



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบของเด็กวัยเรียน โรคหอบหืด ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการค้นคว้าวิจัย โดยเสนอเนื้อหาตามลำดับดังนี้

1. โรคหอบหืดในเด็กวัยเรียน
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบของเด็กวัยเรียน
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง
4. โปรแกรมการวางแผนการจำหน่าย และการติดตามทางโทรศัพท์
5. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเองในเด็กป่วยโรคหอบหืด
6. บทบาทของผู้ดูแลเด็กวัยเรียน โรคหอบหืด
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. โรคหอบหืดในเด็กวัยเรียน

โรคหอบหืดเป็นปัญหา (Asthma) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในเด็ก เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน เป็นโรคที่ทำให้เด็กหยุดเรียนมากกว่าโรคอื่นๆ (มนตรี ตูจันดา, 2542) โรคหอบหืด (Asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในเด็ก เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2543) และยังเป็นโรคเรื้อรังที่มีอาการเฉียบพลันและระยะยาว การให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็น การรักษาที่ได้ผลดีจะต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากแพทย์ ผู้ป่วย และบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย (มนตรี ตูจันดา, 2542)

ความหมายของโรคหอบหืด (Definition of asthma)

จากการศึกษาความหมายของโรคหอบหืดสามารถสรุปความหมายได้ดังนี้ คือ

โรคหอบหืด (Asthma) หมายถึง โรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม การอักเสบของหลอดลมนี้มีผลทำให้เยื่อผนังหลอดลมของเด็กมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าเด็กปกติ ทำให้เกิดการตีบแคบ หดเกร็ง และเกิดการบวมของเยื่อหลอดลม (ปกติ วิชยานนท์ และคณะ, 2543 ; มุกดา หวังวีรวงศ์, 2543) และจะแสดงอาการของหลอดลมที่ตีบแคบเป็นครั้งคราว (Reversible airway obstruction) การตีบแคบนี้เกิดขึ้นจาก

1. การหดเกร็งของกล้ามเนื้อเรียบรอบหลอดลม
2. การอักเสบของหลอดลม ซึ่งมีลักษณะดังนี้คือ มีเสมหะมาก มีอาการบวมของเยื่อ มีการแทรกของเซลล์เม็ดเลือดขาวในเนื้อเยื่อ (Cell infiltration) และมีการหลุดลอกของเยื่อทางเดินหายใจ

อาการหอบหืด หมายถึง ภาวะที่มีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หายใจมีเสียงหวีด (wheezing) เหนื่อยหอบหรือหายใจลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลากลางคืนหรือเวลาเช้ามืด และทำให้เยื่อผนังหลอดลมของเด็กมีความไวต่อสารก่อภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าเด็กปกติ อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดโรค และอาจหายไปตัวเองหรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม (ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, 2544; สมชาย สุนทรโหระนะกุล, 2545) นอกจากนั้นอาการหอบหืดยังมีอาการเป็นๆ หายๆ

สาเหตุของโรคหอบหืดในเด็ก

โรคหอบหืดเกิดขึ้นจาก 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค (inducer) ประกอบด้วยปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการเกิดโรค คือทำให้บุคคลนั้นมีภาวะแพ้ (atopy) ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายสร้าง IgE ในปริมาณสูงผิดปกติต่อสิ่งก่อภูมิแพ้ และพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคประมาณร้อยละ 50-60 เนื่องจากการสร้าง IgE และกระบวนการอักเสบเกี่ยวข้องกับไซโตไคน์ (cytokines) หลายตัว ทำให้

หลอดลมมีความไวต่อสิ่งก่อภูมิแพ้หรือมีปฏิกิริยาไวเกิน (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2537; มุขิตา ตระกูลทิวาร, 2544)

ปัจจัยต้นเหตุ (causal factors) ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ซึ่งพบได้ภายในอาคาร เช่น ไรฝุ่น ฝุ่นบ้าน เชื้อรา แมลงสาบ น้ำลายปัสสาวะหรืออุจจาระของแมว สุนัขในบ้าน สารก่อภูมิแพ้ภายนอกอาคาร เช่น เกสรดอกไม้ ดอกหญ้าหรือวัชพืช เด็กที่ได้รับสารก่อภูมิแพ้เป็นประจำจะมีโอกาสเป็นโรคหอบหืดได้มาก (มุกดาหวังวีรวงศ์, 2537; มุขิตา ตระกูลทิวาร, 2544) ปัจจัยเสริม (contributing factors) ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจโดยเฉพาะในเด็กเล็ก การได้รับควันบุหรี่ มลพิษทางอากาศทั้งภายนอกและภายในอาคาร เด็กที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่าปกติ (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2537; มุขิตา ตระกูลทิวาร, 2544) สาเหตุสำคัญที่กระตุ้นให้เด็กที่เป็นโรคหอบหืดมีอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน (triggers) และอาจมีอาการรุนแรงมากขึ้นคือ ไรฝุ่นซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดร้อยละ 85 มีอาการหอบหืดจากอุจจาระของตัวไรฝุ่น (Mudd, 1995) นอกจากนี้มีสาเหตุจากสิ่งที่แพ้หรือสิ่งที่ทำให้ระคายเคืองหรือสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทั้งภายในอาคารและภายนอกอาคาร สิ่งกระตุ้นภายในอาคาร เช่น ฝุ่นบ้าน ฝุ่นจากที่นอน หมอน ผ้าห่ม ผ้าผ่าน ฝุ่นแป้ง ตุ๊กตาที่มีขน กลิ่นบางชนิด เช่น กลิ่นน้ำหอม กลิ่นน้ำยาทำความสะอาดบ้าน กลิ่นน้ำยาทำความสะอาดสุขภัณฑ์ กลิ่นสี กลิ่นรูป กลิ่นยามาแมลงอาหารบางชนิด เชื้อรา แมลงสาบ ขน รังแค น้ำลาย ปัสสาวะหรืออุจจาระของสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน สิ่งกระตุ้นภายนอกอาคาร ได้แก่ เกสรดอกไม้ หญ้า หรือวัชพืช สารพิษในอากาศ เช่น โอโซน ไซยาเนต ยามาแมลง ผงซักฟอก ออกไซด์ของไนโตรเจน ซัลเฟอร์ สารไฮโดรคาร์บอน ควันจากท่อไอเสียรถ ควันไฟ สารเคมี และโอโซนที่มาจากโรงงานอุตสาหกรรม เมื่อเด็กโรคหอบหืดสูดดมสารเหล่านี้เข้าไปจะเกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2537; มุขิตา ตระกูลทิวาร, 2544; และมนตรี ตูจันดา, 2542.) และสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งไวรัสตัวสำคัญได้แก่ ไซโตเมกัลไวรัส (Respiratory syncytial virus [RSV]) (Chiocca, 1994) นอกจากนี้ไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Parainfluenza) และไรโนไวรัส (Rhinovirus) ก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดติดเชื้อทางเดินหายใจด้วยเช่นกัน เชื้อเหล่านี้จะกระตุ้นให้มีไวรัสที่มีปฏิกิริยาเฉพาะกับอิมมูโนโกลบูลินอี แอนติบอดี (virus-specific IgE antibody) ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารตัวกลาง (mediator release) และมีการตอบสนองต่อสิ่งก่อภูมิแพ้ ทำให้มีการหลั่งสารตัวกลางการอักเสบเพิ่มขึ้นและทำให้หลอดลมหดเกร็งมีอาการหอบหืดได้ ในเด็กเล็กที่ป่วยเป็นโรคหลอดลมฝอยอักเสบจากการติดเชื้อ RSV จะมีโอกาสเป็นโรคหอบหืดได้ (มุกดาหวังวีรวงศ์, 2537; มนตรี ตูจันดา, 2542; Kabesch & Mutius, 2002) อาหารบางชนิดก็ทำให้เกิดอาการแพ้และเกิดอาการหอบหืดเฉียบพลันได้ เช่น นม ไข่ขาว ถั่วลิสง ผงชูรส อาหารทะเล กุ้ง ผลไม้แห้ง สุนัข เบียร์ ไวน์ (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2537; มุขิตา ตระกูลทิวาร, 2544; มนตรี ตูจันดา, 2542; Kabesch & Mutius, 2002) นอกจากนี้ยังมีสาเหตุสำคัญอื่นๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความเครียด ความวิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า ตกใจ ตื่นเต้น แม้แต่การหัวเราะหรือร้องไห้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอารมณ์อาจทำ

ให้มีการหายใจเร็วมากขึ้นไป ร่างกายมีการระบายอากาศเร็วเกินไปส่งผลให้ร่างกายมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกมามากเกินไป ภาวะนี้ทำให้ทางเดินหายใจตีบแคบลงได้ (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2537; มุจिता ตระกูลทิวกกร, 2544; และมนตรี ตูจินดา, 2542; Kabessch & Mutius, 2002) การเปลี่ยนแปลงของอากาศอย่างรวดเร็ว เช่น สภาพอากาศที่มีความชื้นสูง ความกดอากาศสูง อากาศร้อนจัดเป็นเย็นจัด หรืออากาศเย็นจัดเป็นร้อนจัด การเปลี่ยนแปลงอากาศเช่นนี้จะทำให้หลอดลมเกิดการหดเกร็งและเกิดอาการหอบได้อย่างเฉียบพลัน (มุกดาหวังวีรวงศ์, 2537; มุจिता ตระกูลทิวกกร, 2544; และมนตรี ตูจินดา, 2542) และหลังการออกกำลังกายอย่างหนักประมาณ 6 นาทีขึ้นไป หลอดลมจะขยาย สมรรถภาพของปอดจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยปริมาตรอากาศในการหายใจออกใน 1 นาที (forced expiratory volume in one second [FEV₁]) เพิ่มมากขึ้น หลอดลมจะมีการหดเกร็งตามมา FEV₁จะลดลง หลังจากหยุดออกกำลังกาย สมรรถภาพของปอดจะกลับคืนสู่ภาวะปกติประมาณ 30-45 นาที ซึ่งยังไม่ทราบกลไกการเกิดที่แน่ชัด แต่อาจเกิดจากการหายใจเร็ว ทำให้น้ำถูกขับออกจากทางเดินหายใจและการเปลี่ยนแปลงของออสโมลาริตี (osmolarity) ในหลอดลม (เสาวนีย์ จำเดิมเผด็จศึก, 2542) บางทฤษฎีเชื่อว่าปอดจะหลั่งสารเคมีบางชนิดระหว่างการออกกำลังกาย เช่น ฮีสตามีน อเซติลโคลีน ซึ่งสารเหล่านี้จะทำให้หลอดลมหดเกร็ง และพบว่าในเด็กเล็กการออกกำลังกายอย่างหนักทำให้มีอาการหอบหืดเฉียบพลันได้เร็วกว่าเด็กโต (อรัญญ์ จิรพงศานานุรักษ์ และ มนตรี ตูจินดา, 2542) ยาและสารเคมีบางชนิด เช่น เมตาโคลีน ฮีสตามีน อเซติลโคลีน เมื่อได้สูดดมละอองยาเหล่านี้จะทำให้หลอดลมหดเกร็งทันที ส่วนแอสไพรินอาจเกิดอาการหอบหืดได้ หลังจากการได้รับยา (มุกดาหวังวีรวงศ์, 2537; มุจिता ตระกูลทิวกกร, 2544; และมนตรี ตูจินดา, 2542; Kabessch & Mutius, 2002)

สิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของอาการโรคหอบหืดกำเริบ

1. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหอบหืดกำเริบนั้นมักพบว่ามีการติดเชื้อร่วมถึง ร้อยละ 10-50 เชื้อมักเป็นสาเหตุที่สำคัญต่อการเกิดอาการหอบหืดนั้น คือ เชื้อไวรัส

2. การเปลี่ยนแปลงของอากาศอย่างรวดเร็ว (Weather changes) เช่น อากาศร้อนจัดเปลี่ยนเป็นอากาศเย็นจัด หรืออากาศเย็นจัดเปลี่ยนเป็นอากาศร้อนจัดเกินไปการเปลี่ยนแปลงของอากาศดังกล่าวนี้จึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดอาการหอบหืดขึ้นได้

3. การออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้อง หักโหมเกินไปจนรู้สึกเหนื่อย (Exercise) จะทำให้เกิดอาการจับหืดขึ้นได้ (Asthma attack) ซึ่งเราเรียกอาการจับหืดที่เกิดภายหลังการออกกำลังกายว่า Exercise – Induced Asthma : EIA เชื่อว่า กลไกการเกิดภาวะนี้มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการแลกเปลี่ยนน้ำ และความร้อนของเยื่อทางเดินหายใจ โดยการออกกำลังกายจะทำให้มีการสูญเสียความร้อนออกจากร่างกาย และก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีบางอย่างผิดปกติ ขณะเดียวกันความเย็นของเยื่อทางเดินหายใจ ทำให้ Mast cells หลั่ง Histamine ออกมา ทำให้ผนังหลอดลมบวม ต่อมเมือก และ Goblet cells หลั่งเมือกออกมา

เป็นสาเหตุให้หลอดลมตีบ เกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ และยังพบว่าความเย็น และการเปลี่ยนแปลงของภาวะความดันออสโมซีตของเยื่อบุทางเดินหายใจ (Osmolarity of fluid lining the airway mucosa) เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดลมได้ นอกจากนี้ อาจเกิดจากความไม่สมดุลในการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ ในระบบพาราซิมพาธิติก จะมีผลต่อประสาทเวกัส โดยทำให้ตัวรับของประสาทเวกัสมีการออกฤทธิ์มากเกินไป เป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการหอบหืดภายหลังออกกำลังกายได้

4. สิ่งที่แพ้ หรือสิ่งระคายเคือง หรือสิ่งกระตุ้นต่างๆ ภายในบ้าน และภายนอกบ้าน (Indoor allergens / Outdoor allergens) ปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อมเป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด ซึ่งได้แก่ สารพิษในอากาศ เช่น ออกไซด์ของไนโตรเจนซัลเฟอร์ซาร์ไฮโดร - คาร์บอน และโอโซนที่มาจากโรงงานอุตสาหกรรม มลภาวะของอากาศตัวไรฝุ่น ฝุ่นบ้าน ฝุ่นจากที่นอน หมอน ผ้าห่ม ผ้า่าน ฝุ่นแป้ง ฝุ่นตามถนนหรือโรงงาน ศึกคามิชนปูย ละอองเกสรดอกไม้ หญ้า เชื้อรา ขนและรังแคสัตว์ เช่น สุนัข แมว ไก่ เป็ด นก แมลงสาบควันจากท่อไอเสียรถยนต์ น้ำมันรถ สารเคมี ควันไฟ โดยเฉพาะควันบุหรี่ ทำให้มีโอกาสเกิดอาการหอบหืดบ่อยครั้งขึ้น กลิ่นบางชนิด เช่น กลิ่นดอกไม้ กลิ่นน้ำหอม กลิ่นน้ำยาทำความสะอาดบ้าน กลิ่นสี กลิ่นอาหาร กลิ่นของรูป กลิ่นสเปรย์ กลิ่นยาฆ่าแมลง เมื่อสูดดมหายใจเข้าไปจะเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อบุหลอดลมโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการหอบหืดขึ้นได้

5. การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (Extreme emotional expression) เช่น เกรี้ยวกร้าว เศร้า โศกเสียใจ โกรธ โมโห หงุดหงิด วิตกกังวล ไม่สบายใจ ตื่นเต้นดีใจ หัวเราะ หรือร้องไห้ จะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เหล่านี้ อาจทำให้เกิดการหายใจที่เร็วเกินไป ร่างกายมีการระบายอากาศที่เร็วเกินไป (Hyperventilation) ทำให้ร่างกายมีการขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกมามากเกินไป ส่งผลให้ร่างกายมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์น้อยเกินไป (Hypocapnia) การเกิดภาวะเช่นนี้สามารถทำให้ทางเดินหายใจมีการตีบแคบลงได้ (Airway narrowing) ซึ่งเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคหอบหืดขึ้นได้

6. ยาหรือสารเคมีบางชนิด (Drugs) เช่น เมตาโคลิน ฮีสตามีน จะทำให้หลอดลมหดเกร็งทันที ถ้าได้สูดดมละอองของยาเหล่านี้ สารเคมี เช่น ยาฆ่าแมลง ผงซักฟอก สารแต่งสี

7. อาหาร (Foods) อาหารบางชนิดพบว่า ทำให้เกิดอาการของโรคหอบหืดได้ เช่น ไข่ นม ผงชูรส อาหารทะเล กุ้ง ผลไม้แห้ง ไวน์ หรือเบียร์ เป็นต้น

อาการและอาการแสดงของโรคหอบหืด

อาการของโรคหอบหืดในเด็กที่เกิขึ้นจะมีอาการไอ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด โดยเฉพาะอย่างยิ่งตอนหายใจเข้าหรือหายใจออกแรงๆ มักมีอาการหอบเหนื่อยซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง และส่วนใหญ่มักเกิดในเวลากลางคืนหรือเช้านี้ อาการดีขึ้นเองหรือหลังจากได้รับยาขยายหลอดลม และมักเกิดขึ้นตามหลังการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจหรือหลังออกกำลังกายหรือได้รับสารระคายเคืองหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการแพ้ ถ้าเด็กที่มีอาการเรื้อรังนานๆ จะมีหน้าอกโป่ง (เสาวนีย์ จำเดิมแผด็จศึก, 2542)

ในประเทศไทยได้สร้างเกณฑ์ การประเมินระดับความรุนแรงของอาการหอบหืดแบบเฉียบพลันตามแนวทางสากลที่องค์การอนามัยโลกเป็น 4 ระดับ (WHO อ้างใน ชลรัตน์ ติเรกวัดนชัย, 2547) ได้แก่

1. หอบหืดที่มีความรุนแรงน้อย (Mild Asthma) โรคหอบหืดที่มีระดับอาการหอบหืดเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยจะมีอาการหอบหืดน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอาการกำเริบเป็นช่วงสั้นๆ มีอาการหอบหืดในตอนกลางคืนต่ำกว่า 2 ครั้งต่อเดือน และในช่วงที่ไม่มีอาการหอบหืดจะมีสมรรถภาพปอดปกติ ปริมาตรลมที่เป่าออกทั้งหมดด้วยความเร็ว แรงและนานที่สุดใน 1 ครั้ง (peak respiratory flow [PEF]) หรือปริมาณอากาศในการหายใจออกใน 1 นาที (forced expiratory volume in one second [FEV1]) > 80% ระดับอาการรุนแรงน้อย ผู้ป่วยจะอาการหอบหืดมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์แต่ไม่ได้มีอาการหอบหืดทุกวันอาการกำเริบอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอน มีอาการหอบหืดในตอนกลางคืนมากกว่า 2 ครั้ง ต่อเดือน และใช้ยาพ่นขยายหลอดลม (β -agonist) ชนิดออกฤทธิ์สั้นทุกวัน PEF หรือ FEV1 >80%

2. หอบหืดที่มีความรุนแรงปานกลาง (Moderate Asthma) ระดับอาการรุนแรงปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการหอบหืดทุกวัน อาการกำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอน มีอาการหอบหืดในตอนกลางคืนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์และใช้ยาพ่นขยายหลอดลม (β -agonist) ชนิดออกฤทธิ์สั้นทุกวัน PEF หรือ FEV1>60%-<80%

3. หอบหืดที่มีความรุนแรงมาก (Severe Asthma) ระดับอาการรุนแรงมากผู้ป่วยจะมีอาการหอบตลอดเวลา มีอาการกำเริบและหอบหืดกลางคืนบ่อยมาก กิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยจะถูกจำกัดด้วยอาการหอบ PEF หรือ FEV1 < 60% (ปกิต วิชยานนท์, เฉลิมชัย บุญยะสิทธิ์พรณ,อัญชติ เยี่ยงศรีกุล, จิตลัดดา ติโรจนวงศ์ และ ไพศาล เลิศฤดีพร, 2543) หรือสามารถประเมินความรุนแรงจากอาการทางคลินิกคืออาการเล็กน้อย จะมีอาการไอ หายใจมีเสียงหวีดเบาๆ หายใจไม่ลำบากมาก สามารถพูดได้เป็นประโยคได้ไม่ลำบาก อาการปานกลางจะมีอาการไอตลอดเวลาหรือไอถี่ หายใจมีเสียงหวีดดัง หายใจลำบากอย่างชัดเจน สามารถพูดได้เพียงประโยคสั้นๆ อาการรุนแรง จะมีอาการกระสับกระส่าย ภาวะเหนื่อยมากหายใจไม่ได้ยินเสียงหวีด หายใจลำบากบางครั้งต้องหายใจเป็นเฮือกๆ เหนื่อยมากจนพูดได้เป็นคำๆ อาจมีอาการหน้าซีด เหงื่อออกมาก ริมฝีปากคล้ำ (พรทิพย์ ศิริบูรณพัฒนา, 2544)

สรุปได้ว่าอาการสำคัญของโรคหอบหืดคืออาการไอ หายใจเหนื่อยหอบ หายใจมีเสียงหวีด มักเป็นๆหายๆ และมีความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน อาจมีอาการรุนแรงคือหายใจลำบากและหายใจล้มเหลวได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของเด็กและครอบครัวเป็นอย่างมาก

2. พฤติกรรมการจัดการตนเอง

ความหมายของพฤติกรรมการจัดการตนเอง

แนวคิดการจัดการตนเอง (Self-management) ได้มีผู้ให้ความหมายหรือคำจำกัดความไว้หลากหลาย และในระยะแรกได้มีการเรียก ชื่อไว้ในหลายลักษณะด้วยกันคือ การเปลี่ยนตนเอง (Self-change) การปรับตนเอง (Self-Modification) การกำกับตนเอง (Self-Regulation) และการบำบัดการบริหารพฤติกรรมตนเอง (Self-Administered Behavior Therapy) และต่อมาได้มีผู้ใช้คำว่าควบคุมตนเอง (Self-Control) (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ซึ่งไม่ว่าจะเรียกชื่ออะไรก็ตาม กระบวนการที่สำคัญของเทคนิคเหล่านั้นคือ บุคคลจะเป็นผู้ดำเนินการในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองทั้งหมด ไม่ว่าจะเป็นการเลือกเป้าหมายตลอดจนวิธีดำเนินการทั้งหมด เพื่อที่จะให้บรรลุเป้าหมายนั้น (Walker et al., 1981; Kazdin, 1989 cited in สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) และคำจำกัดความของการจัดการตนเอง ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ดังนี้

Holroyd and Creer (1986) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง การปฏิบัติที่เฉพาะของบุคคลในการป้องกันโรคและการบำบัดเพื่อดูแลสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นการร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพ ในด้านการจัดการตนเองซึ่งประกอบด้วยด้านการรับรู้ (Cognitive) พฤติกรรมทางสังคม (Behavioral Social) และด้านสรีรวิทยา (Physiological) ซึ่งมีความเกี่ยวข้อง ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

Tobin et al. (1986) กล่าวว่า การจัดการตนเองคือ การที่บุคคลพยายามควบคุมกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเองโดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพในการปฏิบัติกิจกรรมดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งการที่จะเกิดพฤติกรรมใหม่ได้ไม่ได้เป็นผลจากการได้รับข้อมูลใหม่ๆ เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเกิดจากความร่วมมือและสมัครใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้วย

Bartholomew et al. (1993) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยสามารถกระทำการดูแลตนเองได้ตามแผนการรักษา กระทำได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ รวมถึงสามารถใช้กลวิธีเผชิญปัญหา (Coping strategies) หลากกลวิธีเพื่อเผชิญปัญหาจากการเจ็บป่วยได้

Kangas et al. (1996) กล่าวว่า การจัดการตนเอง คือ การที่บุคคลมีความคล่องตัวและตอบสนองต่อกระบวนการดูแลในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพด้วยตนเอง และเกิดจากความร่วมมือกันกับทีมสุขภาพ

Coates and Boore (1995) กล่าวว่า การจัดการตนเองหมายถึง กระบวนการในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ การยอมรับปฏิบัติตามของบุคคลในการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัดเพื่อใช้จัดการกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

Dilorio et al. (1996) กล่าวว่า การจัดการตนเองเป็น โครงสร้างหลายมิติ (multidimensional construct) ที่หมายถึง การปฏิบัติที่บุคคลนั้นยอมรับและใช้เพื่อควบคุมภาวะสุขภาพที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

Nakagawa-Kogan (1996) กล่าวว่า ภาวะการเจ็บป่วยคือ การแตกสลายของกลไกการปรับสมดุลของร่างกาย ซึ่งการจัดการตนเองหมายถึง การกระทำที่มีเหตุผลเพื่อการฟื้นฟูการปรับสมดุลของร่างกาย

สมโภช เอี่ยมสุภานิต (2541) กล่าวว่า การจัดการตนเอง หมายถึง กระบวนการควบคุมตนเองทั้งหมด ประกอบด้วยส่วนที่สำคัญคือ การกำกับตนเอง (Self-monitoring) ซึ่งมีกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรมคือ การสังเกตตนเอง (Self-observation) และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง (Self-recording)

จิตติมา ทุงพรวณู (2547) ได้ทบทวนวรรณกรรมและให้ความหมายของ การจัดการตนเอง ว่าเป็น การปฏิบัติที่บุคคลยอมรับและมีความพยายามที่จะควบคุมกระบวนการทั้งหมดด้วยตนเอง มีการกำกับตนเองซึ่งประกอบด้วย การสังเกตตนเอง และการบันทึกพฤติกรรมตนเอง มีการรับรู้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ลดผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย มีความสามารถในการวางแผนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ เกิดจากร่วมมือและสมัครใจของบุคคลนั่นเอง และเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง

การจัดการตนเอง (Self-management) หมายถึง ความหลากหลายวิธีการในการรักษาสุขภาพตนเอง (Coates & Boore, 1995, 1998)

จากการทบทวนวรรณกรรม มีผู้อธิบายความหมายของคำว่า การจัดการตนเอง ไว้ใกล้เคียงกัน และมักจะพบวลีนี้ในบทความทางวิชาการ และบทความวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กล่าวคือ

การจัดการตนเอง เป็นภารกิจด้านความคิดและพฤติกรรมที่รวมถึง การกำกับตนเอง การตัดสินใจ และการติดต่อสื่อสาร เกี่ยวกับอาการ ความเจ็บป่วยของบุคคลหนึ่ง และสุขปฏิบัติ (Bartholomew, et al., 1997; Shegog, et al., 2001)

Cooper และ Clark (1999) อธิบายว่า การจัดการตนเอง เป็นการให้ความรู้ และทักษะแก่ผู้ป่วยในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ หรือภาวะความเจ็บป่วยเรื่องหนึ่งเรื่องใด ซึ่งรวมรวมถึงการจัดการทางด้านอารมณ์และสังคมที่อาจจะเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยเรื้อรังด้วย

Barlow และคณะ (2002) อธิบายว่า การจัดการตนเอง หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการจัดการอาการของโรค การรักษา ผลกระทบของความเจ็บป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ และการเปลี่ยนวิถีชีวิตอันเนื่องมาจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง

นอกจากนี้ Self-management of chronic illness หมายถึง กิจกรรมในชีวิตประจำวันที่บุคคลหนึ่งกระทำเพื่อที่จะควบคุมความเจ็บป่วยนั้น ลดผลกระทบของความเจ็บป่วยนั้นต่อการทำหน้าที่การดำเนินชีวิตของตน ตลอดจนเผชิญกับผลกระทบทางสุขภาพจิตอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย (Clark, et al., 1991)

การจัดการตนเอง อาจหมายถึง การตัดสินใจและการกระทำของบุคคลหนึ่งในการดูแลสุขภาพตนเองหรือทำให้สุขภาพดีขึ้น เช่น การจัดการกับอาการต่างๆ การรับประทานยา ตลอดจนการกระทำที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ (การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การลดความเครียด เป็นต้น)

การจัดการตนเอง ให้ความหมายในทิศทางเดียวกับคำว่า Adherence และ compliance ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ คำว่า Adherence จะหมายความถึง การที่ผู้ป่วยยินดี เต็มใจ (และตั้งใจ) ที่จะปฏิบัติตามคำสั่งการรักษา ตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล ส่วนคำว่า compliance นั้นก็มีความหมายใกล้เคียงกัน แต่จะให้ความรู้สึก (sense) ในทางลบ เพราะเป็นคำที่แสดงนัย “coercion (การบังคับ)” ในขณะที่คำว่า adherence (มีรากศัพท์มาจากคำว่า adhere แปลว่า “ติดแน่น” นึกถึง พลาสติก adhesive) แสดงนัย conformity (การปฏิบัติตาม) (Blevins, Berg, & Dunbar-Jacob, 1998)

โดยสรุป การจัดการตนเอง มีความหมายมากกว่าเรื่องของวินัยในการรับประทานยา หรือการปฏิบัติตามแนวทางการรักษาของแพทย์ (Adherence) แต่ยังรวมถึงการจัดการทางด้านสังคม จิตใจในการดำรงชีวิตภายใต้ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง การจัดการตนเองเป็นแนวคิดที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในทุกกระบวนการ เนื่องจากแนวคิดพื้นฐานเชื่อว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ต้องเกิดจากกระบวนการคิด ตัดสินใจประเมินผลดี ผลเสียของการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ด้วยตนเอง หากบุคคลประเมินและตัดสินใจว่า พฤติกรรมนั้นๆ มีคุณค่า ก็จะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม และปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป (Tobin, et al., 1989)

จึงขอสรุปว่าพฤติกรรมจัดการตนเอง หมายถึง การกระทำการดูแลตนเอง โดยใช้วิธีการหรือกระบวนการที่ทำให้เด็กได้เรียนรู้ในการดูแลและจัดการตนเองในเรื่องอาการของโรค โดยผ่านกระบวนการ การตัดสินใจ และกระบวนการแก้ปัญหา โดยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากทีมสุขภาพ เพื่อป้องกันผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรังและสามารถควบคุมอาการของโรคได้ (Bartholomew et al., 1993)

พฤติกรรมจัดการตนเองในเด็กโรคหอบหืด เป็นการกระทำของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหอบหืด ในการดูแลจัดการตนเองในเรื่องโรคหอบหืด ประกอบด้วย

1. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการในสิ่งแวดล้อม หมายถึง การหลีกเลี่ยงฝุ่นละออง มุ่นขนสัตว์ เกสรดอกไม้ แมลง ฝุ่นควันจากท่อไอเสียรถยนต์ ไม่เล่นคลุกคลีกับสุนัขและแมว การสวมหน้ากากปิดจมูกกับบุคคลที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงจากบุคคลที่กำลังสูบบุหรี่ ควันบุหรี่ และเมื่อสัมผัสอากาศเย็นควรใช้ผ้าปิดปากปิดจมูกไว้

2. การประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการหอบหืด หมายถึง การรู้จักสังเกตอาการและอาการแสดงของตนเองว่า หายใจหอบแน่นหน้าอกเวลาทำกิจกรรมอะไร เช่น เวลาสัมผัสอากาศเย็นหรืออากาศเปลี่ยนแปลง ปังจัยทางด้านอารมณ์และจิตใจ ความเครียดอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบหืด และการหายใจเร็วๆ ได้ การหัวเราะ การร้องไห้ หรือหลังการออกกำลังกายที่หักโหม

3. โดยการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการบริหารการหายใจ หมายถึง การใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม เมื่อตนเองมีอาการหอบกำเริบ สามารถรับประทานยาหรือพ่นยาที่เคยใช้ได้ทันที รู้จัก

วิธีการหายใจที่ถูกต้องที่จะทำให้ปอดขยายและหดตัวได้ดีที่สุด การมีจำนวนการหายใจที่สม่ำเสมอโดยใช้แรงน้อยที่สุด

4. การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง หมายถึง การขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้เคียงให้นำส่งโรงพยาบาล หลังจาการบริหารยาหรือการบริหารการหายใจแล้วอาการไม่ทุเลาลง ยังเกิดอาการหอบมากขึ้น แน่นหน้าอก หรือเขียว

5. การมีกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสม หมายถึง การออกแรง หรือการเล่นที่เด็กวัยเรียน โรคหอบหืดทำได้ตามสภาพร่างกาย ไม่เหนื่อยเกินไป การว่ายน้ำจะไม่ทำให้เกิดหอบหืดเลือกเล่นกีฬาที่ไม่รุนแรงก่อนแล้วจึงค่อยๆเพิ่มเวลาเล่น ใช้ยาพ่นขยายหลอดลม ก่อนการออกกำลังกายอย่างน้อย 5-15 นาที จะช่วยป้องกันการจับหืดเนื่องจากการออกกำลังกาย

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กต่อการเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็ก (อมรรัตตชัช งามสวย และ จิตติมา สุขเลิศตระกูล , 2551)

3.1 ระดับอายุและพัฒนาการของผู้ป่วยเด็กแต่ละด้าน ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนจะใช้กลไกการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ป่วยเด็กวัยก่อนเรียน แต่ยังคงพบว่าผู้ป่วยเด็กมีความกลัวต่อการแยกจากครอบครัว ในขณะที่ผู้ป่วยเด็กเองยังคงต้องการความเป็นส่วนตัวและการคงไว้ซึ่งการเป็นตัวของตัวเอง ผู้ป่วยเด็กอาจแสดงความหงุดหงิด ก้าวร้าวต่อผู้ปกครอง แยกตัว ปฏิเสธเพื่อน พี่น้อง หรืออาจจะมีปัญหาที่โรงเรียน เด็กวัยนี้ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ได้ดีกว่าวัยก่อนเรียนเพราะเด็กเริ่มเข้าใจเหตุผลง่ายๆ ได้ เข้าใจว่าการรักษาจะทำให้หายจากโรค สาเหตุของความเครียด เกิดจากการแยกจากบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคย ความปวด สูญเสียการควบคุมตัวเอง กลัวความพิการ และความตายปฏิกิริยาตอบสนอง การที่เข้ามาอยู่ในกฎระเบียบของโรงพยาบาล การเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกถึงความมั่นคงของตัวเองถูกคุกคาม เกิดความเบื่อหน่าย คับแค้นใจ และว้าเหว่

3.2 ชนิดและความรุนแรงของความเจ็บป่วย ผลกระทบในโรคเรื้อรังในเด็กวัยเรียนพบว่า ทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กลดลง มีผลทำให้ทุพโภชนาการ การเจริญเติบโตช้า มีโอกาสการติดเชื้อได้ง่าย นอกจากนี้จะทำให้เด็กมีความกังวลและความกลัว กังวลเกี่ยวกับความรู้สึกที่คนอื่นมีต่อตนเอง ทำให้เด็กไม่มั่นใจและแยกตัวจากกลุ่มเพื่อน ปรับเข้าสังคมได้ยาก (สุวดี ศรีเลนวัตติ, 2530)

3.3 ลักษณะการเลี้ยงดูก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนมีความกลัวต่อการแยกจากครอบครัว แต่ในขณะที่วัยก่อนเรียนก็ต้องการความเป็นตัวเอง ผู้ป่วยเด็กอาจแสดงอาการหงุดหงิด ก้าวร้าวต่อผู้ปกครอง แยกตัว ปฏิเสธเพื่อน พี่น้อง แต่เด็กวัยนี้ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลดีกว่าวัยก่อนเรียน เพราะเริ่มเข้าใจเหตุผลในการรักษาว่าทำให้หายจากโรค

3.3 ลักษณะพื้นฐานทางอารมณ์ของผู้ป่วยเด็ก พัฒนาการทางด้านอารมณ์ เด็กวัยเรียนมีลักษณะพื้นฐานอารมณ์มาจากการเลียนแบบ การเรียนรู้โดยการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเด็กยังต้องการความรัก ความอบอุ่น มั่นคงปลอดภัย ความเอาใจใส่จากบิดามารดา หรือผู้เลี้ยงดู รวมทั้งครูแลเพื่อน (กรรณิกา, 2547) Erickson ศึกษาพัฒนาการทางบุคลิกภาพได้กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุ 6-12ปี และเรียกว่า เป็นวัยแห่งการประสบความสำเร็จ หรือความรู้สึกดี้อยู่ เนื่องจากเด็กวัยนี้มีประสบการณ์มากขึ้น ต้องการประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ

3.4 ประสบการณ์การเจ็บป่วย และการรับการรักษาพยาบาลที่ได้รับการรักษาในอดีต ในด้านการรับรู้และปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ป่วยเด็กแต่ละวัยต่อการเจ็บป่วยต่อการปรับตัวต่อการรับการรักษาที่โรงพยาบาลทั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาลและรับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน นั้นมีการเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อายุ ความสามารถทางสติปัญญา และประสบการณ์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการและการรับรู้จะสมบูรณ์มากขึ้นเรื่อยๆ การรักษาโรคเรื้อรัง ต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านสรีระทั้งในส่วนของพฤติกรรมที่ทำให้โรครุนแรงขึ้นและรุนแรงที่เกิดจากโรคเอง ซึ่งกระบวนการทางสรีระวิทยาสามารถประสานการรับรู้ ผู้ป่วยวัยเรียนโรคหอบหืดมีความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยแตกต่างกันไปตามพัฒนาการและประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เคยได้รับ

3.5 สัมพันธภาพระหว่างบิดามารดา/ ผู้เลี้ยงดู และบุคคลในครอบครัว สิ่งที่ทำให้การรับรู้ในการเจ็บป่วยแตกต่างกันในแต่ละบุคคล คือ การลักษณะของบุคลิกภาพประจำตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งเปลี่ยนไปตามอายุและพัฒนาการโดยสัมพันธ์กับความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยเฉพาะความสัมพันธ์กับผู้ปกครอง บิดามารดา โดยท่าทีของผู้ใหญ่จะมีผลต่อการแสดงออกของผู้ป่วยเด็กมาก โดยพบว่ามารดาคิดว่าการเจ็บป่วยของบุตรเป็นความผิดของตนจะมีมากแสดงท่าทางที่ประคับประครองบุตรมาก (กรรณิกา, 2547)

3.6 ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรับการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยเด็กและบิดามารดา/ ผู้ดูแล

เพียงใจ นวนหนู (2549) กล่าวว่า การวางรากฐานสุขนิสัยที่ถูกต้องให้กับเด็ก มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพที่ดี การดูแลตนเองเริ่มพัฒนามาตั้งแต่แรกเกิด โดยเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตด้านร่างกาย ความสามารถในการเรียนรู้ ตลอดจนการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม เช่น พ่อ แม่ ครู เพื่อนและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นองค์ประกอบให้ผู้ป่วยเด็ก มีความสามารถในการดูแลพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยโดยเป็นการกระทำอย่างตั้งใจใช้ความรู้และมีเหตุผล

พัฒนาการทางการเรียนรู้ของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน

เด็กวัยเรียนเริ่มตั้งแต่อายุ 6 ปี จนถึงอายุ 12-13ปี เป็นวัยที่ก้าวไปสู่สังคมภายนอกครอบครัวคือ ไปโรงเรียนและสถานที่อื่นๆ Erickson ศึกษาพัฒนาการทางบุคลิกภาพได้กำหนดให้เด็กวัยเรียนมีอายุ 6-12ปี และเรียกว่า เป็นวัยแห่งการประสบความสำเร็จ หรือความรู้สึกดีอยู่ เนื่องจากเด็กวัยนี้มีประสบการณ์มาก

ขึ้น ต้องการประสบความสำเร็จในสิ่งที่ตนกระทำเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาเพิ่มขึ้นและรวดเร็วเพราะกระบวนการรู้คิด (cognitive process) และสังคมของเด็กจะพัฒนาสูงขึ้น และซับซ้อนมากขึ้น (Wong D. L., 1999) Piaget กล่าวว่า เด็กวัยเรียนมีพัฒนาการและมีความก้าวหน้าทางสติปัญญาและความคิดเชิงรูปธรรมอย่างเห็นได้ชัด รู้จักมองสิ่งต่างๆ รอบๆ ตัวได้กว้างขึ้นมีเข้าใจดีขึ้นสามารถแยกแยะความคิดได้หลายด้านในเวลาเดียวกัน และสามารถย้อนกลับไปมาได้ เมื่อมีปัญหาและเข้าใจเหตุผลที่ตามมา แต่การคิดแก้ปัญหาที่ยังอาศัยการชี้แนะและเหตุผลของสื่อที่เป็นรูปธรรมและขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้มา (Thompson, 1995) ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหอบหืดมีความสามารถในการกับความเจ็บป่วยแตกต่างกันไปตามพัฒนาการ คือ เด็กอายุ 6-7ปี ความสามารถในการจัดการตนเองในเรื่องอาการและความเจ็บป่วยต้องการความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ เด็กอายุ 8-10ปี สามารถรับประทานยาหรือพ่นยาขยายหลอดลมได้ด้วยตนเองภายใต้การดูแลของผู้ใหญ่ตลอดเวลา และเมื่ออยู่คนเดียวจะขาดความมั่นใจ โดยเด็กสามารถเรียนรู้วิธีเปลี่ยนกิจกรรมเพื่อลดกำลังของกายหายใจ เด็กสามารถบอกได้ว่าขั้นตอนวิธีการลดอุบัติเหตุและความรุนแรงของโรคหอบหืด เช่นการพ่นยาขยายหลอดลมก่อนการออกกำลังกาย การใช้เทคนิคการหายใจ และการผ่อนคลาย (Sharon, 1999)

เด็กวัยเรียนเป็นวัยที่เริ่มมีความเข้าใจต่อสิ่งต่างๆ รอบตัวได้ดีขึ้น มีการพัฒนาความคิดที่เป็นเหตุเป็นผลมากขึ้น ตลอดจนสามารถปรับเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจตนเองได้ตามประสบการณ์ที่ได้รับ เป็นวัยที่มีศักยภาพและมีความพร้อมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพอย่างง่าย ๆ ตลอดจนสามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคตามวิธีการดูแลตนเองที่กระทำไม่ยุ่งยาก การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดมีความสุขที่ดีคือการส่งเสริมให้เกิดความรู้และทักษะในพฤติกรรมจัดการตนเอง (Self – management behavior) โดยใช้วิธีการหรือกระบวนการที่ทำให้เด็กได้เรียนรู้ในการดูแลและจัดการตนเองในเรื่องโรคได้ (Bartholomew et al., 1993) โดยการส่งเสริมให้เด็กมีการวางแผนการจัดการเรื่องโรค สามารถตัดสินใจจัดการกับอาการความเจ็บป่วยของตนเอง พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้เด็กมีความรู้ ทักษะ และความมั่นใจในพฤติกรรมจัดการตนเองเป็นรายบุคคล จึงจะเป็นการลดการเกิดอาการจับหืดได้เหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อทบทวนการพฤติกรรมจัดการตนเองในการพิจารณาว่าจะเลือกตัวแปรใด ในการจับคู่คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม อรพินธ ฐาปนกุลศักดิ์ (2539) พบว่า พฤติกรรมดูแลสุขภาพของเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา กรุงเทพมหานคร พบว่าเด็กผู้หญิงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าเด็กชาย

ส่วน Sharon (1999) มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหอบหืดมีความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยแตกต่างกันออกไปตามพัฒนาการ คือเด็กอายุ 6-7 ปี มีความสามารถในการจัดการตนเองในเรื่องอาการและความเจ็บป่วยต้องการความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการ เด็กอายุ 8-10ปี สามารถรับประทาน

ยาหรือพันยาขยายหลอดลมได้เอง ภายใต้การดูแลของผู้ดูแลตลอดเวลา และเมื่ออยู่คนเดียวจะขาดความมั่นใจ ด้วยเหตุผลที่ได้ศึกษาวรรณกรรมดังกล่าวจึงใช้ตัวแปร อายุ และเพศ ในการจับคู่คุณสมบัติของกลุ่มเด็กวัยเรียน โรคหอบหืดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

4. โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์

ความหมายของการวางแผนการจำหน่าย

การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย (discharge planning) เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งการบริการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และการส่งเสริมการปรับตัวของบุคคล ครอบครัว เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ซึ่งถือเป็นบริการที่จำเป็นอย่างหนึ่งที่โรงพยาบาลต้องให้แก่ผู้ป่วยและถือเป็นสิ่งประกันคุณภาพการรักษายาบาลที่สมบูรณ์ว่าผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนการ กลับบ้าน (กฤษฎา แสงวงศ์, ชีรพร สติรอังกูร, และเรวดี ศิรินคร, 2539)

Maceehan (1981) ได้ให้ความหมายการวางแผนการจำหน่าย ว่าเป็นกระบวนการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพหลายสาขาที่ทำงานร่วมกัน เพื่อที่จะอำนวยความสะดวกต่อการย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยจากสิ่งแวดลอมหนึ่ง ไปอีกสิ่งแวดลอมหนึ่ง

Gikow (1985) ได้ให้ความหมายของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยว่า เป็นการพัฒนาร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว ในเรื่องวัตถุประสงค์ วิธีการปฏิบัติ และการประเมินผลเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องระหว่าง หน่วยบริการสุขภาพและชุมชน หรือจากสิ่งแวดลอมหนึ่ง ไปสู่สิ่งแวดลอมใหม่

วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และอุษาวดี อัครวิเศษ (2545) กล่าวว่า การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม และต่อเนื่องจากโรงพยาบาล หรือหน่วยบริการสุขภาพและสิ่งแวดลอมใหม่ของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งได้รับความร่วมมือประสานงานกันระหว่างบุคคลในทีมสุขภาพตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีขั้นตอนการประเมินปัญหาความต้องการ การวินิจฉัยปัญหาการลงมือปฏิบัติและการประเมินติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการจำหน่าย

บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการวางแผนการจำหน่าย ที่เสนอเป็นแนวทางในการวางแผนจำหน่ายของกระทรวงสาธารณสุข (กฤษฎา แสงวงศ์, ชีรพร สติรอังกูร, และเรวดี ศิรินคร, 2539)

1. ประเมินความต้องการการดูแลทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมตัดสินใจ เปรียบเทียบกับกระบวนการดำเนินของโรคหรือความเจ็บป่วยเพื่อการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงปัญหาสุขภาพหรือความต้องการการดูแลสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นภายหลังการจำหน่าย

2. ประเมินความรู้ ความเข้าใจ แรงจูงใจและทักษะของผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรคที่เป็นเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผน กำหนดกิจกรรม ให้สอดคล้องเหมาะสม
3. เป็นสื่อกลางในการประชุมปรึกษาหารือ และวางแผน ร่วมมือระหว่างบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
4. ผสมผสานกิจกรรมการช่วยเหลือ การสอน การให้คำปรึกษา ฝึกฝนทักษะการดูแลตนเองตามการรักษาที่จำเป็น รวมทั้งจัดหาอุปกรณ์ เครื่องใช้ หรือยากลับบ้าน โดยการดัดแปลงให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน
5. บริหารจัดการใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมระหว่างการใช้เวลากับการดูแลให้การพยาบาลกับปัญหาในระยะเฉียบพลัน และเวลาในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายตามแผนการรักษา
6. ส่งต่อแผนการจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมตามแผนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง
7. ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนเป็นระยะๆ ปรับปรุงแผนและวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสม ตลอดเวลาก่อนการจำหน่าย
8. ประเมินและสรุปผลการพยาบาลก่อนการจำหน่าย
9. ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานหรือแหล่งประ โยชน์ที่เกี่ยวข้องตามความเหมาะสม
10. ประชุมปรึกษาหารือในทีมการพยาบาล และทีมสุขภาพ เพื่อประเมินผลสำเร็จของกระบวนการวางแผนการจำหน่าย เพื่อการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพ

รูปแบบการวางแผนจำหน่าย

รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายไทยเท่าที่ปฏิบัติอยู่ ยังไม่มีระบบที่ชัดเจนนอกจากนี้ยังเป็นรูปแบบการวางแผนจำหน่ายทั่วไป ไม่ได้เฉพาะเจาะจง ไม่มีการประเมิน หรือวินิจฉัยปัญหาเฉพาะรายก่อนการจำหน่าย ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีความจำกัดในการปฏิบัติไม่สามารถปฏิบัติได้จริง นอกจากนี้ยังไม่มี การวางแผนร่วมมือกัน ในสหวิชาชีพผู้ป่วยและครอบครัวอย่างแท้จริง(อุษาวดี อัครวิเศษ, 2546) รูปแบบการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยของ Mckeehan & Couton, 1985 แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

1. การประเมิน (Assessment) มีการประเมินผู้ป่วยและครอบครัว แหล่งประ โยชน์ และชุมชน ตั้งแต่แรกรับไว้ในโรงพยาบาล โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้
 - 1.1 สิ่งที่ต้องประเมินได้แก่ การประเมินความเสี่ยง ประเมินร่างกายและจิตสังคม ประเมินถึงการรักษา ประเมินด้านเศรษฐกิจ และประเมินสิ่งแวดล้อม

1.2 เวลาที่ต้องประเมิน โดยใช้เวลาน้อยที่สุด เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล แหล่งประโยชน์ การรักษา ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

1.3 ผู้ประเมิน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วย

2. การวางแผน (Planning) พยาบาลวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการวางแผนการพยาบาล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยมีความยืดหยุ่นตามสภาพผู้ป่วยในแต่ละราย การวางแผนที่มีประสิทธิภาพ ต้องมีการแบ่งบทบาทความรับผิดชอบที่ชัดเจน มีการประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ พยาบาลต้องมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร และมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสุขภาพ

3. การปฏิบัติ (Implementatoion) การปฏิบัติที่ดีควรมีความเชื่อมโยงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ปฏิบัติอย่างมีเป้าหมายร่วมกัน

นอกจากนี้กองการพยาบาล สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขได้แบ่งขั้นตอนการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกเป็น 5 ขั้นตอน (กฤษฎา แสงวงดี และคณะ,2539 ดัดแปลงจาก Hucy et al.1986)

1. การประเมินปัญหา เป็นการประเมินปัญหาแบบองค์รวมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยเหลือ หรือความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากจำหน่าย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สัมภาษณ์และใช้ทักษะต่างๆ เช่นการฟัง การสังเกต ในขั้นตอนนี้ควรเริ่มตั้งแต่แรกรับ จึงสามารถประเมินอย่างต่อเนื่องได้ โดยกระทำควบคู่กันในขณะให้การพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยสำคัญในการประเมิน สภาพร่างกาย จิตใจและความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการสังคมของผู้ป่วย ความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ ประเมินแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือ หรือให้การดูแลต่อเนื่องภายหลังจากจำหน่าย

2. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และความต้องการดูแลภายหลังการจำหน่าย ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ แปลผลและสรุปข้อมูลที่รวบรวมมาได้ซึ่งเป็นการกระทำที่ต้องกระทำทุกวันพร้อมกับการให้การพยาบาล

3. การกำหนดแผนการจำหน่าย เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการประเมินและการวินิจฉัยปัญหาโดยการนำข้อมูลดังกล่าวมาใช้ในการวางแผนซึ่ง กฤษฎา แสงวงดี และคณะ (2539) ได้เสนอแบบแผนการวางแผนการจำหน่ายที่พัฒนาชัดเจนและเป็นการช่วยลดจำนวนครั้งการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ดังรายละเอียดดังนี้

M ย่อมาจาก Medication คือผู้ป่วยต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนได้รับอย่างละเอียด รวมทั้งข้อห้ามในการใช้ยานั้นด้วย

E ย่อมาจาก Environment ผู้ป่วยต้องได้รับความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมกับโรคตลอดจนแหล่งประโยชน์ในชุมชน

T ย่อมาจาก Treatment ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความรู้เพียงพอในการกักภาวะฉุกเฉินได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

H ย่อมาจาก Health ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจภาวะสุขภาพของตนเอง ว่ามีข้อจำกัดหรือมีผลกระทบอย่างไรในการเจ็บป่วย ร่างกายในการดำเนินชีวิต

O ย่อมาจาก Outpatient referral ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของมาตรการตรวจตามนัดทุกครั้ง ต้องทราบว่าเมื่อมีปัญหาสามารถขอความช่วยเหลือจากใครได้บ้างและยังหมายถึงการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

D ย่อมาจาก Diet ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเข้าใจและสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ ตลอดจนอาหารที่ต้องหลีกเลี่ยง

สำหรับแนวทางรูปแบบ M-E-T-H-O-D เป็นแนวทางกลางๆ ในกรณีประณินผู้ป่วยเพราะปัญหาหลายละเอียดอ่อนแตกต่างกันไปตามรายละเอียดแต่ละบุคคล

4. การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย ในการปฏิบัติตามแผนนั้น บุคลากรทุกคนในสหวิชาชีพต้องร่วมกันต้องร่วมกันปฏิบัติโดยมีพยาบาลเป็นผู้วางแผนการจำหน่าย

5. การประเมินพยาบาลวิชาชีพต้องร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการประเมินผลตามเกณฑ์ ในแต่ละเป้าหมายที่วางไว้ ในการประเมินต้องทำควบคู่กับการปฏิบัติพยาบาลแต่ละช่วง

โดยสรุปการวางแผนการจำหน่ายในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง รูปแบบของกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้เด็กวัยเรียน โรคหอบหืดอย่างมีแบบแผน เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียน โรคหอบหืดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นในเรื่อง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ การประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการ การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการบริหารกายหายใจ การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง การมีกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสมตามกรอบแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายของ Mckeehan & Coulton (1985) และแนวคิด M-E-T-H-O-D ของ Hucy et al. (1986) ซึ่งดัดแปลงโดย กฤษญา แสงดี และคณะ (2539) ซึ่งประกอบด้วยเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินปัญหา เป็นการประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหอบหืดแบบองค์รวมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยเหลือ หรือความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่าย โดยการซักประวัติ ตรวจร่างกาย สัมภาษณ์และใช้ทักษะต่างๆ เช่นการฟัง การสังเกต ในขั้นตอนนี้เริ่มตั้งแต่รับผู้ป่วยวัยเรียน โรคหอบหืดเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการประเมินอย่างต่อเนื่อง โดยกระทำควบคู่กันในขณะให้การพยาบาล ซึ่งประกอบด้วยสำคัญในการประเมิน สภาพร่างกาย จิตใจและความต้องการด้านจิตใจ ความต้องการสังคมของผู้ป่วย ความพร้อมด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์

สังคมของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดและผู้ดูแลได้ รวมถึงการประเมินแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือหรือให้การดูแลต่อเนื่องภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด และความต้องการดูแลภายหลังการจำหน่ายของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ แปลผลและสรุปข้อมูลที่รวบรวมมาได้ ซึ่งเป็นการกระทำที่ต้องกระทำทุกวันพร้อมกับการให้การพยาบาล

3. การกำหนดแผนการจำหน่ายของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นภายหลังการประเมินและการวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด โดยการนำข้อมูลการประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดแบบองค์รวมมาใช้ในการวางแผน ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D ดังรายละเอียดดังนี้

M ย่อมาจาก Medication คือกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ ทักษะแก่ผู้ป่วยวัยเรียนโรคหอบหืด และผู้ดูแลเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ที่ได้รับอย่างละเอียดเกี่ยวกับชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งข้อห้ามในการใช้ยานั้นด้วย

E ย่อมาจาก Environment & Economic คือกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ ทักษะแก่ผู้ป่วยวัยเรียนโรคหอบหืด และผู้ดูแลเกี่ยวกับความรู้ในการจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชนรวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคม

T ย่อมาจาก Treatment คือกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ ทักษะแก่ผู้ป่วยวัยเรียนโรคหอบหืด และผู้ดูแลเกี่ยวกับการรักษาและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา ต้องมีความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการตนเองและสามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับอาการหืดกำเริบ ตลอดจนต้องมีความรู้เพียงพอในการจัดการกับภาวะหืดกำเริบได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม

H ย่อมาจาก Health คือกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ ทักษะแก่ผู้ป่วยวัยเรียนโรคหอบหืด และผู้ดูแลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่ามีข้อจำกัด เข้าใจผลกระทบของภาวะความเจ็บป่วยต่อร่างกาย การดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับให้ส่งเสริมความสามารถในการฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้

O ย่อมาจาก Outpatient referral คือกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ ทักษะแก่ผู้ป่วยวัยเรียนโรคหอบหืด และผู้ดูแลเกี่ยวกับความสำคัญของการมาตรวจตามนัดทั้งเวลาและสถานที่ ตลอดจนทราบว่ามีปัญหา อาการหอบหืดกำเริบสามารถขอความช่วยเหลือจากใคร และยังหมายถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ไปยังเจ้าหน้าที่ที่ผู้ป่วยจะขอความช่วยเหลือด้วย

D ย่อมาจาก Diet คือกิจกรรมการพยาบาลเพื่อให้ความรู้ ทักษะแก่ผู้ป่วยวัยเรียนโรคหอบหืด และผู้ดูแลเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพของผู้ป่วย เด็กวัยเรียน โรคหอบหืด รู้จักหลีกเลี่ยงหรือลดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและก่อให้เกิดภาวะหอบ

4. การปฏิบัติตามแผนการจำหน่ายของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหอบหืด เป็นการปฏิบัติตามแผนที่ได้ตกลงร่วมกันของผู้วิจัย ผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหอบหืด และผู้ดูแล ที่ปฏิบัติร่วมกัน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำในการปฏิบัติ

5. การประเมินผลโดยผู้วิจัยต้องร่วมกับผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหอบหืดและผู้ดูแล ในการประเมินผลตามเกณฑ์ ในแต่ละเป้าหมายที่ร่วมกันวางไว้ ในการประเมินผลต้องทำควบคู่กับการปฏิบัติพยาบาลแต่ละช่วงทั้งในระยะสั้นและระยะยาว การประเมินผลสามารถทำได้โดยการตรวจร่างกาย การสังเกต การปฏิบัติ การสอบถาม พูดคุย และตัดสินใจว่าพฤติกรรมหรือการเรียนรู้ความก้าวของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่

ประโยชน์ของการวางแผนจำหน่าย

การวางแผนการจำหน่ายเป็นกระบวนการดำเนินกิจกรรมทางสุขภาพ เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ ซึ่งอาศัยความร่วมมือของทีมสหวิชาชีพ และการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัว การจัดการระบบวิธีการเพื่อส่งเสริมการวางแผนการจำหน่าย ทำให้เกิดความคุ้นเคย ก่อให้เกิดความเท่าเทียมกันของคุณภาพของการดูแล มีความต่อเนื่องในการบริการ ในทางปฏิบัตินั้นพยาบาลจะเป็นริเริ่ม และประสานแผนจำหน่ายผู้ป่วยของทีมสุขภาพ เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคคลใกล้ชิดกับผู้ป่วย แผนการจำหน่ายจึงเป็นส่วนหนึ่งในแผนการพยาบาล ซึ่งทำให้เกิดประโยชน์ทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากร สถานบริการสุขภาพและทำให้เกิดความพึงพอใจในงาน (Faruggio, 1993) จึงสามารถสรุปประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการวางแผนจำหน่ายได้ดังนี้

1. ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความพึงพอใจในการบริการพยาบาล
2. ทำให้ระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล และการกลับมารักษาซ้ำลดลง
3. ทำให้มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ทำให้มีคุณภาพการดูแลดีขึ้น แผนการจำหน่ายจะสะท้อนแนวความคิดการดูแล โดยมุ่งองค์รวมของผู้ป่วยเน้นการดูแลตนเอง และการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการชี้ให้เห็นถึงตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว

4. ทำให้ค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาลดลง เป็นการเลือกใช้ทรัพยากรให้เหมาะสมช่วยลดต้นทุนในการรักษาพยาบาล จากระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาล และการกลับเป็นซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลลดลง

แนวคิดการติดตามทางโทรศัพท์

ปัจจุบันเทคโนโลยีทางการสื่อสารโทรคมนาคมมีการพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว ทำให้การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล ได้รับความสะดวกสบายมากขึ้น ประสิทธิภาพในการเดินทางและค่าใช้จ่ายได้มาก โทรศัพท์จัดเป็นสื่อที่มีประโยชน์อย่างมาก และเป็นสื่อที่มีความสำคัญกับสังคมที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว เดิมหน้าที่หลักของโทรศัพท์ใช้ในการติดต่อด้านธุรกิจ (อรนุช คล่องเชิงสร, 2528) ปัจจุบันหน้าที่ของโทรศัพท์ได้ขยายขอบเขตออกไปอย่างกว้างขวาง รวมทั้งบริการด้านสาธารณสุข เช่น บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ที่ได้นำโทรศัพท์ มาใช้ในการติดตามประชากรกลุ่มต่างๆ เช่น ในผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง นอกจากนั้นยังใช้เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล ติดตามการวางแผน ก่อนจำหน่าย ให้การปรึกษาส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการดูแลตนเอง การติดตามผู้ป่วยทางจิตที่อยู่ ในชุมชนเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (Hunter, 2000) การติดตามเด็กที่คลอดก่อนกำหนด (Elliott & Reimer, 1998)

Brennan (1999) กล่าวว่า พยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่ที่สุดในกลุ่มผู้ให้การดูแลรักษาสุขภาพ จำเป็นต้องเข้าใจ และนำเอาเทคโนโลยีใหม่ๆ มาพัฒนาใช้ในการปฏิบัติตามวิชาชีพ ซึ่งปัจจุบันมีระบบหนึ่งที่กำลังได้รับการพัฒนาและขยายตัวอย่างรวดเร็วในการใช้เทคโนโลยีขั้นสูงเพื่อการดูแลสุขภาพ นั่นคือ การพยาบาลทางไกล (Telenursing) ซึ่งเป็นการเชื่อมต่อระหว่างพยาบาลและผู้ให้การดูแลในชุมชน โดยผ่านสื่อหลากหลายต่างๆ เหล่านี้ เช่น โทรศัพท์ โทรสาร โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ การประชุมทางไกล Video Conference และ โทรทัศน์

ระบบบริการพยาบาลทางไกล (Telenursing) โดยเฉพาะโทรศัพท์นับเป็นทางเลือกที่ดี สำหรับพยาบาลในการสร้างสรรค์งานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน เนื่องจากเป็นระบบที่ผู้ให้ และผู้รับบริการ ใช้ได้ง่าย สะดวกรวดเร็ว นอกจากนี้ยังช่วยให้การขยายขอบเขตการติดตามอาการ การประเมินสภาพ และให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วยครอบคลุมพื้นที่มากขึ้น โดยมีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการไปเยี่ยมบ้าน โดยบุคลากรสาธารณสุข (Kinsella, 2000) นอกจากนั้นการติดตามทางโทรศัพท์ ยังช่วยเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยภายหลังจำหน่าย เนื่องมาจากการเตรียมผู้ป่วยในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่บ้านนั้น เป็นการให้ความรู้หรือคำแนะนำสั้นๆ ในรูปแบบการสอนเป็นกลุ่ม หรือรายบุคคลที่ให้ตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้า ซึ่งเนื้อหาที่จำเป็นอาจจะไม่ครอบคลุม (พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541) นอกจากนั้นการสอนในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจำเนื้อหาที่สอนได้หมดภายหลังจากผู้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องมาจากผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้น เวลาในการสอนถูกจำกัด จึงทำให้ข้อมูลที่จำเป็นและครอบครัวถูกจำกัดไปด้วย (Buls, 1995) และช่วงเวลาที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลนั้นจะมีความวิตกกังวลจากการได้รับข้อมูลใหม่มากเกินไป

ความหมายของการติดตามทางโทรศัพท์

Shu, Mermina. & Nystrom (1996) กล่าวว่า การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองและการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม

Elliott & Reimer (1998) กล่าวว่า เป็นการช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัวในการตอบคำถาม และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ในสัปดาห์แรกภายหลังการจำหน่าย

Hunter (2000) กล่าวว่า เป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะและให้การเสริมสร้างพฤติกรรมที่เหมาะสม วิธีการและระยะเวลาในการติดตามทางโทรศัพท์

Elliott & Reimer (1998) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ ติดตามมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประคับประคองจิตใจมารดา และประเมินสุขภาพทารก กลุ่มตัวอย่างเป็นการมารดาหลังคลอดที่มีบุตรคลอดก่อนกำหนด 20 คน ใช้โทรศัพท์ ติดตามมารดาภายใน 1-7 วันแรกหลังจากการจำหน่าย ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ประมาณ 5-30 นาที เฉลี่ย 15 นาที จากนั้นประเมินความต้องการและการตอบสนองของมารดาก่อนว่า จะต้องมีการติดตามอีกหรือไม่ ผลการศึกษาพบว่าสามารถช่วยประคับประคองด้านจิตใจและการเลี้ยงทารกแก่มารดาได้เป็นอย่างมาก

Cave (1989) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด และมีปัญหาซับซ้อนหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้โทรศัพท์ติดตามระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไต และตัดไตจำนวน 116 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ทบทวนแผนการรักษา การติดตามเรื่องยา และอาการข้างเคียง การดูแลตนเองและการนัดหมายมาตรวจตามนัด ผลการศึกษาพบว่า สามารถช่วยในให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และประคับประคองด้านจิตใจ

Hunter (2000) ศึกษาการใช้โทรศัพท์มือถือประคับประคองจิตใจในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตใจเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 21 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 11 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน ใช้โทรศัพท์ติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ หรือมากกว่านั้นถ้ามีข้อบ่งชี้ระยะเวลาในการโทรศัพท์ 1 ชั่วโมง วัตถุประสงค์ของการติดตามเพื่อช่วยเหลือในการแก้ปัญหา กระตุ้น ชักจูง ชี้แนะในพฤติกรรมให้แรงเสริมเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองไม่ได้เข้ารับการรักษาล่วงตลอดระยะเวลา 60 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมกลับเข้ารับการรักษา จำนวน 8 คน

Shu, Mermina. & Nystrom (1996) ศึกษาโปรแกรมการใช้โทรศัพท์ในการสร้างความมั่นใจในผู้สูงอายุหลังจากจำหน่ายออกจากศูนย์สุขภาพที่บ้านพบว่า โปรแกรมนี้สามารถกระตุ้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ และสามารถ คัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการให้การรักษา

เบื้องต้น และการส่งต่ออย่างเหมาะสม แสดงให้เห็นว่าการติดตามทางโทรศัพท์ ได้ผลดีในผู้ป่วยจิตเวช และผู้ป่วยอื่น

จากงานวิจัยดังกล่าวมาข้างต้น พบว่าการติดตามทางโทรศัพท์ ในผู้ป่วยทางกายมักติดตามภายใน 1-7 วันหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมีการติดตามดูแลซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้ง/สัปดาห์ โดยมีการติดตามดูแลนาน 2 สัปดาห์ ถึง 6 เดือน ระยะเวลาในการติดตามดูแลแต่ละครั้งประมาณ 15 นาที ถึง 1 ชั่วโมง ในการวิจัยครั้งนี้ใช้ผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Elliott & Reimer (1998) โดยการโทรศัพท์ติดตามผลของโปรแกรมการจำหน่ายต่อพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเมื่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดจำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 7 และ นัดติดตามอาการวันที่ 14 ระยะเวลาที่ใช้ครั้งประมาณ 15-20 นาที ในด้านการสอน และให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด และผู้ดูแลในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ในการจัดการอาการหอบหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ การประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการ การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการบริหารกายหายใจ การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง การมีกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสมและเพื่อช่วยลดอาการหืดกำเริบที่เกิดในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด

5. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองในเด็กป่วยโรคหอบหืด

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองของเด็กโรคหอบหืด หมายถึง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่อยู่ในสภาพแวดล้อม การประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการหอบ การบรรเทาอาการโดยการบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและบริหารกายหายใจ การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม และการมีกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสม (Bartholomew et al., 2001)

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการจัดการตนเองเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ประกอบด้วย

1. การประเมินปัญหาการจัดการตนเองของผู้ป่วย (Assessment) โดยการซักถามผู้ป่วยปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยครั้ง และเด็กไม่สามารถจัดการตนเองได้
2. การตั้งเป้าหมายและวางแผนการปฏิบัติร่วมกัน (Goal setting) ในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการโรคด้วยตนเองระหว่างพยาบาล ผู้ป่วยเด็ก
3. การสอนและการฝึกทักษะ (Teach and skill training) โดยการสอนฝึกทักษะผู้ป่วยในเรื่องการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการ การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการบริหารกายหายใจ การปฏิบัติเมื่อเกิดอาการที่เกินความสามารถของตนเองในการจัดการโรคด้วยตนเองได้ และการที่เด็กมีกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสมกับโรค

4. การให้คำแนะนำ (Cues to action) ในการปฏิบัติกิจกรรมการจัดการโรคด้วยตนเองที่ถูกต้อง อธิบายวิธีการใช้สมุดบันทึกกิจกรรมการจัดการโรคและนำไปปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติกิจกรรมตามการวางแผนในการปฏิบัติร่วมกัน

5. สนับสนุนส่งเสริมการปฏิบัติ (Reinforcement) โดยให้การส่งเสริมและกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยเด็กปฏิบัติกิจกรรมการจัดการโรคอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรม พร้อมการให้คำแนะนำ

การส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการตนเอง (Bartholomew et al., 2006:406-407) ประกอบด้วย

1. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่อยู่ในสภาพแวดล้อม

1.1 ผู้นละออง นุ่น ขนสัตว์ เกสรดอกไม้ แมลง ผู้คนควันจากท่อไอเสียรถยนต์

1.2 ไม่เล่นคลุกคลี กับสุนัข แมว

1.3 หลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับบุคคลที่มีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ เป็นหวัดเจ็บคอ การติดเชื้อไวรัสในระบบทางเดินหายใจเป็นสาเหตุสำคัญที่กระตุ้นอาการหอบหืดในเด็กทำให้เยื่อทางเดินหายใจอักเสบและถูกทำลาย

1.4 หลีกเลี่ยงจากบุคคลที่กำลังสูบบุหรี่ ควันบุหรี่

1.5 เมื่อสัมผัสอากาศเย็นควรใช้ผ้าปิดปากจมูกไว้

2. การประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการหอบ การสังเกตอาการและอาการแสดงของตนเองว่า หายใจหอบแน่นหน้าอกเวลาอะไร เช่น เวลาสัมผัสอากาศเย็นหรืออาการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางด้านอารมณ์ และจิตใจความเครียดอาจเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการหอบหืด และการหายใจเร็วๆได้ การหัวเราะ การร้องไห้ หรือการออกกำลังกายที่หักโหม

3. การบรรเทาอาการ โดยการบริหารขยายหลอดลมด้วยตนเอง และการบริหารการหายใจ

3.1 ใช้ยาที่ถูกต้องเหมาะสม เมื่อตนเองมีอาการหอบกำเริบ

3.2 สามารถรับประทานยาหรือพ่นยาที่เคยใช้ได้ทันที

3.3 รู้จักวิธีการหายใจที่ถูกต้องที่จะทำให้ปอดขยายและหดตัวได้ดีที่สุด

3.4 การมีจำนวนการหายใจที่สม่ำเสมอโดยใช้แรงน้อยที่สุด

4. การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม การขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้เคียงให้นำส่งโรงพยาบาล หลังจาการบริหารยาหรือการบริหารการหายใจแล้วอาการไม่ทุเลาลง ยังเกิดอาการหอบมากขึ้น แน่นหน้าอกหรือเขียว

5. การมีกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสม อาการที่เกิดจากการออกกำลังกายคือการที่หลอดลมตีบแคบ ภายหลังจากการออกกำลังกายอย่างหักโหม อาการตีบแคบของหลอดลมจะสูงสุดใน 5-10 นาที ภายหลังจากออกกำลังกายอาจมีอาการดีขึ้นภายในเวลา 20-30 นาที ผู้ป่วยโรคหอบหืดร้อยละ 70-80 จะมีอาการหอบ

ภายหลังการออกกำลังกาย การเล่นในที่อากาศเย็น และแห้งมีโอกาสดเกิดอาการหอบมากกว่าที่มีอากาศอบอุ่นและชุ่มชื้น (อมรรตชัช งามสวย และ จูติมา สุขเลิศตระกูล , 2551) เช่นการว่ายน้ำจะไม่ทำให้เกิดอาการหอบหืด ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกเล่นกีฬาที่ไม่รุนแรงก่อน แล้วจึงค่อยๆเพิ่มเวลาเล่น อาจพิจารณาให้ยาขยายหลอดลมก่อนการเล่นกีฬา 5-15 นาที จะป้องกันการจับหืดเนื่องจากการออกกำลังกายได้

การวัดและการประเมินการจัดการตนเอง

ในการประเมินการจัดการตนเอง จะมีการวัดทางด้านปรนัย (Objective) และการรายงานตนเองทางด้านอัตนัย (Subjective) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การวัดและการประเมินการจัดการนั้นใช้แบบสอบถาม และมีการดัดแปลงให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ป่วยที่ทำการศึกษาเช่น ในแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองที่โรงเรียนของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหอบหืดของเนตรชนก หาระสาร (2546) ที่สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการ โรคหอบหืดด้วยตนเองของ Bartholomew et al., (2001) เป็นการสัมภาษณ์ที่ได้เตรียมคำถามที่เป็นมาตรฐานและกำหนดคำตอบไว้เรียบร้อยแล้ว โดยการวัดพฤติกรรม 5 ด้าน ในเรื่อง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่อยู่ในสภาพแวดล้อม การประเมินอาการหอบเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการบริหารการหายใจ การปฏิบัติตัวเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม และการมีกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสม แบบสัมภาษณ์มี 28 ข้อ ลักษณะแบบวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ ค่า คะแนน 1 ไม่ปฏิบัติเลย ค่าคะแนน 2 ปฏิบัติบางครั้ง ค่าคะแนน 3 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ค่าคะแนน 4 ปฏิบัติเป็นประจำ นำไปหาค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของคลอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.88

งานวิจัยครั้งนี้ได้นำแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของ เนตรชนก หาระสาร (2546) เป็นแบบสอบถาม โดยการวัดพฤติกรรม 5 ด้าน ในเรื่อง การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่อยู่ในสภาพแวดล้อม การประเมินอาการหอบเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้น การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเองและการบริหารการหายใจ การปฏิบัติตัวเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม และการมีกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสม แบบสัมภาษณ์มี 25 ข้อ ลักษณะแบบวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ ค่า คะแนน 1 ไม่ปฏิบัติเลย ค่าคะแนน 2 ปฏิบัติบางครั้ง ค่าคะแนน 3 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ค่าคะแนน 4 ปฏิบัติเป็นประจำ ทดลองใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหอบหืด จำนวน 30 นำไปหาค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์อัลฟาของคลอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ.80

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด

ในปัจจุบัน ประเทศไทยได้มีหลักเกณฑ์ในการดูแลรักษาพยาบาลเด็กโรคหอบหืดตามแนวทางการรักษาพยาบาลโรคหอบหืดขององค์การอนามัยโลกร่วมกับสถาบันโรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคเลือด National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (ปกิต วิชยานนท์ และคณะ, 2543)

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อที่จะนำมาซึ่งความร่วมมือในการรักษาพยาบาลระหว่างแพทย์ พยาบาล กับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การจัดกิจกรรมการให้ความรู้ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็กโรคหอบหืดแก่ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวในรูปแบบต่างๆ เช่นการสอน การฝึกทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ในเรื่องการเข้าใจพยาธิสภาพของโรค การดูแลช่วยเหลือเด็กเวลาที่เกิดอาการหอบหืด วิธีป้องกันการเกิดหอบหืด วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ทั้งยาสูด ยาพ่น ยากินขนาดต่างๆ การบริหารปอดอย่างถูกวิธี การไอ การหายใจที่ถูกต้อง ตลอดจนการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหอบหืด (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2537)

2. การประเมินและการบันทึกติดตามระดับความรุนแรงของโรคด้วยอาการของโรค และการวัดการทำงานของปอด

3. การหลีกเลี่ยงและการควบคุมสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการของโรค
4. การวางแผนและจัดการรักษาพยาบาลโดยทางยาที่เหมาะสมในการรักษาพยาบาลระยะยาว
5. การวางแผนการรักษาพยาบาลจับหืดระยะเฉียบพลัน
6. การดูแลรักษาพยาบาลทางด้านจิตใจ
7. การติดตามการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ

6. บทบาทของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด

6.1 ให้ความรู้ที่เพียงพอเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว มีการร่วมมือกันวางแผนในการรักษาโรคหอบหืดระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้ประสบความสำเร็จในการควบคุมโรค การตัดสินใจรักษา การปฏิบัติตนของผู้ป่วยเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตตามต้องการ

6.2 แนะนำไม่เลี้ยงสัตว์เลี้ยงที่มีขนไว้ในบ้าน เช่น สุนัข แมว นก เป็นต้น หลีกเลี่ยงการใช้หรือสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ที่มาจากสัตว์ เช่น หนังสัตว์ แปรงขนนก ผ้าห่มขนนก ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีสารก่อภูมิแพ้ที่เป็นสาเหตุชักนำให้เกิดอาการหอบหืดได้ (ปกิต วิชาชนนท์ และคณะ, 2543; อรทัย จิรพงศานานุรักษ์ และมนตรี คูจินดา, 2542; Morgan et al., 2004)

6.3 จัดบ้านให้โล่ง สะอาดอยู่เสมอ โดยเฉพาะจัดห้องนอนเด็กให้มีของน้อยชิ้น เพื่อความสะดวกต่อการทำความสะอาด ซึ่งควรปฏิบัติดังนี้จัดห้องนอนเด็กให้โล่ง โปร่งสบาย แสงแดดส่องถึงและเช็ดถูห้องนอนด้วยผ้าชุบน้ำทุกวัน ไม่กวาดหรือปัดฝุ่นเพราะจะทำให้ฝุ่นฟุ้งกระจายและดูแลให้เด็กอยู่ห่างจากบริเวณที่กำลังทำความสะอาด (Morgan et al., 2004) ไม่ใช้หมอน ที่นอน ผ้าห่ม หรือเครื่องนอนอื่นๆ ที่ทำด้วยขนหรือขนสัตว์ อาจแก้ไขด้วยการหุ้มด้วยพลาสติกหรือใช้ชนิดที่ทำด้วยใยสังเคราะห์หรือฟองน้ำ โดยเฉพาะการคลุมที่นอนด้วยผ้าคลุมที่นอนเส้นใยแน่นจะป้องกันไรฝุ่นได้ดี (อรทัย จิรพงศานานุรักษ์ และมนตรี คูจินดา, 2542) นำที่นอนตากแดดบ่อยๆ ซักผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนด้วยน้ำร้อนประมาณ 60

องศาเซลเซียส สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อฆ่าตัวไรฝุ่น ส่วนผ้าห่ม ผ้าคลุมเตียงควรซัก 2 สัปดาห์ต่อครั้ง (Morgan et al., 2004) ทำความสะอาดผ้าปูที่นอนด้วยน้ำร้อนเป็นระยะๆ (ปกิต วิทยานนท์ และ คณะ, 2543) หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องเรือนหรือของเล่นที่สะสมฝุ่น เช่น ตุ๊กตามีขน หนังสือพิมพ์ เป็นต้น (ปกิต วิทยานนท์ และ คณะ, 2543; Morgan et al., 2004)

6.4 หลีกเลี่ยงการจัดอาหารที่เด็กรับประทานแล้วเกิดอาการแพ้หรืออาการหอบหืดให้แก่เด็ก

6.5 สังเกตว่าเด็กแพ้ยาชนิดใดบ้างและแจ้งให้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ทราบในการตรวจรักษาทุกครั้ง

6.6 กำจัดซากแมลงสาบภายในบ้านเพราะเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการหอบหืดได้ (Kuster, 1996; Morgan et al., 2004)

6.7 ดูแลให้เด็กอยู่ในสถานที่ปลอดโปร่ง สะอาด อากาศถ่ายเทดี ไม่ให้เด็กอยู่ในบริเวณที่มีสารระคายเคืองหรือก่อให้เกิดอาการแพ้ เช่น ควันไฟ ควันบุหรี่ ควันท่อไอเสีย กลิ่นน้ำหอม กลิ่นน้ำยาทำความสะอาดห้องน้ำ กลิ่นน้ำยาทำความสะอาดพื้น กลิ่นยาแก้อาการแพ้ ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544; Morgan et al., 2004)

6.8 ดูแลไม่ให้เด็กได้สัมผัสสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงเร็วเกินไป ดูแลให้เด็กสวมเสื้อผ้าให้อบอุ่นเมื่อมีอากาศเย็น เนื่องจากความเย็นอาจกระตุ้นให้เด็กมีอาการหอบหืดได้ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544)

6.9 การดูแลสุขภาพให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงเป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันไม่ให้เด็กมีอาการหอบหืด ควรดูแลเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการหอบหืด โดยดูแลรักษาความสะอาดปากและฟันเพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อในช่องปากลงไปทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้กับผู้ที่ป่วยเป็นหวัด (ทิฆัมพร มัจฉาชีพ, ชมชื่น ทักษาศาสตร์, และชอุภา อนันตชัย, 2542) หลีกเลี่ยงการพาเด็กไปในสถานที่แออัด (ปกิต วิทยานนท์ และคณะ, 2543; Chiocca, 1994) ดูแลเด็กไม่ให้สัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่เป็นหวัด เช่น น้ำมูก เสมหะ โดยดูแลเด็กไม่ให้ใช้ของใช้ เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้าร่วมกับผู้อื่น (ปกิต วิทยานนท์และคณะ, 2543)

6.10 ให้เด็กหยุดไปโรงเรียนหรือสถานรับเลี้ยงเด็กเมื่อเด็กมีอาการหวัดหรือเป็นไข้หวัดจนกว่าเด็กจะมีอาการดีขึ้น (ปกิต วิทยานนท์, 2543; Chiocca, 1994) ดูแลเด็กให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ ด้วยการจัดให้เด็กได้รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนทั้งปริมาณและครบทุกหมู่ (ปกิต วิทยานนท์, 2543; Chiocca, 1994) ควรพาเด็กไปฉีดวัคซีน ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (ปกิต วิทยานนท์, 2543; Chiocca, 1994)

6.11 สอนวิธีการหายใจเพื่อให้อากาศเข้าปอดมากที่สุดจะทำให้ปอดขยายเต็มที่โดยวิธีแรกเป็นการใช้กล้ามเนื้อกระบังลมในหายใจโดยให้เด็กยืนตัวตรง ไหล่ไม่ห่อวางฝ่ามือทั้งสองซ้อนกันบนหน้าท้อง สูดหายใจเข้าทางจมูกให้หน้าท้องป่องออกแล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกจากปากช้าๆ ยาวๆ หน้าท้องจะ

ค่อยๆยุบลง และวิธีที่สองเป็นการหายใจด้วยทรวงอกด้านข้างเพื่อเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวทรวงอกให้มากขึ้น ช่วยขับเสมหะโดยใช้กล้ามเนื้อบนด้านข้างของทรวงอกส่วนล่าง แล้วหายใจเข้าหายใจออกเหมือนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม วิธีที่สามเป็นการใช้กล้ามเนื้อทรวงอกส่วนบนในการหายใจโดยวางมือบนหน้าอกใต้กระดูกไหปลาร้า ใช้ปลายนิ้วมือกดลงเบาๆ หายใจให้ทรวงอกส่วนบนขยายตัวแล้วค่อยๆหายใจออกซ้ำๆ จนทรวงอกส่วนนี้ยุบให้มากที่สุด (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2549)

6.12 การดูแลเด็กในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันและให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของเด็ก เด็กโรคหอบหืดออกกำลังกายได้ดีในที่ที่มีอากาศชื้นและอบอุ่นควรเลือกการออกกำลังกายที่ทำให้มีอาการหอบหืดน้อย เด็กโรคหอบหืดอายุ 1-6 ปี สามารถออกกำลังกายได้หลายประเภท เช่น การเดิน กระโดด วิ่ง เต้นแอโรบิค ว่ายน้ำในน้ำอุ่น เล่นเครื่องเล่นต่างๆ ซึ่งผู้ปกครองอาจต้องชักชวนให้เล่นหรือร่วมเล่นกับเด็กและอาจต้องมีสิ่งจูงใจในการเล่นด้วย(พันทิพา สิริรัตนานันท์, 2549) การออกกำลังกายก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้สมรรถภาพร่างกายเด็กแข็งแรง เมื่อออกกำลังกายสม่ำเสมอก็จะทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจแข็งแรงขึ้นทำให้ลดการเกิดอาการหอบหืด ลดการใช้จ่ายยาหยุดลม (ไพศาล เลิศฤดีพรและ พันทิพา สิริรัตนานันท์, 2549; Holloway & Ram, 2006) เด็กควรได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายอาจทำให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบได้ถ้าออกกำลังกายด้วยวิธีไม่เหมาะสม ดังนั้นการดูแลเด็กในการออกกำลังกายผู้ปกครองควรปฏิบัติ

6.13 ดูแลเด็กให้ได้รับยาควบคุมอาการหอบหืดตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นประจำหรือควรขอคำแนะนำจากแพทย์ในการให้เด็กออกกำลังกาย (ปกิต วิชยานนท์, 2543; ไพศาลเลิศฤดีพร และ พันทิพา สิริรัตนานันท์, 2549) พ่นยาขยายหลอดลมก่อนเริ่มออกกำลังกายประมาณ 15-30 นาทีก่อนออกกำลังกาย (ปกิต วิชยานนท์ และ คณะ, 2543; ไพศาล เลิศฤดีพร และ พันทิพา สิริรัตนานันท์, 2549)

6.14 ดูแลเด็กในการอบอุ่นร่างกาย (warm up) โดยการเคลื่อนไหวร่างกายเบาๆหรือการยืดเกร็งกล้ามเนื้อ ประมาณ 10-15 นาทีก่อนออกกำลังกายและให้ค่อยๆ ผ่อนคลาย (cool down) โดยการออกกำลังกายเบาๆ และช้าลงเรื่อยๆ ประมาณ 5 นาทีไม่หยุดออกกำลังกายทันที ควรใช้เวลาออกกำลังกายทั้งหมดประมาณ 20-60 นาทีต่อเนื่องกัน (ปกิต วิชยานนท์ และคณะ, 2543; ไพศาล เลิศฤดีพร และ พันทิพา สิริรัตนานันท์, 2549; Asthma foundation of Victoria, 2005) เมื่อเด็กมีอาการหอบต้องให้เด็กหยุดทันทีและพ่นยา 1 ครั้ง หลังจากนั้นรอประมาณ 4 นาที ถ้าไม่มีอาการหอบจึงเริ่มออกกำลังกายใหม่ (Asthma foundation of Victoria, 2005) ถ้าหลังพ่นยา 1 ครั้งแล้ว อาการหอบยังไม่หาย หรือถ้าออกกำลังกายแล้วยังมีอาการหอบอีกต้องให้เด็กหยุดออกกำลังกายทันทีและพาเด็กไปพบแพทย์ (ไพศาล เลิศฤดีพร และ พันทิพา สิริรัตนานันท์, 2549; Asthma foundation of Victoria, 2005) ในกรณีที่ควบคุมอาการหอบไม่ได้ ดูแลไม่ให้เด็กออกกำลังกายหืดได้ เด็กยังมีอาการหอบหืดอยู่ มีอาการหวัดหรือไข้หวัด วัคซีนลดภูมิแพ้ที่มีค่าปริมาณที่เป่า

ออกทั้งหมดด้วยความเร็ว แรงและนานที่สุดใน 1 ครั้ง (peak expiratory flow [PEF]) ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน (ไพศาล เลิศฤดีพร และพันทิพา สันรัชตานันท์, 2549; Asthma foundation of Victoria, 2005)

6.15 การดูแลด้านจิตใจของเด็ก การเปลี่ยนแปลงอารมณ์เป็นสิ่งที่อาจกระตุ้นให้เด็กมีอาการหอบหืดได้ ควรให้ความรัก ความอบอุ่น แต่ไม่ตามใจหรือปกป้องมากเกินไปและให้เด็กรู้จักการช่วยเหลือตนเองตามความสามารถของเด็ก (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544; สุเมธ สุวัชรังกุล, 2546)

6.16 การปฏิบัติตามแผนการรักษาการให้ยาเพื่อป้องกันอาการหอบที่ให้ผลดีต้องให้เมื่อเด็กเริ่มมีอาการหอบหืดในระยะแรก เช่น อาการไอ แน่นหน้าอก ผู้ปกครองควรดูแลการให้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา เตรียมยาให้พร้อมใช้และเก็บไว้ในที่สามารถใช้ได้ทันทีที่เด็กมีอาการหอบหืดและศึกษาเกี่ยวกับยาที่เด็กใช้ ได้แก่ ชื่อ ปริมาณที่ใช้ เวลาที่ให้ วิธีการใช้ รวมทั้งอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (ศิริกุล สมนึก, 2541; Wong & Whaley, 1983) ตรวจสอบยาให้ถูกต้อง ต้องแน่ใจว่ายาที่เด็กใช้ เช่น ยาขยายหลอดลมชนิดรับประทาน ยาที่ใช้สำหรับพ่นหรือสูดดม มีขนาด และช่วงเวลาที่ให้พอเหมาะกับเด็กในการควบคุมอาการหอบ ไม่ใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งเพราะเด็กอาจจะแพ้ยาได้ นอกจากนั้นต้องสังเกตเครื่องหมายเตือนยาใกล้หมดและสังเกตสีของยาทุกครั้งก่อนให้ยาเพราะยาอาจหมดอายุ ผู้ปกครองควรเก็บยาในที่ปลอดภัยและพ้นมือเด็ก ไม่ให้ยาถูกแสงและความชื้น (ศิริกุล สมนึก, 2541) ให้ยาชนิดพ่นหรือสูดดมอย่างถูกวิธี ยาชนิดพ่นหรือสูดดมเป็นยาขยายหลอดลมที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากละอองยาสามารถเข้าสู่ทางเดินหายใจและออกฤทธิ์ได้โดยตรง ทำให้ออกฤทธิ์ได้รวดเร็ว ซึ่งวิธีการพ่นยาที่ถูกต้องมี 3 วิธี คือ การพ่นแบบฝอยละออง (nebulizer) เป็นการพ่นยาโดยต่อกระเปาะใส่ยากับท่อออกซิเจนหรือท่ออากาศและต่อกระเปาะอีกด้านเข้ากับหน้ากากสำหรับพ่นยาแล้วให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกตามปกติ แต่การพ่นยาริธีนี้จะต้องใช้ใช้ออกซิเจนช่วยในการพ่นยา เครื่องมือและยามีราคาแพงกว่าวิธีอื่น และมักใช้ในผู้ป่วยที่รับการรักษาในสถานพยาบาลหรือใช้ในผู้ป่วยที่มีผู้ปกครองที่มีความชำนาญเท่านั้น (ศิริกุล สมนึก, 2541; สุเมธ สุวัชรังกุล, 2546) การพ่นยาแบบพ่นสูด (metered-dose inhaler [MDI]) เป็นการพ่นยาโดยใช้การขับเคลื่อนด้วยความเร็ว ซึ่งสามารถให้เด็กพ่นยาริธีนี้ที่บ้านได้โดยการช่วยเหลือของผู้ปกครอง โดยถือหลอดพ่นยาในแนวตั้ง เขย่าหลอดยาแรงๆ ประมาณ 4-5 ครั้ง เปิดฝาครอบออกให้ส่วนที่ละอองยาจะพ่นออกอยู่ด้านล่าง ถือหลอดยาอยู่บริเวณด้านหน้าปาก ห่างประมาณ 2 นิ้วมือ หายใจออกเบาๆ ให้หมดปอด กดหลอดยาพ่นแรงๆ จนมีละอองยาออก 1 ครั้งพร้อมกับสูดลมหายใจเข้าช้าๆ จนสุดเต็มปอด กลั้นหายใจประมาณ 10 วินาที (นับ 1-10 ในใจ) ก่อนที่จะหายใจออก ถ้าแพทย์สั่งให้ใช้ยา 2 ครั้ง ให้รอประมาณ 1 นาทีก่อนจะพ่นยาอีกครั้ง ตามขั้นตอนเดิม ในกรณีที่ใช้อุปกรณ์ช่วยสูดให้เปิดฝาครอบกระบอกยา กำกระบอกยาไว้ในอุ้งมือ เขย่ากระบอกยาแรงๆ ในแนวตั้ง ต่อกระบอกยากับอุปกรณ์ช่วยสูด โดยให้กระบอกยาดั้งขึ้นในแนวตั้งเสมอ ใช้ริมฝีปากอมรอบบริเวณที่เป็นที่สูดยา ของอุปกรณ์ช่วยสูดให้สนิท ต้องมั่นใจว่า บริเวณที่สูดยาอยู่ระหว่างฟัน โดยที่ลิ้นและฟันไม่ปิดกั้นทางเดินของยา ถ้าใช้ชนิดหน้ากาก

(face mask) ให้หน้ากากครอบปากและจมูกให้สนิท หรือถ้าใช้กระบอกสูดยา (spacer) โดยให้เด็กอมปากกระบอก กดยาให้ละอองยาเข้าไปในอุปกรณ์ช่วยสูด 1 ครั้ง ถ้าเป็นเด็กโตที่เข้าใจคำสั่งให้หายใจเข้าธรรมดาอย่างช้าๆ และไม่ต้องกลั้นหายใจหลังจากสูดยา ในเด็กเล็กให้หายใจเข้า-ออก ธรรมดาอย่างช้าๆ จนแน่ใจว่ายาหมด ซึ่งไม่ควรน้อยกว่า 4-5 ครั้งต่อการพ่นยา 1 ครั้ง ถ้าต้องการกดยามากกว่า 1 ครั้ง ให้รอไม่น้อยกว่า 1 นาทีก่อนจะพ่นยาอีกครั้งตามขั้นตอนเดิม (ศิริกุล สมนึก, 2541; สุเมธ สุวัชรังกุล, 2546) การสูดยาผงละเอียดจากกระบอกยา (dry power inhaler) เป็นการพ่นยาโดยการสูดยาเข้าโดยตรง ซึ่งสามารถใช้ยาเองที่บ้านได้ ผู้ปกครองสามารถช่วยเหลือเด็กในการพ่นยาโดยเปิดฝาครอบออกหมุนกระบอกยาให้ตั้งคลิกแล้วหมุนกลับที่เดิม นำส่วนปากสอดเข้าปากพร้อมสูดหายใจเข้าทางปากช้าๆ กลั้นหายใจให้นานที่สุดแล้วจึงนำขวดยาออกจากปาก แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ อาจทำซ้ำได้อีกครั้งใน 2-5 นาที (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544; สุเมธ สุวัชรังกุล, 2546) ดูแลให้เด็กบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหลังพ่นยา (สุเมธ สุวัชรังกุล, 2546) ทำความสะอาดชุดอุปกรณ์ช่วยสูดเมื่อสกปรกโดยล้างด้วยสบู่หรือน้ำยาล้างจาน แล้วล้างด้วยน้ำธรรมดา ปล่อยให้แห้งสนิท ต้องระวังไม่ให้ผนังด้านในของอุปกรณ์ช่วยสูด เกิดรอยขีดข่วน อุปกรณ์ช่วยสูดต้องแห้งสนิทก่อนใช้ทุกครั้ง ไม่ควรล้างอุปกรณ์ช่วยสูดมากกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นอกจากสกปรกจริงๆ เด็กที่ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม ผู้ปกครองควรสังเกตอาการหลังจากพ่นยา ส่วนยาพ่นชนิดผงละเอียด ให้ใช้ผ้าสะอาดหรือกระดาษเช็ดหน้าทำความสะอาด ห้ามล้างด้วยน้ำสบู่ (ศิริกุล สมนึก, 2541) สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ใจสั่น อาเจียน (สุเมธ สุวัชรังกุล, 2546)

6.17 การดูแลเมื่อเด็กเริ่มมีอาการผิดปกติ การป้องกันไม่ให้เกิดอาการหอบหืดรุนแรงควรแนะนำสังเกตให้การดูแลเด็กเมื่อ เริ่มมีอาการผิดปกติดังนี้

6.17.1 สังเกตอาการเตือนซึ่งมักจะเกิดขึ้นก่อนที่เด็กจะมีอาการหอบหืดประมาณ 6 ชั่วโมงเช่น เด็กมีน้ำมูกใส ไอ มีไข้ต่ำๆ มีอาการคันระคายเคือง มีผื่นโดยเฉพาะบริเวณคอหรืออก นอนหลับไม่สนิท ไม่สบายท้อง เมื่ออาหาร ผู้ปกครองต้องขจัดปัญหาต่างๆก่อนที่เด็กจะมีอาการหอบหืดขึ้น (Cambell & Glasper, 1995)

6.17.2 ผู้ปกครองต้องสังเกตและประเมินความผิดปกติซึ่งอาจมีอาการรุนแรงแตกต่างกัน ซึ่งในภาวะปกติอัตราการหายใจในเด็กอายุ 1-5 ปีไม่เกิน 40 ครั้งต่อนาที เด็กอายุ 6 ปีไม่เกิน 30 ครั้งต่อนาที จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงผิดปกติ ไม่มีอกบวมหรือชายโครงบาน หลับได้สนิท สีผิวริมฝีปากมีสีแดงหรือชมพู ชีพจรเต้นต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที (Wong & Whaley, 1995) ผู้ปกครองสามารถประเมินอาการหอบหืดในเด็กโดยการสังเกตอาการเหนื่อยหอบ ทำนอน การพูด ระดับความรู้สึกตัว ลักษณะและอัตราการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อในการหายใจ เสียงหวีด (Wheezing) ความเร็วของชีพจร สีผิว (สมรภัท รังคกุลนุวัฒน์, 2548) เด็กที่มีอาการหอบหืดเล็กน้อยจะมีอาการหายใจเร็ว เหนื่อยหอบขณะเดิน นอนราบได้ ไอ มีเสียงหวีดเบาๆ ขณะหายใจออก สามารถพูดได้เป็นประโยคได้ไม่ลำบาก อาจมีอาการกระวนกระวาย

ได้ ขณะที่หายใจไม่ขุ่นหรือชายโครงไม่บานชีพจรเต้นต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที อาการหอบหืดปานกลาง จะมีอาการหายใจเร็วเพิ่มขึ้น เหนื่อยหอบขณะพูดหรือในเด็กเล็กจะร้องไห้เสียงเบาสั้น เด็กมักจะลุกนั่ง มากกว่านอน ไอตลอดเวลาหรือไอถี่ หายใจมีเสียงหวีดดัง พูดเป็นวลีหรือเป็นประโยคสั้นๆ กระวน กระวาย หายใจอกรุ่นหรือชายโครงบาน ชีพจรเต้นเร็วประมาณ 100-120 ครั้งต่อนาที อาการหอบหืด รุนแรงจะมีอาการหายใจเร็วมากกว่า 40 ครั้งต่อนาทีในเด็กเล็ก และมากกว่า 30 ครั้งต่อนาทีในเด็กโต เหนื่อยหอบขณะพักหรือในเด็กเล็กจะไม่ดูคนม เด็กมักจะนั่งเอนตัวไปข้างหน้า หายใจมีเสียงหวีดดัง พูด เป็นคำๆ กระวนกระวายมาก หายใจอกรุ่นหรือชายโครงบาน ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ถ้ามี อาการรุนแรงมากขึ้นเด็กจะกระสับกระส่าย กระวนกระวายมาก หายใจไม่ได้ยินเสียงหวีด หายใจลำบาก มาก ถ้ามีอาการรุนแรงมากๆ เด็กต้องหายใจเป็นเฮือกๆ หน้าซีด เหงื่อออกมาก ริมฝีปากคล้ำ ดังนั้น ผู้ปกครองต้องสามารถประเมินอาการหอบหืดได้ตั้งแต่เด็กเริ่มมีอาการหอบหืดเพียงเล็กน้อยเพื่อสามารถ ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืดที่รุนแรงมากขึ้น (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา, 2544; สมชาย สุนทร โทชนะกุล, 2545; สมรัก รังคกุลนวนันต์, 2548)

6.17.3 เมื่อเด็กเริ่มมีอาการหอบหืดผู้ปกครองต้องดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืด ที่รุนแรงโดยผู้ปกครองควรปฏิบัติในการดูแลดังนี้พาเด็กออกจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืด ทันที (ประไพพิศ สิงหเสน, 2545) ให้ชายชายหลอดลมทันทีเมื่อเด็กเริ่มมีอาการเตือนก่อนมีอาการหอบหืด ตามแผนการรักษาของแพทย์ (Cambell & Glasper, 1995) ให้จิบน้ำอุ่นเพราะจะช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและ ถูกขับออกได้ง่ายขึ้น (Cambell & Glasper, 1995) เด็กโตพอฟังคำสั่งได้ควรสอนให้ไออย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้หายใจเข้าลึกๆกลั้นหายใจนิดหนึ่งแล้วไอออกมาอย่างแรงจะทำให้เสมหะถูกขับออกได้มากขึ้น (ประไพพิศสิงหเสน, 2545) หยุดให้ยาแก้แพ้หรือยาแอนตี้ฮิสตามีน (antihistamine) ในขณะที่เด็กมีอาการ หอบหืดเนื่องจากจะทำให้เสมหะแห้ง เหนียวและทำให้ทางเดินหายใจอุดตันได้ (Cambell & Glasper, 1995) ดูแลให้เด็กสงบ ไม่ร้องไห้ดิน โดยจัดให้เด็กนอนท่าหัวสูงหรืออุ้มเด็กพาดบ่าเพราะจะทำให้ปอด ขยายได้ดีกว่าการนอนท่าอื่นและจัดให้เด็กได้นอนพักในที่ที่มีอากาศปลอดโปร่งเงียบสงบ ปลอดภัย อยู่ ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย (Foster, Hunsberger, & Anderson, 1989; Wong & Whaley, 1983) ถ้าอาการหอบไม่ดีขึ้นอาจจะต้องพ่นยาขยายหลอดลมซ้ำได้ 3 ครั้ง แต่ทุกครั้งให้ห่างกัน 20 นาที หรือให้ยาตามแผนการรักษาและไม่ควรพ่นยาเกินขนาดอาการหอบยังไม่ทุเลา ผู้ปกครองต้องพาเด็ก มาตรวจรักษาในสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านโดยเร็ว (ปจิต วิชยานนท์, 2543; Cambell & Glasper, 1995)

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย

พวงทิพย์ วัฒนะ (2551) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กอายุ 1-6 ปี พบว่าการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเองทำให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับต่ำกว่า 0.1

อรุรักษ์ ลำน้อย (2551) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดพบว่า เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยเด็กได้เรียนรู้ในการดูแลและจัดการตนเอง ในเรื่อง อาการของโรคเพื่อลด ผลกระทบของการเจ็บป่วย โดยผ่านกระบวนการการตัดสินใจ และกระบวนการแก้ปัญหา ทำให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ (Bartholomew et al., 2001)) จากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองของ Bandura(1997) พบว่าเป็นแนวคิดให้เด็กวัยเรียนโรคหอบหืดมีพฤติกรรมการ จัดการตนเองที่ดี พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมได้เสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพียงใจ นวลหนู (2549) ได้ศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคกลุ่มอาการเนฟโรติกพบว่า การได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้เพื่อการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนกลุ่มอาการเนฟโรติกทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

อ่อนน้อม ฐปะวิโรจน์ (2550) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการใช้การวางแผนการจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์ต่ออัตราการกลับมารักษาซ้ำและความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจในงานของพยาบาล พบว่า อัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และพบว่าความพึงพอใจในบริการที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและการติดตามทางโทรศัพท์สูงกว่ากลุ่มที่รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ทรศนีย์ นาคราช (2550) ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำอย่างมีส่วนร่วมในเด็กก่อนวัยเรียน ได้พัฒนากระบวนการการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อการดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำ ศึกษาผลการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกันต่อการป้องกันอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน กลุ่มเป้าหมายคือ เด็กก่อนวัยเรียน ผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลและชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน ประชาชนในชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดหอบหืดซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีทั้งปัจจัยด้านเด็ก ผู้ดูแล และสิ่งแวดล้อมในบ้าน ภายหลังใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

และลงมือปฏิบัติ ประเมินผลการดำเนินการเป็นรูปธรรมมีการปฏิบัติที่ชัดเจน ภายหลังจากดำเนินการ แม้จะพบว่าระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดในเด็กไม่ลดลง แต่ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดอาการหอบหืดซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดหอบหืดซ้ำและพฤติกรรมดูแลและป้องกันการเกิดหอบหืดซ้ำสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปรียะดา ภัทรธรรม (2546) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียน โรคหอบหืด พบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

Terry A. Buford (2004) ได้ทำการศึกษาในเรื่อง Transfer of Asthma Management Responsibility from Parent to their School-Age Children โดยพบว่าทำให้สนับสนุนเพื่อการจัดการตนเองโดยการสนับสนุนจากครอบครัวในเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดมีผลในการลดอาการหอบหืดและการจัดการตนเองที่ระดับสูงขึ้น

Claire F. Sullivan (2008) ได้ศึกษาในเรื่อง ผลของการให้ความรู้โรคหอบหืดแบบการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ พบว่าการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์โดยพยาบาลแก่ครอบครัวที่มีบุตรโรคหอบหืดทำให้เกิดความพึงพอใจ เพิ่มประสิทธิผลการจัดการอาการหอบหืด ลดอุบัติการณ์การกลับมารับการรักษาในห้วงฉุกเฉินในกลุ่มทดลองได้

Wesseldine, P & Silverman M (1999) ได้ศึกษาเรื่อง การวางแผนการจำหน่ายในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด โดยการศึกษาโดยพยาบาลประจำการพบว่า การวางแผนการจำหน่ายมีความสำคัญในการส่งเสริมการจัดการอาการในเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดโดยเป็นการลดอัตราการกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบหืด โดยเป็นการสำคัญในการสาธิตการจัดการหอบหืด โดยเป็นการใช้การวางแผนการจำหน่ายโดยให้ความรู้ของพยาบาลเพื่อช่วยลดการกลับเข้ารับการรักษา การเกิดภาวะการฉวยใจล้มเหลวในกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง งานวิจัยส่วนใหญ่พบว่าพฤติกรรม การจัดการตนเอง เป็น การกระทำการดูแลตนเองโดยใช้วิธีการหรือกระบวนการที่ทำให้เด็กได้เรียนรู้ในการดูแลและจัดการตนเองในเรื่องอาการของโรคโดยผ่านกระบวนการ การตัดสินใจ และกระบวนการการแก้ปัญหา โดยได้รับการส่งเสริมสนับสนุนจากทีมสุขภาพ เพื่อป้องกันผลกระทบของการเจ็บป่วยเรื้อรัง และสามารถควบคุมอาการของโรคได้ (Bartholomew et al., 2006) โดยการจัดการอาการ เพื่อป้องกันอาการหืดกำเริบในเด็กวัยเรียนประกอบด้วย การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ การประเมินอาการ

และอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการ การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง และการบริหารกาย
หายใจการปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเองการมีกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสมโดยใช้การ
วางแผนการจำหน่ายเพื่อเป็นรูปแบบของกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้เด็กวัยเรียน โรคหอบหืดอย่างมีแบบ
แผน เพื่อส่งเสริมให้เด็กวัยเรียน โรคหอบหืดมีการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นตาม
กรอบแนวคิดการวางแผนการจำหน่ายของ Mckeehan & Coulton (1985) และแนวคิดM-E-T-H-O-D ของ
Hucy et al. (1986)ซึ่งดัดแปลงโดย กฤษฎา แสงวดี และคณะ (2539)โดยใช้กรอบแนวคิดในการทำวิจัย
ดังนี้

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามแนวคิดของ Mckeehan & Coulton (1985) และแนวคิด M-E-T-H-O-D ของ Hucy et al. (1986) ซึ่งดัดแปลงโดย กฤษฎา แสงวงศ์ และคณะ (2539) ซึ่งประกอบด้วยเป็น 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินปัญหาเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด เป็นการประเมินปัญหาแบบองค์รวมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงแหล่งประโยชน์ ที่จะช่วยเหลือ หรือ ความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และความต้องการดูแล ภายหลังการจำหน่าย ซึ่งจะต้องวิเคราะห์ แปลผลและสรุปข้อมูลที่รวบรวมมาได้ซึ่งเป็นการกระทำที่ต้อง กระทำทุกวันพร้อมกับการให้การพยาบาล
3. การกำหนดแผนการจำหน่าย ตามรูปแบบ M-E-T-H-O-D
4. การปฏิบัติตามแผนการจำหน่าย
5. การประเมินโดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ป่วยและญาติในการ ประเมินผลตามเกณฑ์ ในแต่ละเป้าหมายที่วางไว้ ตลอดการ เข้ารับการรักษาและติดตามผลที่บ้านทาง โทรศัพท์วันละ 7 และนัดติดตามอาการวันที่ 14 ของ การจำหน่าย

พฤติกรรมกรรมการจัดการตนเอง ตามแนวคิดของ Bartholomew et al., (2006)

1. การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการ
2. การประเมินอาการและอาการแสดงก่อนและขณะเกิดอาการ
3. การบริหารยาขยายหลอดลมด้วยตนเอง และการบริหารหายใจ
4. การปฏิบัติเมื่อไม่สามารถควบคุมอาการได้ด้วยตนเอง
5. การมีกิจกรรมการเล่นที่เหมาะสม