดยใช้อุปกรณ์ (SNEI)
Intervention	- โปรแกรมการให้ความรู้แบบมาตรฐาน การให้ความรู้แบบมาตรฐาน จะให้ในระหว่างการเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง เพื่อช่วยครอบครัวในการให้การดูแลเบื้องต้นสำหรับเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดและเข้าใจถึงพื้นฐานในการจัดการ โรคหอบหืด รวมถึงการช่วยให้เข้าถึงการป้องกันการแลกเปลี่ยนและการช่วยเหลือเมื่อมีอาการหอบหืดเฉียบพลัน กระตุ้นให้ผู้ปกครองในการวางแผนการดูแลโรคหอบหืดจากผู้ดูแลสุขภาพของเด็กและสอนการใช้อุปกรณ์ การวัดสมรรถภาพของปอด (PFM) ในเด็กที่มีอายุมากกว่า 5 ปี ซึ่งจะไม่รวมถึงการระบุนาการ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ของโรคหรือการให้ความรู้ในการใช้ยาพ่น - โปรแกรมการให้ความรู้ในการระบุนาการของโรค/การให้ความรู้ในการใช้ยาพ่น (SNEI) เป้าหมายคือ การสอนที่ถูกต้อง แม่นยำในการระบุนาการของโรค คือ การไอ หายใจหอบ การใช้กลัมนื้อช่วยในการหายใจและการรักษาอาการดังกล่าว โดยการให้ยาพ่นที่บ้าน ซึ่งการให้ความรู้จะให้ในระหว่างเยี่ยมบ้าน 6 ครั้ง โดยสอนเกี่ยวกับการกินหาอาหารในเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด และเสนอแนะให้การรักษาด้วยยาพ่น โดยเบื้องต้นผู้ปกครองจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการระบุนาการของโรคหอบหืดได้อย่างถูกต้อง ตั้งแต่อาการเริ่มแรก จนถึงระยะสุดท้ายของโรค รวมถึงการสอนเปรียบเทียบการหายใจปกติของเด็กและรูปแบบการหายใจเมื่อมีอาการของโรคหอบหืด ตั้งแต่อาการไอ หายใจหอบ ไม่สามารถพูดคุยได้ และเมื่อมีอาการมากต้องใช้อุปกรณ์ช่วยในการหายใจ การนับอัตราการหายใจของเด็ก และการใช้ PFM ในเด็กที่มีอายุมากกว่า 5 ปี การวัดขนาดของยาที่ถูกต้อง การใส่ยาในเครื่องพ่นยาได้อย่างถูกต้อง ความถี่ในการเปลี่ยนถ่ายและแนวทางการใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้อง และการทำความสะอาดและรักษาเครื่องพ่นยา - กระบวนการการให้ความรู้ หลังการติดตามเยี่ยมบ้าน พยาบาลชุมชนจะบันทึกผลลงในแบบประเมิน SAE หรือ SNEI ให้ครบถ้วน และจะสอนให้ความรู้แก่ครอบครัวในแต่ละส่วน การเยี่ยมบ้านในกลุ่มให้ความรู้จะถูกติดตามจากพยาบาลชุมชน 4 คนที่เป็นพยาบาลที่เข้ามาทำงานในเมืองนี้และได้รับการอบรมในการสอนการระบุนาการของโรคและการใช้ยาพ่นในครอบครัวที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดระดับรุนแรง ซึ่งควบคุมในเรื่องการสอนไม่ให้มีความแตกต่าง - หลังจากนั้น 1 เดือนผู้ตรวจการพยาบาลในชุมชนที่เป็นผู้ประสานงานกัน พยาบาลที่เชี่ยวชาญเด็กในโรคหอบหืดร่วมกับพยาบาลโรคภูมิแพ้ในเด็ก ซึ่งพยาบาลทั้ง 2 จะพร้อมให้ความช่วยเหลือแก่พยาบาลชุมชนโดยตลอด 24 ชั่วโมงเมื่อมีปัญหาหรือความต้องการ - การประเมินผลของโปรแกรมการให้ความรู้โรคหอบหืดที่บ้าน ผู้ปกครองจะได้รับการทดสอบเกี่ยวกับ ความสามารถในการรู้จักอาการและเทคนิคการใช้ยาพ่น โดยพยาบาลชุมชนหลังจากได้รับความรู้ครั้งหนึ่งในแต่ละส่วน โดยใช้แบบสอบถามและมีการสาธิตการใช้ยาพ่น รวมทั้งให้ผู้ปกครองตอบคำถามในแต่ละส่วน
ผลการวิจัย	- เด็กที่เข้าร่วมโครงการมีระดับความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง - เด็กได้รับยาสเตียรอยด์เป็นยาเกิน 3 ครั้งในระหว่างปีที่ผ่านมา ทักษะการจัดการโรคหอบหืดในกลุ่มที่ให้ความรู้- ครอบครัวในกลุ่ม SNEI ส่วนมากมีการระบุนาการของโรคหอบหืดและทักษะการจัดการด้วยตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนได้รับ

หัวข้อ	รายละเอียด
	ความรู้และหลังได้รับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ทักษะในการจัดการ โรคหอบหืดทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างก่อนให้ความรู้และหลังให้ความรู้ - ทักษะการค้นหาคำถาม มีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบจากก่อนและหลังให้ให้ความรู้ ทักษะการจัดการอาการ โรคหอบหืด โดยใช้ระดับความรุนแรงของโรค
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องการจัดการ โรคหอบหืดที่บ้าน ในชุมชน ซึ่งสามารถช่วยในกระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางคลินิก การให้ความรู้ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่บ้าน - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - เครื่องมือที่จะนำมาใช้ได้ผ่านกระบวนการศึกษาและมีหลักฐานว่าทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น - งานวิจัยระดับ II มีความน่าเชื่อถือ วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ - งานวิจัยได้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และ Website ที่สืบค้นมีความน่าเชื่อถือ - คณะผู้วิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จะไม่เกิดความเลื่อมหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในด้านการจัดการ โรคหอบหืดในด้านต่างๆเช่น การป้องกัน การดูแลปฏิบัติตัว เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่ออยู่บ้าน หรือในชุมชน ช่วยลดอุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล และลดอุบัติการณ์การขาด โรงเรียนของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด - พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งการให้คำแนะนำ การให้ความรู้โรคหอบหืด เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- นำโปรแกรมการให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืดที่บ้านมาใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย/ครอบครัวร่วมกับการเยี่ยมบ้าน โดยเน้นให้ผู้ปกครองสามารถระบุนาการของโรค รวมถึงการวางแผนการดูแลรักษาด้วยยา - นำแบบประเมิน SAE หรือ SNEI มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย/ครอบครัวเพื่อประเมินติดตามความรู้ที่ได้รวมถึงปัญหาอุปสรรคต่างๆ

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	Newcomb, P. / 2006
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Results of an asthma disease management program in an urban pediatric community clinic. / JSPN
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อหาแนวปฏิบัติอย่างเป็นระบบในการให้การพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในเด็กโรคหอบหืดในครอบครัวที่มีรายได้น้อย ที่มีผลกระทบต่อการส่งเสริมการรักษาและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	- เด็กจำนวน 120 คนที่เข้าร่วมโครงการ มีจำนวน 79 คน ซึ่งมีอายุระหว่าง 1.6-16 ปี เฉลี่ยอายุ 7.4 ปี ได้รับการประกันสุขภาพจากการช่วยเหลือของรัฐในเรื่องค่ารักษาพยาบาลสำหรับผู้ยากไร้ - เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 12 เดือนก่อน หรือได้รับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยโรคหอบหืด หรือได้รับการรักษาอย่างน้อย 1 ครั้งด้วยอาการจับหืดระหว่าง 12 เดือนก่อน - เกณฑ์ในการคัดเลือกออก เด็กมีโรคประจำตัวอย่างอื่นร่วม เช่น โรคหัวใจ น้ำท่วมปอด เด็กมีอาการจับหืดรุนแรง ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ
Setting ของงานวิจัย	พื้นที่ในตอนเหนือของนครเทศซ์
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	การทบทวนอย่างเป็นระบบของงานวิจัยเชิงบรรยายหรืองานวิจัยเชิงคุณภาพ / V
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- แบบบันทึกการใช้ยา - เครื่องมือวัด Peak flow meter
Intervention	- คลินิกโรคหอบหืดจะเลือกวันที่ 3-4 ของเดือนในคลินิกบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่จัดตั้งโดยพยาบาลเวชปฏิบัติ 3 คนและพยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้จัดการรายกรณี 1 คน - ผู้จัดการรายกรณีจะติดต่อกับครอบครัวโดยการโทรศัพท์ อธิบายเกี่ยวกับโปรแกรม โดยเชิญครอบครัวเข้าร่วมและแจ้งขั้นตอนการเยี่ยมในครั้งแรก - การเยี่ยมครั้งแรกประมาณ 45 นาที ติดตามเยี่ยมใน 1 เดือน และต่อมา 3 เดือน/ ครั้ง ใช้เวลา 30 นาที การเยี่ยมอื่นๆจะมีแผนตามความจำเป็นและโทรศัพท์ติดต่อที่มีการพยาบาลในระหว่างการเยี่ยม - การเยี่ยมในครั้งแรก จะการรวบรวมประวัติโรคหอบหืด ประวัติภูมิแพ้ การปฏิบัติตัวที่เกี่ยวกับการประเมินสภาพร่างกายและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องพยาธิสภาพ อาการ การจัดการ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรค ผลการรักษาและเทคนิคการใช้ยาพ่น - การวัดสมรรถภาพของปอดจะวัดให้ในครั้งแรกและครั้งสุดท้ายของการเยี่ยม - การวางแผนการรักษาจะมีการพุดจาตกลงกันในครอบครัว ในการเยี่ยมครั้งแรก มีการทบทวนและปรับเปลี่ยนในแต่ละครั้งของการเยี่ยม

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	- การติดตามเยี่ยม 1 เดือนจะมีการประเมินสภาพร่างกาย การรวบรวมประวัติเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม รวมถึงสภาพแวดล้อมที่กระตุ้น โรคหอบหืดและการควบคุม - แต่ละครอบครัวจะได้รับการเขียนแผนการรักษาในตอนท้ายของการเยี่ยม ในเรื่องการรักษาด้วยยาและการพยาบาลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการเยี่ยมครั้งต่อมานี้จะเน้นประวัติในเรื่องการประเมินสภาพร่างกายและการกระตุ้นให้ความรู้ รวมถึงผลกระทบที่มีต่อเด็ก เช่น ผู้ดูแล ปัญหาครอบครัว - บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติจะพัฒนาในเรื่องแผนการรักษา การติดตามสภาวะสุขภาพของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ครอบครัว การรักษาด้วยยา การประเมินผลลัพธ์และการส่งต่อที่จำเป็น - พยาบาลวิชาชีพที่เป็นผู้จัดการรายกรณีประจำคลินิกจะยังคงติดตามครอบครัวต่อไป โดยจะรวบรวมประวัติเป็นลำดับขั้นตอนระหว่างการเยี่ยมและการติดตามความถี่ของการเกิดอาการ โดยการโทรศัพท์
ผลการวิจัย	- การนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลลดลงคิดเป็น 85% การไปตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินด้วยโรคหอบหืดลดลง คิดเป็น 87% การไปรักษาที่คลินิกด้วย อาการจ็บหืดลดลง คิดเป็น 71% - ผู้เข้าร่วมโครงการมีระดับความไว้วางใจ 95% - ค่าเฉลี่ยของ FEV1 มีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางคลินิกลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ - ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อโปรแกรมนี้เป็นไปในทางบวก หลังจากการสำรวจมากกว่า 3 เดือน - ผู้ปกครองรู้สึกว่ามีสามารถในการจัดการโรคหอบหืดของเด็กที่บ้านมากขึ้น และได้รับการพัฒนาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากขึ้น
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โดยมีส่วนร่วมของครอบครัว ทั้งในเรื่องพยาธิสภาพ อาการ การจัดการ การปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรค ผลการรักษาและเทคนิคการใช้ยา - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - งานวิจัยระดับ V มีความน่าเชื่อถือพอควร วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ - งานวิจัยได้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และ Website ที่สืบค้นมีความน่าเชื่อถือ - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด

หัวข้อ	รายละเอียด
	จะไม่เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องพยาธิสภาพ อาการ การจัดการ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรค ผลการรักษาและเทคนิคการใช้ยาพ่นในด้านการลดการสัมผัสปัจจัยกระตุ้นต่างที่ทำให้มีอาการของโรคและการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โดยเป็นการจัดการพยาบาลรายกรณี -พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งการให้คำแนะนำ การให้ความรู้โรคหอบหืด เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติ
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โดยมีส่วนร่วมของครอบครัว ทั้งในเรื่องพยาธิสภาพ อาการ การจัดการ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรค ผลการรักษาและเทคนิคการใช้ยาพ่น - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความเป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - งานวิจัยระดับ V มีความน่าเชื่อถือพอควร วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ - งานวิจัยได้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และ Website ที่สืบค้นมีความน่าเชื่อถือ - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดจะไม่เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องพยาธิสภาพ อาการ การจัดการ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอาการกำเริบของโรค ผลการรักษาและเทคนิคการใช้ยาพ่นในด้านการลดการสัมผัสปัจจัยกระตุ้นต่างที่ทำให้มีอาการของโรคและการจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่บ้าน โดยเป็นการจัดการพยาบาลรายกรณี -พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งการให้คำแนะนำ การให้ความรู้โรคหอบหืด เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	-นำการจัดการพยาบาลรายกรณีโรคหอบหืดมาใช้ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการบริการในโรงพยาบาลจนกระทั่งกลับสู่ชุมชน เพื่อลดอัตราการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล การไปตรวจรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการพัฒนาความสามารถในการจัดการโรคหอบหืดของผู้ปกครองในเรื่องการจัดการป้องกันการสัมผัสปัจจัยกระตุ้น และการควบคุมอาการของโรคหอบหืด

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	Cope, S. F., Ungar, W. J., & Glazier, R. H./2006
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	Socioeconomic Factors and Asthma Control in Children / Pediatric Pulmonology.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อประเมินผลของปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคมและการควบคุมโรคหอบหืดในเด็กโดยใช้แนวปฏิบัติการดูแลเด็กโรคหอบหืดแห่งแคนาดา
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	เด็กโรคหอบหืดอายุระหว่าง 1-18 ปีจำนวน 879 คน ซึ่งถูกคัดเลือกจาก - กุมารแพทย์ระบบทางเดินหายใจ - กุมารแพทย์ระบบภูมิแพ้ - แพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว - คลินิกผู้ป่วยนอก จำนวน 2 แห่ง - แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินของโรงพยาบาล 2 แห่ง
Setting ของงานวิจัย	เมืองโตรอนโต
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Cross-sectional analysis / IV
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	-
Intervention	-
ผลการวิจัย	- 11% มีประสบการณ์ในการขอรับการควบคุมโรค 20% มีประสบการณ์ในการขอรับการควบคุมโรคปานกลาง และ 69% ไม่ขอรับการควบคุมโรค - การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า 77% สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปกติ ส่วนมาก (70%) มีอาการในเวลากลางคืนน้อยกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ เด็กจำนวนน้อย (61%) มีอาการในเวลากลางวันน้อยกว่า 4 ครั้ง/สัปดาห์ เป้าหมายของการควบคุมโรคหอบหืด - สถานภาพทางเศรษฐกิจพบว่า รายได้สูงมีผลกระทบทางบวกในระดับที่สูงในการควบคุมโรคหอบหืด ซึ่งสัมพันธ์กับรายได้ต่ำจะมีการควบคุมโรคหอบหืดน้อยลง - จำนวนตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่สูงในรูปแบบ รวมถึงจำนวนของตัวกระตุ้นที่ทำให้อาการกำเริบ ($p < .0001$) และการใช้ยาต้านการอักเสบในแต่ละวัน ($p < .0001$) ซึ่งจะมีค่าสัมประสิทธิ์ผกผัน คือ เด็กที่สัมผัสปัจจัยกระตุ้นมากหรือใช้ยาต้านการอักเสบในแต่ละวันจำนวนมากจะมีการควบคุมโรคไม่ดี - จำนวนของการมาตรวจที่หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิทั้งหมดคิดเป็น 32% การใช้ยาต้านการอักเสบทุกวัน คิดเป็น 25% จำนวนของตัวกระตุ้นที่ทำให้อาการเลวลง คิดเป็น 19% รายได้ที่ทำไม่ได้ (7%)

หัวข้อ	รายละเอียด
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องปัจจัยกระตุ้นที่มีผลทำให้เกิดอาการของโรคเลวลง รวมถึงการควบคุมโรคหอบหืด ซึ่งสามารถช่วยให้ทราบปัจจัยที่มีผลต่ออาการของโรคและกระบวนการตัดสินใจในการแก้ปัญหาทางคลินิก การให้ความรู้ในการป้องกันการสัมผัสปัจจัยกระตุ้น ของผู้ป่วยที่บ้าน - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - งานวิจัยระดับ IVมีความน่าเชื่อถือพอควร วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ - งานวิจัยได้จากแหล่งที่น่าเชื่อถือ และ Website ที่สืบค้นมีความน่าเชื่อถือ - คณะผู้วิจัยเป็นผู้เชี่ยวชาญและเป็นแพทย์และพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็ก - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆไปใช้ จะไม่เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในด้านการลดการสัมผัสปัจจัยกระตุ้นต่างที่ทำให้มีอาการของโรคเลวลงรวมถึงการควบคุม
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- นำความรู้เรื่องปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดโรคมานำใช้ในการป้องกันการสัมผัสปัจจัยกระตุ้น และการควบคุมอาการของโรคหอบหืดตั้งแต่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลจนกลับสู่ชุมชน

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	ปรียะดา ภัทรสังขธรรม / 2546
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด./วิทยานิพนธ์.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรม ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหอบหืดที่มีอายุ 7-12 ปีจำนวน 40 คน จัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คนแรกเข้ากลุ่มควบคุมและจัดกลุ่มตัวอย่าง 20 คน หลังเข้ากลุ่มทดลอง โดยจับคู่ในเรื่องอายุเด็ก ระยะเวลาที่เป็นโรค ระดับความรุนแรงของโรค และ ระดับการศึกษานิดาหรือมารดา
Setting ของงานวิจัย	คลินิกโรคภูมิแพ้ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Quasi experimental/ III
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของ ตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียน โรคหอบหืด - แบบวัดการรับรู้บทบาทของบิดา/มารดาในการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด
Intervention	- กลุ่มควบคุม สัปดาห์ที่ 1 1. ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยการให้ความรู้แก่เด็กวัยเรียน โรคหอบหืดและผู้ปกครองเกี่ยวกับความรู้ทั่วไปเรื่องโรคหอบหืดในเรื่องความหมาย อาการ สาเหตุ สิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของอาการ โรคหอบหืดกำเริบ และภาวะแทรกซ้อน การฝึกการใช้ยาที่ถูกต้อง การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน 2. ผู้วิจัยประเมินโดยใช้แบบสอบถามตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กใช้เวลา 5 นาทีและแบบสอบถามพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของเด็ก วัยเรียนโรคหอบหืด (Pre-test) 3. เมื่อสิ้นสุดการประเมินผล นัดหมาย โดยให้บัตรนัด และโทรศัพท์ติดตามประเมินผลในสัปดาห์ที่ 5 กลุ่มทดลอง สัปดาห์ที่ 1 1. ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดเป็นรายบุคคล และโทรศัพท์ติดตามบิดา/มารดาและเด็กที่บ้าน 4 ครั้ง

หัวข้อ	รายละเอียด
	2.ประเมินข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็ก และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของเด็กวัยเรียน โรคหอบหืด (Pre - test) 3.เตรียมบิดา/มารดาของกลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้บิดา/มารดามีการรับรู้บทบาท ของตนเองในกิจกรรมที่จัดให้ 4.ให้ความรู้แก่เด็กและบิดา/มารดาในเรื่องโรคหอบหืด และวิธีการปฏิบัติตัวในการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่เป็น โรคหอบและส่งเสริมให้เด็กวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดร่วมกับการให้เด็กและบิดา/มารดาได้เห็นตัวแบบ สัญลักษณ์ผ่านคู่มือ 5. โทรศัพท์ติดตามบิดา/มารดาและเด็ก และส่งเสริมเด็กในการลงบันทึกสมุดบันทึกกิจวัตรประจำวันและให้บิดา/มารดากับเด็กมีส่วนร่วมในการใช้ทักษะ“ทำอะไรเมื่อเกิดอาการหอบ”ร่วมกับการให้เด็กและบิดา/มารดาได้เห็นตัวแบบรวมทั้งร่วมทำกิจกรรมการออกกำลังกาย ร่วมกับให้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์ 6.เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมในโรงพยาบาลแต่ละกิจกรรมแล้ว มีการประเมินผล สัปดาห์ที่ 2-4 การจัดกิจกรรมโดยการใช้โทรศัพท์ติดตามบิดา/มารดาและเด็กที่บ้าน และประเมินผลในสัปดาห์ที่ 5
ผลการวิจัย	1. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียน โรคหอบหืดภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียน โรคหอบหืดในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการ พยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในการดูแล ป้องกันจัดการโรคหอบหืดโดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - เครื่องมือที่จะนำมาใช้ได้ผ่านกระบวนการศึกษาและมีหลักฐานว่าทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น - งานวิจัยระดับ IIIมีความน่าเชื่อถือ วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด

หัวข้อ	รายละเอียด
	จะไม่เกิดความเลียงหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในด้านการจัดการโรคหอบหืดในด้านต่างๆเช่น การป้องกัน การดูแลปฏิบัติตัว เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเมื่ออยู่บ้าน หรือในชุมชน ช่วยลดอุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล และลดอุบัติการณ์การขาดโรงเรียนของเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- นำโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้โดยดึงความร่วมมือ/การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวมาใช้ เพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน รวมถึงเกิดการรับในบทบาทของสมาชิกในการดูแลร่วมกัน - นำกิจกรรมการส่งเสริมให้เด็กลงบันทึกกิจวัตรประจำวันและให้บิดมารดาเด็กมีส่วนร่วมในการใช้ทักษะ ทำอย่างไรเมื่อเกิดอาการหอบ ร่วมกับให้เห็นตัวแบบสัญลักษณ์มาใช้ เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความมั่นใจในการจัดการแก้ไข ปัญหา

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	กรุณา เครือเนตร. / 2551
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	ผลของโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดวัย 1-6 ปีของครอบครัว/การศึกษาอิสระ.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดวัย 1-6 ปีของครอบครัว
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดวัย 1-6 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืด จำนวน 20 ครอบครัว ที่มารับการรักษาที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงคม โดยสุ่มในช่วงเดือนธันวาคม 2550-กุมภาพันธ์ 2551 ในช่วงเวลา 16.00-08.00 น.
Setting ของงานวิจัย	ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสงคม
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Quasi-experimental/III
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดวัย 1-6 ปีของครอบครัว - วิดีทัศน์เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดวัย 1-6 ปี - คู่มือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดวัย 1-6 ปี
Intervention	- สัมภาษณ์ รวบรวมข้อมูลทั่วไป ชักประวัติตรวจร่างกายประเมินอาการหอบหืด - ให้การพยาบาลบรรเทาอาการหอบหืดที่ประเมินได้ รายงานแพทย์เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษา - ให้การดูแลตามแผนการรักษาของแพทย์และให้การพยาบาลบรรเทาอาการ - ประเมินระดับความรุนแรงของอาการหลังพ้นยาตามแผนการรักษาของแพทย์ในครั้งแรก ขอความร่วมมือให้ครอบครัวผู้ป่วยได้ทำแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็ก เสร็จแล้วผู้ป่วยเด็กจะได้รับการพ่นยาครั้งที่ 2 ขณะพ่นยาได้เปิดวีดิทัศน์เรื่องการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดวัย 1-6 ปีชม ก่อนจำหน่ายจากห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน - ประเมินระดับความรุนแรงของอาการหอบหืดซ้ำ เมื่ออาการทุเลา ผู้วิจัยสรุปความรู้เรื่องโรคหอบหืดและการดูแลผู้ป่วยเด็กตามแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ถ้าครอบครัวต้องการดูซ้ำหรือดูไม่ทันให้ชมอีกครั้ง - หลังดูวีดิทัศน์พร้อมกับพ่นยาเสร็จ มีการสาธิตการใช้ยาพ่นสอดพร้อมให้ครอบครัวได้ลองฝึกปฏิบัติในการใช้ยาพ่น พร้อมประเมินผลการใช้ยาพ่น - ภายหลังสาธิตการใช้ยาและฝึกปฏิบัติแล้วผู้ป่วยเด็กจะได้พ่นยาเป็นครั้งที่ 3 มีการทบทวน พูดคุยซักถามข้อสงสัยพร้อมมอบหนังสือคู่มือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดวัย 1-6 ปี และมีการประเมินผลพฤติกรรมในการดูแลอีกใน 2 สัปดาห์

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีลักษณะคล้ายคลึงกัน 2. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-6 ปีของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ทั้งรายข้อและรายด้านด้านที่มีคะแนนพฤติกรรมสูงสุดภายหลังได้รับโปรแกรมคือ ด้านความมีวินัยในการใช้ยาตามแผนการรักษาและติดตามการรักษาตามนัดอย่างสม่ำเสมอค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม จาก 2.03 ภายหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวเพิ่มขึ้นเป็น 3.00 3. เปรียบเทียบระดับคะแนนของครอบครัวก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-6 ปี ของครอบครัวสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ ระดับคะแนนของครอบครัวภายหลังการได้รับโปรแกรมพบว่า ครอบครัวมีคะแนนอยู่ในระดับดี ซึ่งเป็นระดับสูงสุดถึง 19 ครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 95 4. ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-6 ปีของครอบครัว สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=-20.61, p<.01$)
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหา ในเรื่องการให้ความรู้และพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ดูแล และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบรรเทาอาการหอบหืด รวมถึงป้องกันอาการของโรคเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - งานวิจัยระดับ III มีความน่าเชื่อถือ วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน การใช้สถิติวิเคราะห์มีความเหมาะสมกับตัวแปรและระดับการวัด รวมทั้งมีการนำเสนอข้อมูลเหมาะสมกับผลที่ได้ - ในลักษณะของหน่วยงาน การนำข้อมูลต่างๆ ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จะไม่เกิดความเลื่อมใสหรืออันตรายกับผู้ป่วย แต่จะเกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ในด้านการให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กรวมถึงครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดที่บ้าน ซึ่งจะทำให้การควบคุมโรคหอบหืดให้ได้ผลดี ลดอุบัติการณ์การกลับมาตรวจซ้ำที่โรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล - พยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ตามขอบเขตของวิชาชีพ ซึ่งการให้คำแนะนำ การให้ความรู้โรคหอบหืด เป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญที่พยาบาลต้องปฏิบัติ
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- นำรูปแบบการให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์/เอกสารคู่มือร่วมกับการฝึกทักษะการพ่นยา มาประกอบการให้ความรู้เรื่องโรคหอบหืดเพื่อให้เกิดความน่าสนใจในการรับรู้ในเรื่องโรคหอบหืดและมีความมั่นใจในการรักษาโดยใช้ยาพ่นมากขึ้น

หัวข้อ	รายละเอียด
ชื่อผู้วิจัย/ปีที่พิมพ์	ทิพาพร ยอดญาติไทย. / 2551
เรื่อง/แหล่งตีพิมพ์	ผลการประยุกต์ใช้แนวทาง GINA Pediatric Guideline 2004 ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุ 0-6 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดของครอบครัว.
วัตถุประสงค์การวิจัย	เพื่อศึกษาผลการประยุกต์ใช้แนวทาง GINA Pediatric Guideline 2004 ต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กอายุ 0-6 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดของครอบครัวในโรงพยาบาลยางสีสุราช อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม
กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย	ครอบครัวผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดด้วย 0-6 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยางสีสุราช อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ในระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2549 จำนวน 30 ครอบครัว ซึ่งมีเกณฑ์คัดเลือกคือ - เป็นผู้ดูแลเด็กวัย 0-6 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคหอบหืดอย่างน้อย 1 เดือน มีความรุนแรงอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง เด็กไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอด ปอดแฟบ และโรคหัวใจ - มีภูมิลำเนาอยู่ใน อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม - มีความสามารถในการสื่อสารภาษาไทยได้ดี - มีความยินดีและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัย
Setting ของงานวิจัย	โรงพยาบาลยางสีสุราช อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม
ระเบียบวิธีวิจัย/ระดับของงานวิจัย	Quasi-experimental/III
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	- โปรแกรมการสอนที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทางการดูแลโรคหอบหืดตาม GINA Pediatric Guideline 2004 - คู่มือครอบครัว มี 6 ประเด็น คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด การประเมินและควบคุมความรุนแรง การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การใช้ยาในระยะยาว การจัดการขณะเจ็บหืด และการดูแลต่อเนื่อง - แผนการสอนและการตามเยี่ยมบ้านตาม GINA Pediatric Guideline 2004 - แบบสอบถามตามแนวทางการจัดการเด็กโรคหอบหืดด้วย 0-6 ปีของครอบครัว
Intervention	- ผู้ศึกษาเข้าพบครอบครัวเด็ก แนะนำตัว รายละเอียดต่างๆ ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเช่นใบยินยอม และสัมภาษณ์ครอบครัวเด็กโรคหอบหืด ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็ก รวมถึงที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์และแผนผังของบ้านเพื่อใช้ในการติดตามต่อไป - จัดกลุ่มตัวอย่างในห้องที่จัดเตรียมไว้ร่วมกับผู้รับบริการอื่นๆที่เป็นโรคเด็กและพาเด็กมารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง แนะนำขั้นตอนพร้อมชี้แจงวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

หัวข้อ	รายละเอียด
Intervention	- ให้ความรู้ครอบครัวเด็กโรคหอบหืดในกลุ่มทดลองโดยสอนด้วยภาพพลิกให้ดูเป็นรายบุคคลใช้เวลา 20 นาทีและเปิดโอกาสให้ครอบครัวเด็กซักถามปัญหา ข้อสงสัยต่างๆ - ในกลุ่มทดลอง นัดหมายวัน เวลาเยี่ยมบ้านและดำเนินการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านตามแนวทางการดูแลโรคหอบหืดตาม GINA Pediatric Guideline 2004 ติดตามประเมินผลทุกครั้งของการเยี่ยมบ้าน รวม 3 ครั้งแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ ระยะเวลาครั้งละ 1-2 ชั่วโมง ดังนี้ การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลครอบครัวและประเมินข้อมูลเพิ่มเติมตามแบบประเมินและแก้ไขปัญหาด้านที่ประเมินในการเข้ารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลในครั้งแรกและให้การดูแลรักษา ให้ความรู้ตามแนวทาง GINA พร้อมทั้งแจกคู่มือผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดเพื่อเป็นแนวทางในการพยาบาลตามสภาพปัญหาที่พบแต่ละรายตามแผนที่กำหนดร่วมกัน โดยให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ประเมินย้อนกลับโดยการซักถามถึงความรู้ ความเข้าใจและแนวปฏิบัติ ร่วมกับการสังเกตการปฏิบัติ มีการประสานงานกับทีมสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาลเพื่อวางแผนให้การสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเหมาะสม การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 2 ดำเนินการห่างจากครั้งแรกประมาณ 1 สัปดาห์ ติดตามประเมินการดูแลเด็กครั้งแรกรวมทั้งประเมินปัญหาเพิ่มเติม วางแผนการพยาบาลและประเมินผลเช่นเดียวกับครั้งที่ 1 กระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและประสานงานกับทีมสุขภาพเพื่อวางแผนให้ความช่วยเหลือสนับสนุนอย่างเหมาะสม การดูแลสุขภาพที่บ้านครั้งที่ 3 ดำเนินการห่างจากครั้งที่ 2 ประมาณ 1 สัปดาห์ ติดตามประเมินการดูแลเด็ก ตามสภาพความพร้อมที่เหลืออยู่และไม่ได้รับการแก้ไขบรรลุนิติประสงค์ของการดูแลสุขภาพที่บ้านจึงบอกสิ้นสุดการเยี่ยมบ้านและให้ผู้ดูแล/ครอบครัวตอบแบบสอบถามชุดเดิม ในสัปดาห์ที่ 4-5 ผู้ศึกษาประเมินผลการทดลองโดยการสัมภาษณ์ครอบครัวกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบวัดพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหอบหืดชุดเดิม
ผลการวิจัย	1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีลักษณะคล้ายคลึงกัน คือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คู่ การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรและแม่บ้าน ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นรองลงมา ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคหอบหืดจากแพทย์และพยาบาลมาก่อน ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท/เดือน บุตรที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีระยะเวลาในการเป็นโรคหอบหืดในกลุ่มทดลองเฉลี่ย 3 ปี และกลุ่มควบคุมเฉลี่ย 1 ปีเคยเข้าอนรักษาด่วนในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืดมาก่อน ส่วนมากกลุ่มทดลองจะหอบในฤดูฝนและกลุ่มควบคุมจะหอบในฤดูหนาว ปัจจุบันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับยา

หัวข้อ	รายละเอียด
ผลการวิจัย	ชนิดบรรเทาอาการหอบที่โรงพยาบาลร่วมกับขยายหลอดลมชนิดรับประทาน 2. วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลของครอบครัวเด็กโรคหอบหืดวัย 0-6 ปี 2.1 ครอบครัวกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวตามแนวทาง GINA Pediatric Guideline 2004 ภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2.2 ครอบครัวกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวที่มีเด็กอายุ 0-6 ปี ภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)
การประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	- มีความสอดคล้องกับประเด็นปัญหาทางคลินิก ในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้น การจัดการขณะจับหืด และการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน - พยาบาลมีเอกสิทธิ์ในการนำมาปฏิบัติได้ เนื่องจากการให้คำแนะนำ ความรู้เป็นบทบาทอิสระที่พยาบาลสามารถทำได้ - งานวิจัยระดับ III มีความน่าเชื่อถือพอควร วัตถุประสงค์สอดคล้องกับการออกแบบงานวิจัย มีการบอกขั้นตอนในการปฏิบัติและเก็บข้อมูลที่ชัดเจน
การสรุปเพื่อนำไปใช้	- นำรูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคลโดยการสอนด้วยภาพพลิกมาใช้เพื่อให้ผู้ป่วย/ครอบครัวเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น - นำรูปแบบการเยี่ยมบ้านมาใช้เพื่อประเมินติดตามภาวะสุขภาพ/ปัญหา การดูแลแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น

ประวัติผู้ศึกษา

ខ - ឥណ្ឌ

นางจุฬารัตน์ การินทร์

วัน เดือน ปีเกิด

5 พฤศจิกายน 2517

สถานที่เกิด

จังหวัดยโสธร

ประวัติการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
อุบลราชธานี, 2540:

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553:

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพพระคัมภีร์ชำนาญการ

โรงพยาบาลวารินชำราบ 46 ถ.วาริน-ศรีสะเกษ

ต.คําน้ำแซบ อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์: 045-267259

E-mail: chularat_789@yahoo.com

ที่อยู่

24 ถ.เทศบาล 2 ต.วารินชำราบ อ.วารินชำราบ

จ.อุบลราชธานี 34190

โทรศัพท: 08-1548-1399