

บทที่ 1

บทนำ

1. 1 ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคหอบหืดเป็นโรคที่พบมากที่สุดเป็นอันดับสามในจำนวนโรคเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับเด็กทั่วโลก อุบัติการณ์การเกิดโรคหอบหืดโดยทั่วไปคิดเป็น 2.05-4.00 ต่อ 1,000 ประชากร โดยมักพบในช่วงอายุ 1-5 ปี (Asthma Research at niehs. 2006 : online) สำหรับในประเทศไทยมีรายงานอุบัติการณ์ที่ชัดเจนถึงแนวโน้มของจำนวนเด็กที่เป็นหอบหืดสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติปี 2545-2549 ของสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินีพบว่ามียุติการหอบหืดเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 4,967 4,736, 5,005, 5,050 และ 5,310 คน ตามลำดับ (สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. 2545-2549) โรคนี้จึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และทำให้ประเทศไทยต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเป็นจำนวนมาก (ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย. 2544 : 5) ซึ่งสาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมเกษตรกรรมมาเป็นสังคมอุตสาหกรรม ส่งผลให้สิ่งแวดล้อมมีมลภาวะที่ชักนำให้โรคหอบหืดเพิ่มมากขึ้น (พัชรินทร์ เวียงแก้ว และคณะ. 2541)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO 2002) ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพเด็กโดยมุ่งหวังที่จะลดการเจ็บป่วยที่ป้องกันได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่การเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดตั้งแต่วัยเด็กจะทำให้ไม่บรรลุเป้าหมายดังกล่าว เพราะหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังซึ่งเกิดจากการอักเสบของทางเดินหายใจที่ไวต่อการตอบสนองจากสิ่งกระตุ้น ส่งผลให้เกิดการอุดกั้นของทางเดินหายใจ การแลกเปลี่ยนออกซิเจนในร่างกายลดลง และอาจไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ประกอบกับธรรมชาติของเด็กยังไม่สามารถควบคุมโรคได้ดีเท่ากับผู้ใหญ่และหากอาการเลวลงก็จะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอดและการหายใจล้มเหลวอันจะทำให้เด็กเสียชีวิตได้ในที่สุด (มุกดา หวังวิรวงศ์. 2539 : 298) นอกจากนี้เด็กที่เป็นหอบหืดมักถูกจำกัดกิจกรรมจากบุคคลรอบข้าง เช่น พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู (Wona. 1993) เนื่องจากเกรงว่ากิจกรรมบางประเภทโดยเฉพาะการออกกำลังกายหรือการเล่น จะทำให้เด็กเกิดอาการหอบหืด จึงถือได้ว่าโรคหอบหืดในเด็กเป็นโรคที่บั่นทอนสุขภาพและพัฒนาการของเด็กอย่างยิ่ง โดยเฉพาะโรคหอบหืดที่เกิดขึ้นในเด็กก่อนวัยเรียนจะยังมีผลต่อพัฒนาการของเด็กทั้งระยะสั้นและระยะยาวเนื่องจากวัยนี้อยู่ในระยะที่สมองมีการเจริญเติบโตและเป็นวัยที่ต้องการการพัฒนาในทุก ๆ

ด้านไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ความเจ็บป่วยในวัยเด็กที่เกิดขึ้นจึงเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาสังคมและประเทศได้ (หทัยชนก บัวเจริญ. 2543)

กลไกของการเกิดอาการหอบในเด็กนั้นไม่แตกต่างกับผู้ใหญ่โดยเริ่มตั้งแต่เมื่อมีสารที่ก่อให้เกิดอาการแพ้เข้าไปในร่างกายของเด็ก สารดังกล่าวจะไปทำปฏิกิริยาเฉพาะกับอิมมูโนโกลบูลิน อี หรือไอจีอี (Immunoglobulin E : Ig E) เกิดเป็นการรวมตัวกันของแอนติเจนและแอนติบอดี (Ag-Ab complex) ซึ่งจะกระตุ้นมาสเซลล์ (mast cell) ให้หลั่งสารเมดิเอเตอร์ (mediators) ต่าง ๆ ออกมาและสารเมดิเอเตอร์เหล่านี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหลอดเลือด โดยกล้ามเนื้อเรียบของหลอดเลือดเกร็งและหดตัว เยื่อบุหลอดเลือดบวมและหนาขึ้น เนื่องจากการอักเสบและมีการหลั่งเสมหะมากขึ้นในหลอดเลือด ซึ่งเสมหะเหล่านี้จะจับอยู่ตามผนังหลอดเลือด หรืออุดอยู่ในแขนงหลอดเลือดเล็กทำให้เกิดอาการบวม ตึงอักเสบ และทำลายเยื่อบุของทางเดินหายใจเกิดการกระตุ้นปลายประสาทส่งผลให้เกิดอาการหอบหืดได้ โดยจะสังเกตได้จากบริเวณใต้ชายโครงและยอดอกของเด็กจะบวมลงเวลาหายใจ ยิ่งบวมลึกเท่าใดยิ่งแสดงว่าเด็กหอบมากขึ้นเท่านั้น รวมทั้งเมื่อหอบมากขึ้นบริเวณปลายจมูกจะบานออกตามการหายใจด้วย หากใช้ใบหูแนบฟังที่หน้าอกจะได้ยินเสียงวี๊ดตลอดการหายใจออก (มนตรี ผู้จินดา. 2540 : 696)

เด็กที่มีอาการหอบหืดบ่อย ๆ จะก่อให้เกิดผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสติปัญญา โดยในด้านร่างกายนั้น พบว่า เด็กจะอ่อนเพลีย พักผ่อนน้อย เบื่ออาหาร ส่วนในด้านสติปัญญา เด็กที่เป็นโรคหอบหืดจะขาดเรียนมากที่สุดเมื่อเทียบกับเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ (Campbell & Glasper. 1995) ทำให้ผลการเรียนตกต่ำและมีพัฒนาการด้านนี้ล่าช้า ส่วนด้านจิตใจ จะเห็นได้ว่าเด็กมักวิตกกังวลและเกิดความกลัวการพ่นยา ร้องกวนขณะมีอาการหายใจลำบาก สำหรับด้านสังคมนั้น เด็กจะรู้สึกว่าคุณเองมีปมด้อย มีคุณค่าในตัวเองลดลง อาจแยกตัว ไม่เข้าสังคมกับเพื่อน และทำให้เด็กปรับตัวกับผู้อื่น ได้ยากกว่าเด็กปกติ (วนิดา ยืนยง. 2537 : 15 ; พัชรินทร์ เวียงแก้ว. 2540 ; ัญญา วันชัยนาวัน. 2541)

นอกจากผลกระทบที่เกิดขึ้นกับเด็กโดยตรงแล้วครอบครัวก็ยังได้รับผลกระทบด้วยเช่นกัน จากการศึกษา พบว่า บิดา มารดาของเด็กที่เป็นหอบหืดจะเกิดความกลัวและวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ กลัวบุตรเป็นมาก กลัวบุตรจะตาย และปริวิตกตลอดเวลาในความเจ็บป่วยของบุตร (รัตนาวดี ชอนตะวัน และ พัชรี วรกิจพูนผล. 2547) ความวิตกกังวลเหล่านี้ยังอาจส่งผลต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัวของเด็ก เนื่องจากรดาต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษและใช้เวลามากในการดูแลบุตรที่เป็นหอบหืดทั้งในขณะปรากฏอาการและไม่ปรากฏอาการไม่ว่าจะเป็นการรับประทานยา การจัดการกับสิ่งแวดล้อมในและนอกบ้าน เพื่อให้แผนการรักษาบรรลุผล ขณะเดียวกันบิดาต้องหารายได้เพิ่มขึ้น เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาบุตรระยะยาว (สกวรัตน์ พวงจันทร์. 2539) เด็กที่เป็น

โรคหอบหืดจึงต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องมีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษา ค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ทำให้บิดามารดาไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติและส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวได้ (ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร. 2541) สำหรับพี่น้องของเด็กที่เป็นโรคหอบหืดก็จะมีความรู้สึกว่าได้รับความรัก ความเอาใจใส่จากบิดามารดาลดลงซึ่งส่งผลให้บิดามารดาต้องปรับความรู้สึกและพฤติกรรมการเลี้ยงดูทั้งต่อบุตรที่เป็นและไม่เป็นโรคหอบหืด (กรุณา ทศพล. 2543) จนอาจเกิดความรู้สึกเบียดเบียนจากภาระการดูแลที่ยาวนานซึ่งต้องใช้ความอดทนอย่างสูงในการจัดการกับผลกระทบต่าง ๆ เหล่านี้

ในด้านเศรษฐกิจยังพบว่า ทำให้ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายสูงในการรักษา จากการศึกษาข้อมูลจำนวนและค่าใช้จ่ายของผู้ใช้บริการโรคหอบหืดในโรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดกาญจนบุรี ปี 2547-2549 พบว่า มีจำนวน 168, 127 และ 273 ราย และมีค่าใช้จ่ายในการรักษา 226,022 บาท 400,809 บาท และ 401,451 บาท ตามลำดับ (ประมวลผลผู้ให้บริการ โรงพยาบาลมะเร็ง. 2547-2549) เช่นเดียวกับสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ปี 2547-2549 ที่พบว่า มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล 2,892,450 บาท 3,821,421 บาท และ 4,844,285 บาทซึ่งจะเห็นได้ว่าสูงขึ้นตามลำดับเช่นเดียวกัน (ประมวลผลผู้ให้บริการ สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี. 2547-2549)

เมื่อพิจารณาปัจจัยของการเกิดหอบหืด พบว่า โรคนี้เป็นโรคที่มีสาเหตุไม่แน่นอนแต่การศึกษาส่วนใหญ่ปรากฏผลตรงกันว่าเพศ อายุ และกรรมพันธุ์มีผลต่อการเกิดอาการหอบของเด็ก โดยเด็กที่มีอายุน้อยโดยเฉพาะเด็กเพศชายเป็นโรคทางเดินหายใจสูงกว่าเด็กที่มีอายุมากกว่าและเป็นเพศหญิงและนำมาสู่การเกิดหอบหืดซ้ำได้ง่ายกว่า (สุทธิ อธิปัญญาคม และคณะ. 2530) นอกจากนี้เด็กที่มีประวัติของคนในครอบครัวว่าเป็นโรคหอบหืดก็จะมีโอกาสเป็นโรคนี้นสูงกว่าเด็กที่ไม่มีประวัติทางพันธุกรรม (มุกดาห์ หวังวีระวงศ์. 2539)

นอกจากปัจจัยด้านเด็กแล้ว ปัจจัยด้านผู้ดูแลเด็กก็ส่งผลต่อการเกิดหอบหืดซ้ำด้วย จากการศึกษาพบว่า เด็กมักจะเป็นโรคหอบหืดซ้ำโดยผู้ดูแลที่เป็นบุคคลอื่นที่ไม่ใช่มารดาเด็ก ผู้ดูแลที่มีอายุน้อย จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างหรือเป็นแม่บ้าน จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 5 คน หรืออาศัยอยู่กันอย่างหนาแน่น มีเด็กก่อนวัยเรียนอยู่ในครัวเรือนเดียวกันหลายคน ครัวเรือนมีรายได้น้อย อยู่อาศัยกันในชุมชนที่มีการระบายอากาศไม่ดี (รัตนาวดี ขอนตะวัน และ พัชรี วรกิจพูนผล. 2547 ; วนิดา ยืนยง. 2537 : 61 ; เพลินดา พรหมบัวศรี. 2536 ; ประกริต รัชวตร์. 2539 : 72) และที่สำคัญที่สุดหากผู้ดูแลไม่ทราบถึงโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันก็จะทำให้เกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียนได้ง่าย หลายการศึกษายืนยันว่าการรับรู้ของมารดาถึงโอกาสของบุตรที่จะเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบหืดซ้ำและการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบุตรจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรที่เป็น

หอบหืดของผู้ดูแล นอกจากนี้ ทั้งการรับรู้และพฤติกรรมการดูแลของมารดายังสามารถใช้อธิบายโอกาสในการกลับเป็นซ้ำโรคหอบหืดในเด็กได้ด้วย (ลัดดา อิ่มทองใบ. 2543 : 124 ; กิตติมา ตำราญไชยธรรม. 2541 : 93-94 ; ชลดา อินทรสังขนาวิน. 2542 : 64-67 ; ธิดารัตน์ เอกศรีนิมิตร. 2539 : 16-24 ; เพลินตา พรหมบัวศรี. 2537 : 29-33)

นอกจากปัจจัยของตัวเด็กและปัจจัยด้านผู้ดูแลแล้ว บุคลกรสุขภาพก็ยังเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เด็กเกิดอาการหอบหืดซ้ำ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำโดยตรงประกอบด้วยพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คลินิกเด็กและเวชกรรมสังคม โดยพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีหน้าที่ซักประวัติปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดอาการหอบหืด ตรวจร่างกาย วินิจฉัยและให้การรักษาโรคเบื้องต้น ให้คำแนะนำแก่เด็กและมารดาเพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำทั้งในเด็กที่จำหน่ายและพักรักษาตัวในโรงพยาบาล รวมทั้งต้องส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยและการรักษาเบื้องต้นให้กับหน่วยงานคลินิกเด็ก ตลอดจนส่งต่อแผนกกุมารเวชกรรมเพื่อพักรักษาตัว พยาบาลที่คลินิกเด็กจะซักประวัติปัจจัยเสี่ยงสำหรับเด็กที่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคทางเดินหายใจ ประเมินความจุของลมในปอด ส่งพบกุมารแพทย์และส่งต่อหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในกรณีที่มีอาการหอบเพื่อรับการพ่นยา สำหรับเด็กที่มีประวัติปัจจัยเสี่ยงแต่ไม่มีอาการหอบหืดจะได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันตนเองและวิธีการเลี้ยงดู เพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำ พยาบาลเวชกรรมสังคมจะรับส่งต่อข้อมูลการเจ็บป่วยของเด็กจากหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และหน่วยงานคลินิกเด็กเพื่อติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินผลการรักษาและทำให้คำแนะนำ นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำเพิ่มเติมตามบริบทของแต่ละครอบครัว ซึ่งหากแต่ละหน่วยบริการดำเนินการได้ตามบทบาทที่กล่าวมาแล้วนี้ ก็จะทำให้ปัญหาการเกิดอาการหอบหืดซ้ำลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ทรงสุดา ไตรปรกรณ์. 2545)

นอกเหนือจากบุคลกรสุขภาพในสถานบริการสุขภาพแล้วก็ยังมีทีมสุขภาพในชุมชน คืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งมีบทบาทในการเป็นผู้นำการพัฒนาสุขภาพอนามัยพัฒนาคุณภาพชีวิต และเป็นตัวกลางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน สำหรับบทบาทในการป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำนั้น อสม. มีหน้าที่ในการให้คำแนะนำเรื่องการดูแลและการเลี้ยงดูเด็ก เพื่อป้องกันปัจจัยการเกิดอาการหอบ และประเมินอาการนำของอาการหอบหืดแล้วแนะนำให้ผู้ดูแล/มารดาพาเด็กไปศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนหรือโรงพยาบาล นอกจากนี้ยังแนะนำเรื่องการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้าน บริเวณบ้าน พร้อมกับนำประเด็นปัญหาสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการเกิดอาการหอบหืดแจ้งกับคณะกรรมการหมู่บ้านเพื่อดำเนินการแก้ไขต่อไป

คณะกรรมการหมู่บ้านก็มีความสำคัญกับการป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำด้วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันโรค การจัดระบบบริการสาธารณสุขด้วยการคุ้มครอง ดูแลและบำรุงรักษาสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การจัดการขยะ ฝุ่น นอกจากนั้น ยังต้องปรับปรุงจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย การสาธารณสุข การอนามัยครอบครัวและการรักษาพยาบาล โดยส่วนหนึ่งนั้นจะดำเนินการตามสภาพปัญหาที่ได้รับการเสนอจากทีมสุขภาพแล้วดำเนินการร่วมกัน เพื่อพัฒนาสุขภาพของชุมชน

จากการทบทวนปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการหอบหืดซ้ำ พบว่า มีปัจจัยหลายด้านทั้งปัจจัยจากเด็กวัยก่อนเรียน ผู้ดูแล/มารดาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ตั้งแต่พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คลินิกเด็ก แผนกกุมารเวชกรรมและเวชกรรมสังคม อสม. คณะกรรมการหมู่บ้านซึ่งล้วนมีผลต่อการป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำได้ ซึ่งหากเด็กก่อนวัยเรียนปฏิบัติตัวดี ผู้ดูแล/มารดามีการรับรู้และปฏิบัติในการดูแลเด็กเพื่อป้องกันอาการหอบหืดซ้ำได้ถูกต้อง พยาบาลที่เกี่ยวข้องทุกส่วนปฏิบัติตามบทบาทได้อย่างครอบคลุมให้เด็ก ผู้ดูแลสามารถกลับไปดูแลตนเองได้รวมถึงการส่งต่อข้อมูลสุขภาพให้กับทีมสุขภาพชุมชนในหน่วยบริการปฐมภูมิให้เกิดการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และมีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานพร้อมทั้งส่งข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องภายนอกร่วมดำเนินการป้องกันการเกิดอาการหอบหืดในเด็กแล้วอัตราการป่วยด้วยอาการหอบหืดซ้ำของเด็กก็น่าที่จะลดลงเด็กมีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงได้อย่างสมวัย (กัญญา วันชัยนาวิน. 2541)

การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายกับการเกิดหอบหืดซ้ำในเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญจากการศึกษา พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชนจะช่วยก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีได้ ตัวอย่างเช่นการศึกษาของ วนิตา คุรงค์ฤทธิ์ชัย (2546) ที่นำผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายในชุมชนไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้ดูแลเด็ก พยาบาลชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และกรรมการชุมชนมาร่วมกันสร้างกลุ่มช่วยเหลือตนเองด้วยการสะท้อนคิดถึงสาเหตุการบาดเจ็บของเด็กในบริเวณที่อยู่อาศัย คิดค้นวิธีการป้องกัน ร่วมกันกำหนดกิจกรรมความปลอดภัย นำแนวทางที่ร่วมกันคิดไปสู่การปฏิบัติ พบว่า อุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บของเด็กวัยก่อนเรียนลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตนา คำพินิจ (2548) ที่สร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติเหตุของเด็กในโรงเรียน โดยนำเด็ก ผู้ปกครอง ครูพยาบาล ครูประจำชั้น ครูฝ่ายปกครอง ครูสุขศึกษาร่วมกันคิดค้นสาเหตุ ออกแบบปฏิบัติความปลอดภัยในโรงเรียน ซึ่งช่วยให้อุบัติเหตุของเด็กในโรงเรียนลดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน

จากการศึกษานำร่องของผู้วิจัยเกี่ยวกับการเกิดหอบหืดซ้ำของเด็กในโรงพยาบาลมะการักษ์ พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคหอบหืดในกลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนที่มารับบริการในโรงพยาบาล

มารักษ์ ปี 2547-2549 มีจำนวนผู้ป่วย 106 คน 137 คน และ 209 คน และมาใช้บริการ 2,769 ครั้ง 3,514 ครั้ง และ 4,016 ครั้ง ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามลำดับ และเมื่อศึกษาการมารับบริการ พบว่า จำนวนครั้งการมารับบริการโดยเฉลี่ย 6-8 ครั้งต่อคนต่อปี จากการสัมภาษณ์และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม เด็กหอบหืดซ้ำ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 15 ราย พบว่า เด็กส่วนใหญ่เป็นหอบหืด ที่มีระดับความรุนแรงปานกลาง มารดาเป็นผู้ดูแลมากกว่าครึ่ง เมื่อสอบถามผู้ดูแล พบว่า สิ่งแวดล้อมในบ้านและนอกบ้านมีผลต่อการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็ก เครื่องใช้ในห้องนอนส่วนใหญ่ใช้นุ่นเป็นส่วนประกอบ เกือบทุกบ้านมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน เช่น สุนัข แมว มารดาไม่ทราบว่าโรคหอบหืดสามารถป้องกันได้ ทราบเพียงว่าถ้ามีอาการหายใจเสียงดังต้องรีบมาโรงพยาบาลทันที และขาดการดูแลให้เด็กได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการให้บริการในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจะเห็นได้ว่าพยาบาลให้คำแนะนำ เพื่อป้องกันอาการหอบหืดซ้ำในขณะที่เด็กกำลังมีอาการหอบและมารดามุ่งที่จะให้เด็กหายจากอาการหอบที่เป็นอยู่ให้เร็วที่สุดแม้มารดาจะมีท่าที่รับฟังคำแนะนำ แต่ขาดการให้ความสนใจส่วนพยาบาลในคลินิกเด็กจะให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไปโดยไม่ได้ใช้ข้อมูลพื้นฐานของเด็กและครอบครัวมาเป็นตัวตั้งในการให้คำแนะนำ ขณะที่พยาบาลเวชกรรมสังคมให้ความสำคัญในการเยี่ยมบ้านเด็กที่มีอาการหอบหืดไม่แตกต่างจากผู้ให้บริการกลุ่มอื่น และให้คำแนะนำทั่ว ๆ ไปเช่นเดียวกัน สำหรับการส่งต่อผู้รับบริการเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องนั้น พบว่า พยาบาลแผนกกุมารเวชกรรมจะส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยเวชกรรมสังคมเฉพาะกรณีที่มีอาการหอบหืดรุนแรง เช่น ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล เนื่องจากติดเชื้อหรือมีภาวะแทรกซ้อนและเด็กมาโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถป้องกันการเกิดหอบหืดซ้ำได้ดีเท่าที่ควร

ส่วนอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) นั้นงานที่ปฏิบัติมักเป็นการเยี่ยมบ้าน คัดกรอง ให้คำแนะนำเบื้องต้น ปฏิบัติกิจกรรมสาธารณสุขทั่วไปตามที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานเวชกรรมสังคมมากกว่าเยี่ยมกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ขาดความมั่นใจในการให้คำแนะนำเรื่องต่าง ๆ เนื่องจากคิดว่ามีความรู้ระดับเดียวกันกับผู้รับบริการ นอกจากนี้ อสม. บางคนไม่ทราบสาเหตุการเกิดโรคหอบหืดและการป้องกันการเกิดโรค จึงไม่เคยให้คำแนะนำในการป้องกันการเกิดหอบหืดซ้ำให้กับมารดาหรือผู้ดูแล แต่อย่างไรก็ตาม อสม. สามารถประเมินอาการนำของหอบหืดซ้ำในเด็กได้ เช่น ไข้สูง หายใจเร็ว หอบก็จะแนะนำให้ไปรับบริการจากศูนย์สุขภาพชุมชน

สำหรับการปฏิบัติงานของคณะกรรมการหมู่บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการตอบสนองความต้องการด้านสาธารณสุขโรค เช่น ก่อสร้างถนน การจัดการระบบชลประทาน การจัดการความเป็นอยู่ทั่ว ๆ ไปมากกว่าการจัดการด้านงานสาธารณสุข เนื่องจากเห็นว่ามิหน่วยบริการสุขภาพทั้งทุติยภูมิและปฐมภูมิในพื้นที่ที่สามารถจัดการสุขภาพได้ดีกว่า

จากการศึกษานำร่องจึงเห็นได้ว่าการเกิดหอบหืดซ้ำในเด็กนั้นมีผลมาจากทั้งตัวเด็กเอง ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพในพื้นที่ตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนทั้งหมด การที่จะป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กนั้นจึงเป็นหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องทุกคนที่ควรปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามบทบาทหน้าที่ที่ตระหนักและจัดการ โดยมีเป้าหมายร่วมกันในการป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำของเด็กในชุมชน (ลัดดา อิมทองใบ. 2543) ทีมสุขภาพควรที่จะต้องประเมิน วินิจฉัยให้การพยาบาลกับเด็ก มารดาโดยเลือกสรรข้อมูลสุขภาพที่สำคัญ จำเป็นและเหมาะสมกับระดับความรุนแรงของโรคที่ตรวจพบ รวมทั้งส่งต่อข้อมูลสุขภาพในแต่ละจุดบริการจาก โรงพยาบาลไปยังชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนควรร่วมมือกับบุคลากรสุขภาพจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันอาการหอบหืดซ้ำของเด็กในชุมชน โดยสนับสนุนให้ทุกฝ่ายมองเห็นว่าตนเองเกี่ยวข้องและเป็นกลไกสำคัญที่จะต้องร่วมกันผลักดัน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของเด็กที่เป็นหอบหืดในชุมชนได้

จากความสำคัญที่กล่าวมาทั้งหมดจะเห็นว่าปัญหาสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นหอบควรได้รับการเฝ้าระวัง ดูแลส่งเสริม ป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดซ้ำ ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นบุคลากรสุขภาพหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าว เนื่องจากเป็นผู้ที่มีศักยภาพตามเอกสิทธิ์วิชาชีพในการจัดการปัญหาที่มีความซับซ้อน ด้วยการปฏิบัติเชิงคลินิกขั้นสูงต่อสุขภาพเด็กที่เป็นหอบ เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคหอบหืดมีด้วยกันหลายระดับ และปัจจัยเหล่านี้มีผลซึ่งกันและกันต่อการเกิดหอบหืดซ้ำในเด็ก เป็นผู้ที่สามารถโน้มน้าวให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนร่วมมือกันป้องกันอาการหอบหืดซ้ำ ผสมผสานการรักษาพยาบาลและการดูแลแบบองค์รวม ประสานงานและประสานข้อมูลการรักษาพยาบาลกับหน่วยบริการภายในและภายนอกโรงพยาบาล เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ดูแล ทีมสุขภาพและชุมชน ตลอดจนสามารถชักนำให้เกิดการประเมินผลการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดซ้ำร่วมกันระหว่างเด็ก ผู้ดูแลเด็ก คณะกรรมการหมู่บ้านและค้นหาโอกาสพัฒนาสิ่งแวดล้อมภายใต้การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อป้องกันอาการหอบหืดซ้ำได้ (สมจิต หนูเจริญกุล. 2547)

การป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำที่จะประสบความสำเร็จ จึงต้องอาศัยกระบวนการของการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่าย โดยเรียนรู้ด้วยกันตั้งแต่การวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดหอบหืดซ้ำในเด็ก การวางแผนแก้ไขปัญหา การกำหนดกิจกรรมของผู้ปฏิบัติ การสังเกตผลของการนำสิ่งที่ร่วมกันวางแผนไปสู่การปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายหลังการปฏิบัติและการปรับปรุงวิธีการปฏิบัติอย่างเป็นระบบภายใต้ศักยภาพที่มีอยู่ และอาศัยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความสัมพันธ์ทางสังคมและองค์ความรู้ของชุมชนมาใช้ประโยชน์ จนกว่าจะได้รูปแบบการป้องกันหอบหืดซ้ำของเด็กที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของชุมชน

1.2 ปัญหาการวิจัย

1. กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเด็ก ผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล บุคลากรสุขภาพในชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรีเป็นอย่างไร

2. ผลของกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเด็ก ผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล บุคลากรสุขภาพในชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรีเป็นอย่างไร

1.3 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเด็ก ผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล บุคลากรสุขภาพในชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

2. เพื่อศึกษาผลของกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเด็ก ผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล บุคลากรสุขภาพในชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน ตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเด็ก ผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลซึ่งประกอบด้วย พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลคลินิกเด็ก พยาบาลกุมารเวชกรรมและพยาบาลเวชกรรมสังคม บุคลากรสุขภาพในชุมชนประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุข คณะกรรมการหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบสุขภาพของโรงพยาบาลเมกาภิรักษ์ ซึ่งได้แก่ ตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี

1.5 นิยามศัพท์

1. โรคหอบหืดซ้ำ หมายถึง โรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ซึ่งมีผลทำให้เยื่อบุผนังหลอดลมของผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้ และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติ ทำให้

ผู้ป่วยมีอาการ ไอ แน่นหน้าอก หายใจมีเสียงหวีด หรือหอบเหนื่อย เกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับสารก่อโรค (สารภูมิแพ้) มารับบริการด้วยภาวะฉุกเฉินก่อนแพทย์นัดมากกว่า 5 ครั้งใน 1 ปี

2. **เด็กก่อนวัยเรียนที่มีอาการหอบหืดซ้ำ** หมายถึง เด็กก่อนวัยเรียนที่มีอายุระหว่าง 1-5 ปี อาศัยประจำอย่างน้อย 6 เดือน ในตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรีขณะที่ทำการวิจัย ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดจากบุคลากรทางการแพทย์และรักษาอาการหอบหืดซ้ำมากกว่า 5 ครั้ง ใน 1 ปี โดยคัดเลือกข้อมูลจากแฟ้มครอบครัวของหน่วยงานเวชกรรมสังคมจากบัตรประวัติผู้ป่วย (OPD Card) ที่คลินิกเด็กและบัตรประวัติผู้ป่วยของหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนคร

3. **ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดซ้ำเด็กก่อนวัยเรียน** หมายถึง อาการและจำนวนครั้งของการหอบที่บ่งชี้ว่ารุนแรง เช่น ไอ หายใจมีเสียงหวีด (Wheezing) ที่ได้จากการบันทึกในบัตรประวัติผู้ป่วยตามการวินิจฉัยของแพทย์โดยจัดระดับความรุนแรงจากครั้งที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่ามีระดับความรุนแรงมากที่สุด การศึกษาครั้งนี้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดตามแนวทางของ International Concensus For Diagnostic And Treatment of Asthma เป็น 4 ระดับคือ

1) ระดับที่มีอาการเป็นครั้งคราว (Intermittant) หมายถึง มีอาการหอบน้อยกว่า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง อาการกำเริบช่วงสั้น ๆ และจำนวนครั้งของการหอบในเวลากลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้ง/เดือน

2) ระดับที่มีอาการไม่มาก (Mild Asthma) หมายถึง มีอาการไอหายใจมีเสียงหวีดไม่มากกว่า 1-2 ครั้ง/สัปดาห์

3) ระดับที่มีอาการปานกลาง (Moderate Asthma) หมายถึง มีอาการไอหรือหายใจมีเสียงหวีด เป็นประจำมากกว่า 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ และต้องไปรักษาในโรงพยาบาลหรือคลินิกน้อยกว่า 3 ครั้ง/ปี

4) ระดับที่มีอาการรุนแรง (Severe Asthma) หมายถึง หายใจมีเสียงหวีดเป็นประจำเกือบทุกวัน เวลาเกิดอาการจะเป็นรุนแรง ต้องไปโรงพยาบาลหรือคลินิกมากกว่า 3 ครั้ง/ปี ต้องรับไว้ในโรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้ง/ปี เคยมีภาวะการหายใจล้มเหลว ต้องใส่ท่อช่วยหายใจหรือเคยชักจากการหอบมาก่อน

4. **กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อการดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน** หมายถึง การวิเคราะห์ สะท้อนคิดและร่วมกันหาแนวทางการจัดการปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กวัยก่อนเรียน โดยอาศัยการพัฒนาบทบาทของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนั้นในโรงพยาบาลและในชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วยเด็กที่มีอาการหอบหืดซ้ำ ผู้ดูแลเด็กที่มีอาการหอบหืดซ้ำ บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลมหาราชนคร อาสาสมัคร

สาธารณสุขและคณะกรรมการหมู่บ้านในตำบลท่ามะกา โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องแต่ละส่วนมีนิยามศัพท์ดังนี้

4.1 ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง มารดาหรือผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นหอหืดซ้ำและอาศัยประจำอยู่ในชุมชนตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี นานมากกว่า 1 ปี

4.2 บุคลากรสุขภาพ หมายถึง บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียนทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ประกอบด้วย กุมารแพทย์ โรงพยาบาลในคลินิกเด็ก แผนกกุมารเวชกรรม แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เวชกรรมสังคมและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.)

4.3 ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน หมายถึง คณะกรรมการหมู่บ้านที่ทำหน้าที่จัดระบบบริการสาธารณสุข และปฏิบัติงานอยู่ในตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรีระหว่างทำการวิจัย

5. ปัจจัยของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีอาการหอหืดซ้ำ หมายถึง ปัจจัยที่มีผลให้เด็กก่อนวัยเรียนป่วยด้วยอาการหอหืดซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ อายุ เพศ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหอหืดของบุคคลในครอบครัว โดยแต่ละปัจจัยมีนิยามศัพท์ดังนี้

- 1) อายุเด็ก หมายถึง อายุเต็มปีของเด็กในปัจจุบันนับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ทำการศึกษา
- 2) เพศ หมายถึง ลักษณะของบุคคลที่แสดงให้รู้ว่าเป็นหญิงหรือชาย
- 3) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคหอหืดของบุคคลในครอบครัว หมายถึง การมีประวัติการเป็นโรคหอหืดของบิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยายของเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งได้จากการซักประวัติคนในครอบครัว

6. ปัจจัยของมารดา/ผู้ดูแลเด็ก หมายถึง ปัจจัยของมารดา/ผู้ดูแลที่มีผลต่อการเกิดหอหืดซ้ำของเด็กก่อนวัยเรียนประกอบด้วยความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนเด็กอายุ 1-5 ปี รายได้ของครัวเรือน สภาพแวดล้อม การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ดูแลต่อการเกิดอาการหอหืดซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดหอหืดซ้ำและพฤติกรรมการดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอหืดซ้ำ

6.1 ความเกี่ยวข้องกับเด็ก หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและเด็กทั้งความเกี่ยวข้องทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย เป็นต้น และไม่ใช่สายเลือด เช่น พี่เลี้ยง เป็นต้น

6.2 อายุ หมายถึง อายุเต็มปีของผู้ดูแลเด็ก

6.3 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ดูแลเด็ก แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปวช./ปวส. และอุดมศึกษา

6.4 อาชีพ หมายถึง ลักษณะงานที่ผู้ดูแลเด็กทำประจำอยู่ในปัจจุบันเพื่อหารายได้ แบ่งเป็น ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือแม่บ้าน ประกอบอาชีพในบ้านและประกอบอาชีพนอกบ้าน

6.5 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน หมายถึง จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่เป็นประจำนาน อย่างน้อย 6 เดือน และอยู่ในครัวเรือนเดียวกันของเด็กก่อนวัยเรียนที่มีอาการหอบหืดซ้ำ

6.6 จำนวนเด็กอายุ 1-5 ปี หมายถึง จำนวนเด็กที่มีอายุ 1-5 ปีที่อาศัยอยู่ประจำ ใน ครัวเรือนเดียวกันกับเด็กที่มีอาการหอบหืดซ้ำอย่างน้อย 6 เดือน

6.7 รายได้ของครัวเรือน หมายถึง รายได้โดยเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนของเด็กก่อนวัยเรียนที่ไม่หักค่าใช้จ่าย

6.8 สภาพแวดล้อม หมายถึง ลักษณะทางกายภาพของบ้าน รวมทั้งพฤติกรรมของสมาชิกในครัวเรือนที่มีผลต่อการเกิดอาการหอบหืดซ้ำของเด็กก่อนวัยเรียนประเมิน โดยใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์

6.9 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ดูแลต่อการเกิดอาการหอบหืดซ้ำ หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจของมารดา/ผู้ดูแลที่มีต่อการกลับซ้ำของอาการหอบหืดของเด็ก การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย ประเมินจากข้อคำถามแบบประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 13 ข้อ (ภาคผนวก ข.) โดยมีข้อความทั้ง ทางด้านบวกและทางลบ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่มารดา/ผู้ดูแลได้รับมาก
ค่อนข้างเห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่มารดา/ผู้ดูแลได้รับบ้าง
เห็นด้วยบางครั้ง	หมายถึง	ข้อความในประโยคตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่มารดา/ผู้ดูแลได้รับเล็กน้อย
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ข้อความในประโยคไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่มารดา/ผู้ดูแลได้รับ

ข้อความที่มีความหมายด้านบวก จะให้คะแนนเห็นด้วย = 4 คะแนน ค่อนข้างเห็นด้วย = 3 คะแนน เห็นด้วยบางครั้ง = 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย = 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่มีความหมายทางลบจะให้คะแนนในลักษณะกลับกัน

6.10 การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับความรุนแรงของการเกิดหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง ความนึกคิด ความเข้าใจของมารดา/ผู้ดูแลเกี่ยวกับผลกระทบของระดับการหอบหืดที่เกิดขึ้นในครั้งก่อนต่อระดับการหอบหืดครั้งต่อไป รวมถึงผลกระทบเชิงลบต่อร่างกาย จิตใจ

อารมณ์และสังคมของเด็ก การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินจากข้อคำถามแบบประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ดูแล (ภาคผนวก ข.)

6.11 พฤติกรรมการดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลรักษาพยาบาล การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงของการเกิดหอบหืดซ้ำ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมจากข้อคำถามแบบประมาณค่าจำนวน 36 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนเช่นเดียวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ดูแล (ภาคผนวก ข.)

7. การสร้างกระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง การเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลเด็ก ครอบครัว บุคลากรสุขภาพ คณะกรรมการหมู่บ้านและประชาชนในชุมชนที่มาร่วมกันเสริมสร้างศักยภาพในการค้นหาสาเหตุของการเกิดหอบหืดซ้ำอย่างเป็นระบบ เพื่อพัฒนาวิธีการป้องกันที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับเด็ก สภาพของครอบครัวและชุมชนของตนแล้วนำสิ่งที่พัฒนาไปใช้ภายใต้การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของตน ประเมินผล ปรับปรุงกิจกรรมจนกระทั่งสามารถจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการหอบหืดซ้ำและป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

8. ผลของกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อการดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน หมายถึง ผลซึ่งเกิดจากการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนำกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่มีอาการหอบหืดซ้ำไปปฏิบัติจนกระทั่งจำนวนครั้งของการเกิดหอบหืดในเด็กและความรุนแรงของอาการหอบหืดในเด็กลดลง ขณะที่การรับรู้โอกาสเสี่ยง ,การรับรู้ความรุนแรงสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิและในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำแก่เด็กก่อนวัยเรียนที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น

2. ทำให้ประชาชนในชุมชนมีความรู้ ทักษะและมีความมั่นใจในการหาแนวทางแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถนำวิธีการแก้ปัญหานี้ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาอื่น ๆ ต่อไป

3. ทีมสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้แสดงบทบาทหน้าที่ของตนอย่างเต็มที่ในการแก้ไขปัญหาสุขภาพและเสริมสร้างงานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงโรงพยาบาลไปยังชุมชน
4. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนพัฒนาทักษะและสมรรถนะของการพัฒนาสุขภาพเด็กด้วยการใช้กระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันในโรงพยาบาลและชุมชน

