

การปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดในประเทศไทย: การวิเคราะห์ห่อภิมาณ

Nursing Interventions for Children with Asthma in Thailand: Meta-Analysis

สุวิมล โรจนาวี*

Suwimon Rojnawee*

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย 10330

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Pathumwan, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

การวิเคราะห์ห่อภิมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2549-2559 และเพื่อคำนวณค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สูตรของ กลาส แม็กเกว และ สมิท ผลการศึกษาพบงานวิจัยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 14 เรื่อง ทั้งหมดเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 85.7 ยกเว้นโปรแกรมให้ความรู้และโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่มีค่าอิทธิพลขนาดกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.3 ผลการศึกษานำไปใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดและเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ : การวิเคราะห์ห่อภิมาณ, การพยาบาล, เด็กโรคหืด

Abstract

The purpose of this meta-analysis was to study the effect of nursing interventions for children with asthma in Thailand during 2006-2016 and to calculate the effect size of each intervention using the method of Glass, McGraw, & Smith. Results revealed that there were 14 qualifiedquasi-experimental researches. Majority of nursing interventions for children with asthma had large effect size. However,health education and family participation programs had moderate effect size. The results can be used for guidelines improvement for children with asthma and used as evidencefor further studies.

Keywords : Meta-analysis, Nursing, Children with asthma

บทนำ

โรคหืดเป็นโรคภูมิแพ้ชนิดหนึ่งที่พบมากในเด็ก และพบสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นทุกปี¹ โดยเฉพาะในเด็กไทยป่วยเป็นโรคหืดถึงร้อยละ 10-12² เนื่องจากโรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน ผลของการรักษาจึงอาจจะแตกต่างกันออกไปในผู้ป่วยแต่ละราย ดังนั้นเด็กโรคหืดจึงควรได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

โรคหืดส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งทางร่างกายและจิตใจ กล่าวคือเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของทางเดินหายใจและหลอดลม มีผลทำให้หลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมไวเกิน³ เมื่อเด็กได้รับสิ่งกระตุ้นจะทำให้เกิดการผ่นวนของการอุดกั้นของหลอดลมทั่วทั้งปอดเด็กจะมีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย หายใจเสียงดังหวีด (wheeze)⁴ ซึ่งมักเกิดในเวลากลางคืนหรือใกล้รุ่ง³ เด็กที่ป่วยเป็นโรคหืด มักปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ไม่เหมือนเช่นเด็กอื่นๆ เนื่องจากมีข้อจำกัดเรื่องโรค จึงขาดความมั่นใจในตนเอง ต้องขาดเรียนบ่อยเด็กจะมีความเครียด กังวล โกรธ เสียใจ น้อยใจ อารมณ์เหล่านี้สามารถเป็นตัวกระตุ้นอาการของโรคหืดให้กำเริบได้^{5,6} นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเนื่องจากความเครียดและความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของเด็ก ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่าเดินทางหรือการที่ต้องสูญเสียรายได้จากการขาดงานเพื่อพาเด็กมารับการรักษาในโรงพยาบาล^{7,8}

พยาบาลมีบทบาทในการดูแลเด็กโรคหืดร่วมกับครอบครัว⁹ ซึ่งในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยโรคหืดในประเทศไทย มีความหลากหลาย เช่น สมาคมสภาองค์กรโรคหืดแห่งประเทศไทย ได้เสนอแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหืดไว้ 5 ประเด็น คือ 1) ควบคุมอาการของโรคให้สงบลง 2) ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค ยกระดับสมรรถภาพการทำงานของปอดให้ดีทัดเทียมกับคนปกติ หรือให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ 3) สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เช่นเดียวหรือใกล้เคียงกับคนปกติ 4) หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากยารักษาโรคหืดให้น้อยที่สุด และ 5) ป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคหืด³ นอกจากนี้ยังมีการปฏิบัติการพยาบาลโดยไม่ใช้ยา (Nonpharmacological interventions) เพื่อดูแลเด็กโรคหืด ได้แก่ การให้ความรู้ การจัดการตนเอง การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเพิ่มวิธีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยโรคหืดและบุคลากรทางสุขภาพ¹⁰ จากการทบทวนปริญาณิพนธ์หรือ

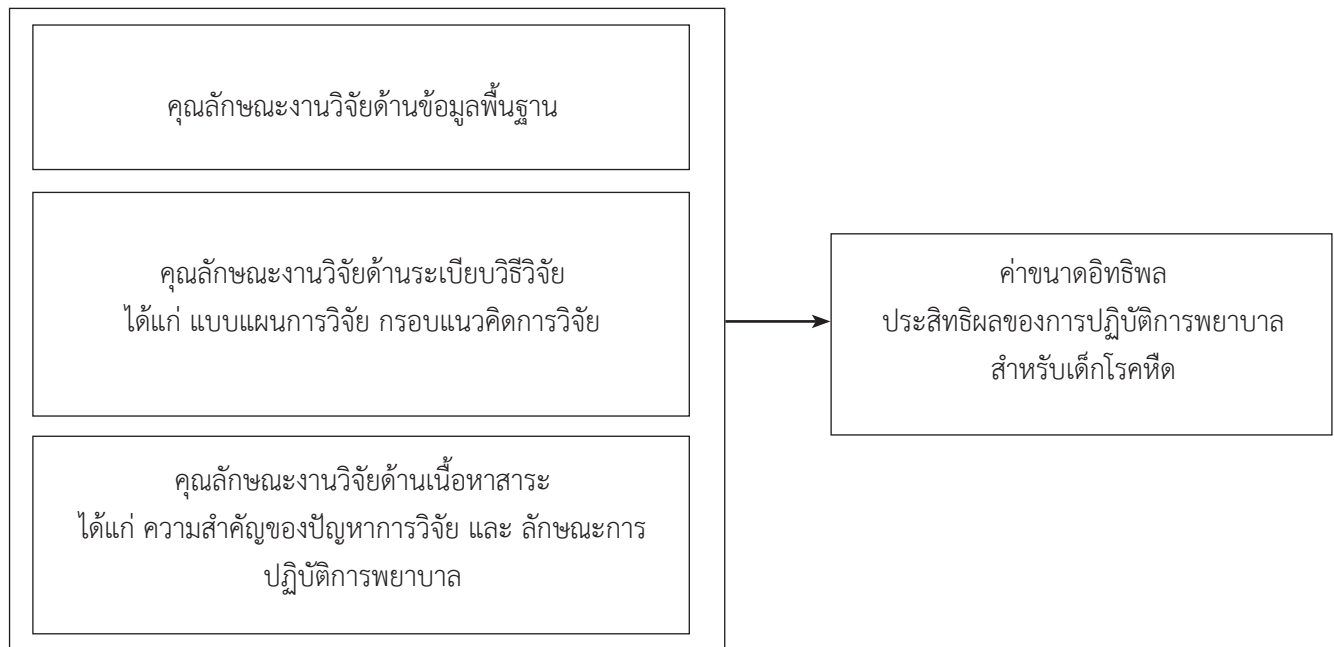
วิทยานิพนธ์และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดในประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2549-2559 พบว่างานวิจัยที่เป็นวิธีปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดจำนวนมาก รวมทั้งมีการปฏิบัติการพยาบาลที่หลากหลาย ประกอบกับเมื่อพิจารณาคุณลักษณะงานวิจัยและเนื้อหาสาระของงานวิจัยมีความแตกต่างกัน จึงเป็นการยากที่จะสรุปว่าปฏิบัติการพยาบาลใดที่มีประสิทธิผลในการดูแลที่สุด ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะศึกษาการสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืด โดยการวิเคราะห์อภิมาน ซึ่งเป็นวิธีการสังเคราะห์งานวิจัยหลายๆ งานที่ศึกษาปัญหาหรือกลุ่มตัวอย่างเดียวกันโดยวิธีทางสถิติ เพื่อให้ได้ข้อสรุปหรือผลการสังเคราะห์ในรูปแบบค่าดัชนีมาตรฐานสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองคือ ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ซึ่งเป็นค่าที่สรุปให้ทราบว่าปฏิบัติการพยาบาลใดที่มีประสิทธิผลที่สุด¹¹ เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงการบริการพยาบาลโดยการบูรณาการผลการวิจัยทฤษฎีทางการพยาบาลและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์ของพยาบาลในการตัดสินใจให้การพยาบาลที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิผลสูงสุดแก่ผู้รับบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดในด้านคุณลักษณะงานวิจัยด้านข้อมูลพื้นฐานคุณลักษณะงานวิจัยด้านระเบียบวิธีวิจัยคุณลักษณะงานวิจัยด้านเนื้อหาสาระและประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาล
2. เพื่อวิเคราะห์ค่าขนาดอิทธิพลของงานวิจัยที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืด

กรอบแนวคิด

ผู้ศึกษาทำการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดในประเทศไทย ซึ่งเป็นงานวิจัยเชิง/กึ่งทดลองที่มีการปฏิบัติการพยาบาลเป็นตัวแปรต้น และประสิทธิผลของการปฏิบัติการพยาบาลเป็นตัวแปรตาม งานวิจัยแต่ละเรื่องถูกวิเคราะห์และคำนวณค่าขนาดอิทธิพล เพื่อบอกถึงอิทธิพลของตัวแปรจัดกระทำ (การปฏิบัติการพยาบาล) โดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์อภิมานตามวิธีการของ กลาส แม็กเกว และ สมิท¹² เพื่อหาข้อสรุปทั่วไปดังกรอบแนวคิดต่อไปนี้



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษา

วิธีดำเนินการ

ชนิดของการวิจัย การวิเคราะห์ห่อภิณ (meta-analysis) เป็นการสังเคราะห์งานวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2549-2559 และมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ที่มีการเก็บข้อมูลปฐมภูมิ
2. เป็นรายงานการวิจัยหรือวิทยานิพนธ์ที่กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหรือผู้ป่วยเด็กโรคหืดด้วย 1-18 ปี
3. เป็นการวิจัยเชิงทดลองหรือกึ่งทดลองที่ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืด
4. เป็นงานวิจัยที่มีข้อมูลทางสถิติที่เพียงพอในการแปลงค่าสถิติให้เป็นค่าขนาดอิทธิพลซึ่งเป็นค่าดัชนีมาตรฐานในการวิเคราะห์ห่อภิณ ได้แก่ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การคัดย่อและประเมินคุณภาพงานวิจัยผู้ศึกษาใช้แบบคัดย่อข้อมูล (data abstract form) เพื่อคัดย่อข้อมูลงานวิจัยที่คัดเลือกให้อยู่ในรูปแบบเดียวกัน โดยพิจารณา 5 ประเด็นสำคัญได้แก่ 1) ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาการวิจัย 2) การกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย 3) จำนวนและลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง 4) การวิเคราะห์ข้อมูล และ 5) ประสิทธิภาพของการปฏิบัติการพยาบาล งานวิจัยที่ผ่านการคัด

เลือกทั้งหมดถูกประเมินคุณภาพด้วยแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal form) โดยผู้ศึกษาใช้แบบประเมินคุณภาพสำหรับงานวิจัยกึ่งทดลอง JBI Critical Appraisal Checklist for Quasi-Experimental Studies (non-randomized experimental studies) ของสถาบันโจแอนนาบริกส์¹³

การรวบรวมข้อมูลผู้ศึกษารวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. สืบค้นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดที่มีการตีพิมพ์และเผยแพร่ผลงานระหว่างปี พ.ศ. 2549-2559 โดยใช้คำสำคัญในการสืบค้นคือ “เด็ก หืด พยาบาล Asthma nursing child” จากบริการสืบค้นข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์จากฐานข้อมูลวิทยานิพนธ์/ห้องสมุดในประเทศไทย
2. ศึกษางานวิจัยโดยการอ่านเพื่อพิจารณาคัดเลือกรายงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด
3. ศึกษาและบันทึกข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้อย่างละเอียดในแบบคัดย่อข้อมูล และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย
4. นำงานวิจัยทั้งหมดที่วิเคราะห์มาจัดกลุ่มตัวแปรตามกรอบแนวคิดหลักคือค่าขนาดอิทธิพล และจำแนกตามชนิดของวิธีการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อหาข้อสรุปจากผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คุณลักษณะงานวิจัยทั่วไปใช้สถิติบรรยาย คือ การหาความถี่ และร้อยละ

2. การหาค่าขนาดอิทธิพลโดยใช้สูตรของ กลาส แม็กเกว และ สมิท¹²

แปลผลค่าขนาดอิทธิพล ดังนี้

ค่าอิทธิพลขนาดเล็ก มีค่าขนาดอิทธิพลน้อยกว่า 0.2

ค่าอิทธิพลขนาดกลาง มีค่าขนาดอิทธิพลระหว่าง 0.2-0.8

ค่าอิทธิพลขนาดใหญ่ มีค่าขนาดอิทธิพลมากกว่า 0.8

ผลการศึกษา

ข้อมูลพื้นฐานของงานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหัดพบว่างานวิจัยที่เข้าเกณฑ์จำนวน 14 เรื่องทั้งหมดเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) โดยเป็นงานวิจัยระดับมหาดบัณฑิต จำนวน 13 เรื่อง คิดเป็นร้อยละ 92.9 สถาบันที่ผลิตงานวิจัยในการดูแลเด็กโรค

หัดคือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 4 เรื่อง และมหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 4 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) เด็กโรคหัดวัย 3-6 ปี 1 เรื่องและวัย 7-12 ปี 2 เรื่อง 2) ผู้ดูแล 6 เรื่องและ 3) ผู้ดูแลและเด็กโรคหัด 5 เรื่อง ระบุกรอบแนวคิดในการวิจัยร้อยละ 84.6 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดถูกสุ่มเข้า 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40-132 คนตัวแปรตามที่ศึกษา ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลบุตร 6 เรื่อง พฤติกรรมการจัดการตนเองของเด็กจำนวน 3 เรื่อง ระดับความรุนแรงของโรค 2 เรื่อง การควบคุมโรคหัด 2 เรื่องและพฤติกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อม 1 เรื่อง

ผลการศึกษารูปแบบของการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหัดในประเทศไทย พบว่าประเภทของการปฏิบัติการพยาบาลมีความหลากหลาย ผู้ศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับผู้ป่วยเด็กจำนวน 4 เรื่อง การปฏิบัติการพยาบาลกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กจำนวน 6 เรื่อง และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานจำนวน 4 เรื่อง

ตารางที่ 1 ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหัดในประเทศไทยจำแนกตามประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล

ประเภทของการปฏิบัติการพยาบาล	ค่าขนาดอิทธิพล
1. การปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับเด็ก	
1.1 โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน	3.7
1.2 โปรแกรมการวางแผนจำหน่าย	12.3
1.3 โปรแกรมการนัดกวดจุดสะท้อน	1.3
1.4 โปรแกรมการเรียนรู้ผ่านสื่อตัวแบบ	2.0
2. การปฏิบัติการพยาบาลกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็ก	
2.1 โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	1.4
2.2 โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมของมารดาโดยทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม	3.2
2.3 โปรแกรมการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน	2.9
2.4 โปรแกรมการโค้ช	6.6
2.5 โปรแกรมการประยุกต์การสอนแบบมีส่วนร่วม	1.8
2.6 โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ	5.4
3. การปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสาน	
3.1 โปรแกรมให้ความรู้	0.5
3.2 โปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้	1.0
3.3 โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว	0.6
3.4 โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมดูแล	1.9

ค่าขนาดอิทธิพลของการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดส่วนใหญ่มีขนาดใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 85.7 โดยการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับเด็กมีค่าอิทธิพลระหว่าง 1.3-12.3 การปฏิบัติการพยาบาลกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวเด็กมีค่าอิทธิพลระหว่าง 1.8-6.6 และการปฏิบัติการพยาบาลแบบผสมผสานมีค่าอิทธิพลระหว่าง 1.0-1.9 ยกเว้นโปรแกรมให้ความรู้และโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่มีค่าอิทธิพลขนาดกลาง คิดเป็นร้อยละ 14.3

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่างานวิจัยเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นงานวิจัยในระดับบัณฑิตศึกษา เนื่องจากเป็นรูปแบบการเรียนการสอนที่มุ่งเน้นการพัฒนาและการสร้างองค์ความรู้ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน ผู้เรียนในระดับบัณฑิตศึกษาส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์การทำงานทางคลินิกมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี ซึ่งการทำวิจัยต้องเริ่มจากปัญหา โรคหืดในเด็กยังคงเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการปฏิบัติงานจริง เช่น การเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินด้วยอาการหอบหืดกำเริบ (asthmatic attack) ความร่วมมือในการรักษาของเด็ก ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดดม การจัดการอาการของผู้ดูแล เป็นต้น^{14,15} จึงเป็นเหตุให้ปัจจุบันยังคงมีการศึกษาและสร้างองค์ความรู้สำหรับการดูแลเด็กโรคหืดอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ห่อหุ้มครั้งนี้ได้ข้อค้นพบว่า การปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงกับเด็กเรื่องวางแผนจำหน่าย เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่มีค่าขนาดอิทธิพลสูงสุด เพราะการวางแผนการจำหน่ายเป็นรูปแบบการพยาบาลที่มีความต่อเนื่องในทุกระยะของความเจ็บป่วย ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล จนถึงการดูแลที่บ้าน¹⁶ โดยใช้หลักการการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัวและทีมสุขภาพ ดังที่กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนาแนวทางการวางแผนจำหน่ายโดยนำกิจกรรมตามรูปแบบ D-METHOD เป็นการดูแลที่มีความเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย คือ ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับ จัดการสิ่งแวดล้อม เข้าใจเป้าหมายของการรักษา จัดการกับภาวะฉุกเฉิน เข้าใจภาวะสุขภาพตนเอง เข้าใจและทราบความสำคัญของการมาตรวจตามนัด เข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสม เช่นเดียวกับการศึกษาของวรวิสา ศักดาจิระเจริญ และประนอม รอดคำดี¹⁷ พบว่ามารดาที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนการ

จำหน่ายมีพฤติกรรมดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดอยู่ในระดับดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับสุวรรณ มณีนัง และรัตนศิริ ทาโต¹⁸ พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันโรคอุจจาระร่วงสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สภาพแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วยจะเริ่มต้นด้วยการสังเกตบุคคลและสิ่งแวดล้อมเพื่อการประเมินและการจัดกิจกรรมการพยาบาล¹⁹ สภาพแวดล้อมแบ่งออกเป็นสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) เช่น บ้าน โรงเรียน ของเล่น อาหาร บรรยากาศ เป็นต้น และสภาพแวดล้อมทางสังคม (Social Environment) เช่น ครอบครัว ญาติ พี่น้อง ครู ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นต้น สำหรับการวิเคราะห์ห่อหุ้มครั้งนี้พบว่าการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดส่วนใหญ่จัดกระทำกับสภาพแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ พ่อ แม่ ผู้ปกครอง และผู้ดูแล เพราะเด็กเป็นวัยที่ต้องพึ่งพาครอบครัวเป็นสภาพแวดล้อมอันดับแรกที่มีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด การปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Family centered care) โดยเฉพาะในเด็กที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เช่น เด็กป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น²⁰ ถึงแม้ว่าความรู้จะเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ในด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) ความรู้คือความสามารถในการจำสิ่งต่างๆ ที่ได้เรียนรู้มา²¹ การปฏิบัติพฤติกรรมใดมีเพียงความรู้เพียงอย่างเดียวไม่ได้ บุคคลต้องมีความเข้าใจและสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ดังเช่นการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าโปรแกรมให้ความรู้มีค่าขนาดอิทธิพลต่ำสุด นอกจากนี้ยังพบอีกว่าโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีค่าอิทธิพลต่ำเป็นอันดับสองอธิบายได้ว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องบุคคลนั้นต้องตั้งศักยภาพที่มีอยู่ภายในตนมาใช้²² จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมให้มีประสิทธิภาพไม่เพียงแค่มิมีส่วนร่วมในการรับรู้หรือแสดงความคิดเห็นแต่ต้องมีส่วนร่วมในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง³ ดังนั้นการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดควรมีรูปแบบการสอนและสาธิตเพื่อให้ครอบครัวได้ลองฝึกปฏิบัติสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น การสูดดมยา การดัดสันใจ การรับรู้และแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยเริ่มตั้งแต่แรกรับไว้

ในโรงพยาบาลจนถึงการดูแลที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับเด็กโรคหืดควรส่งเสริมให้มีการนำผลการปฏิบัติการพยาบาลการวางแผนจำหน่ายไปใช้ เนื่องจากให้ค่าอิทธิพลสูงที่สุด

2. หากจะมีการนำผลการปฏิบัติการพยาบาลในรูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวไปใช้ ควรพิจารณาความสม่ำเสมอและความต่อเนื่องของการมีส่วนร่วม

References

1. Global Asthma Network. The global asthma report 2014. Auckland, New Zealand: Global Asthma Network; 2014.
2. Health Systems Research Institute. The development of asthma care: Contracting unit of primary care and health promoting hospital networks. Nonthaburee: Bulletin 2011. (in Thai).
3. Thai Asthma Council and Association. The Thai national guideline for diagnosis and management of childhood asthma 2012. Bangkok: Union Ultra-Violet 2012.(in Thai).
4. Dick S, Friend A, Dynes K, AlKandari F, Doust E, Cowie H, et al. A systematic review of associations between environmental exposures and development of asthma in children aged up to 9 years. *BMJ*. 2014;Open; 4:e006554: 1-14.
5. Glazebrook C, McPherson AC, Macdonald IA. Asthma as a barrier to children's physical activity: Implications for body mass index and mental health. *Pediatrics*. 2006;118: 2443-2449.
6. Wildhaber J, Carroll WD, Brand PLP. Adolescents' daily lives: The room to breathe survey. *Pediatric Pulmonology*. 2012;47:346-357.
7. Bloomberg GR, Banister C, Sterkel R. Socioeconomic, family, and pediatric practice factors that affect level of asthma control. *Pediatrics*. 2009;123:829-835.
8. Tan NC, Chen Z, Soo WF, Ngoh AS, Tai BC. Effects of a written asthma action plan on caregivers' management of children with asthma: A cross-sectional questionnaire survey. *Primary care respiratory journal : journal of the General Practice Airways Group*. 2013;22(2): 188-194.
9. Wooler E. The role of the nurse in paediatric asthma management. *Paediatric respiratory reviews*. 2001;2(1):76-81.
10. Clark NM, Griffiths C, Keteyian SR, Partridge MR. Educational and behavioral interventions for asthma: who achieves which outcomes? A systematic review. *Journal of asthma and allergy*. 2010;3:187-197.
11. Viratchai N. Meta-Analysis. Bangkok: Nissin Advertising Groups; 1999.(in Thai).
12. Glass GV, McGaw B, Smith ML. Meta-analysis in social research. Beverly Hills, CA: Sage; 1981.
13. The Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute reviewers' manual. South Australia: The Joanna Briggs Institute; 2014.
14. Liu SY, Pearlman DN. Hospital readmissions for childhood asthma: The role of individual and neighborhood factors. *Public health reports*. 2009;124(1):65-78.
15. Nookong A, Payakkaraung S, Pongsaranuntakul Y, Chudapongse S. Caregivers' management for children with asthma. *J Nurs Sci*. 2012;30(1):49-60.(in Thai).

16. Mckeehan KM, Coulton CJ. A system approach to program development for continuity of care in hospital. In:McClellandK, KellyK, BuckwalterK, editors. Continuity of care: Advancing the concept of discharge planning. Orlando, FL: Grune: Stratton; 1985. p. 79-92.
17. Sakdajiwacharoan V, Rodcumdee B. The effect of discharge planning program on premature infant care behavior of mothers. Thai journal of nursing. 2010;59(3):27-35.(in Thai).
18. Maneewong S, Thato R. The effect of discharge planning program on diarrhea preventive behavior of caregivers for children under 5 years old. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok 2014;30(2):25-36.(in Thai).
19. Nightingale F. Notes on Nursing: What it is and what it is not. NewYork: Dover; 1969.
20. Kuhlthau KA, Bloom S, Van Cleave J, Knapp AA, Romm D, Klatka K, et al. Evidence for family-centered care for children with special health care needs: A systematic review. Academic pediatrics. 2011;11(2):136-143.
21. Bloom B. Reflections the Development and Use of the Taxonomy. In: Anderson L, Sosniak L, editors. Bloom's Taxonomy: A forty-year retrospective. Chicago: The National Society for the study of education; 1994. p.1-8.
22. Poomsanguan K. Health Empowerment: Nurses' Important Role. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3):86-90. (in Thai).