

ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของครอบครัว ในการดูแลเด็กโรคหืด*

สุนันท์ ขาวประพันธ์ พย.บ**

ปริยกุล รัชกุล ประ.ด (พยาบาล) ***

สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ ประ.ด (สาธารณสุขศาสตร์)****

บทคัดย่อ: การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด โดยทำการศึกษาคครอบครัวเด็กโรคหืด จำนวน 40 คนที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คนในกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการติดตามเยี่ยมบ้านด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ จำนวน 3 ครั้ง ใช้เวลาทั้งหมด 4 สัปดาห์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและค้นหาสถานการณ์จริงของเด็กโรคหืดและครอบครัว 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติด้วยตนเอง หลังการส่งเสริมความรู้ทักษะในการดูแลเด็กโรคหืด 4) การคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดูแลเด็กที่มีประสิทธิภาพ การเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยผลต่างจำนวนครั้งการเกิดอาการหอบหืดกำเริบของเด็กโรคหืดมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืด และควรมีการติดตามผลในระยะยาว เพื่อการคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแล

วารสารสภาการพยาบาล 2555; 27(2) 108-121

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพที่บ้าน พฤติกรรมครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

**ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยในโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง, Email: sunann_9@hotmail.com

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหืดในเด็กเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก และมีแนวโน้มสูงขึ้น¹ อุบัติการณ์โรคหืดในเด็กไทยมีถึงร้อยละ 10-12² หรือประมาณ 1.8 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุก่อนอายุ 4-5 ปี และพบว่ามีอัตราการนอนรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ในปี พ.ศ.2551-พ.ศ. 2553 มีจำนวน 237.1, 246.7 และ 260.6 ต่อแสนประชากรตามลำดับ³ โรคหืดเกิดจากทางเดินหายใจที่ไวต่อการตอบสนองจากสิ่งกระตุ้น ซึ่งสาเหตุที่สำคัญคือ สิ่งแวดล้อมที่ในบ้าน เช่น ไรฝุ่น ฝุ่น สารก่อภูมิแพ้จากสัตว์เลี้ยง เช่น ขนแมว ขนสุนัข ควินบูหรี สาเหตุเหล่านี้ทำให้เด็กมีอาการหอบหืดบ่อยๆ เกิดผลกระทบต่อเด็กคืออ่อนเพลีย เบื่ออาหาร กลัวการพ่นยา วิดกกังวล⁴ นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่า มีผลกระทบกับครอบครัวด้วยเช่นกันคือ บิดา มารดา ของเด็กที่เป็นโรคหืดจะเกิดความกลัวและวิตกกังวล เกิดความท้อแท้ หดท้อกำลังใจเมื่อเด็กมีอาการบ่อยๆ⁵ ขาดพลังอำนาจ และความสามารถในการดูแลลดลง⁶ สอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา วัชรสินธุ์⁷ พบว่าบุคคลในครอบครัวเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังยังขาดพลังอำนาจที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแล โดยที่สาเหตุที่สำคัญเกิดจากพฤติกรรมการดูแลที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด⁸ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมที่มีอยู่ในบ้าน⁹ เกิดจากการจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถป้องกันสิ่งกระตุ้นได้ อีกทั้งยังขาดการรักษาตามแนวทางของแพทย์ และครอบครัวไม่มั่นใจในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบหืดกำเริบ ส่งผลให้เด็กโรคหืดส่วนใหญ่มาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการรุนแรง⁵

จากการที่ผู้วิจัยได้ศึกษานำร่องโดยการติดตามเยี่ยมบ้านเด็กโรคหืดที่เข้ารับการรักษาในของโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง จำนวน 10 ราย พบว่าส่วนใหญ่ขาดการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม เช่น เด็กนอนในที่อับ ใช้เครื่องนอนที่ทำด้วยขนุน เด็กยังเล่นตุ๊กตาที่เป็นขน เล่นคลุกคลีกับสุนัข หรือแมว สมาชิกในครอบครัวยังมีการสูบบุหรี่ใกล้ๆ กับเด็ก ถึงแม้ว่าผู้ดูแลเด็กโรคหืดจะได้รับคำแนะนำหรือได้รับการดูแลจากแพทย์และพยาบาลขณะมารับการรักษาแล้วก็ตามพบว่ายังมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพเด็กที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมอาจเป็นเพราะการให้ข้อมูลอย่างไม่เป็นแบบแผน และเหมาะสมกับบริบทของครอบครัวแต่ละราย⁶ จากการทบทวนการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืดพบว่ามี การให้ความรู้¹⁰ การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน¹¹ และการดูแลสุขภาพที่บ้าน⁸ โดยแต่ละโปรแกรมมีเป้าหมายเพื่อปรับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืด ทั้งนี้บางโปรแกรมจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาล ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมสาเหตุหลักที่ทำให้เด็กมีอาการกำเริบ คือสิ่งกระตุ้นที่มีอยู่ในบ้านที่เกิดจากการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่เหมาะสม⁹ โดยที่การศึกษาเน้นที่ผู้ดูแลหลักคือมารดาเพียงคนเดียว อาจจะช่วยเพิ่มความรู้และพฤติกรรมแต่อาจจะไม่สามารถทำให้ครอบครัวเกิดศักยภาพในการจัดการแก้ปัญหาของตนเองได้ ซึ่งในสภาพสังคมไทยการดูแลเด็กโรคเรื้อรังควรเป็นบทบาทของญาติหรือสมาชิกครอบครัวที่มีความสำคัญยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นหรือเลวลง โดยการส่งเสริมให้ครอบครัวมีความเชื่อมั่นและตระหนักในศักยภาพของตนเองในการดูแลเด็กโรคเรื้อรังตามบริบทของแต่ละครอบครัวและสิ่งแวดล้อม¹²

การดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นทางเลือกหนึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว ทำให้เข้าใจรับรู้ปัญหา และแก้ไขปัญหามาตามสถานการณ์ของผู้ป่วย และสมาชิกครอบครัวที่บ้านได้เป็นอย่างดี¹³ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจมาเป็นขั้นตอนการดูแลเด็กโรคหืดที่บ้าน ซึ่งเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของบุคคล โดยมีเป้าหมายเพื่อต้องการให้ผู้ใช้บริการพึ่งพาตนเอง และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการควบคุมโรคและตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ให้บริการต้องนำไปปฏิบัติ และปรับใช้ด้วยวิธีการที่เหมาะสมตามสถานการณ์ และสภาพชีวิตประจำวันด้วยตนเอง⁶ ตามบริบทของครอบครัวที่บ้าน กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน¹⁴ เป็นกระบวนการที่จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลได้เรียนรู้ และตระหนัก ตลอดจนพัฒนาความสามารถของตนเองให้ตอบสนองความต้องการในการแก้ไขปัญหา การแสวงหาและการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง ซึ่งเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลเด็กโรคหืดที่บ้านตามสถานการณ์ของครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของบุตรหลานในการปฏิบัติภารกิจประจำวันผสมผสานกับการดูแลเด็กโรคหืดที่ต้องมีการปฏิบัติกิจกรรมในหลายๆ ด้านเพื่อช่วยให้เด็กมีการดำเนินชีวิตที่เป็นปกติสุข โดยให้ระบุปัญหาของตนเอง วิเคราะห์สาเหตุ พัฒนากลวิธีที่จะแก้ปัญหาและตัดสินใจที่จะเลือกวิธีที่เหมาะสมกับครอบครัว เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลที่สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมที่บ้าน และชีวิตประจำวัน⁶ คงปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ครอบครัวสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหืดได้ตามสภาพปัญหาที่สอดคล้อง

กับบริบทของครอบครัว และตัดสินใจเลือกสิ่งที่เหมาะสมกับการดูแลเด็กโรคหืด สามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย และครอบครัว ทำให้ครอบครัวสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพได้ และจัดการเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เกิดระบบการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นแนวทางการเยี่ยมบ้าน ซึ่งเป็นกลยุทธ์อย่างหนึ่งที่ช่วยบุคคลได้เรียนรู้ และพัฒนาความสามารถของตนเองในการแก้ไขปัญหา การแสวงหาและการใช้ทรัพยากรหรือแหล่งประโยชน์เพื่อควบคุมสถานการณ์ในชีวิตของตนเอง และส่งเสริมความสามารถในการดูแลบุคคลในครอบครัว⁶ มีเป้าหมายเพื่อต้องการให้ครอบครัวสามารถพึ่งพาตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการดูแลเด็กโรคหืด และสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลได้อย่างถูกต้องตามสถานการณ์และชีวิตประจำวันเหมาะสมกับบริบทของครอบครัว สิ่งแวดล้อม และคงพฤติกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ¹⁴ เป็นขั้นการดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง¹⁵ เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเด็ก ทำให้เกิดความเชื่อมั่น และพลังอำนาจในการแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัยได้ตรงสาเหตุและความต้องการของครอบครัว¹⁴ การดูแลสุขภาพที่บ้านประกอบด้วยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพและการค้นหาสถานการณ์จริงของเด็กโรคหืดและครอบครัว 2) การให้ครอบครัวเด็กโรคหืดสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ 3) การให้ครอบครัวตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสม โดยพยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุนข้อมูล ให้ความรู้ ทักษะ

ในการดูแลเด็กโรคหืด ร่วมกับการใช้คู่มือครอบครัวสำหรับดูแลเด็กโรคหืด 4) การให้ครอบครัวคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องในการดูแลเด็กโรคหืดในด้านการหลีกเลี่ยงหรือควบคุมสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด การดูแลรักษาสุขภาพโดยทั่วไป การดูแลการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และการดูแลเด็กเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ ส่งผลต่อการเกิดหอบหืดกำเริบ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างของการเกิดหอบหืดกำเริบของเด็กโรคหืด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้าน และกลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ครอบครัวที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านมีค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหืดก่อนและหลังการทดลอง สูงกว่าครอบครัวที่ได้รับการดูแลปกติ
2. เด็กโรคหืดที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านมีค่าเฉลี่ยผลต่างจำนวนครั้งการเกิดอาการหอบหืดกำเริบหลังการทดลอง ลดลงมากกว่าครอบครัวที่ได้รับการดูแลปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (pre-test post-test two groups design)

เพื่อศึกษาผลการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวที่ให้การดูแลเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหืด ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวเด็กโรคหืดที่มารับบริการที่โรงพยาบาลป่าโมกในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2553 โดยคัดเลือกจากประชากรที่มีคุณลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้แก่บุคคลในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันที่มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเด็กโรคหืด เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย และเป็นผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลเด็กโรคหืดที่บ้าน สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ส่วนเด็กโรคหืดจะต้องไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือโรคประจำตัวอื่นๆ เช่น ปอดแตก ปอดแฟบ และโรคหัวใจ คุณสมบัติในการคัดออกจากการศึกษา คือเด็กโรคหืดที่มีอาการรุนแรง หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่นปอดบวม จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณสำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันสำหรับการทดสอบทางเดียว¹⁶ ได้จากการคำนวณจากการวิจัยของนันทมนต์ สายสอน⁸ ซึ่งศึกษาตัวแปรเดียวกัน คือ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืด ผลการคำนวณได้ตัวอย่างจำนวนกลุ่มละ 11 ครอบครัว และหากพิจารณาถึงการได้มาซึ่งขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการของโพลิตและยังเกอร์¹⁶ ที่กล่าวว่าในการวิจัยแบบทดลองควรมีก่อนมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20 ราย ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 20 ครอบครัว ได้จำนวน 40 ครอบครัว

ทำการจับคู่ (matching) ให้มีลักษณะกลุ่มตัวอย่างในด้านจำนวนครั้งการเกิดหอบหืดกำเริบที่ใกล้เคียงกันจำนวน 20 คู่ จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยจับฉลากตามลำดับคู่ ทีละคู่ เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจนครบ ได้กลุ่มทดลอง 20 ครอบครัว กลุ่มควบคุม 20 ครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

1.1 โปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน¹⁴ เป็นแนวทางร่วมกับแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง โดยกำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้าน ครอบครัวละ 3 ครั้ง ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ และการค้นหาสถานการณ์จริงของเด็กโรคหิดและครอบครัว 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ หาแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม พร้อมทั้งมอบคู่มือครอบครัวสำหรับดูแลเด็กโรคหิดศึกษา 3) การเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมโดยในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยสนับสนุนให้ความรู้ ทักษะในการดูแลเด็กโรคหิด 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ และประเมินผลสัปดาห์ที่ 12 โดยใช้เวลาในการเยี่ยมบ้านครั้งละ 60 นาที

1.2 คู่มือครอบครัวสำหรับดูแลเด็กโรคหิด มีเนื้อหาสั้นๆ มีภาพประกอบซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้น ครอบคลุมเนื้อหาด้าน การหลีกเลี่ยงหรือควบคุมสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด การดูแลสุขภาพทั่วไป การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การดูแลเด็กเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ โดยยึดแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหอบหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก 2554¹⁷ โดยราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย เพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้และฝึกทักษะต่างๆในการดูแลเด็กโรคหิดและมอบให้ครอบครัวไว้ศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหอบหืดในเด็ก 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ด้านการดูแลเด็กและครอบครัวที่มีปัญหาทางระบบหายใจ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลกุมารเวชศาสตร์ที่มีประสบการณ์การดูแลเด็กโรคระบบทางเดินหายใจจำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลด้านการดูแลสุขภาพที่บ้าน 1 ท่าน และพยาบาลประจำคลินิกหอบหืดจำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และนำเครื่องมือ ได้แก่ แผนการดูแลสุขภาพที่บ้าน และคู่มือครอบครัวสำหรับดูแลเด็กโรคหิดนำไปทดลองใช้กับครอบครัวเด็กโรคหิด จำนวน 3 ครอบครัว เพื่อทดสอบความเข้าใจในเนื้อหา ความสนใจในเนื้อหา และความเหมาะสมของระยะเวลาในการเยี่ยมบ้าน ผลการทดสอบพบว่าครอบครัวสนใจ เข้าใจเนื้อหาของโปรแกรมดี ไม่มีข้อเสนอแนะในการปรับปรุง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหิด และครอบครัว และแบบสอบถามพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหิดโดยผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามจากการศึกษาของพวงทิพย์ วัฒนะ¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถามที่ประเมินการปฏิบัติของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหิด ซึ่งมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) การหลีกเลี่ยงหรือควบคุมสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด 2) การดูแลสุขภาพ 3) การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ 4) การดูแลเด็กเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ ข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด 37 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ค่าคะแนนเท่ากับ 4 ถึง ไม่ได้ปฏิบัติ ค่าคะแนน

เท่ากับ 1 การแปลผล คะแนนสูง หมายถึงพฤติกรรม การดูแลดี คะแนนต่ำ หมายถึงพฤติกรรมการดูแล ไม่ดี แบบสอบถามนี้ผ่านตรวจการสอบความตรงตาม เนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตาม เนื้อหาเท่ากับ 0.82 จากนั้น นำไปตรวจสอบความเที่ยง โดยนำไปทดลองใช้กับครอบครัวเด็กโรคหืดที่มี ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การวิจัยนี้ ดำเนินการภายหลังได้รับความ เห็นชอบจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (ได้รับอนุมัติเมื่อ วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2554 หนังสืออนุมัติเลขที่ ศธ. 0516.25/ ช 084) และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลป่าโมก จังหวัดอ่างทอง โดยผู้วิจัย เดินทางไปที่บ้าน แนะนำตัวผู้วิจัยเพื่อขอความร่วมมือ ในการเข้าร่วมโครงการ และให้ข้อมูลตามเอกสาร ชี้แจง รายละเอียดเกี่ยวกับโครงการ วัตถุประสงค์ ของการศึกษา ประโยชน์ของการเข้าร่วมโครงการ การ รักษาข้อมูลเป็นความลับ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ศึกษา รายละเอียดกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยให้ เซ็นชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมทั้งให้พยานลงนาม กำกับ

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยโทรศัพท์ แจ้งล่วงหน้าก่อนเดินทางไปที่บ้านกลุ่มตัวอย่างเพื่อ ประเมินพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็ก โรคหืด ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยให้สมาชิก ครอบครัวช่วยกันตอบแบบสอบถามพฤติกรรมของ ครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดทั้งกลุ่มควบคุม

และกลุ่มทดลอง หลังจากนั้นดำเนินการทดลองตาม ขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลปกติโดยพยาบาล วิชาชีพ ได้รับการสอนรายบุคคล เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยโรคหืดในระยะเวลาสั้นๆ ในเรื่องการหลีกเลี่ยง สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด และการใช้ยา ตามแผนการรักษา

2. กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรม การดูแลสุขภาพที่บ้านจำนวน 3 ครั้ง กิจกรรมครั้งละ 60 นาที เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และประเมินผล ในสัปดาห์ที่ 12 การไปบ้านกลุ่มตัวอย่างแต่ละครั้ง ผู้วิจัยเดินทางไปที่บ้านกลุ่มตัวอย่างดำเนินการโดยใช้ แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน ดังนี้

เยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ขั้นตอนการสร้างสัมพันธภาพ และค้นหาสถานการณ์จริงเพื่อให้ยอมรับเหตุการณ์ และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนตามความเป็นจริง

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ โดยกล่าว ทักทาย ขอความร่วมมือสมาชิกครอบครัวเข้าร่วม กิจกรรมทุกคน อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลา ที่ใช้ในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 การสำรวจปัญหาพูดคุย ชักถาม การเจ็บป่วยของเด็กโรคหืดโดยประเมินภาวะสุขภาพ ของเด็ก สภาพแวดล้อมที่บ้านที่เกี่ยวข้องกับสิ่งกระตุ้น ให้เกิดอาการหอบหืด และกระตุ้นให้สมาชิกครอบครัว แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล ปัญหาการดูแล ในเรื่องหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ เกิดอาการหอบหืด การดูแลเด็กเมื่อเริ่มมีอาการผิ ดปกติ การดูแลสุขภาพทั่วไปของเด็ก และการปฏิบัติ ตามแผนการรักษา โดยเน้นให้มีส่วนร่วมในการกำหนด และจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และความต้องการ ในการดูแลเด็กโรคหืด

กิจกรรมที่ 3 ขั้นตอนการสะท้อนคิดอย่างมี
วิจรรย์ญาณ ส่งเสริมให้สมาชิกครอบครัวทำความเข้าใจกับปัญหา ยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเพื่อให้มองเห็นปัญหาชัดเจนขึ้น โดยผู้วิจัยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อกระตุ้นให้สะท้อนคิดโดยถามถึงสิ่งที่ทำให้การดูแลเด็กในเรื่องนั้นดี ความรู้สึกของครอบครัวในสิ่งที่ทำได้ดี ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลเด็กและการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมในกิจกรรมที่ครอบครัวทำได้ดีและประสบผลสำเร็จ

กิจกรรมที่ 4 วิเคราะห์ปัญหาสาเหตุและแนวทางการแก้ไข รวมทั้งแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหา ส่งเสริมให้แสดงความรู้ความสามารถอย่างเต็มที่ เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา ผู้วิจัยมอบคู่มือครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดและอธิบายการใช้คู่มือ เพื่อไว้ศึกษาเนื้อหา นัดหมายเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 2

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ขั้นตอนให้ครอบครัวตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองในการดูแลเด็กโรคหืด

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยให้ความรู้ในการดูแลเด็กโรคหืด ฝึกทักษะในการพ่นยา การสูดพ่นยาเมื่อมีอาการหอบหืดกำเริบ การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้าน และกิจกรรมการเล่นสำหรับเด็กในการเสริมสร้างสมรรถภาพของปอด การฝึกทักษะมีการทบทวนซ้ำ จนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องจนเกิดความมั่นใจ

กิจกรรมที่ 2 ให้สมาชิกครอบครัวร่วมกันการวางแผนแก้ไขปัญหา สนับสนุนให้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ของตนเองในครอบครัวผสมผสานกับการดูแลเด็กโรคหืด ผู้วิจัยให้แรงเสริมทางบวก โดยใช้คำพูดยกย่องชื่นชมในความสามารถของครอบครัว และนัดหมายการเยี่ยมบ้านครั้งต่อไปในสัปดาห์ที่ 4

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 4) ขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติ ที่มีประสิทธิภาพ เป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในความสามารถของครอบครัวและนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 1 ผู้วิจัยประเมินผลกิจกรรมการดูแลเด็กโรคหืดของครอบครัว ในเรื่องที่ทำได้ดีแล้วมีอะไรบ้าง มีอะไรที่ทำให้สามารถปฏิบัติเรื่องนั้นได้ดีและปัญหา อุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้น แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในครอบครัว เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเพื่อลดความคับข้องใจ ผู้วิจัยและครอบครัวการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของเด็ก ผู้วิจัยกล่าวชื่นชมในเรื่องที่ประสบผลสำเร็จในการดูแล เพื่อเป็นแรงจูงใจในการดูแลอย่างต่อเนื่อง กล่าวขอบคุณครอบครัวและเด็กโรคหืด ในการมีส่วนร่วมและพัฒนาในการดูแลเด็กโรคหืด และเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพบุตรหลาน นัดหมายครอบครัวในสัปดาห์ที่ 12

สัปดาห์ที่ 12 การประเมินผลการวิจัย ดำเนินการทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กิจกรรมที่ 1 ทำการสัมภาษณ์ครอบครัวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของเด็ก จำนวนครั้งการเกิดหอบหืดกำเริบ ทำการตรวจสุขภาพเด็ก ต่อจากนั้นให้สมาชิกครอบครัวช่วยกันตอบแบบสอบถามพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกันกับที่ตอบครั้งแรก

กิจกรรมที่ 2 ในกลุ่มทดลอง ยุติการบริการเยี่ยมบ้าน ให้สมาชิกครอบครัวสรุปการดำเนินการเยี่ยมบ้าน เปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณและนัดหมายการไปใช้บริการที่โรงพยาบาล

ในกลุ่มควบคุม หลังจากสมาชิกครอบครัวตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยชี้แจงการดำเนินการเยี่ยมบ้าน โดยดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง และนัดหมายการเยี่ยมบ้าน ในสัปดาห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ โดยวิธีแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบด้วยสถิติ T-test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหัด และจำนวนครั้งการเกิดหอบหืดกำเริบก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independence t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาทั้งหมด 40 ครอบครัว พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีเด็กโรคหัดเป็นเพศชาย ร้อยละ 57.5 และ 50 ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมชนิดรับประทาน ร้อยละ 65 และ 70 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหัดจำแนกตาม อายุ ระยะเวลาที่ป่วย การเกิดหอบหืดกำเริบ พบว่า 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน ($P > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ข้อมูลทั่วไปของตัวแทนครอบครัวในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองพบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 และ 85 ความสัมพันธ์กับเด็กเป็น พ่อแม่ ร้อยละ 45 และ 65 เปรียบเทียบ ข้อมูลทั่วไปของตัวแทนครอบครัวจำแนกตาม อายุ ระยะเวลาในการดูแลเด็ก จำนวนเด็ก และจำนวนสมาชิกของครอบครัวพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหัดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองพบว่า ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 3

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างจำนวนครั้งการเกิดหอบหืดกำเริบของเด็กโรคหัดในรอบ 3 เดือนก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหัดจำแนกตามอายุ ระยะเวลาที่ป่วย การเกิดหอบหืดกำเริบ โดยใช้สถิติที่ (t-test)

ข้อมูลทั่วไปของเด็กโรคหัด	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
อายุ(ปี)	4.55	1.09	3.75	1.59	1.85	0.07
ระยะเวลาที่ป่วย (ปี)	3.20	1.28	2.90	1.48	0.49	0.50
การเกิดหอบหืดกำเริบ 3 เดือน ก่อนการทดลอง(ครั้ง)	4.55	1.79	4.60	1.67	-0.09	0.90

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตัวแทนครอบครัวผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามอายุ ระยะเวลาในการดูแลเด็ก จำนวนเด็กและ จำนวนสมาชิกของครอบครัวเด็กโรคหืด

ข้อมูลทั่วไปของตัวแทนครอบครัว	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
อายุ (ปี)	40.85	13.30	44.90	14.13	-0.93	0.36
ระยะเวลาในการดูแลเด็ก (ปี)	3.55	1.32	2.85	1.84	1.64	0.11
จำนวนเด็กในครอบครัว (คน)	1.95	0.60	2.5	1.19	-1.84	0.08
จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)	5.8	2.26	5.4	2.19	0.57	0.57

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{D}$	SD	t-test (1-tailed)	p-value
กลุ่มทดลอง	20	1.54	0.20	13.48	< .001
กลุ่มควบคุม	20	0.01	0.16		

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลต่างจำนวนครั้งการเกิดหอบหืดกำเริบของเด็โรคหืดในรอบ 3 เดือน หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	n	$\bar{D}$	SD	t-test (1-tailed)	p-value
กลุ่มทดลอง	20	3.35	1.39	2.22	< .001
กลุ่มควบคุม	20	1.30	1.59		

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมของการของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านเป็นกลวิธีที่ช่วยให้พยาบาลมีโอกาสเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งทำให้เกิดความไว้วางใจ ทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อกัน นำไปสู่การเปิดเผยปัญหาและความรู้สึกที่แท้จริงทำให้สามารถหาแนวทางแก้ปัญหาได้ถูกต้อง อีกทั้งสมาชิกครอบครัวได้มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นและร่วมกันวางแผนการดูแลรักษาตลอดจนได้รับการฝึกทักษะ การดูแลสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมตามความจำเป็น และความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยและญาติสามารถช่วยเหลือตนเองและติดตามผลการรักษา พยาบาลให้คำแนะนำและช่วยเหลือตามสภาพปัญหาของครอบครัว¹³ โดยที่ขณะเยี่ยมบ้านผู้วิจัยได้ศึกษาสภาพแวดล้อมที่บ้านที่มีความสำคัญในการดูแลเด็กโรคหืดและยังได้สังเกตถึงการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องพร้อมทั้งให้คำแนะนำเพื่อให้ครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติให้ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ นัทมนต์ สานสอน⁸ พบว่า ครอบครัวเด็กโรคหืดที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน มีคะแนนพฤติกรรมสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติที่โรงพยาบาล

นอกจากนี้ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ครอบครัวค้นพบสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง มีการสะท้อนคิด ทำความเข้าใจ ไตร่ตรองวางแผนและตัดสินใจเลือกแนวทางที่เหมาะสม และสอดคล้องกับชีวิตประจำวันของครอบครัว และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง การเสริมสร้างพลังอำนาจ

ยังช่วยให้บุคคลเห็นคุณค่าและภาคภูมิใจในตนเองเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมได้ และสามารถตัดสินใจดำเนินการได้¹⁴ มีการนำแนวคิดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง¹⁵ มาใช้ร่วมด้วยโดยมีแนวคิดพื้นฐานคือการช่วยให้ครอบครัวมีความสามารถด้วยการสอนให้ความรู้และทักษะที่จำเป็นในการดูแลเด็ก อีกทั้งได้เปิดโอกาสให้ครอบครัวแสดงความสามารถและศักยภาพ ของตนเอง และแนวคิดพื้นฐาน ที่ทำให้เกิดการเสริมพลังอำนาจ ช่วยให้ครอบครัวดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม และสามารถควบคุมการดำเนินชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวได้ พร้อมทั้งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางบวก ซึ่งเป็นตัวอย่างการปรับพฤติกรรมที่เพิ่มความเข้มแข็ง¹⁵ เปิดโอกาสให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้การจัดการบทบาทหน้าที่ในบ้านผสมผสานกับการดูแลเด็กโรคหืดตามความสมัครใจรวมทั้งมีการสนับสนุนข้อมูลความรู้ ทักษะการดูแล โดยให้ฝึกปฏิบัติจนเกิดความมั่นใจในการดูแล การเยี่ยมบ้านแต่ละครั้งจะดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีความต่อเนื่องและคาบเกี่ยวกันในแต่ละขั้นตอน มีการมอบคู่มือครอบครัวสำหรับดูแลเด็กโรคหืดเพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้ทบทวนและนำมาใช้ในการแก้ปัญหาได้ ช่วยให้มีความมั่นใจมีกำลังใจในการดูแลเด็กโรคหืด ดังนั้นโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ประยุกต์กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้ครอบครัวเด็กโรคหืดได้เรียนรู้จนเกิดความมั่นใจในสิ่งที่จะปฏิบัติ และปฏิบัติได้ถูกต้อง ส่งผลต่อค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนพฤติกรรมของการของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลปกติที่โรงพยาบาล และสอดคล้องกับการศึกษาของแมรี จิน แมคคาที¹⁸ ที่ศึกษาผลการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลเด็กโรคหืด พบว่าการรับรู้

ความสามารถในการตัดสินใจ พฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหืด ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างจำนวนครั้ง การเกิดหอบหืดกำเริบของเด็กโรคหืด ก่อนและหลัง การทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีอาการกำเริบหลังการทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม (ดังตารางที่ 4) อธิบายได้ว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านทำให้เด็กโรคหืดที่เป็นโรคเรื้อรังได้รับการดูแลรักษาได้ตามเป้าหมายเพื่อควบคุมไม่ให้เกิดอาการหอบหืด โดยเฉพาะครอบครัวเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการที่จะให้การดูแลที่เหมาะสม ทั้ง 4 ด้าน คือ การหลีกเลี่ยงหรือควบคุมสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด การดูแลรักษาสุขภาพโดยทั่วไป การปฏิบัติตามแผน การรักษาของแพทย์ และการดูแลเด็กเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านที่ใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้สมาชิกครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถที่จะค้นหาสาเหตุหรือสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด และร่วมมือกันเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นต่างๆ ที่เป็นสาเหตุให้เกิดหลอดลมหดเกร็งตีบแคบ จึงไม่เกิดอาการหอบหืดกำเริบ¹⁷ ส่วนพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพทั่วไป ครอบครัวได้รับการฝึกทักษะการเล่น ให้เด็กเพื่อเพิ่มสมรรถนะปอด อีกทั้งครอบครัวยังมีความมั่นใจที่จะดูแลให้เด็กออกกำลังกายได้โดยไม่กังวลว่าเด็กจะมีอาการหอบเกิดขึ้น ทำให้เด็กมีสุขภาพที่แข็งแรง ลดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ กล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจแข็งแรงไม่เกิดหอบหืดได้ง่าย นอกจากนี้การเยี่ยมบ้านช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการเพิ่มพูนทักษะการใช้ยา มีความมั่นใจในการดูแลให้เด็กได้รับยารักษาโรคหืดตาม

แนวทางการรักษา ทั้งการใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลม และการใช้ยาเพื่อควบคุมอาการหอบหืด และเมื่อครอบครัวประสบผลสำเร็จและเห็นความสำคัญจึงพาเด็กมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอทำให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ลดการอักเสบของหลอดลมที่เป็นอาการสำคัญที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด จึงสามารถควบคุมอาการกำเริบของโรค¹⁷ นอกจากนี้ครอบครัวยังมีความสามารถที่จะดูแลเมื่อเด็กเริ่มมีอาการผิดปกติโดยสามารถสังเกตอาการเตือน เช่น อาการไอหรือความผิดปกติของการหายใจ ทำให้สามารถให้ยาป้องกันไม่ให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบได้ทันที และเมื่อเด็กมีอาการกำเริบครอบครัวมีความมั่นใจที่จะให้ยาควบคุมอาการกำเริบที่บ้านได้ เป็นการลดความรุนแรงของโรคลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็กกี ดาลลาส¹⁹ ที่ทำการศึกษผลการสร้างเสริมพลังอำนาจเด็กวัยเรียนโรคหืดและผู้ปกครองพบว่าพฤติกรรมของเด็กวัยเรียนและผู้ปกครองมีการดูแลเด็กดีขึ้นและมีสมรรถนะของปอดดีขึ้น ทำให้อาการเกิดหอบหืดกำเริบลดลง การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของของชาลอน ฮอนเนอร์²⁰ ที่ศึกษาโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้านเด็กโรคหืดและครอบครัว พบว่าครอบครัวที่เข้าร่วมโปรแกรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงขึ้น และเด็กโรคหืดมีการเกิดอาการหอบหืดกำเริบน้อยลงในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้านรวม 3 ครั้ง มีการประเมินผลเป็นการสะท้อนผลการปฏิบัติที่ว่าครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลเด็กโรคหืด และควบคุมสถานการณ์การดูแลเด็กโรคหืดได้ด้วยตนเอง ทำให้ครอบครัวรับรู้ถึงพลังอำนาจตนเองในการดูแลที่ทำให้เด็กดีขึ้น และคงพฤติกรรมการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถควบคุมอาการหอบหืด และการเกิดหอบหืดกำเริบได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวทางการเยี่ยมบ้าน การดูแล โดยครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจในครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคหืดเป็นแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่บ้าน

2. ควรนำแนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลเด็กโรคหืด แทนการให้ความรู้เพียงอย่างเดียว เพื่อส่งเสริมความสามารถ ครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด ซึ่งเป็นบทบาทอิสระของพยาบาล ทั้งนี้ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลเกี่ยวกับกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อสร้างทักษะและความสามารถในการดูแลเด็กโรคหืด

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาที่ควบคุมปัจจัยบางประการ ที่ทำให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบ เช่น ฤดูกาล การใช้ยา ควบคุมโรคหอบ และการสูบบุหรี่ของบุคคลในครอบครัว เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของโปรแกรม

2. ควรทำการศึกษาซ้ำและใช้เวลาติดตามผล เป็นระยะเช่น 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อศึกษาการคงอยู่ของพฤติกรรมดูแล และการเกิดหอบหืดกำเริบ

3. ควรมีการศึกษาโดยประเมินผลทางคลินิกอื่นๆ เช่น การทำงานของปอดจากการวัดค่า peak flow ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Child trend of national health interview survey data. Percentage of children ages 0 – 17 reported to have asthma, selected year 198 – 2004. [Internet] 2006 [cite 2006 Oct 12]. Available from [http:// www. Children.databank.org](http://www.Children.databank.org).

2. Teeratakulpisarn J, Pairojkul S, Heng S. Survey of the prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema in school children from Khon Kaen, Northeast Thailand. (An ISAAC study International study of Asthma and Allergies in Childhood.) Asian Pac J Allergy Immunol 2000;18:187–94.
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 4, 5. ผลการตรวจสอบเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหอบหืด. เอกสารประกอบการประชุมชี้แจงผลการให้บริการผู้ป่วยโรคหอบหืด. 2554.
4. World health organization. Asthma. [Internet] 2006. [cite 2006 Oct 13]. Available from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs307/en/index.html>
5. Kurnat, E.L, & Moore, C.M. The impact of a chronic condition on the families of children with asthma. J Pediatr Nurs 1999; 25(3): 288–92.
6. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการพยาบาลเพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิช; 2546.
7. จินตนา วัชรสินธุ์ และคณะ. รายงานการวิจัยสถานการณ์ ปัญหา ความต้องการ และพลังอำนาจของญาติผู้ดูแลเด็กป่วยเรื้อรังที่บ้าน. ชลบุรี. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
8. นัทธมนต์ สายสอน. การเปรียบเทียบผลการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2544.
9. American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. Pediatric asthma: Promoting best practice, guide for managing asthma in children. Milwaukee, WI: author; 2004.
10. ประไพพิศ สิงห์เสมอ. ผลการใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด. [วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2545.

ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหืด

11. พงทิพย์ วัฒนะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะ
แห่งตนต่อพฤติกรรมผู้ปกครองในการป้องกัน อาการ
หอบหืดในเด็ก.[วิทยานิพนธ์ปริญญาโท].
เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2550.
12. รชนี สรรเสริญ. ญาติผู้ดูแล: ชุมพลังทวิคูณการดูแล
สุขภาพที่บ้าน.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
บูรพา 2551; 16(3): 1-13.
13. เพลินพิศ วิยะทัศน์. การดูแลสุขภาพที่บ้าน.ขอนแก่น:
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2542.
14. Gibson. The process of empowerment in ill children.
J Adv Nurs 1995; 32(8): 1201-10.
15. Shelton, T.C., & Stepanek, J.S. Experts form family
centered care of children needing specialized health
and developmental service. J Pediatr Nurs 1995;
21(4): 362-4.
16. Polit, D. F., & Hungler, B.P. Data analysis & statistics
for nursing research. New York 1996.
17. ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. แนวปฏิบัติ
บริการการสาธารณสุข: การดูแลผู้ป่วยโรคหืดในเด็ก.
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.กรุงเทพฯ:
ศรีเมืองการพิมพ์; 2554.
18. Mary Jean McCarthy. Empowering parents through
asthma education. J Pediatr Nurs 2002; 28(5):
465-73.
19. Peggy Dalgas. M.D. Effects of empowerment
intervention program on low-income parents asthma.
J Pediatr Nurs 2006; 33(3): 223-8.
20. Sharon D. Horner. Home visiting for Intervention
delivery to improve rural family asthma Management.
J Community Health Nurs 2006; 23(4): 213-23.

Impacts of Home-Based Healthcare on Families' Care for Asthmatic Children*

Sunan Khawprapan B.N.S.**

Pregamol Ratchanakul, Ph.D (Nursing)***

Suwanna Junprasert Ph.D (Public Health Nursing)****

Abstract: The main objective of this experimental research was to study impacts of home-based healthcare on families' care for asthmatic children. The study was conducted in the families of 40 asthmatic children receiving OPD treatment at Pa Mok Hospital, Ang Thong Province. The subjects were equally sampled into an experimental group and a controlled group. Whilst the controlled group received normal treatment, the experimental group was given a home-based healthcare programme. This programme, which consisted of three home visits by healthcare personnel for an encouragement purpose, lasted four weeks and involved four phases: (i) building a good rapport with and identifying situations of asthmatic children and their families; (ii) critically reflecting on the problem to determine proper solutions; (iii) deciding independently after receiving proper knowledge and skills in caring for asthmatic children; and (iv) maintaining the efficient care-giving programme. The data were collected both before and after the children's participation in the 12-week programme, through a Family's Care for Asthmatic Children Questionnaire. The statistic analysis of the data was based on frequency, percentage, mean, standard deviation and independent T-test.

The research showed that the average score of the experimental group's home-based care for asthmatic children was significantly higher than that of the controlled group ($p < .001$). Besides, the average number of asthmatic attacks occurring in the two groups differed significantly at $p < .001$.

The results of this study could be applied to the promotion of home-based care for asthmatic children. In addition, long-term follow-up programmes are recommended to ensure on-going care-giving practice.

Thai Journal of Nursing Council 2012; 27(2) 108-121

Keywords: home-based healthcare; families' care for asthmatic children

*A Thematic Paper for the Degree of Master of nursing Science in Community Nurse Practitioner

**Corresponding Author, Professional Nurse, Pamoke Hospital, Angthong Province, Email: sunann_9@hotmail.com

***Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapa University