

ผลของค่ายโรคหืดต่อคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยเด็กโรคหืด และความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ปกครอง

คัชชินทร์ เจียมศรีพงษ์ พ.บ., ว.ว. กุมารเวชศาสตร์, อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว*
พรธณี คำอู พย.บ., พย.ม. (การพยาบาลแม่และเด็ก)**
นาฏศิลป์ พิมพ์หอม พย.บ.**

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืดและความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการค่ายโรคหืด

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้เป็น quasi experimental study ศึกษาผลของค่ายโรคหืดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืดและความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ปกครอง ในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 5-12 ปี ที่เข้าร่วมกิจกรรมโครงการค่ายโรคหืด ที่โรงพยาบาลกลาง จำนวน 25 คู่ ผู้ป่วยจะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหืด Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ) ฉบับภาษาไทย ผู้ปกครองจะได้รับการซักประวัติการรักษาโรคหืดตอบแบบสอบถามความรู้โรคหืดโดยใช้ The Asthma General Knowledge Questionnaire for Adults (AGKQA) ฉบับภาษาไทย และหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมเสร็จสมบูรณ์แล้ว จะให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืดซ้ำอีกครั้งเพื่อประเมินความรู้ของผู้ปกครอง และนัดผู้ป่วยและผู้ปกครองกลับมาติดตามการรักษาและประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยซ้ำหลังเข้าร่วมกิจกรรม 6 สัปดาห์

ผลการวิจัย: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 72.0 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 28.0 มีมัธยฐานของอายุ 9 ปี หลังเข้าร่วมโครงการค่ายโรคหืดพบว่าความรู้ของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคหืดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านพยาธิสรีรวิทยา ด้านการรักษาโดยยา ด้านการประเมินความรุนแรงของโรคและด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบ และ 6 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจจำกัดในการทำกิจกรรม ด้านอาการ และด้านอารมณ์

สรุป: กิจกรรมค่ายโรคหืดเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ปกครองของผู้ป่วยโรคหืด มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดีขึ้น และทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในทุกด้าน

* กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกลาง

** ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง

Abstract**Impact of Asthma Day Camp on Quality of Life of the Asthmatic Children and Asthma Knowledge of the Parents**

Kutcharin Jiamsripong MD*
 Punnee Comeoo MNS**
 Nattasin Pimson BNS**

* Department of Pediatrics, BMA General Hospital

** Department of Nursing, BMA General Hospital

Objectives: To compare the quality of life of asthmatic children and asthma knowledge of the parents before and after participation in the Asthma Day Camp.

Methods: This study was a quasi experimental study. The study population consisted of 25 asthmatic children from 5 to 12 years old, who participated in the Asthma Day Camp at BMA General Hospital together with their parents. The validated Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ, Thai version) was used to evaluate quality of life of the asthmatic children before and 6 weeks after participation in the Asthma Day Camp. Asthma knowledge of the parents was also evaluated by The Asthma General Knowledge Questionnaire for Adults (AGKQA, Thai version) before and after participation in the Asthma Day Camp.

Results: The asthmatic children were male in 72.0% and female in 18.0%, with a median age of 9 years. After participation in the Asthma Day Camp, the parents had significantly better knowledge regarding the pathophysiology, medication, severity assessment and symptoms management. At 6 weeks after participation, quality of life of the asthmatic children was significantly improved in all aspects including less activity limitation, less symptoms, and alleviated emotional function.

Conclusion: The Asthma Day Camp was a positive tool in asthma management particularly to provide knowledge to the parents and to improve quality of life of the asthmatic children.

Keywords: asthma day camp, quality of life, asthma knowledge, asthmatic children

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็ก และมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก^{1,2} สำหรับประเทศไทยอุบัติการณ์โรคหืดในเด็กเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 เป็นร้อยละ 13 ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา^{3,4} โรคหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขของทั่วโลก

เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กต้องมาที่ห้องฉุกเฉินหรือต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทำให้มีการสูญเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากในการดูแลรักษาพยาบาล และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

โรคหืดเป็นโรคที่มีความซับซ้อนและต้องติดตามการรักษาในระยะยาว โดยเป้าหมายของการรักษาพยาบาลโรคหืดที่สำคัญ⁵

คือ สามารถควบคุมโรคหืดได้ เด็กไม่มีการหอบหืดกำเริบ มีสมรรถภาพปอดปกติ สามารถดำรงชีวิตได้เหมือนเด็กปกติ เกิดผลข้างเคียงจากยาน้อยที่สุด และสามารถป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคหืด การที่จะบรรลุถึงเป้าหมายของการรักษาโรคหืดนั้น มีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคหืด แนวทางการรักษา การใช้อย่างถูกวิธี การติดตามอย่างต่อเนื่อง การควบคุมสิ่งแวดล้อมและสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม¹ จากการศึกษาของ Hirokawa และ Kishaba⁶ ในรัฐฮาวาย ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคหืด (asthma control program) มีความสำคัญเป็นอันดับแรกในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งบุคคลที่ควรเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคหืดนี้ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ปกครอง ผู้ดูแลผู้ป่วย ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์

ตามแนวทางการรักษาโรคหืดของ National Institute of Health (NIH) / National Heart Lung Blood Institute (NHLBI) / National Asthma Education Prevention Program (NAEPP)⁷ การรักษาโรคหืดในระยะยาวต้องพิจารณาให้ครอบคลุมใน 5 หัวข้อหลักได้แก่ ข้อ 1 การแนะนำผู้ป่วยและผู้ปกครองถึงความรู้โรคหืด สาเหตุ เป้าหมายการรักษาและการดูแลตัวเอง ข้อ 2 การค้นหาและหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ ข้อ 3 การประเมิน รักษาติดตามโรคเพื่อให้ควบคุมโรคได้โดยรักษาเป็นระดับ ข้อ 4 การจัดแผนการรักษาที่ปรับเปลี่ยน และข้อ 5 การดูแลในกรณีพิเศษ เช่น มีโรคแทรกซ้อน ผู้ป่วยเด็กเล็ก โดยการให้ความรู้เรื่องโรคหืดแก่ผู้ป่วยและผู้ปกครองนั้นมีความสำคัญอย่างมากต่อการควบคุมโรค ควรทำตั้งแต่เริ่มต้นวินิจฉัย ทำทุกจุดที่ผู้ป่วยเข้ารับบริการ นอกจากนี้ยังควรมีแนวปฏิบัติในกรณีที่มีอาการเฉียบพลันเกิดขึ้น ควรมีการทบทวนซ้ำ ๆ ให้รอบคอบและชุมชนมีส่วนร่วม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองมากขึ้น และปรับแผนการสอนให้เหมาะกับผู้ป่วยและครอบครัว

การศึกษาของ Coffman และคณะ⁸ พบว่าการให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้เกี่ยวกับโรค การวางแผนจัดการดูแลโรคหืดร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ มีความสำคัญต่อผลการดูแลรักษาโรคหืด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Meng และคณะ⁹ และ Slutsky และ Bryant-Stephens¹⁰ พบว่า การสอนให้ผู้ป่วยและครอบครัวรู้จักวางแผนจัดการดูแลโรคหืดด้วยตนเองรวมกับการรักษาทางยาเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่จะทำให้สามารถดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้มีประสิทธิภาพ การจัดโปรแกรมให้ความรู้โรคหืดที่มีประสิทธิภาพจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ลดความรู้สึกแตกต่างจากเด็กปกติ และมีผลทำให้สามารถควบคุมโรคหืดได้

ดีขึ้น¹¹ การศึกษา meta-analysis ของงานวิจัย 37 รายงาน⁸ สรุปว่า การให้ความรู้เรื่องโรคหืดในผู้ป่วย สามารถลดการที่ผู้ป่วยต้องมาที่ห้องฉุกเฉินหรือต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลได้

ถึงแม้ตามแนวทางการรักษาโรคหืดของ NIH / NHLBI / NAEPP ในประเทศสหรัฐอเมริกา จะเน้นความสำคัญของการให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับโรค แต่จากการสำรวจในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผู้ป่วยเด็กโรคหืดเพียงร้อยละ 26 ที่ได้เข้าร่วมโครงการดังกล่าว¹²

โรงพยาบาลกลางได้ริเริ่มจัดโครงการค่ายโรคหืดขึ้นเป็นครั้งแรก ในเดือนพฤษภาคม ปีพ.ศ. 2554 ซึ่งโครงการนี้จัดขึ้นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด โดยให้การศึกษาแก่พ่อแม่ ผู้ปกครองและเด็ก ให้ความรู้ความเข้าใจโรคหืดคืออะไร มีอาการอย่างไร และจะต้องปฏิบัติตัวอย่างไร โดยจัดกิจกรรมเป็นเวลา 1 วัน ที่โรงพยาบาลกลาง ซึ่งได้มีการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด และประเมินความรู้ของผู้ปกครองก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืดและความรู้ของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคหืดเปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโครงการค่ายโรคหืด เพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงพัฒนากิจกรรมโครงการค่ายโรคหืด ซึ่งจะช่วยส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคหืดควบคู่กับการรักษา เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบ quasi experimental study กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กโรคหืดและผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมค่ายโรคหืด โรงพยาบาลกลาง จำนวน 25 คู่ รวม 50 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้ป่วยเด็กโรคหืดอายุ 5-12 ปี มีสติปัญญา สมวัย และไม่มีภาวะพิการของหัวใจแต่กำเนิด โดยผู้ป่วยต้องมีผู้ปกครองอย่างน้อย 1 คน ที่สามารถให้ความร่วมมือ และเข้าร่วมโครงการค่ายโรคหืดได้ครบตามกำหนดการ และสามารถกลับมาติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังเสร็จสิ้นโครงการ 6 สัปดาห์

สำหรับการดูแลรักษาโรคหืดในผู้ป่วยเด็กที่โรงพยาบาลกลางนั้น ได้ปฏิบัติตามแนวทางการรักษาโรคหืดขององค์การอนามัยโลกร่วมกับ NHLBI⁵ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาในผู้ป่วยโรคหืดที่ได้รับยาควบคุมอาการเป็นครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม และมีการให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคหืด

การใช้ยา แนวทางปฏิบัติตัว แผนการดูแลตนเองขณะมีอาการ (action plan) ทุกรายในกลุ่มผู้ป่วยในที่นอนโรงพยาบาลด้วยอาการหืด

ทั้งนี้แนวทางการรักษาโรคหืดขององค์การอนามัยโลก ร่วมกับ NHLBI⁶ ของประเทศสหรัฐอเมริกาในปัจจุบัน ได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคออกเป็น 4 ระดับ ตามความรุนแรงของอาการ ได้แก่ ระดับมีอาการเป็นครั้งคราว (intermittent) ระดับมีอาการน้อย (mild persistent) ระดับอาการปานกลาง (moderate persistent) และระดับอาการรุนแรง (severe persistent) โดยจะเริ่มใช้ยาควบคุมโรคเมื่อผู้ป่วยอยู่ในระดับมีอาการน้อย (mild persistent) ขึ้นไป ซึ่งยาในกลุ่มนี้ได้แก่ ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดพ่นหรือสูด กลุ่ม leukotriene modifier กลุ่ม long acting β_2 agonist (LABA) เป็นต้น

สำหรับระดับการควบคุมโรคหืดแบ่งเป็น 3 ระดับได้แก่ ควบคุมโรคหืดได้โดยสิ้นเชิง (total controlled) ควบคุมโรคหืดได้ (partly controlled) และไม่สามารถควบคุมอาการได้ (uncontrolled) โดยพิจารณาจากลักษณะทางคลินิก การควบคุมโรคหืดได้โดยสิ้นเชิง หมายถึง ผู้ป่วยต้องไม่มีอาการเหล่านี้ทุกอาการคือ 1. ไม่มีอาการช่วงกลางวัน หรือมีอาการน้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ 2. ไม่มีข้อจำกัดการออกกำลังกาย 3. ไม่มีอาการในเวลากลางคืนรบกวนการนอน 4. ไม่ต้องใช้ยาขยายหลอดลม หรือใช้น้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ 5. สมรรถภาพปอดปกติ และ 6. ไม่มีอาการหืดกำเริบ จิบหืดเฉียบพลัน การควบคุมโรคหืดได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิกในหัวข้อดังกล่าวผิดปกติเพียง 1-2 ข้อ การไม่สามารถควบคุมอาการได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีลักษณะทางคลินิกในหัวข้อดังกล่าว ผิดปกติ 3 ข้อขึ้นไป

หลังจากได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้จากคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมจริยธรรมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานครแล้ว เมื่อเด็กและผู้ปกครองมาเข้าค่าย จะได้รับการซักประวัติการรักษาโรคหืด และประเมินระดับการควบคุมโรคหืด และให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืดด้วยตนเอง โดยใช้ The Asthma General Knowledge Questionnaire for Adults (AGKQA) ส่วนเด็กจะได้รับการสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหืด Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire (PAQLQ)

หลังจากนั้นจึงจะเริ่มกิจกรรมของค่าย ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายให้ความรู้และจัดกิจกรรมซึ่งเป็นฐานความรู้ 4 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 มารูจักโรคหืด ฐานที่ 2 การใช้ยารักษาโรคหืดและเทคนิคการพ่นยา ฐานที่ 3 การควบคุมสิ่งแวดล้อมและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหืด และฐานที่ 4 สถานีแห่งความสุข ซึ่งแผนการสอนนี้

ได้นำมาจาก Asthma camp activities manual¹³ ซึ่งเป็นการจัดกิจกรรมสำหรับเด็กตามช่วงอายุ

หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมเสร็จสมบูรณ์แล้ว จะให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืด AGKQA ซ้ำอีกครั้ง เพื่อประเมินความรู้ของผู้ปกครอง และนัดผู้ป่วยเด็กโรคหืดและผู้ปกครองกลับมาติดตามการรักษา และประเมินคุณภาพชีวิตซ้ำหลังเข้าร่วมกิจกรรม 6 สัปดาห์

แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืด AGKQA เป็นแบบสอบถามซึ่งจัดทำและทดสอบความเที่ยงตรงและแม่นยำแล้วโดย Allen และ Jones¹⁴ ซึ่งในการศึกษานี้ได้ใช้แบบสอบถามความรู้โรคหืด AGKQA ฉบับภาษาไทยซึ่งผู้วิจัยได้แปลมาจากแบบสอบถาม AGKQA ฉบับภาษาอังกฤษ โดยมีคำถามทั้งหมด 31 ข้อ ให้ตอบถูก หรือ ผิด ซึ่งคำถามจะครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับโรคหืดทั้งด้านสาเหตุ (etiology) 3 ข้อ พยาธิสรีรวิทยา (pathophysiology) 7 ข้อ การรักษาด้วยยา (medication) 7 ข้อ การประเมินความรุนแรงของโรค (severity assessment) 3 ข้อ การปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบ (symptoms management) 5 ข้อ การหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ (trigger avoidance) 2 ข้อ และการออกกำลังกาย (exercise) 4 ข้อ การคิดคะแนนแต่ละหัวข้อจะคิดเป็นร้อยละของข้อที่ตอบถูกในหัวข้อนั้น ๆ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหืด PAQLQ จัดทำโดย มหาวิทยาลัยแมคมาสเตอร์ ประเทศแคนาดา ซึ่งเป็นแบบสอบถามคุณภาพชีวิตเฉพาะเจาะจงต่อโรค ที่ได้รับการพัฒนาเพื่อวัดผลกระทบทางร่างกาย จิตใจ และทางสังคม ในเด็กอายุ 7 ถึง 17 ปีที่เป็นโรคหืด^{15,16} คำถามในแบบสอบถามฉบับนี้ได้รับการทดสอบในเด็กกลุ่มอายุต่าง ๆ (7-9, 10-13, 14-17 ปี) มาแล้วอย่างดี เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าเป็นแบบสอบถามที่มีความเที่ยง มีความตรง และมีความไวต่อการเปลี่ยนแปลงแบบสอบถาม PAQLQ ที่ใช้ในการศึกษานี้เป็นฉบับภาษาไทย ซึ่งได้รับการทดสอบในเด็กไทย พบว่ามีความเที่ยง มีความตรง สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยเด็กไทยที่เป็นโรคหืดได้¹⁷ คำถามมีทั้งหมด 23 ข้อ ประกอบด้วย 3 หัวข้อดังนี้ ด้านขีดจำกัดในการทำกิจกรรม (activity limitation) จำนวน 5 ข้อ ด้านอาการ (symptoms) จำนวน 10 ข้อ และด้านอารมณ์ (emotional function) จำนวน 8 ข้อ คำถามแต่ละข้อ จะมีคะแนน 1-7 คะแนน โดยที่คะแนน 7 เป็นคะแนนสูงสุด หมายถึง โรคหืดไม่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเลย ส่วนคะแนน 1 เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึง โรคหืดมีผลกระทบต่อผู้ป่วยอย่างรุนแรง การคำนวณคะแนนแบบสอบถามคุณภาพชีวิต PAQLQ นั้นคำถามแต่ละคำถามจะมีน้ำหนักเท่าเทียมกันสามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้โดยใช้ค่าเฉลี่ย กล่าวคือคะแนนในแต่ละหัวข้อ

และคะแนนของคุณภาพชีวิตโดยรวม จะอยู่ระหว่าง 1 ถึง 7

สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 7 ปี ได้ใช้แบบสอบถาม PAQLQ ฉบับรูปภาพ ซึ่งจัดทำโดย Robin และคณะ¹⁸ ที่ศึกษาการใช้แบบสอบถาม PAQLQ ฉบับรูปภาพในเด็กอายุ 5-7 ปี พบว่ามีความเที่ยง มีความตรง สามารถนำมาใช้ในผู้ป่วยเด็กอายุ 5-7 ปีได้

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 17 โดยข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคหืด จะรายงานเป็นร้อยละ และ ค่ามัธยฐาน รวมทั้งค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และวิเคราะห์ความแตกต่างก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกายโรคหืดด้วย Wilcoxon sign rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยโรคหืด ที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมโครงการกายโรคหืดที่โรงพยาบาลกลาง มีจำนวนทั้งหมด 25 ราย เป็นชาย ร้อยละ 72.0 หญิง ร้อยละ 28.0 มีมัธยฐานของอายุ 9 ปี (5-12 ปี)

มัธยฐานของอายุที่ได้รับการวินิจฉัยโรคหืดคือ 2 ปี (1-11 ปี) พบว่าผู้ป่วยมีระดับการควบคุมโรคหืดดังนี้ ผู้ป่วย ร้อยละ 32.0 สามารถควบคุมโรคหืดได้โดยสิ้นเชิง ร้อยละ 48.0 สามารถควบคุมโรคหืดได้ และ ร้อยละ 20.0 ไม่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้ป่วยโรคหืด ร้อยละ 96.0 มีประวัติการใช้ยาควบคุมโรค (controller medicine) ร้อยละ 84.0 มีประวัติการใช้กระบอกกักยา (spacer) และร้อยละ 24.0 มีประวัติการใช้ยาตามแผนการรักษาด้วยตนเองขณะเริ่มมีอาการ (action plan) ใน 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ป่วยร้อยละ 40.0 ขาดเรียนจากโรคหืด โดยมีมัธยฐานจำนวนวันที่ขาดเรียนจากโรคหืดใน 1 ปีที่ผ่านมาเท่ากับ 6 วัน (2-30 วัน) (ตารางที่ 1)

สำหรับการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดทั้งหมดก่อน และ 6 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโครงการกายโรคหืดพบว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งเมื่อวิเคราะห์โดยรวม และแยกคุณภาพชีวิต 3 ด้าน (ตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณาแยกกลุ่มผู้ป่วยตามระดับการควบคุมโรค พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืดทั้ง 3 กลุ่มโดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ พบว่าด้านอารมณ์

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยโรคหืดและระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่เข้าร่วมกิจกรรมกายโรคหืด (n=25)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	72.0
หญิง	7	28.0
ระดับการควบคุมโรคหืด		
ควบคุมโรคหืดได้โดยสิ้นเชิง (total controlled)	8	32.0
ควบคุมโรคหืดได้ (partly controlled)	12	48.0
ไม่สามารถควบคุมอาการได้ (uncontrolled)	5	20.0
ประวัติการใช้ยาควบคุมโรค (controller medicine)	24	96.0
ประวัติการใช้กระบอกกักยา (spacer)	21	84.0
ประวัติการใช้ยาตามแผนการรักษาด้วยตนเองขณะเริ่มมีอาการ (action plan)	6	24.0
ผู้ป่วยขาดเรียนจากโรคหืดใน 1 ปีที่ผ่านมา	10	40.0
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง		
ประถมศึกษา	8	32.0
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	16.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	7	28.0
ปริญญาตรี	6	24.0

ตารางที่ 2 คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด ก่อน และ 6 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโครงการค่ายโรคหืด (n=25)

คุณภาพชีวิตในกลุ่มผู้ป่วย ที่มีระดับการควบคุมโรค ระดับต่าง ๆ	คะแนนคุณภาพชีวิต				p-value*
	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		6 สัปดาห์หลังเข้าร่วมโครงการ		
	มัธยฐาน	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	มัธยฐาน	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	
กลุ่มที่ควบคุมโรคได้โดยสิ้นเชิง (n=8)					
ด้านขีดจำกัดในการทำกิจกรรม	5.5	2.0 – 7.0	7.0	4.0 – 7.0	0.068
ด้านอาการ	5.2	1.0 – 7.0	7.0	3.0 – 7.0	0.027
ด้านอารมณ์	5.7	3.0 – 7.0	7.0	4.0 – 7.0	0.027
คุณภาพชีวิตโดยรวม	5.5	1.0 – 7.0	7.0	3.0 – 7.0	0.026
กลุ่มที่ควบคุมโรคได้ (n=12)					
ด้านขีดจำกัดในการทำกิจกรรม	5.0	1.0 – 7.0	7.0	1.0 – 7.0	0.012
ด้านอาการ	4.7	1.0 – 7.0	6.8	2.0 – 7.0	0.007
ด้านอารมณ์	4.7	1.0 – 7.0	7.0	1.0 – 7.0	0.016
คุณภาพชีวิตโดยรวม	4.7	1.0 – 7.0	7.0	1.0 – 7.0	0.007
กลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ (n=5)					
ด้านขีดจำกัดในการทำกิจกรรม	4.0	1.0 – 7.0	4.0	1.0 – 7.0	0.059
ด้านอาการ	3.5	1.0 – 7.0	6.5	1.0 – 7.0	0.042
ด้านอารมณ์	4.0	1.0 – 7.0	7.0	1.0 – 7.0	0.042
คุณภาพชีวิตโดยรวม	4.0	1.0 – 7.0	6.5	1.0 – 7.0	0.043
ผู้ป่วยโรคหืดทั้งหมด (n=25)					
ด้านขีดจำกัดในการทำกิจกรรม	5.0	1.0 – 7.0	7.0	1.0 – 7.0	< 0.001
ด้านอาการ	5.0	1.0 – 7.0	7.0	1.0 – 7.0	< 0.001
ด้านอารมณ์	5.0	1.0 – 7.0	7.0	1.0 – 7.0	< 0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	5.0	1.5 – 7.0	7.0	3.5 – 7.0	< 0.001

* p-value by Wilcoxon sign rank test

และด้านอาการ ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนคุณภาพชีวิตในด้านขีดจำกัดการทำงาน มีแนวโน้มดีขึ้นทุกกลุ่ม แต่มีเพียงในกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ที่ความแตกต่างถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกลุ่มที่ควบคุมโรคได้โดยสิ้นเชิง และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ความแตกต่างไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ในด้านระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ผู้ปกครองมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาร้อยละ 32.0 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 16.0 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 28.0 และระดับปริญญาตรีร้อยละ 24.0 (ตารางที่ 1) ผลการเปรียบเทียบ

คะแนนจากการตอบแบบสอบถามความรู้เรื่องโรคหืด AGKQA ของผู้ปกครอง พบว่าหลังเข้าโครงการค่ายโรคหืด ผู้ปกครองมีความรู้โดยรวมดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความรู้เกือบทุกด้านดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้นความรู้ด้านสาเหตุของโรค ด้านการหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ และด้านการออกกำลังกายที่ความรู้ก่อนและหลังเข้าโครงการต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังเข้าร่วมโครงการความรู้ด้านการออกกำลังกายมีค่าที่สูงสุด รองลงมาคือ ความรู้ด้านการประเมินความรุนแรงของโรค (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความรู้ของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคหืดก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการค่ายโรคหืด (n=25)

ความรู้เรื่องโรคหืด	ก่อนเข้าร่วมโครงการ		หลังเข้าร่วมโครงการ		p-value*
	มัชฐาน	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	มัชฐาน	ค่าต่ำสุด-ค่าสูงสุด	
ด้านสาเหตุของโรค	100.0	33.3 – 100.0	100.0	33.3 – 100.0	0.726
ด้านพยาธิสรีรวิทยา	71.4	57.1 – 85.7	85.7	71.4 – 100.0	< 0.001
ด้านการรักษาโดยยา	71.4	57.1 – 100.0	85.7	57.1 – 100.0	0.010
ด้านการประเมินความรุนแรงของโรค	66.7	0.0 – 100.0	66.7	33.3 – 100.0	0.002
ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบ	60.0	20.0 – 100.0	80.0	20.0 – 100.0	0.012
ด้านการหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้	100.0	50.0 – 100.0	100.0	50.0 – 100.0	0.414
ด้านการออกกำลังกาย	75.0	25.0 – 100.0	50.0	25.0 – 100.0	0.190
ความรู้เรื่องโรคหืดทุกด้าน	71.0	58.0 – 83.9	80.6	67.7 – 93.6	< 0.001

* p-value by Wilcoxon sign rank test

วิจารณ์

โรคหืดเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ ที่บั่นทอนสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดและเสียโอกาสในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ต้องขาดเรียน พ่อแม่ ผู้ปกครองต้องหยุดงาน ทำให้เสียเวลาและรายได้ ก่อให้เกิดความเครียดและความกังวลอย่างสูง ทั้งที่ในปัจจุบันมียาที่มีประสิทธิภาพสูงในการรักษาโรคหืด เช่น ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ กลุ่ม leukotriene modifier กลุ่ม long acting β_2 agonist (LABA) เป็นต้น ซึ่งยาในกลุ่มนี้จะมีฤทธิ์ด้านการอักเสบ มีผลทำให้การอักเสบของหลอดลมลดลง ดังนั้นการให้ยากลุ่มนี้ทุกวันติดต่อกันเป็นเวลานานน่าจะช่วยให้ควบคุมโรคหืดได้ดีขึ้น โดยทั่วไปยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดพ่นหรือสูดเป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดและเป็นยาหลักที่ใช้ในการรักษาโรคหืดในเด็กทุกช่วงอายุ การให้ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดพ่นในผู้ป่วยเด็กทุกรายควรใช้ควบคู่กับกระบอกกักยา (spacer) เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพสูงสุดของยา และในการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในระยะยาว ควรให้ผู้ป่วยมีแผนการดูแลตนเองเมื่อมีอาการ (action plan) ทุกรายเพื่อช่วยลดการกำเริบของโรคหืดและควบคุมโรคได้ดีขึ้น

จากการศึกษานี้พบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยเด็กโรคหืดกลุ่มนี้มีประวัติการให้ยาควบคุมโรคสูงถึงร้อยละ 96.0 และมีประวัติการใช้กระบอกกักยา ร้อยละ 84.0 ซึ่งค่อนข้างสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาของงานวิจัยโรคหืดในเด็ก 164 งานวิจัย¹⁹ ซึ่งพบว่ามีอัตราการให้

ยากลุ่มคอร์ติโคสเตียรอยด์ชนิดสูดเพื่อควบคุมโรคเพียงร้อยละ 40 ความแตกต่างนี้น่าจะเนื่องมาจากการศึกษาดังกล่าวเก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งได้รับการรักษาจากแพทย์ทั่วไป ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่เข้าร่วมกิจกรรมค่ายโรคหืดในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิแพ้เด็ก อย่างไรก็ตามยังพบว่าผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคหืดได้โดยสิ้นเชิงเพียงร้อยละ 32.0 และมีผู้ป่วยถึงร้อยละ 20.0 ที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ร้อยละ 40.0 ยังมีประวัติการขาดเรียนจากโรคหืดใน 1 ปีที่ผ่านมา ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยเด็กโรคหืดกลุ่มนี้ยังควบคุมอาการของโรคได้ไม่ดี ทั้ง ๆ ที่มีการให้ยาที่เหมาะสม และผู้ป่วยเคยได้รับความรู้เรื่องโรคหืดที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยในเมื่อผู้ป่วยรักษาตัวในโรงพยาบาลมาก่อนแล้ว แต่จากการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคหืดกลุ่มนี้มีประวัติการให้ยาตามแผนการรักษาด้วยตนเองขณะเริ่มมีอาการ (action plan) เพียงร้อยละ 24.0 ซึ่งค่อนข้างต่ำ ซึ่งแสดงว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีความรู้ ความเข้าใจแนวทางการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมโรคหืดค่อนข้างต่ำ จึงทำให้ยังควบคุมโรคได้ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Zayas และ McLean²⁰ ที่รายงานว่าทำให้ความรู้ผู้ป่วยโรคหืดที่แผนกผู้ป่วยนอกและแผนกผู้ป่วยในเมื่อผู้ป่วยจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล พบว่าความรู้เรื่องโรคหืดยังอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากข้อจำกัดของเวลา บังคับด้านสุขภาพขณะเจ็บป่วยทำให้มีความวิตกกังวลสูง จึงทำให้มีสมาธิจดจ่อในการรับข้อมูลต่าง ๆ ลดลง

จากการศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคหืด หลังเข้าร่วมโครงการค่ายโรคหืดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรม ด้านอาการ และด้านอารมณ์ นอกจากนี้คะแนนคุณภาพชีวิตในด้านต่าง ๆ ที่เพิ่มขึ้นมีคะแนนสูงขึ้นมากกว่า 0.5 คะแนนในทุกด้าน ซึ่งจากการศึกษาของ Juniper และคณะ²¹ พบว่าการเปลี่ยนแปลงของคะแนนเฉลี่ยของหนึ่งคำถามในแต่ละหัวข้อและต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมที่เท่ากับ 0.5 จะเป็นค่าความแตกต่างเล็กน้อยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (minimal important difference) และการศึกษาที่ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ the Consortium of children's asthma camps ในปี 2005²² ที่ได้พบทบทวนการวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของค่ายโรคหืดแบบย้อนหลังจำนวน 26 งานวิจัย พบว่าค่ายโรคหืดเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยกลุ่มน้อยที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยเด็กได้รับประสบการณ์โดยตรงเกี่ยวกับการดูแลโรค ผู้ป่วยมีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น จำนวนวันขาดเรียนจากโรคหืด ลดลงร้อยละ 30 อัตราการมาเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินลดลงร้อยละ 59 และอัตราการเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน ลดลงร้อยละ 83 เช่นเดียวกับการศึกษาของ Nesvold และคณะ²³ ที่พบว่าค่ายโรคหืดสามารถลดความเครียดในครอบครัว ลดอาการหอบหืด การขาดเรียน การเข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และการนอนโรงพยาบาลลงได้

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะสั้น ดังนั้นการศึกษาในอนาคต ควรมีการติดตามผู้ป่วยในระยะยาว และเก็บข้อมูลเรื่องคุณภาพชีวิต อัตราการต้องเข้ามารับบริการที่ห้องฉุกเฉิน จำนวนวันขาดเรียนว่าเป็นอย่างไร

การศึกษานี้ได้เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหืด ซึ่งแบ่งกลุ่มตามระดับความรุนแรงของโรคพบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ มีคะแนนคุณภาพชีวิตต่ำสุดและสูงขึ้นตามลำดับในกลุ่มที่ควบคุมโรคได้ และกลุ่มที่ควบคุมโรคได้โดยสิ้นเชิง อย่างไรก็ตามเมื่อติดตามผู้ป่วยหลังเข้าร่วมโครงการ 6 สัปดาห์ พบว่าผู้ป่วยทุกกลุ่มมีคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนคุณภาพชีวิตเมื่อแยกตามด้าน ก็ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทุกด้าน ยกเว้นเพียงกลุ่มที่ควบคุมโรคได้โดยสิ้นเชิง และกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมโรคได้ที่คุณภาพชีวิตในด้านชีวิตจำกัดในการทำกิจกรรมระหว่างก่อนและหลังเข้าค่ายต่างกันไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มดังกล่าวมีน้อย

การรักษาโรคหืดเพื่อให้ควบคุมโรคได้โดยสิ้นเชิง นอกจากแผนการรักษาที่มีประสิทธิภาพแล้ว การที่ผู้ป่วยและผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องก็มีความสำคัญอย่างยิ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความรู้ของผู้ปกครอง

ผู้ป่วยเด็กโรคหืดหลังเข้าโครงการในด้านพยาธิสรีรวิทยา ด้านการรักษาโดยยา ด้านการประเมินความรุนแรงของโรค ด้านการปฏิบัติตัวเมื่อมีอาการหอบ และความรู้เรื่องโรคหืดโดยรวมทุกด้านมีค่าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามความรู้ของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคหืดหลังเข้าโครงการในด้านความรุนแรงของโรคยังมีค่าค่อนข้างต่ำ นอกจากนี้ความรู้ของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคหืดหลังเข้าโครงการในด้านสาเหตุ และด้านการหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ ไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะเห็นว่าคุณรู้ของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคหืดในด้านสาเหตุ และด้านการหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ มีค่าร้อยละ 100 แสดงว่าผู้ปกครองกลุ่มนี้มีความรู้ในด้านสาเหตุ และด้านการหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ ดีอยู่แล้ว หลังเข้าร่วมโครงการจึงไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความรู้ของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคหืดก่อนและหลังเข้าโครงการในด้านการออกกำลังกายลดลงจากร้อยละ 75 เหลือร้อยละ 50 แม้จะไม่ถึงระดับที่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีค่าค่อนข้างน้อย ซึ่งอาจจะเนื่องจากผู้ปกครองยังไม่ค่อยมีความรู้ด้านการออกกำลังกาย ในกรณีผู้ป่วยโรคหืด หรืออาจจะเพราะผู้ปกครองไม่เข้าใจในข้อคำถามด้านนี้ เนื่องจากแบบสอบถามความรู้โรคหืด AGKQA แปลมาจากแบบสอบถามความรู้จากต่างประเทศ อาจทำให้ผู้ปกครองสับสนในการตอบคำถามบางข้อ และจำนวนคำถามในบางด้านอาจจะไม่มากนัก ประกอบกับจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป ทั้งนี้ในอนาคตน่าจะได้มีการตรวจสอบแบบสอบถามและทดสอบแบบสอบถามฉบับภาษาไทยที่ได้แปลขึ้นมา ในด้านความเที่ยง ความตรง ก่อนนำมาใช้ อย่างไรก็ตามในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยในครั้งต่อไปจะได้เน้นการให้ความรู้ด้านการประเมินความรุนแรงของโรค และด้านการออกกำลังกายให้มากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Sherache และคณะ²⁴ พบว่า การจัดค่ายโรคหืดควรมีการปรับแผนการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย เนื่องจากความแตกต่างทางเชื้อชาติ ภาษา และระดับความรู้มีผลต่อความเข้าใจ เพื่อผู้ป่วยและผู้ปกครองนำความรู้ไปปฏิบัติได้ถูกต้อง และสามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในการศึกษานี้พบว่าผู้ปกครองมีความรู้ ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหืดเพิ่มขึ้น ประกอบกับการเข้าค่าย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ปกครองได้มีโอกาสพบปะ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนที่เป็นโรคหืดเหมือนกัน ทำให้มีความมั่นใจ ในการดูแลตนเองหรือบุตรหลานเพิ่มขึ้น ซึ่งน่าจะมีผลนำไปสู่การดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถนำผลคะแนนจากการตอบแบบสอบถามความรู้โรคหืด ในส่วนที่ผู้ปกครองยังทำคะแนนได้ไม่ดี มาเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมโครงการค่ายโรคหืดในครั้งต่อไป

เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหืดและผู้ปกครองได้รับประโยชน์สูงสุด

โดยสรุปกิจกรรมค่ายโรคหืดเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคหืดและผู้ปกครอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคดีขึ้น และนำมาวางแผนในการดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคหืดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในด้านชีวิตประจำวันในการทำกิจกรรม ด้านอาการ และด้านอารมณ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ชูวิทย์ ประดิษฐบาทุกา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยนี้ ขอขอบคุณคณะกรรมการดำเนินการโครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กหอบหืด โรงพยาบาลกลาง ที่ให้ความร่วมมือการศึกษาวิจัย และขอขอบคุณ คุณดาว ชุ่มตะขบ ที่ให้ความช่วยเหลือด้านการใช้โปรแกรมการวิจัยทางสถิติ

เอกสารอ้างอิง

1. Murphy S, Bleecker ER, Boushey H, Buist AS, Busse W, Clark NM, et al. Expert panel report II. Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda: National institute of health publication. National asthma education and prevention program 1997.
2. Sear MR. Epidemiology. In: Barnes PJ, Rodger IW, Thomson NC, editors. Asthma, basic mechanisms and clinical management. 3rd ed. San Diego: Academic Press; 1988. p.1–33.
3. Boonyarittipong P, Tuchinda M, Balangura K, Visitsuntorn N, Vanaprapa N. Prevalence of allergic disease in Thai children. J Pediatr Soc Thai 1990; 29: 24–32.
4. Vichyanond P, Jirapongsananurak O, Visitsuntorn N, Tuchinda M. Prevalence of asthma, rhinitis and eczema in children from the Bangkok area using the ISAAC (International Study for Asthma and Allergy in Childhood) questionnaires. J Med Assoc Thai 1998; 81: 175–84.
5. Global strategy of asthma management and prevention. (updated 2010). Available at: www.ginaasthma.org. Retrieved November 10, 2011.
6. Hirokawa RG, Kishaba GS. An assessment of asthma needs in Hawaii. Hawaii Med J 2005; 64: 68, 70–2.
7. National Heart, Lung, and Blood Institute. National Asthma Education Prevention Program Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda, MD. National Institute of Health; 2007.
8. Coffman JM, Cabana MD, Halpin HA, Yelin EH. Effects of asthma education on children's use of acute care services: a meta-analysis. Pediatrics 2008; 121: 575–86.
9. Meng A, Tiernan K, Bernier MJ, Brooks EG. Lessons from an evaluation of the effectiveness of an asthma day camp. Am J Matern Child Nurs 1998; 23: 300–6.
10. Slutsky P, Bryant-Stephens T. Developing a comprehensive, community-based asthma education and training program. Pediatr Nurs 2001; 27: 449–52.
11. Jackson TL, Stensland SL, Todd TJ, Lullo A, Mazan J, Masood AM. Evaluation of a pediatric asthma awareness program. J Asthma 2006; 43: 311–7.
12. Costa Mdo R, Oliveira MA, Santoro IL, Juliano Y, Pinto JR, Fernandes AL. Educational camp for children with asthma. J Bras Pneumol 2008; 34: 191–5.
13. Asthma adventures. Asthma camp activities manual. Available at: www.asthmacamps.org. Retrieved March 31, 2011.
14. Allen RM, Jones MP. The validity and reliability of an asthma knowledge questionnaire used in the evaluation of a group asthma education self-management program for adults with asthma. J Asthma 1998; 35: 537–45.
15. Juniper EF, Guyatt GH, Feeny DH, Ferrie PJ, Griffith LE, Townsend M. Measuring quality of life in children with asthma. Qual Life Res 1996; 5: 35–46.

16. Townsend M, Feeny DH, Guyatt GH, Furlong WJ, Seip AE, Dolovich J. Evaluation of the burden of illness for pediatric asthmatic patients and their parents. *Ann Allergy* 1991; 67: 403-8.
17. Poachanukoon O, Visitsunthorn N, Leurmarnkul W, Vichyanond P. Pediatric asthma quality of life questionnaire (PAQLQ): validation among asthmatic children in Thailand. *Pediatr Allergy Immunol* 2006; 17: 207-12.
18. Everhart RS, Fiese BH. Development and initial validation of a pictorial quality of life measure for young children with asthma. *J Pediatr Psychol* 2009; 34: 966-76.
19. Mattke S, Martorell F, Sharma P, Malveaux F, Lurie N. Quality of care for childhood asthma: estimating impact and implications. *Pediatrics* 2009; 123 Suppl 3: S199-204.
20. Zayas LE, McLean D. Asthma patient education opportunities in predominantly minority urban communities. *Health Educ Res* 2007; 22: 757-69.
21. Juniper EF, Guyatt GH, Willan A, Griffith LE. Determining a minimal important change in a disease-specific quality of life instrument. *J Clin Epidemiol* 1994; 10: 2285-94.
22. Consortium of children's asthma camp. (2005). Available at: www.asthmacamps.org. Retrieved March 31, 2011.
23. Nesvold JH, Fena PG, Herman J. Consortium on Children's Asthma Camps Board of Directors. Assessing the value of children's asthma camps. *J Asthma* 2006; 43: 273-7.
24. Fitzpatrick SB, Coughlin SS, Chamberlin J. A novel asthma camp intervention for childhood asthma among urban blacks. The pediatric lung committee of the American lung association of the district of Columbia (ALADC) Washington, DC. *J Natl Med Assoc* 1992; 84: 233-7.