

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสามารถของมารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเรียงลำดับดังนี้

1. โรคหอบหืดในเด็ก
2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดต่อเด็กและครอบครัว
3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลบุตรโรคหอบหืด
4. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว
5. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

โรคหอบหืดในเด็ก

โรคหอบหืด (Asthma) หมายถึงโรคที่มีความผิดปกติของทางเดินหายใจมีการอักเสบเรื้อรังผลจากการอักเสบนี้จะทำให้เด็กป่วยมีอาการหายใจลำบากร่วมกับหายใจมีเสียงดังแน่นหน้าอก ซึ่งอาการดังกล่าวอาจหายไปได้เองหรือภายหลังได้รับยาขยายหลอดลม โรคหอบหืดเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้น 3 ประการ คือ มีทางเดินหายใจอุดกั้น อาการอาจจะเป็น ๆ หาย ๆ โดยอาการจะหายไปเอง หรือหายไปภายหลังได้รับยาขยายหลอดลม ประการที่สอง มีการอักเสบของท่อทางเดินหายใจ และประการที่สาม ท่อทางเดินหายใจของผู้ที่เป็นโรคหอบหืดจะมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าคนปกติ (ชลีรัตน์ คิเรกวัฒนชัย, 2540)

โรคหอบหืดมีปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคได้แก่ โรคหอบหืดที่มีสาเหตุจากภายนอกร่างกาย (Extrinsic Bronchial Asthma) เกิดอาการโดยมีสารก่อภูมิแพ้ทางเดินหายใจ เช่น ฝุ่นบ้าน เกสรดอกไม้ ตัวไรในฝุ่น และโรคหืดที่มีสาเหตุมาจากภายในร่างกาย (Intrinsic Bronchial Asthma) กลไกของการเกิดหอบหืดในผู้ป่วยกลุ่มนี้เชื่อว่าเกิดจากการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติ (Sympathetic) เพิ่มขึ้น หรือการอักเสบติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ นอกจากนี้มีสาเหตุส่งเสริมในการเกิดโรคที่สำคัญได้แก่ พันธุกรรม ความไวต่อสารก่อภูมิแพ้ต่าง ๆ สิ่งระคายเคือง การติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การเปลี่ยนแปลงบรรยากาศ การออกกำลังกายมากเกินไป ยาและสารเคมีบางชนิด การไหลย้อนกลับของสารที่หลังจกกระเพาะอาหารเข้าไปในหลอดลม และการผันแปรทางอารมณ์ (ชลีรัตน์ คิเรกวัฒนชัย, 2540; มุกดา หวังวิวัฒนา, 2539)

อาการและอาการแสดงของโรคหอบหืด

เด็กโรคหอบหืดจะแสดงอาการให้เห็นทางคลินิกที่สำคัญ คือ ไอ หายใจลำบากและ หายใจมีเสียงวี๊ด ซึ่งอาจมีอาการเตือนนำมาก่อนก็ได้ และเป็นมากขึ้นตามลำดับ หรือบางคนอาจเกิด อาการทันทีโดยไม่มีอาการเตือนใด ๆ มาก่อนก็ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกหายใจไม่ออก ต้องออกแรงในการ หายใจมากโดยเฉพาะในช่วงหายใจออก ทำให้เหนื่อย อ่อนเพลีย เหงื่อออก กระวนกระวาย กระสับกระส่าย รู้สึกทรมาน รู้สึกว่าอากาศหายใจไม่พอ นอกจากนั้นยังมีอาการไอ โดยระยะแรก ๆ จะไอแห้ง ๆ ต่อไปจะไอบ่อยขึ้น และมีเสมหะเหนียวออกมามาก ขณะหายใจออกจะได้ยินเสียงวี๊ด ซึ่ง บางครั้งได้ยินโดยไม่ต้องใช้เครื่องฟังปอด ผู้ป่วยจะต้องลุกนั่งและเอนกายไปข้างหน้าเพื่อสูด หายใจ และผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงจะชอบนั่งมากกว่านอน ในรายที่มีอาการมาก ๆ และเป็นนาน ๆ จะหายใจเข้า-ออกสั้นลงเสียงหายใจเบาไม่ค่อยได้ยิน จนระยะสุดท้ายเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ทำให้เสียชีวิตได้เนื่องจากมีคาร์บอนไดออกไซด์คั่งมาก และออกซิเจนในเลือดต่ำมาก แต่ถ้าผู้ป่วยมี อาการดีขึ้นหลังจากเกิดอาการหอบ ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บหน้าอก และเหนื่อยมาก (ชลรัตน์ ติเรกวณิชชัย, 2540; Anderson & Mc Duffie, 1996)

ระดับความรุนแรงของโรค

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการดูแลรักษาขององค์การอนามัยโลกร่วมกับ NHLBI (National Heart Lung and Blood Institute) ในปี ค.ศ.1998 ได้แบ่ง ระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดออกเป็น 4 ระดับคือ (ศรีเวียง ไพโรจน์กุล, 2544)

1. ระดับมีอาการเป็นครั้งคราว (Mild Intermittent) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการไอ แน่น หน้าอก หายใจหอบน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ การกำเริบที่ทำให้มีอาการจะเกิดขึ้นระยะสั้นไม่กี่ ชั่วโมงหรือเป็นวัน และไม่รบกวนกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย ในระหว่างที่ไม่มีอาการกำเริบจะไม่มี อาการผิดปกติใด ๆ มีอาการในช่วงกลางคืน เช่น ไอ หรือหอบรบกวนการนอนน้อยกว่า 2 ครั้งต่อ เดือน การตรวจสมรรถภาพของปอดพบว่าปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษาระยะยาว
2. ระดับความรุนแรงน้อย (Mild Persistent) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการหอบหืดเท่ากับ หรือมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่อาการไม่ได้เป็นทุกวัน ขณะอาการกำเริบมักไม่สามารถทำ กิจกรรมได้ตามปกติ อาการหอบในช่วงกลางคืนเป็นมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน การตรวจสมรรถภาพ ของปอดพบว่าลดลงกว่าปกติเล็กน้อย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับยาป้องกันระยะยาวเพราะมีอาการบ่อย
3. ระดับความรุนแรงปานกลาง (Moderate Persistent) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการหอบ หืดบ่อย โดยมีอาการทุกวัน อาการกำเริบเป็นบ่อยขึ้น และมีผลต่อกิจกรรม ต่อการเรียน และการ นอน อาการในช่วงกลางคืนเป็นบ่อยมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ เมื่อตรวจการทำหน้าที่ของปอด พบว่าผิดปกติ ต้องใช้ยาขยายหลอดลมทุกวัน

4. ระดับความรุนแรงมาก (Severe Persistent) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการตลอดเวลา ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามปกติ มีอาการกำเริบและมีอาการในช่วงกลางคืนบ่อยมาก เมื่อตรวจการทำหน้าที่ของปอดพบว่าผิดปกติมาก แสดงถึงการมีทางเดินหายใจตีบแคบ แม้ว่าจะได้รับยากลุ่มสเตียรอยด์แล้วก็พบว่า หน้าที่การทำงานของปอดยังไม่ปกติ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน และอาการระดับนี้ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ต้องพึ่งพายากลุ่มสเตียรอยด์ และยารักษาควบคุมอาการหอบที่มีขนาดสูง ๆ

การรักษาโรคหอบหืด

เป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาเด็กป่วยโรคหอบหืด คือ ป้องกันอาการเรื้อรัง คงไว้ซึ่งการทำงานของปอดที่เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ป้องกันเกิดอาการกำเริบ และลดจำนวนครั้งของการมาพบแพทย์ฉุกเฉินหรือการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการรักษาโดยยาอย่างถูกวิธี และมีอาการข้างเคียงจากยาที่ใช้น้อยที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความพึงพอใจในการดูแล (National Heart Lung and Blood Institute, 1997)

หลักในการรักษาโรคหอบหืด

1. การหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ และสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ การรักษาโดยการหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้นี้เป็นการรักษาต้นเหตุ จึงเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่ในทางปฏิบัติมักทำได้ยาก เนื่องจากเด็กป่วยโรคหอบหืดส่วนใหญ่มักจะแพ้ต่อสารหลาย ๆ ชนิดในเวลาเดียวกัน จึงทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากสารก่อภูมิแพ้ได้ทั้งหมด ดังนั้นควรให้ความรู้แก่บิดามารดา หรือผู้ให้การดูแลเด็กเกี่ยวกับการควบคุมสิ่งแวดล้อมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรแนะนำถึงวิธีการสังเกตว่าสิ่งใดที่ทำให้เด็กเกิดอาการแพ้ และกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ เพื่อที่จะได้สามารถควบคุมหรือหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กสัมผัสกับสิ่งที่แพ้เหล่านั้น (มุกดา หวังวิรวงศ์, 2539) นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกเล่นกีฬาที่ไม่ทำให้หายใจหอบ หรือเริ่มด้วยการเล่นกีฬาที่ไม่รุนแรงก่อนแล้วจึงค่อย ๆ เพิ่มเวลาที่เล่นก็จะสามารถลดอาการหอบได้ (ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, 2540)

2. การรักษาด้วยยา การใช้ยาในผู้ป่วยโรคหอบหืดมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นปกติ และมีการทำงานของปอดที่ใกล้เคียงปกติ รวมทั้งป้องกันอาการกำเริบ โดยไม่มีผลข้างเคียงจากการได้รับยานั้น ๆ ยารักษาโรคหอบหืดแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มยาขยายหลอดลม กลุ่มยาลดการอักเสบ กลุ่มยาป้องกันการหอบ กลุ่มยาขับเสมหะ ละลายเสมหะ และกลุ่มยาคอร์ติโคสเตียรอยด์ (ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, 2540; มุกดา หวังวิรวงศ์, 2539) ซึ่งยาพ่นสูดที่นิยมใช้ในเด็กที่หายใจได้เองมี 4 ชนิด คือ

ชนิดที่ 1 Small Volume Nebulizer (SVN) เป็นชนิดที่ใช้ตัวยาปริมาณน้อยผสมกับน้ำเกลือออร์มัล 0.9% (Normal 0.9%) ก่อนใช้ต้องผสมยากับน้ำเกลือออร์มัล 0.9% ให้ได้รวมปริมาตรไม่ต่ำกว่า 4 มิลลิลิตร และเปิดอัตราการไหลของก๊าซประมาณ 6-8 ลิตร/นาที หรือต่อกับ Nebulizer Machine ที่เป็น Air Compressor ต่อกระเปาะพ่นยากับ Face Mask หรือ Aerosal Mask หรือ Mouth Piece ระหว่างให้ยาให้เด็กหายใจเข้าออกปกติผ่าน Face Mask หรือ Mouth Piece ควรใช้มือประคองกระเปาะพ่นยาไว้เพื่อให้อุณหภูมิคงที่ และเกาะกระเปาะพ่นยาเป็นระยะ ๆ เพื่อไม่ให้ยาตกค้างในกระเปาะมากเกินไป พ่นจนกระทั่งยาหมดและไม่เห็นละอองออกมาจากกระเปาะ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที หลังใช้เสร็จควรทำความสะอาดโดยการล้างด้วยน้ำสบู่หรือน้ำยาล้างจาน แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด ปลดยंत्रทิ้งไว้ให้แห้งก่อนนำมาใช้ (ศิริกุล เกิดสมนึก, 2541) ยาพ่นชนิดนี้สะดวกและทำให้เด็กได้รับยาตามขนาด แต่อุปกรณ์มีราคาแพงจึงนิยมใช้ในโรงพยาบาลมากกว่าในบ้าน

ชนิดที่ 2 Metered Dose Inhalers (MDI) ยาพ่นชนิดนี้ใช้ Freon เป็นตัวขับเคลื่อนยาจะถูกบรรจุในหลอดที่อัดยาไว้ด้วยความดันสูง เมื่อกดเครื่องพ่นยาฝอยละอองจะถูกพ่นออกมาด้วยความเร็วประมาณ 100 กิโลเมตร/ ชั่วโมง ฝอยละอองที่ถูกพ่นออกมาจะกระจายไปตกค้างที่หลอดลมและปอดประมาณ 10-25% จึงเหมาะสำหรับเด็กโตอายุ 6-8 ปีขึ้นไป วิธีการใช้ยาที่ถูกต้องปฏิบัติดังนี้ เปิดฝาครอบกระบอกยา แล้วเขย่าหลอดยา 4-5 ครั้ง เอาปากอมปากกระบอกท่อต่อ เหยงหน้าเล็กน้อย กดหลอดยาพร้อมสูดลมหายใจเข้าช้า ๆ และสูดลึก เพื่อให้ยาเข้าไปในหลอดลมให้ได้มากที่สุด หลังจากสูดจนเต็มปอดแล้วให้ถอนริมฝีปากจากกระบอกยาปิดปากไว้กลั้นหายใจนับ 1-10 ในใจ แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้า ๆ ถ้าต้องการทำซ้ำควรให้ห่างจากครั้งแรกประมาณ 1 นาที (ศิริกุล เกิดสมนึก, 2541; อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) แต่การใช้ MDI ให้ถูกต้องนั้นค่อนข้างยุ่งยาก ผู้ป่วยบางกลุ่มจะไม่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง เช่น ในผู้ป่วยเด็ก พบว่าน้อยกว่า 50% ที่สามารถใช้ MDI ให้มีประสิทธิภาพได้ และในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีนั้น 100% จะไม่สามารถใช้ MDI ให้ถูกต้องได้ (ศิริกุล เกิดสมนึก, 2541)

ชนิดที่ 3 Metered Dose Inhalers with Spacer Attached เป็นวิธีการใช้ MDI ร่วมกับกระบอกสูดยา (Spacer) เนื่องจากพบว่าการใช้ MDI ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีนั้นไม่ได้ประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ จึงได้มีการประดิษฐ์อุปกรณ์ซึ่งต่อระหว่างปากกระบอกยาพ่น MDI กับปากของผู้ป่วยคือกระบอกสูดยา จะทำให้ยาที่ถูกพ่นออกมาค้างอยู่ในกระบอกสูดยา ไม่กระจายไปที่อื่น จนกว่าผู้ป่วยจะสูดหายใจเข้า ซึ่งกระบอกสูดยาจะมีหลายรูปแบบ สำหรับขั้นตอนการใช้คล้ายกับวิธี MDI เพียงแต่หลังจากเปิดฝาครอบกระบอกและเขย่าหลอดยา 4-5 ครั้ง แล้วนำหลอดยาไปต่อเข้ากับกระบอกสูดยาโดยดึงหลอดยาขึ้น ใช้ปากอมส่วนกระบอกไว้ หรือถ้าเป็นกระบอกสูดยาแบบ Face

Mask ให้ใช้กระบอกครอบบนปากและจมูกของเด็กกดหลอดยาฟ่น 1 ครั้ง ให้เด็กหายใจเข้า-ออก ซ้ำ ๆ เป็นเวลา 10 วินาที หรือนับ 1-10 ถ้าต้องการทำซ้ำควรห่างจากครั้งแรกประมาณ 1 นาที (ศิริกุล เกิดสมนึก, 2541; อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) การทำความสะอาดกระบอกสูดยา โดยการล้างด้วยน้ำสบู่ หรือน้ำยาล้างจาน ตามด้วยน้ำสะอาด แล้งผึ่งให้แห้งสนิท ยาฟ่นสูดชนิดนี้สะดวกและผู้ป่วยได้รับยาอย่างเต็มที่ จึงเป็นที่นิยมใช้ในเด็กมาก

ชนิดที่ 4 Dry Power Inhaler (DPI) ยาฟ่นสูดชนิดนี้จะถูกเตรียมในรูปผง ซึ่งจะจับกันเป็นกลุ่มผง มีหลายแบบ เช่น แบบเทอร์บูเฮเลอร์ (Terbuhaler) และดิสก์เฮเลอร์ (Diskhaler) วิธีการใช้ยานี้ทำได้โดยการสูดผงยาเข้าไปในปอด ซึ่งควรปฏิบัติดังนี้ คือคลายเกลียวแล้วเปิดฝาดอก จับหลอดยาให้อยู่ในแนวตั้งตรงโดยให้ฐานสีที่จับอยู่ด้านล่าง หมุนฐานสีที่จับจนสุดแล้วหมุนกลับที่เดิม จนได้ยินเสียงดังคลิก แล้วใช้ปากอมส่วนที่เป็นปากหลอด และสูดยาเข้าทางปากอย่างแรงและเร็ว เอาหลอดยาออกจากปากและกลืนหายใจ 10 วินาที แล้วผ่อนลมหายใจออก สูดซ้ำแบบเดิม 2-3 ครั้ง จนแน่ใจว่ายามาก แล้วปิดฝารอบให้แน่น

ข้อแนะนำเพิ่มเติม ควรใช้ยานี้ในเด็กอายุมากกว่า 6 ปีขึ้นไป และต้องแน่ใจว่าเด็กสามารถหายใจทางปาก และหายใจเข้าแรงและเร็วเพียงพอ ควรระวังไม่ให้เครื่องสูดยาและผงยามีความชื้น เพราะจะทำให้ผงยาจับกันเป็นก้อนมากขึ้นและมีขนาดใหญ่ขึ้น กระจายเข้าไปในปอดได้ไม่ดี จึงต้องปิดฝารอบให้แน่นทุกครั้งหลังจากใช้ยาเสร็จ ไม่ควรเก็บยาไว้ในความชื้นสูง และห้ามหายใจเข้าออกในเครื่องสูดยาเพราะจะทำให้ตัวยากระจายออกหมด และทำให้เครื่องสูดยาขึ้น ทำความสะอาดปลายหลอดยาด้วยผ้าแห้ง สะอาด หรือกระดาษทิชชูเท่านั้น ห้ามล้างด้วยน้ำ (ศิริกุล เกิดสมนึก, 2541; อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542)

3. การรักษาทางภูมิคุ้มกันวิทยา (immunotherapy) โดยการฉีดสารที่ผู้ป่วยแพ้เข้าไปในร่างกายผู้ป่วย โดยใช้ปริมาณน้อย ๆ แล้วเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ เพื่อให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านสารนั้น ๆ การรักษาด้วยวิธีนี้ใช้ระยะเวลานาน ขึ้นกับการตอบสนองของผู้ป่วยจะฉีดจนกว่าผู้ป่วยไม่มีอาการอย่างน้อย 1 ปี จึงหยุดการรักษาได้ ส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 3-5 ปี (ประพาฬ ญายุทธ, 2532; มุกดา หวังวีรวงศ์, 2539)

4. การรักษาโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Rehabilitation Therapy) เป็นวิธีที่กำลังได้รับความสนใจ และนิยมมากในการรักษา โดยการให้ความรู้แก่ทั้งผู้ป่วย บิดามารดา ผู้ปกครอง ให้เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเวลาที่เกิดอาการหอบ วิธีการป้องกัน วิธีการให้ยาที่ถูกต้อง ทั้งยาสูด ยาฟ่น ยากินขนาดต่าง ๆ รวมทั้งการบริหารปอดอย่างถูกวิธี การไอ และการหายใจที่ถูกต้อง (Breathing Exercise) ซึ่งมีผลช่วยให้ลดการป่วย และการเข้ารับการ

รักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการเกิดภาวะฉุกเฉินจากอาการหอบหืดจนทำให้ต้องส่งเข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลลดลงเป็นอย่างมาก (มุกดา หวังวิรุณศรี, 2539)

การรักษาด้านจิตใจ ความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ เป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด นอกจากนั้นทัศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหอบหืดของผู้ป่วยและครอบครัว อาจทำให้มารดา มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น มารดาปกป้องบุตรมากเกินไป หรือบางรายอาจจะเลยไม่สนใจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ของเด็ก ทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร บุคลากรทางด้านสุขภาพ จึงต้องประเมินทัศนคติ ความเชื่อ และปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว มีการวางแผน ร่วมกันในการดูแลรักษา การเลือกวิธีการรักษาวิธีนี้อาจใช้ได้กับเด็กโรคหอบหืดที่มีปัญหาทางจิตใจ บางประเภท เช่น เด็กที่ติดมารดา หรือเด็กที่มารดาปกป้องมากเกินไป (Lehrer, 1993)

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดต่อเด็กและครอบครัว

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังทางปอด ที่พบมากที่สุดของเด็ก มีอัตราการป่วยและอัตราการตายที่เพิ่มมากขึ้น (Svavarsdottir et al., 2000) ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลพึงตระหนัก เพื่อให้การป้องกันและแก้ไข เมื่อเด็กเป็นแล้วจะส่งผลกระทบต่อเด็กป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและบุคลิกภาพ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวในด้านต่างๆ ดังนี้

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดต่อเด็ก

1. ทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดจะมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติทั้งส่วนสูง และน้ำหนัก และเข้าสู่วัยรุ่นช้าทั้งในเด็กผู้หญิงและผู้ชาย โดยเฉพาะในเด็กที่มีอาการปานกลางและรุนแรง การที่เด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดมีพัฒนาการล่าช้า ไม่ใช่เป็นผลมาจากความรุนแรงของโรคหอบหืดโดยตรง แต่เป็นผลมาจากการที่เด็กได้รับยาจำพวกสเตียรอยด์เป็นเวลานาน บิดามารดาจะรู้สึกว่าคุณคนเองค่อนข้างผอม เลี้ยงไม่โต รับประทานอาหารได้น้อย บางครั้งอาจเกิดอาการเบื่ออาหาร ถ้ามีอาการของโรครุนแรงยิ่งขึ้น เด็กจะมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอลงเรื่อย ๆ (ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2541) และจากการหอบมาก ๆ ในช่วงตอนกลางคืนและเช้ามืด เนื่องจากมีแนวโน้มการระบายอากาศ (Ventilation Function) จะลดลงในตอนเย็น กลางคืน และช่วงเช้า จะทำให้เด็กมีร่างกายอ่อนเพลียจากการอดนอน (ปกติ วิชยานนท์, 2542) ในรายที่เป็นมานานจะพบว่าหลอดลมจะหนาตัวขึ้น หรือถ้าเป็นรุนแรงและนาน ลมคั่งในปอดมากจะดันให้หน้าอกขยายใหญ่ขึ้นเป็นอกถัง (Barrel Chest) ถ้าเด็กป่วยมีอาการจับหืดอย่างรุนแรงติดต่อกันนานมากกว่า 24 ชั่วโมงทั้ง ๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมเต็มที่แล้ว จะเกิดเป็น Status Asthmaticus ซึ่งอาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้จากภาวะการหายใจล้มเหลวหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด มีลมในช่องเมดิเอสติเนียม (Pneumomediastinum) (สมชาติ ไตรักษา, 2527) ซึ่งจากการศึกษา

ของอีเซอร์ และคณะ (Eiser et al., 1991) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืดจะมองว่า บุตรของตนจะมีภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรง เป็นหวัด เจ็บป่วยหรือติดเชื้อได้ง่ายกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรค และจากการศึกษาของเพลินดา พรหมบัวศรี (2536) พบว่าเด็กโรคหอบหืดที่มีการควบคุมโรคไม่ดี ทำให้เด็กมีอาการจับหืดบ่อย ๆ และมีอาการที่เลวลงจนเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีภาวะหัวใจล้มเหลวได้

2. ทางด้านสติปัญญาและภาษา การเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดของเด็กและสภาวะของโรค ทำให้เด็กต้องขาดเรียนบ่อยจากการที่ต้องไปพบแพทย์ หรือเมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นครั้งคราว บางครั้งเด็กไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือเล่นกับกลุ่มเพื่อนได้ ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้และมีผลต่อการเจริญเติบโตของสมอง ส่งผลให้พัฒนาการทางสติปัญญา หรือภาษาต้องหยุดชะงักหรือช้าลง และยังมีผลต่อความร่วมมือ ความจำ แรงจูงใจ ของเด็กด้วย

3. ทางด้านจิตใจ อารมณ์ ถึงแม้ว่าโรคหอบหืดไม่ใช่เป็นโรคทางจิต แต่ก็เหมือนโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจจากโรคที่เป็นได้มากกว่าเด็กปกติ เพราะในขณะที่เกิดอาการหอบหืดจะรู้สึกทุกข์ทรมาน หายใจไม่ออก หายใจไม่ได้ มีความรู้สึกเหมือนมีของหนัก ๆ มาทับบนทรวงอก ส่งผลให้เด็กเกิดความกลัวและความกังวล บางครั้งเกิดความรู้สึกกลัวตายร่วมด้วย เมื่อมีอาการบ่อยก็ยิ่งทุกข์ใจ อาจแสดงออกมาในรูปของอารมณ์ โกรธ ซึมเศร้า ก้าวร้าว ถดถอย เป็นต้น รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย และมีคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนั้นเด็กยังได้รับการถ่ายทอดความเครียด และความวิตกกังวลจากบิดามารดา ยิ่งบิดามารดามีความวิตกกังวลมากเท่าใดยิ่งส่งผลกระทบต่อเด็กมากเท่านั้น การที่เด็กเกิดความเครียด วิตกกังวลจะทำให้เด็กซึม ไม่ยอมเล่น ทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถหรือทักษะต่าง ๆ ที่เกิดจากการเล่น ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยที่กระตุ้นหรือส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก (ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร, 2541) ซึ่งจากการศึกษาของแมคคัลลัน และคณะ (Maclean et al., 1992) พบว่าเด็กวัย 6-11 ปี ที่เป็นโรคหอบหืดจะมีปัญหาต่อการปรับตัวทางด้านจิตใจและอารมณ์มากกว่าเด็กปกติ

4. ด้านสังคมและบุคลิกภาพ จะพบว่าเด็กโรคหอบหืดมักถูกจำกัดกิจกรรมจากผู้ปกครอง เนื่องจากมีภาวะการเจ็บป่วยหรือกลัวว่าเด็กจะมีอาการหอบมากขึ้น เช่น ห้ามเล่นกีฬา ห้ามออกนอกบ้าน ต้องอดหรือระวังในสิ่งที่ตนแพ้ ห้ามรับประทานอาหารบางชนิดแม้ว่าจะเป็นของชอบ ห้ามเล่นตุ๊กตาขนสัตว์ตัวโปรดที่ชอบนอนกอดในเวลากลางคืน ห้ามเล่นกับสัตว์เลี้ยง เป็นต้น ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกไม่เหมือนคนอื่น เกิดความอาย ไม่กล้าบอกใคร ๆ เกี่ยวกับตนเอง เด็กจะกลายเป็นคนที่ขาดการกระตุ้นจากภายนอก และมีปัญหาในการเข้าสังคม จนกลายเป็นเด็กที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่กระตือรือร้น ไม่อดทน ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา (Maclean et al., 1992) มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นใจและมักแยกตัวจากสังคม จากการศึกษาของแคดแมนและคณะ (Cadman et al., 1987)

พบว่า เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างเฉียบพลันและเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังร่วมกับมีความพิการ จะมี การปรับตัวด้านสังคมยากกว่าเด็กปกติที่อยู่ในวัยเดียวกัน

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดต่อครอบครัว

1. ด้านชีวิตประจำวัน เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยในครอบครัว อาจทำให้มารดาไม่มีเวลา เป็นของตนเองเท่าที่ควร ต้องลดเวลาการทำกิจกรรมต่างๆ ของตนเองลง เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น เพื่อหันมาทุ่มเวลาให้กับเด็กที่เจ็บป่วยอย่างเต็มที่ เหตุการณ์เช่นนี้จะทำให้เกิดผลกระทบต่อมารดาได้อย่างต่อเนื่อง และอาจเลยไปถึงด้านอื่น ๆ นอกเหนือไปจากกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งจากการศึกษาของสวาวาร์ดีอ็อทเทอร์ และคณะ (Svavarsdottir et al., 2000) พบว่ามารดาที่มีบุตรตั้งแต่แรกเกิด-6 ปี ที่เป็น โรคหอบหืดจะใช้เวลา ส่วนใหญ่ในการปฏิบัติภาระมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การประคับประคอง สนับสนุนด้านอารมณ์ การส่งเสริมพัฒนาการ จัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก เช่น การร้องไห้ การหลีกเลี่ยงสิ่ง กระตุ้น และการนอนยาก เป็นต้น และมารดามีค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติภารกิจดังกล่าวสูงกว่าบิดา

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ ในระยะที่บุตรสบายดี บิดามารดาจะอยู่ในโลกของความปกติ สุข ครอบครัวจะรู้สึกเป็นสุข แต่เมื่อเด็กมีอาการกำเริบขึ้น บิดามารดาจะกลับเข้าสู่โลกแห่งความ เจ็บป่วยที่มีแต่ความเครียดวิตกกังวล (ปริศนา สุนทรไชย, 2534) บิดามารดาอาจจะกลัวและกังวล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร กลัวบุตรจะเป็นมาก กลัวบุตรจะตาย กลัวบุตรจะหายใจไม่ออก ความกลัวและกังวลจากสิ่งเหล่านี้จะเพิ่มความกลัวให้กับครอบครัว (ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, 2541) บิดามารดาอาจมีลักษณะการเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป (Overprotection) ตามใจหรือบงการ อาจปฏิเสธเด็กป่วยไปเลยก็มี การเจ็บป่วยของเด็กอาจมีผลต่อการปฏิบัติงานของครอบครัว การได้ออกจากงานหรือการเปลี่ยนงานจะส่งผลต่อสภาพจิตใจของบิดามารดา ทำให้ครอบครัวมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลเด็กจะมีความเครียดเกิดขึ้น เมื่อเด็กมีอาการจับหืดโดยไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นในขณะใดของแต่ละวัน ซึ่งจากการศึกษาของอีเซอร์ และคณะ (Eiser et al., 1991) พบว่า มารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดจะมีความยุ่งยากลำบาก ใจมากกว่ากลุ่มปกติ เมื่อต้องพาบุตรไปชมและเลือกซื้อสินค้า (Shopping) และบิดามารดาที่มีบุตร เป็นโรคหอบหืดจะมองว่า สภาพการณ์โดยทั่วไปในแต่ละวันจะก่อให้เกิดความเครียดต่อครอบครัว มากกว่ากลุ่มที่มีบุตรปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสกาเวิร์ดน์ พวงจันทร์ (2539) ที่พบว่า การมี บุตรเจ็บป่วยในครอบครัวจะมีผลทำให้สภาพจิตใจของมารดามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งเป็น ผลกระทบที่พบมากเป็นอันดับที่ 3 รองจาก การมีการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายและการต้องลาหยุดงาน เพื่อมาดูแลบุตร

3. ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว การที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดเกิดขึ้นในครอบครัวนั้นอาจทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวกระทบกระเทือนไปด้วย โดยเฉพาะสัมพันธภาพในชีวิตสมรส บางครอบครัวสามีภรรยาจะมีความใกล้ชิดกันมากขึ้นเพราะต้องปรึกษาและให้การประคับประคองซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสกาเวิร์ดน์ พวงจันทร์ (2539) ที่พบว่า การมีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัวทำให้มารดามีโอกาสพูดคุยปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับบิดาเพิ่มขึ้น แต่สิ่งที่เกิดขึ้นบ่อย คือ ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาห่างเหินกัน เพราะมารดาให้ความสนใจแต่ผู้ป่วยเด็ก หรือต้องรับภาระการดูแลประคับประคองเด็กที่ป่วยเป็นเวลานาน ไม่ได้ได้รับการพักผ่อน ส่วนสามีต้องทำงานมากขึ้น เพราะต้องใช้จ่ายมากขึ้น บางครั้งขัดแย้งกันในเรื่องโปรแกรมการรักษาหรือดูแลเด็ก (ปริศนา สุนทรไชย, 2534) จากการศึกษาของแลนสกี (Lansky, 1978) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดและได้รับการรักษานานมากกว่า 7 ปี พบว่าอัตราการหย่าร้างร้อยละ 1.19 สอดคล้องกับการศึกษาของแพลท (Platt, 1979 อ้างถึงใน สกาเวิร์ดน์ พวงจันทร์, 2539) ที่พบว่า การมีบุตรเจ็บป่วยในครอบครัวมีผลทำให้ชีวิตแต่งงานไม่มั่นคงเนื่องจากการมักหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ด้วยเกรงว่าจะเกิดบุตรที่เจ็บป่วยขึ้นอีก

4. ด้านเศรษฐกิจ จากการที่โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรัง ต้องรักษาเป็นเวลานานทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และถ้าต้องนำเด็กมาตรวจหรือรักษาในโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกลจากบ้านมาก ๆ ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทาง ค่าที่พัก และค่าอาหาร บิดามารดา ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ (ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร, 2541) บางครอบครัวบิดามารดาต้องหยุดงานพาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาล บางครอบครัวมารดาต้องลาออกจากงานมาเพื่อดูแลเด็กที่บ้าน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อฐานะเศรษฐกิจ เพราะการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในขณะที่รายได้ของครอบครัวไม่ได้เพิ่มขึ้น ซึ่งการศึกษาของ สกาเวิร์ดน์ พวงจันทร์ (2539) พบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นมากที่สุดกับมารดาและครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง คือครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงการใช้จ่ายเงินเพื่อดูแลรักษานบุตรที่เจ็บป่วยและมารดาต้องลาหยุดงานเพื่อดูแลบุตรที่ป่วย

5. ด้านสังคม มารดาที่ต้องดูแลเด็กป่วยอย่างใกล้ชิดอาจทำให้มารดาขาดการติดต่อกับผู้อื่นเนื่องจากต้องแยกตัวเองออกจากสังคม ทำให้มารดาขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารหรือการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ขณะที่มารดาเกิดภาวะเครียด และผลของความเจ็บป่วยของเด็กทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของบิดามารดาลดลงได้ โดยบ้างก็ให้เหตุผลว่าต้องอยู่ดูแลเด็กป่วย หรือเกรงว่าเด็กจะมีอาการไม่ดีหากทิ้งไว้ลำพัง บางครอบครัวญาติพี่น้องจะเป็นแหล่งให้การสนับสนุนให้การประคับประคองที่ดี อาจช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายได้บ้าง แต่บางครอบครัวอาจไม่มีเวลาไปมาหาสู่กัน ซึ่งอาจมีผลทำให้สัมพันธภาพที่เคยมีต่อกันต้องห่างเหินกันออกไปทุกที

นอกจากนี้มารดาบางรายอาจหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน หรือระบายทุกข์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยของบุตรให้ผู้อื่น

6. ด้านบทบาทหน้าที่ เนื่องจากที่ผ่านมาสังคมมักกำหนดบทบาทหน้าที่ของฝ่ายหญิงและชายในครอบครัวแยกจากกัน คือบิดาจะเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ในการหารายได้ รับผิดชอบในการตัดสินใจต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว ให้การปกป้องคุ้มครองชีวิต ในครอบครัว ส่วนมารดามีหน้าที่ในการดูแลงานบ้านและเลี้ยงดูบุตร (Murphy, 1979) ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยของบุตรจะส่งผลกระทบต่อมารดามากกว่าบิดาเพราะต้องดูแลเอาใจใส่บุตรที่ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ในครอบครัวได้ตามปกติ เมื่อบุตรมีอาการหอบที่รุนแรงหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดามักมาดูแลบุตรทำให้เวลาในการดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวน้อยลงไม่สามารถทำงานบ้านได้ตามปกติ ส่งผลต่อสภาพจิตใจของมารดาและส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวซึ่งอาจจะต้องมีการปรับบทบาทมาทำงานแทนมารดาหรือภรรยา บางครอบครัวอาจเกิดความยุ่งเหยิง ก้าวถอยหน้าที่มากเกินไป จนสร้างความเครียดขึ้นในบ้านหรือไม่ยอมเปลี่ยนสิ่งที่เคยทำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสมดุลของครอบครัวต่อไป

โรคหอบหืดที่เกิดขึ้นในเด็กมีผลกระทบต่อทั้งตัวเองและครอบครัวในด้านต่าง ๆ การดูแลเด็กที่เป็นโรคนี้ต้องอาศัยความอดทนและความมีเหตุผลอย่างมาก เพราะการมีภาวะดังเครียดในอารมณ์ของผู้ใหญ่ สามารถส่งผลต่อการรับรู้ของเด็กได้ ซึ่งอาจมีผลต่ออาการหอบของเด็ก บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลพึงตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้เพื่อการป้องกันและแก้ไข ซึ่งการดูแลรักษาที่ให้ผลดีต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจอย่างใกล้ชิดระหว่างครอบครัวกับแพทย์และพยาบาล โดยควรอธิบายให้ครอบครัวและเด็กเข้าใจถึงความเป็นมาของโรค การรักษาและวิธีการช่วยเหลือตนเองเมื่อเกิดอาการของโรคอย่างเฉียบพลัน แนะนำการสังเกตและการหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ การกำจัดการก่อภูมิแพ้ ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด เน้นการดูแลเด็กให้มีสุขภาพดีตามระยะพัฒนาการ เพื่อให้มีความต้านทานต่อการติดเชื้อ บอกถึงผลกระทบต่าง ๆ ของโรคที่มีต่อตัวเด็กและครอบครัว เพื่อให้เด็กป่วยและครอบครัวเกิดการยอมรับ สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม การดูแลตนเองในการรักษาสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญ แต่สำหรับเด็กวัย 1-6 ปี เป็นวัยที่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และส่วนหนึ่งมาจากภาวะการเจ็บป่วยของเด็ก ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพามุคคในครอบครัว เพื่อช่วยเหลือในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem, 1995) มารดาเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีบทบาทในการดูแลให้บุตรเผชิญปัญหาต่าง ๆ จากการเจ็บป่วยซึ่งอาจทำให้พยาธิสภาพของโรคเลวลงหรือดีขึ้นได้ ทั้งนี้ขึ้นกับพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดา

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลบุตรโรคหอบหืด

การดูแลตนเอง/ บุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายให้ดำเนินไปถึงขีดสูงสุด แนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติการเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) และการลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เพื่อที่จะทราบและสนองตอบความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งลักษณะของกิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ (Orem, 1991)

1. กิจกรรมที่ทำให้การดำรงชีวิตเป็นไปตามปกติ
2. กิจกรรมที่ทำให้ร่างกายของมนุษย์ในสภาพปกติและอยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งทางด้านโครงสร้าง และการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ
3. กิจกรรมที่เอื้ออำนวยให้บุคคลมีพัฒนาการในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อย่างมีประสิทธิภาพ และเต็มกำลังความสามารถ
4. กิจกรรมที่ป้องกันอันตราย และการเกิดพยาธิสภาพต่อร่างกาย และจิตใจของบุคคล
5. กิจกรรมที่ส่งเสริมให้เกิดการควบคุม จำกัดข้อบกพร่องหรือผลอันเกิดจากการมีพยาธิสภาพของร่างกาย

ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational Capabilities and Dispositions)

ซึ่งเป็นคุณสมบัติของผู้ดูแล เป็นความสามารถของผู้ดูแลที่จะรู้เกี่ยวกับกิจกรรมที่จะกระทำเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate Action) โดยทั่ว ๆ ไปประกอบด้วย

1. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน รวมทั้งความสามารถในการใช้เหตุผล
2. หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การรับรส และการได้กลิ่น
3. การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกคน
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
5. นิสัยประจำตัว
6. ความตั้งใจ
7. ความเข้าใจในตนเอง
8. ความห่วงใยในตนเอง

9. การยอมรับตนเอง

10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ

11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

สำหรับเด็กรวย 1-6 ปี ที่เป็นโรคหอบหืดนั้นยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ และภาวะการเจ็บป่วย ดังนั้นเด็กจึงจำเป็นต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งในครอบครัวมารดาถือผู้ที่จะหน้าที่ในฐานะผู้ให้การดูแล (Dependent Care Agent) แก่เด็กที่เจ็บป่วยในครอบครัว เนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด (สุริสา อารยพิทยา, 2533) มารดาควรปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กเพื่อให้บรรลุความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self Care Requisites) ในด้านการดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลบุตรตามระยะพัฒนาการ และการดูแลบุตรเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ โดยมีกิจกรรมในการดูแลที่เหมาะสมกับโรคหอบหืด และเหมาะสมกับพัฒนาการของครอบครัวที่มีเด็กรวย 1-6 ปี ดังนี้

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรโรคหอบหืดของมารดา

1. การดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และ กิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป สำหรับเด็กในวัย 1-6 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดจะมี ความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เหมาะสมกับโรคและวัย ดังต่อไปนี้

1.1 การดูแลให้ได้รับน้ำ อาหาร ที่เพียงพอ ในเด็กรวย 1-3 ปี เป็นวัยหัดเดินที่มีการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็วเป็นวัยที่มีกิจกรรมมาก ทำให้มีความต้องการ โปรตีน 1.2 กรัม/ กิโลกรัม/ วันและแคลอรี 102 กิโลแคลอรี/ กิโลกรัม/ วัน ในส่วนของน้ำจะมีความต้องการ 100 ถึง 125 มิลลิลิตร/ กิโลกรัม/ วัน ส่วนในวัย 3-6 ปี เป็นเด็กรวยก่อนเรียนที่มีความสนใจ สิ่งแวดล้อมมากและเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตช้าทำให้เด็กรับประทานอาหารน้อยจะพบว่าความต้องการ แคลอรีต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักของร่างกายของเด็กลดลงเป็น 90 กิโลแคลอรี/ กิโลกรัม/ วัน และมีความต้องการ โปรตีน 1.2 กรัม/ กิโลกรัม/ วันส่วนน้ำลดลงเหลือเป็น 100 มิลลิลิตร/ กิโลกรัม/ วัน (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545) เด็กจึงควรได้รับน้ำที่สะอาด นม น้ำผลไม้ ให้เพียงพอกับความ ต้องการของร่างกาย ในขณะที่อากาศเย็น หรือมีการติดเชื้อทางเดินหายใจ ควรดื่มน้ำอุ่น ๆ เพื่อให้ เสมหะไม่เหนียว และขับออกได้ง่าย นอกจากนี้ควรได้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และควรได้รับ สารอาหารครบ 5 หมู่ ตามหลักโภชนาการ มารดาควรมีการจัดอาหารแปลก ๆ ใหม่ ๆ ในรสชาติ

และสีสันมาสลับหมุนเวียน โดยจัดให้เด็กลองชิมทีละน้อย หรือจัดให้เด็กได้รับประทานอาหารร่วมกับบิดามารดาหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเพื่อกระตุ้นให้เด็กอยากรับประทานอาหาร สังเกตและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่แพ้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่เย็นจัด เพื่อลดการกระตุ้นให้เด็กมีอาการหอบมากขึ้น จัดให้เด็กรับประทานอาหารพอสมควรไม่ให้อึดจนเกินไป (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์; ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, 2541) และดูแลให้เด็กอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์และเพียงพอ มีการเปิดประตู หน้าต่าง เพื่อให้ลมและแสงแดดส่องผ่านเข้ามาในบ้านให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก (สมชาติ โตรักษา, 2527)

1.2 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ควรดูแลให้เด็กได้ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย โดยมีการเล่นหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวันหรือ 2-3 ครั้ง/สัปดาห์ เช่น โยนลูกบอล เล่นลากจูง เป็นต้น (สุชา จันทน์อม, 2540) ระวังไม่ให้เด็กเล่นขณะที่มีแดดจัดหรือขณะฝนตก หรือเล่นมากจนเกินไป ผู้ดูแลต้องสังเกตถ้าเด็กเหนื่อยแล้วต้องหยุดพัก มีการส่งเสริมสุขภาพร่างกายของเด็กให้แข็งแรงอยู่เสมอ ให้เด็กมีโอกาสดำเนินการเล่น และออกกำลังกายกลางแจ้งที่เหมาะสม (สมชาติ โตรักษา, 2527; ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, 2541) ดูแลให้เด็กได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอตามความต้องการของร่างกายอย่างน้อยวันละ 9-12 ชั่วโมง ในตอนกลางคืน และนอนในตอนกลางวัน 1-2 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายสดชื่น แจ่มใส อารมณ์เด็กจะไม่หงุดหงิด ครอบครัวมีการส่งเสริมให้เด็กได้มีกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจที่เหมาะสม โดยการจัดให้เด็กได้ดูโทรทัศน์ รายการสำหรับเด็ก หรือการ์ตูนที่เป็นประโยชน์ต่อเด็ก เป็นต้น (สุชา จันทน์อม, 2540)

1.3 การป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียน เป็นวัยที่ซุกซนอยากรู้อยากเห็น เคลื่อนไหวได้ด้วยตนเองทำให้เสี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุได้ (รุจา ภูโพนุลย์, 2541) มารดาควรมีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามระยะพัฒนาการ โดยปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับโรคและวัยของเด็ก โดยการจัดบ้าน และสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่วางสิ่งของเกะกะ จัดสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด ของมีคมต่าง ๆ ไว้ในที่ที่ปลอดภัยหรือที่สูงที่เด็กไม่สามารถหยิบถึง (ปรียา เกตุทัต, 2539) ไม่ควรเลี้ยงสัตว์มีขน เช่น สุนัข แมว ม้า กระต่าย นก ไว้ในบริเวณบ้านและควรให้เด็กหลีกเลี่ยง ถ้ามีสัตว์หรือแมลงตายภายในบ้าน ควรกำจัดออกไปโดยเร็วที่สุด ห้องอื่น ๆ ในบริเวณบ้าน รวมทั้งบริเวณอื่น ๆ ในบ้าน ควรทำความสะอาด ขจัดฝุ่น และไม่ควรให้เด็กอยู่ด้วยในขณะที่ทำความสะอาด กรณีที่เด็กแพ้เกสรดอกไม้ ดอกหญ้า ไม่ควรปลูกต้นไม้ที่สงสัยว่าจะก่อให้เกิดการแพ้ และควรหลีกเลี่ยงการปลูกต้นไม้ในบริเวณบ้านเพราะจะทำให้เพิ่มฝุ่นละออง และสิ่งกระตุ้น เชื้อรา สปอร์ต่าง ๆ ได้ ดูแลให้เด็กหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองทางเดินหายใจ สิ่งที่แพ้ และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ เช่น ควัน

บุหรื ควันรยณค์ ผุ่นตามบ้าน กลิ่นจากการประกอบอาหาร ควันไฟ กลิ่นสิ ยาม่าแมลง ยากันยุง เป็นต้น ถ้าจำเป็นต้องเผชิญหรือจำเป็นต้องใช้จะต้องแน่ใจว่า การถ่ายเทอากาศของห้องนั้นดีพอ และควรมีผ้าปิดปาก ปิดจมูกด้วย และควรสังเกตลักษณะอาการที่ผิดปกติ และลักษณะการขาดออกซิเจนด้วย เช่น เหนื่อย หอบ หายใจเร็ว เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (สมชาติ ไตรภัก 2527; ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, 2541)

ในห้องนอนของเด็กซึ่งเป็นห้องที่เด็กใช้เวลาอยู่มากที่สุด ควรดูแลทำความสะอาดโดยการขจัดฝุ่นทุกวัน รวมทั้งบริเวณหลังตู้ เพดาน ช่องลม หน้าต่าง และควรเช็ดด้วยผ้าชุบน้ำหมาด ๆ หรือใช้เครื่องดูดฝุ่น ควรใช้ของที่จำเป็นและน้อยชิ้นที่สุด เพื่อความสะดวกในการทำมาสะอาด ไม่ควรนำสิ่งของที่อาจเป็นที่สะสมของฝุ่น เช่น พรม ตุ๊กตามีขน หนังสือ รูปภาพติดผนังมาไว้ในห้องนอน ถ้ามีความจำเป็นต้องใช้ผ้าปูที่นอน ควรเลือกใช้บังดาพลาสติก ที่ทำความสะอาดได้ง่าย ถ้าจำเป็นต้องใช้ควรซักประมาณเดือนละ 2 ครั้ง เครื่องนอนควรทำความสะอาดโดยการปิดฝุ่น และควรนำไปผึ่งแดดและสลัดฝุ่นออกทุกสัปดาห์ หรือคัมในน้ำร้อนมากกว่า 55 องศาเซลเซียส นานมากกว่า 20 นาที เพื่อให้ตัวไรฝุ่นตาย หมอนและที่นอนไม่ควรใช้ชนิดที่ขยี้ฝุ่นหรือขนสัตว์ ถ้ามีอาจแก้ไขโดยการใส่พลาสติกหุ้มโดยรอบ หรือใช้ฟองน้ำหรือใยสังเคราะห์ ผ้าห่มไม่ควรใช้ชนิดที่ทำจากขนสัตว์ ในห้องนอนอาจใช้เครื่องปรับอากาศได้ ถ้าเด็กนอนแล้วไม่หอบมากขึ้นแต่ต้องทำความสะอาดที่กรองอากาศบ่อย ๆ (สมชาติ ไตรภัก 2527; ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, 2541)

2. การดูแลบุตรตามระยะพัฒนาการ (Development Self Care Requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของสิ่งมีชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ โดยเมื่อเด็กอายุ 1-3 ปี เด็กจะเริ่มช่วยเหลือตัวเองได้ และทำอะไรได้ตามอิสระ ถ้าให้การสนับสนุน กระตุ้นให้เด็กรู้จักช่วยเหลือตัวเอง จะทำให้เด็กมีความสามารถ ไม่ต้องพึ่งผู้ใหญ่ และมีอิสระ แต่ถ้าบิดามารดาห้ามปราม กีดกันหรือปกป้อง ไม่ยอมรับ จะทำให้เด็กรู้สึกอาย และสงสัยตัวเอง และเมื่อเด็กอายุ 4-6 ปี เด็กจะชอบเล่นและเริ่มเรียนรู้บทบาททางสังคม เริ่มมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ เพิ่มขึ้น ถ้าเด็กได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดา จะทำให้เด็กสบายใจ มีความคิดริเริ่ม แต่ถ้าบิดามารดาเข้มงวด กวดขันหรือคอยควบคุมตลอดเวลา จะทำให้เด็กรู้ว่าตัวเองทำผิด ขาดความคิดริเริ่ม (ปรีชา เกตุทัต, 2539) และในระยะนี้จะเป็นระยะที่ครอบครัวมีบุตรวัยก่อนเรียน เมื่อเด็กวัยนี้มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด ซึ่งเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และบุคลิกภาพ เด็กจึงต้องการการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับโรคและวัย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด (สุชา จันทน์เอม, 2540) และในระยะนี้จะเป็นระยะที่ครอบครัวมีบุตรวัยก่อนเรียน (Families with Preschool Children) เมื่อเด็กวัยนี้มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดซึ่งเป็นภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็ก

ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและบุคลิกภาพ เด็กจึงต้องการการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับโรคและวัยเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุดดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย

2.1.1 วัย 1-3 ปี พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ที่สำคัญคือการเคลื่อนไหว โดยทั่วไปเด็กจะเดินได้เองเมื่ออายุ 15 เดือน และพยายามวิ่งเมื่ออายุ 18 เดือน เดินและวิ่งได้ดีเมื่ออายุ 24 เดือน และสามารถขึ้นลงบันไดได้เมื่ออายุ 30 เดือน บิดามารดาควรส่งเสริมให้เด็กได้เล่นลากของวิ่งกระโดดบนพื้น จัดหาจักรยานสามล้อไว้ให้เด็กเล่นและยอมให้ขึ้นลงบันได โดยให้ผู้ใหญ่คอยดูแลอย่างใกล้ชิด (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545; สุชา จันทรเฒ, 2543)

พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กที่สำคัญคือทักษะการใช้มือ อายุ 18 เดือนสามารถจับถ้วยโดยใช้สองมือ ใช้ช้อนตักอาหารได้ จับปากกาจินสอระบายสีได้แต่ยังไม่เป็นรูป สามารถโยนลูกบอลเหนือศีรษะ อายุ 24 เดือนเด็กสามารถขีดเขียนเป็นเส้น ลากแนวตรงและแนวโค้งได้ วางบล็อกซ้อนกันได้ 3-4 ชั้น อายุ 36 เดือน เด็กสามารถเขียนเป็นรูปร่างกลมตามแบบได้ บิดามารดาจึงควรส่งเสริมให้เด็กได้ฝึกทักษะต่างๆ ตามช่วงอายุ และแสดงความชื่นชมเมื่อเด็กสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545; สุชา จันทรเฒ, 2543)

2.1.2 วัย 3-6 ปี พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ เมื่อเด็กอายุ 3 ปีจะมีพัฒนาการด้านการเดินการวิ่ง การปีนและการกระโดดขึ้นลง อายุ 4 ปี สามารถกระโดดและกระโดดด้วยขาข้างเดียวได้ ขึ้นลงบันไดโดยไม่ต้องจับราวบันได และเมื่ออายุ 5 ปี สามารถกระโดดสลับขาได้ (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545; สุชา จันทรเฒ, 2543) บิดามารดามีส่วนช่วยในการส่งเสริมการฝึกทักษะและให้กำลังใจพร้อมชื่นชม เมื่อเด็กสามารถทำได้

พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก ในวัยนี้จะมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กเพิ่มขึ้น เห็นได้อย่างชัดเจน สังเกตได้จากการหยิบจับเครื่องในการขีดเขียน เด็กอายุ 3 ปีส่วนมากสามารถเขียนสี่เหลี่ยมตามแบบ และวาดรูปคน โดยมีอวัยวะของร่างกายมากกว่าหนึ่งส่วน สามารถใช้กรรไกรตัดรูปภาพ อายุ 5 ปีจะวาดรูปคนโดยประกอบด้วยอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย สามารถใส่และถอดเสื้อผ้าได้เอง เรียนรู้ที่จะผูกเชือกกรองเท้าตนเอง ทักษะต่าง ๆ ของเด็กวัยก่อนเรียนนี้ควรได้รับการส่งเสริมเพราะเป็นทักษะที่เตรียมความพร้อมของเด็กสำหรับการเรียนรู้และการเป็นอิสระเพื่อเข้าโรงเรียน (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545) ควรมีการฝึกให้เด็กช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ฝึกมารยาทในการกินอาหาร และฝึกการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะให้เป็นเวลา และฝึกให้เด็กช่วยเหลือกิจกรรมของบิดามารดา เช่น หยิบจับสิ่งของต่าง ๆ ตามคำสั่ง แสดงความชื่นชมเมื่อเด็กสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ (ปรียา เกตุทัต, 2536; สุชา จันทรเฒ, 2541)

2.2 ด้านอารมณ์

2.2.1 วัย 1-3 ปี พัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็กวัยนี้จะมีพัฒนาการขึ้นตามระดับวุฒิภาวะและการเรียนรู้อารมณ์ของเด็กจะมีหลายประเภท อารมณ์โกรธจะมีมากและพบได้บ่อย เมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น ไม่สามารถกระทำในสิ่งที่ตนเองตั้งใจกระทำ มีผู้ขัดขวางไม่ให้ยับเยียน ให้อยู่ในที่จำกัด การถูกบังคับและการถูกแย่งของเล่นเป็นต้น เด็กมักแสดงอารมณ์โกรธออกมาด้วยการร้องกรี๊ด ๆ ใช้ขาเตะถีบ ลงนอนคืบกับพื้น ทบตีเตะสิ่งของที่อยู่ใกล้ ๆ ตัว เป็นต้น และอารมณ์กลัวจะเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น กลัวคนแปลกหน้า แปลกต่อสถานที่ใหม่ ๆ ที่ตนยังไม่คุ้นเคย กลัวเสียงดัง ความสูง ความเจ็บปวด ปฏิกริยาตอบสนองจะออกมาในรูปการถอยหนี การร้องไห้

2.2.2 วัย 3-6 ปี พัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนนี้จะมีอารมณ์หงุดหงิดง่ายกว่าวัยทารก คือรู้ใจตนเองและมีลักษณะอารมณ์ต่าง ๆ อย่างที่ผู้ใหญ่มี เช่น อารมณ์โกรธ อารมณ์อิจฉา อารมณ์ก้าวร้าว เป็นต้น

บิดามารดาจะต้องเข้าใจและไม่บังคับลูกจนเกินไป เพื่อไม่ให้เกิดอารมณ์รุนแรงบ่อย ๆ พูดและผ่อนปรน ตอบคำถามลูกโดยไม่ดูหรือแสดงความรำคาญเมื่อลูกถามบ่อย ๆ หมั่นซักถามพูดคุยชวนให้สนใจสิ่งต่าง ๆ (ปริยา เกตุทัต, 2536; สุชา จันทร์เอม, 2541) ให้เด็กมีส่วนร่วมในการใช้ยาฟันสูล ไม่บังคับ ขอมให้เด็กจับอุปกรณ์ในการฟันยา เด็กจะยอมให้ความร่วมมือด้วยดี (Ladebauche, 1997) ไม่แสดงอาการตกใจ วิตกกังวล เมื่อเด็กมีอาการหอบ เพราะจะส่งผลต่อสภาพจิตใจของเด็ก

2.3 ด้านสังคม

2.3.1 วัย 1-3 ปี เด็กจะเริ่มเรียนรู้ในการเล่น และเลียนแบบพ่อแม่ในการปฏิบัติกิจวัตรต่าง ๆ เช่น การใส่เสื้อผ้า การล้างมือ การแปรงฟัน การช่วยงานบ้าน ในวัยนี้ควรเปิดโอกาสให้เด็กได้มีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมออย่างอิสระ ให้มีโอกาสพบกับคนแปลกหน้า โดยไม่ให้เกิดความตกใจกลัว พร้อมกับให้คำชมเชยเมื่อมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง จะเป็นแรงจูงใจให้เด็กพัฒนาการทางด้านสังคม และก่อให้เกิดความมั่นใจ

2.3.2 วัย 3-6 ปี วัยนี้จะสามารถช่วยเหลือตัวเองได้มาก และสามารถทำอะไรได้ตามลำพัง ชอบคบเพื่อน มีความสนใจเพื่อนนอกบ้านมากขึ้น มีการเล่นร่วมกันระหว่างเด็กเพศเดียวกัน (สุชา จันทร์เอม, 2543) เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยความรัก และมีอิสระจะมีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถเข้ากับผู้อื่นได้ดี ควรเปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นกับพี่น้อง กลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน หรือวัยใกล้เคียงกัน โดยอาจจะชักชวนเพื่อนของเด็กมาเล่นที่บ้านหรือพาไปเล่นที่บ้านเพื่อน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เด็กมีกิจกรรมการเล่นกับเพื่อนได้ตามปกติ

2.4 ด้านสติปัญญา/ ภาษา

2.4.1 วัย 1-3 ปี ด้านสติปัญญา ในช่วงนี้กระบวนการด้านสติปัญญาของเด็กพัฒนาเร็วมาก เด็กเริ่มแก้ปัญหาด้วยการลองผิดลองถูก พัฒนาการคิดแบบสัญลักษณ์ สามารถใช้สัญลักษณ์แทนวัตถุ ยังมีความคิดที่เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง

ด้านภาษา เป็นวัยที่มีพัฒนาด้านภาษาเร็ว ไม่ว่าจะเป็นจำนวนคำที่พูดได้หรือความเข้าใจในคำหรือประโยคที่พูด ในช่วงขวบปีแรกมักพูดเป็นวลีสั้น ๆ ซึ่งประกอบคำ 2-3 คำมาเชื่อมกัน เมื่ออายุประมาณ 2 ปี ลักษณะวลีหรือคำพูดมักสัมพันธ์กับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และอธิบายถึงการกระทำความต้องการ และความเป็นเจ้าของ ซึ่งคำพูดส่วนมากเข้าใจได้ แต่มีบางวลีที่ผู้ใกล้ชิดเท่านั้นที่จะเข้าใจความหมาย (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545)

บิดามารดาสามารถส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก โดยอนุญาตให้เด็กเลือกกิจกรรมการเล่นเอง ขณะที่เด็กชวนคุยควรให้ความสนใจตั้งใจฟัง และมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ไม่ควรตัดบทหรือหยุดการคุยของเด็ก เมื่อเด็กพูดประโยคที่ฟังไม่ค่อยเข้าใจ ควรย้อนถามกลับด้วยความเข้าใจที่ถูกต้องซึ่งจะช่วยให้เด็กตอบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ไม่ควรหัวเราะเมื่อเด็กแสดงความรู้สึกรอคอยหรือพูดผิด และไม่ควรแก้คำพูดของเด็กตลอดเวลาอาจทำให้เด็กพูดน้อยลง

2.4.2 วัย 3-6 ปี ด้านสติปัญญา วัยนี้ยังมีความคิดที่เอาตนเองเป็นจุดศูนย์กลาง ไม่สามารถมีมโนทัศน์ในมุมมองของผู้อื่น เด็กไม่สามารถจินตนาการได้ว่าลักษณะที่เด็กมองเห็นอาจไม่ใช่ลักษณะที่ผู้อื่นมองเห็น นอกจากนี้ยังไม่สามารถให้ความสนใจวัตถุ เหตุการณ์ในหลายแง่มุม เด็กจะสนใจได้เฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545; สุชา จันทรธรม, 2543) บิดามารดาสามารถส่งเสริมพัฒนาการของเด็กโดยการตอบคำถามให้ความหมายของคำ พูดถึงประสบการณ์ของเด็กในแต่ละวัน เพื่อให้ความรู้พื้นฐานที่สำคัญสำหรับการเข้าโรงเรียน รวมทั้งการเรียนรู้ สี จำนวนตัวหนังสือและการเรียนรู้วันต่าง ๆ ในสัปดาห์ด้วย

ด้านภาษา อายุ 3-4 ปีจะสร้างประโยคที่ประกอบด้วยคำประมาณ 3-4 คำ อายุ 4-5 ปีเด็กจะใช้ประโยคที่ยาวขึ้นประกอบด้วยคำประมาณ 4-5 คำ ในช่วงปลายของอายุ 5 ปี จะสามารถให้ความหมายของวัตถุในเชิงที่ซับซ้อนขึ้น ในแง่ของการใช้รูปร่าง (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545) บิดามารดาสามารถส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก โดยทำให้เด็กสนใจในสิ่งที่พูด ในระหว่างที่พูดคุยกับเด็กควรพูดช้า หรือช่วยเรียบเรียงคำพูดใหม่ ไม่ควรคาดหวังว่าเด็กสามารถพูดได้ถูกต้องไม่ควรวิจารณ์ หรือบังคับให้เด็กพูดช้า เพื่อแก้ไขความถูกต้องทันที จัดกิจกรรมการเล่นที่ส่งเสริมการพูด เช่น มีการจัดหาหนังสือที่มีรูปภาพหรือหนังสือนิทานให้เด็กได้ดู ฝึกเรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ จากภาพ ฝึกพูดตามภาพ ขอมรับฟังการพูดคุยของเด็ก หรือพูดคุยกับเด็กเสมอ พาเด็กไปเที่ยวนอกบ้านให้เด็กรู้จักสิ่งที่เห็นหรือคุ้นทานภาพและพูดคุยเกี่ยวกับภาพเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก ให้เด็กได้ดู

286126

618-92238
4864

โทรทัศน์ หรือฟังวิทยุบ่อย ๆ (ปรีชา เกตุทัต, 2536; สุชา จันทรโธม, 2541) ฝึกให้เด็กขีดเขียนในกระดาษ บนพื้นทราย หรืออื่น ๆ ปั้นดินเหนียวหรือดินน้ำมันเป็นรูปต่างๆ บอกถึงเหตุผลต่างๆ ในการใช้ยาฟันสูกับเด็ก

3. การดูแลบุตรเมื่อมีภาวะการเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation Self Care Requisites) การดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด จะมีความต้องการในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคและวัย ดังต่อไปนี้

3.1 การแสวงหาความรู้ และการช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ มีความสนใจและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลเด็ก โดยการซักถามจากแพทย์ พยาบาล หรือจากการอ่านหนังสือ คู่มือต่าง ๆ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น มีการซักถาม พูดคุย แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความรู้และการดูแลเด็กกับบุคคลอื่น ๆ ที่มีเด็กป่วยเป็นโรคเดียวกันหรือคล้าย ๆ กัน พาเด็กไปรับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางโรกระบบทางเดินหายใจ หรือเลือกสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมปลอดภัย เช่น โรงพยาบาล คลินิกที่มีแพทย์เฉพาะทาง สถานือนามัย เป็นต้น (สมชาติ โตรักษา, 2527)

3.2 รับรู้และสนใจผลของพยาธิสภาพ เรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพ รวมทั้งผลกระทบต่อพัฒนาการ มารดานำเด็กมาตรวจตามนัดทุกครั้งหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ มีความสนใจและตั้งใจในการดูแลเด็ก ร่วมมือในการรักษา ยอมรับสภาพความเป็นจริงว่าโรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลานานในการรักษาและต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ดูแลเมื่อเด็กเป็นหวัดโดยไม่ปล่อยให้หายเอง และพาเด็กมาพบแพทย์เมื่อไม่สบาย เช่น ไอ จาม มีไข้ เป็นต้น (สมชาติ โตรักษา, 2527; ศรีสมบุญ มุสิกสุนทร, 2541)

3.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น เด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดที่มีอาการรุนแรงหรือมีอาการหอบบ่อยครั้งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ปอดบวม ปอดแตก ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด การหายใจล้มเหลว และหัวใจวาย เป็นต้น (สมชาติ โตรักษา, 2527; กิตติ อังสุสิงห์ และคณะ, 2542) ดังนั้นมารดาหรือสมาชิกในครอบครัวควรมีการป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยการดูแลรักษาร่างกายเด็กให้อบอุ่นอยู่เสมอ ระวังระวังร่างกายไม่ให้กระทบความเย็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอากาศ โดยการสวมเสื้อผ้าหนา ๆ ปกปิดลำคอ หน้าอก ศีรษะ แขน ขา มือ และเท้า สังเกตลักษณะอาการที่ผิดปกติ และลักษณะอาการขาดออกซิเจน เช่น หอบเหนื่อย หายใจเร็ว เพื่อจะช่วยเหลืออย่างทันที่ทันที่ สังเกตและประเมินอาการของเด็กที่น่าจะนำไปสู่อาการหอบได้เช่น ไอมาก จาม น้ำตาไหล หายใจเร็วและแรง หน้าอกบุ๋ม นับอัตราการหายใจในเด็กที่อายุ 1-5 ปี ได้ 40 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป และในเด็กอายุ 6 ปี ได้ตั้งแต่ 30 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป (กิตติ อังสุสิงห์และคณะ, 2542; ปกิต วิชานนท์, 2542)

เมื่อเด็กมีอาการนำไปสู่อาการหอบหรือเริ่มมีอาการหอบ มารดามีการดูแลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง โดยเริ่มต้นต้องรักษาสภาพจิตใจและควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ให้ตกใจกลัว รีบให้ยารักษาโรคหอบหืด หรือยาขยายหลอดลมทันที เมื่อสังเกตว่าเริ่มมีอาการหอบ หายใจเสียงดังหวีด ๆ ทุก 20 นาที ติดต่อกัน 3 ครั้ง หลังจากนั้นควรจัดให้เด็กนอนในท่าที่สบาย ศีรษะสูง หรืออุ้มพาดบ่า หรือนอนฟุบ ให้เด็กคิมน้ำอุ่น เครื่องคิมนุ่น ๆ น้ำผลไม้หรือน้ำหวานจำนวนมากเพื่อให้เสมหะเหนียวขึ้นขับออกได้ง่าย เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น เปลี่ยนผ้าให้แห้งสะอาด นุ่ม สบายตัว แล้วประเมินอาการของเด็ก ถ้าอาการปกติให้พ่นยาต่อทุก 4-6 ชั่วโมง ต่อเนื่องกัน 1-2 วัน ถ้าอาการยังไม่ปกติหรือมีอาการกลับมาอีกภายใน 3 ชั่วโมง ให้พ่นยาซ้ำได้ทุก 2 ชั่วโมง แล้วพาเด็กมาพบแพทย์ภายในวันนั้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นเลย ให้พ่นยาซ้ำทันทีแล้วรีบพาเด็กมาพบแพทย์โดยเร็ว ห้ามไม่ให้เด็กรับประทานยาลดน้ำมูกในขณะที่เด็กมีอาการหอบ เพราะจะทำให้เสมหะเหนียวขึ้น ขับออกได้ยาก (สมชาติ ไตรรักษา, 2527; กิตติ อังสุสิงห์ และคณะ, 2542)

แนวคิดการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว

การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผู้ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษที่ตรงกับคำว่า Family Participation หรือ Family Involvement (Pike, 1989 cited in Coyne, 1996) ได้มองภาพของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาที่มีลักษณะเป็นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Parent Participation as Family Participation) การมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือการมีส่วนร่วมของบิดามารดา (Parent Participation) ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็ก เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญและเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางในการดูแลรักษาพยาบาลเด็ก (Coyne, 1996; Hanson & Boyd, 1996; Neill, 1996; Polkki et al., 2002) โดยเฉพาะแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาในการดูแลสุขภาพเด็ก เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงในการดูแลรักษาพยาบาลเด็ก (Coyne, 1996) โดยรูปแบบของการพยาบาลแตกต่างกันไปตามลักษณะของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวที่ดูแลสุขภาพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดการดูแลโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นกรอบในการศึกษาวิจัย

ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Participation)

การให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family Participation/ Family Involvement) ขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ศึกษาแต่ละบุคคล ดังนั้นการให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถสรุปรวบรวมได้ดังนี้

แฟรด (Fradd, 1987) อ้างถึงใน Coyne, 1996 ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของบิดามารดาในการมีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งร่วมรับผิดชอบในการดูแลบุตร ไม่ว่าพยาบาลคนใดให้การดูแลอยู่ ไม่ว่าเด็กจะได้รับการวินิจฉัยโรค

หรือรับการรักษาอะไรอยู่ก็ตาม และการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีลักษณะเหมือนการมีส่วนร่วมของบิดามารดา

บราวลี (Brownlea, 1987) อ้างถึงใน Neil, 1996 ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของบิดามารดา หรือการได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแล หรือการมีส่วนร่วมในการดูแลหรือการเป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลแก่บุตร

ครอฟ และวิลเลดเซน (Croft & Willadsen, 1992) อ้างถึงใน Hanson and Boyd, 1996 ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางอารมณ์และร่างกาย

แฮนสัน และบอน (Hanson & Boyd, 1996) กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การทำให้สมาชิกในครอบครัวได้รับความสุขสบายโดยการให้การดูแลร่างกายของบุคคลที่เป็นที่รกร่างอยู่โรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าสมาชิกในครอบครัวได้ดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ตนรักเป็นประจำที่บ้าน ก่อนที่จะกระตุ้นหรือให้กำลังใจสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องแยกประเด็นความชอบของสมาชิกในครอบครัว ความชอบของผู้ป่วยและความสามารถของสมาชิกในครอบครัวก่อน สมาชิกในครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในการดูแลได้หลากหลายวิธี เช่น ช่วยเหลือดูแลขณะรับประทานอาหาร ช่วยเหลือขณะแปรงฟัน และกิจกรรมอื่นที่ให้ความสุขสบาย และช่วยเหลือผู้ป่วยในการจัดทำผู้ป่วยหรือการเคลื่อนไหวของข้อ หรือการบริหารข้อ

ฟริดแมน (Friedman, 1997) ได้อธิบายการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่บิดามารดามีส่วนร่วมในการดูแล มีส่วนร่วมรับผิดชอบในการดูแล กระตุ้น ให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน ดูแลช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลบุตร

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของบิดามารดาหรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมดูแล หรือการมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลบุตร หรือกระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทาง สอน หรือการได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแล หรือมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับบุตรหรือเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่บุตรหรือมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องในกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งร่วมกับผู้อื่น หรือเป็นผู้ช่วยเหลือเด็กโดยตรงในการดูแลด้านอารมณ์และด้านร่างกายของเด็กด้วยความรัก ให้ได้รับความสุขสบาย ไม่ว่าพยาบาลคนใดให้การพยาบาลอยู่ ไม่ว่าเด็กจะได้รับการวินิจฉัยโรค หรือรับการรักษารักษาอะไรอยู่ก็ตาม

ดังนั้นการศึกษานี้จึงใช้ความหมายแนวคิดของการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ ฟรีดแมน (Friedman, 1997) เนื่องจากมีความหมายที่ครอบคลุมการทำกิจกรรมในโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด

บทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพ (Role of Family Participation) ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญที่สุดในการมีส่วนร่วมสนับสนุนการดูแลสุขภาพ Friedman (1997) ได้อธิบายบทบาทการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพตามสภาวะสุขภาพของเด็ก ดังนี้

1. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยของเด็ก (Health Promotion and Illness Prevention) โดยใช้กลยุทธ์ของการมีภาวะสุขภาพดี คือ เด็กมีความต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพในลักษณะองค์รวม ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน ปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ของการทำให้มีภาวะสุขภาพดี การปรับเปลี่ยนที่เกิดขึ้นอาจจะก่อให้เกิดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว เนื่องจากมีผลกระทบต่อระบบการดำเนินชีวิตของครอบครัว เด็กอาจจะมองตนเองและมองภาพลักษณ์ในลักษณะของการมีสุขภาพดีหรือความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป การปรับเปลี่ยนของครอบครัวที่เกิดขึ้นนี้ทำให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกันได้
2. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมดูแลในระยะที่มีอาการเกิดขึ้น (Symptom Experience Stage) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในระยะนี้ ครอบครัวจะมีการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และให้ความหมายของสุขภาพและการเจ็บป่วย การให้ความหมายของอาการในลักษณะความรุนแรงของอาการ สาเหตุที่เป็นไปได้ของการเกิดอาการ ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการ และความตระหนัก หรือความใส่ใจต่อการดูแลเมื่อเด็กมีอาการแสดงเกิดขึ้น รวมทั้งการป้องกันเด็กจากสิ่งที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยให้สมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวได้ช่วยกันตระหนักถึงอันตรายที่เกิดขึ้นนั้น ๆ
3. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล (Care-seeking Stage) ครอบครัวสามารถตัดสินใจว่าเมื่อใดเด็กจะมีภาวะเจ็บป่วยและต้องการช่วยเหลือเด็ก ครอบครัวสามารถตัดสินใจว่าเด็กควรจะได้รับการรักษาที่ใด (บ้าน คลินิก หรือ โรงพยาบาล)
4. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น (Medical Contact Stage) ครอบครัวทำหน้าที่เป็นหน่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้น เพื่อส่งต่อให้ระบบปฐมภูมิเพื่อทำหน้าที่ส่งผู้ป่วยต่อหน่วยบริการรักษาพยาบาลแบบใดต่อ
5. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการพึ่งพา (Dependent Patient Stage) ครอบครัวสามารถชี้ให้เห็นบทบาทของผู้ป่วย (Patient Role) ว่าควรปฏิบัติตาม

คำแนะนำได้มากน้อยระดับไหน และพฤติกรรมของผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเมื่อไร ซึ่งช่วงระยะเวลาจะครอบคลุมตั้งแต่การไม่คาดหวังว่าผู้ป่วยจะต้องหายจากความเจ็บป่วยได้เร็วในเวลาอันสั้น จนถึงความคาดหวังว่าผู้ป่วยจะฟื้นหายเป็นปกติโดยเร็ว

6. ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพครอบครัว (Rehabilitation Stage) ครอบครัวจะช่วยสนับสนุนเด็กหรือฟื้นฟูสมาชิกที่มีอาการรุนแรง หรือสมาชิกที่เป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว หรือฟื้นฟูสมาชิกที่มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างชัดเจนให้หายจากความเจ็บป่วยโดยเร็ว

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กที่มีความเจ็บป่วย

1. ประโยชน์ต่อเด็กป่วย การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กล่าวคือ ด้านร่างกาย ทำให้เด็กป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรพยาบาล เนื่องจากเด็กที่เจ็บป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างเต็มที่ เนื่องจากเด็กต้องเผชิญกับโรค ผลกระทบจากโรค และภาวะแทรกซ้อนจากโรค ฉะนั้นเด็กจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากผู้ปกครอง ผู้ปกครองสามารถให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับอาการผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงของเด็กอย่างละเอียดแม่นยำ และครอบคลุม เช่น การสังเกตอาการหอบ การดูแลเด็กเมื่อเกิดอาการหอบขึ้น การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เป็นต้น (Palmer, 2001) ส่งผลให้อุบัติการณ์อาการหอบลดลง อาการเจ็บป่วยต่าง ๆ การดูแลรักษาพยาบาล และจำนวนการเข้านอนพักรักษาในโรงพยาบาลจะลดลง (Palmer, 2001) ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาลเด็กป่วยได้ทันเวลา และมีประสิทธิภาพ ในด้านจิตใจทำให้เด็กป่วยรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจ และลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ตลอดจนลดความวิตกกังวลจากการแยกจากเนื่องจากมีครอบครัวอยู่ดูแลที่โรงพยาบาล อีกทั้งช่วยลดความเครียดที่เกิดจากความบอบช้ำ หรือความเจ็บปวดจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่งผลต่อด้านสังคมทำให้เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนระหว่างเด็กอยู่ในโรงพยาบาล และปัญหาในการปรับตัวเข้ากับสังคมน้อยลงหลังออกจากโรงพยาบาล (Bruer & Suddarth, 1986) ซึ่งเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อเด็กป่วย

2. ประโยชน์ต่อผู้ปกครอง การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ต่อผู้ปกครองมาก เห็นได้จากความสามารถและความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ กับบุตรมากขึ้น จากการที่ผู้ปกครองเป็นส่วนหนึ่งในทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้ปกครองรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์และมีความสำคัญในการคงบทบาทในการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง (Palmer, 1993; Neil, 1996) อีกทั้งช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ความทุกข์ ความตกใจกลัวของผู้ปกครองขณะอยู่ที่โรงพยาบาลลดลง เพราะได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร ตลอดจนความก้าวหน้า

เกี่ยวกับอาการ การรักษา และการพยาบาลของบุตร ซึ่งเป็นข้อมูลที่ดีสำหรับผู้ปกครองในการนำไปใช้ทั้งในขณะที่อยู่โรงพยาบาล และกลับไปอยู่ที่บ้านเด็กป่วยได้ อีกทั้งช่วยประสิทธิภาพในการสอนผู้ปกครองให้ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพบุตร ซึ่งจะเห็นจากผลลัพธ์ความเข้าใจของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพบุตรหลังจำหน่ายมีเพิ่มขึ้น (Ayer, 1978)

3. ประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล ซึ่งทำให้นักพยาบาลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กอย่างละเอียดแม่นยำ สามารถให้การดูแลเด็กป่วยได้ทันเวลา และครอบคลุมมากขึ้น อีกทั้งได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลต่าง ๆ จากเด็กป่วย ผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาลเพิ่มขึ้น (Gill, 1987; Johnson & Lindschau, 1996)

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการดูแลที่ให้กับครอบครัว เพื่อยืนยันให้ครอบครัวสามารถสนับสนุนมารดา เพื่อจะส่งผลต่อการส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วยของเด็ก การมีส่วนร่วมดูแลในระบะที่มีอาการเกิดขึ้น การมีส่วนร่วมในการแสวงหาการดูแลรักษาพยาบาล การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการพึ่งพา และการมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสุขภาพครอบครัว โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของฟรีดแมน (Friedman, 1997) ซึ่งโปรแกรมที่กำหนดขึ้นจะสอดคล้องกับความเชื่อของครอบครัวและเน้นการส่งเสริม การพัฒนา ให่คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำงานที่ของครอบครัว 3 ด้านคือ ความรู้ความเชื่อ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโรคหอบหืด โดยมีวิธีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นสัมพันธภาพ เป็นขั้นตอนแรกที่พยาบาลจะต้องสร้างให้เกิดกับครอบครัว และคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพ
2. ขั้นประเมิน เป็นขั้นที่สอง ประกอบด้วย ขั้นตอนในการค้นหาปัญหา และหาวิธีการแก้ปัญหา โดยการประเมินเกี่ยวกับโครงสร้างของครอบครัว และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้บอกเล่าถึงปัญหา ความรู้สึก และสอบถามเกี่ยวกับความคิด หรือการปฏิบัติของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว ซึ่งทำให้ครอบครัวมองเห็นวิธีการแก้ปัญหาได้

3. ขั้นปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการกระตุ้นให้ครอบครัวคิด ค้นหาวิธีการ หรือแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงความสำคัญ และมีความตั้งใจที่จะแก้ปัญหา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

4. ขั้นสรุป เป็นระยะของการสิ้นสุดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับครอบครัว โดยพยาบาลควรกระตุ้น และสนับสนุนให้ครอบครัวคงไว้ซึ่งความสามารถ หรือใช้วิธีการแก้ปัญหาต่อไป

ในกระบวนการประยุกต์ใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้วิจัยทำการประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยการถามคำถามและเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวแก่มารดาที่มีเด็กป่วยโรคหอบหืด ในการวิจัยครั้งนี้ ได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวมาใช้ เพราะเชื่อว่าครอบครัวเป็นศูนย์กลางของการดูแล ครอบครัวมีบทบาทเป็นกลจักรสำคัญในการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย มีความเชื่อว่าครอบครัวมีผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคล ผลกระทบต่อครอบครัว การดูแลที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวนั้น นำมาเพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อการรับรู้ปัญหาร่วมกัน เพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลที่ดี ได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมและ/หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด เพื่อหาวิธีที่เหมาะสมในการส่งเสริมการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาในกลุ่มมารดา หรือเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ดังนี้ ฮันเตอร์ และไบรอัน (Hunter & Bryant, 1984) ได้ศึกษาถึงผลของการให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาต่อการจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหืดในเด็ก ในกลุ่มครอบครัวที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาในเด็ก โดยวิธีการให้คำปรึกษา สาธิต และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ในครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด พบว่าหลังการให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดมีการใช้ยารักษาโรคหอบหืดในเด็กได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14 เป็นร้อยละ 78 แสดงให้เห็นว่าการเตรียมให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษามีผลต่อความรู้ความเข้าใจในโรคหอบหืดและการจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหืดได้ถูกต้องและเดทวิลเลอร์ และคณะ (Detwiler et al., 1984) ได้ศึกษาถึงโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับเด็ก 4-8 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดและครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมจะมีพัฒนาการการเรียนรู้ความต้องการของเด็กโดยการสังเกตเพิ่มขึ้น จำนวนเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและจำนวนวันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง ส่วนอีแวนและคณะ (Evan et al., 1987) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนอย่างมีแบบแผนเรื่องอาการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดอายุ 8-11 ปี โดยการสอนและแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องโรคหอบหืด และการตัดสินใจไปพบแพทย์หลังจากบรรเทาอาการหอบหืดไม่ได้ผล วิธีการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง

การควบคุมและการป้องกันการจับหัด การแก้ปัญหาเกี่ยวกับอาการจับหัดขณะอยู่โรงเรียน พบว่าเด็กให้ความสนใจ และมีส่วนร่วมในการจัดประสบการณ์ในการปรับตัวอยู่กับโรคหอบหัดเป็นอย่างดีและเกิดทักษะการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความถี่ของการจับหัดลดลง และผลการเรียนของผู้ป่วยดีขึ้น

สำหรับในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะมีการศึกษาในกลุ่มเด็กวัยเรียน คือกัญญา วันชัยนาวิน (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน โรคหอบหัดที่มีการควบคุมโรคต่างกัน โดยใช้แนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1987) ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง ยกเว้นการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการเริ่มต้นของการหอบ การพ่นยาขยายหลอดลมก่อนออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมาก และการบริหารการหายใจเพื่อให้ปอดแข็งแรง ยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุม โรคหืดมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมโรคไม่ได้ และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมโรคหอบหัดคือการได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคหอบหัด และการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของสุจริต ทุมจันทร์ (2538) ที่ศึกษาผลการสอนเรื่อง โรคและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนที่ป่วยเป็น โรคหอบหัดอายุ 7-12 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 30 ราย หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคหอบหืดมีคะแนนความรู้เรื่องโรคหอบหืด และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนในกลุ่มผู้ดูแลเด็กวัยก่อนเรียนนั้นธิดารัตน์ เอกศิรินิมิต (2539) ได้ศึกษาถึงผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัย 1-5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด ที่มีความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง พบว่า หลังการทดลองมารดากลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหอบหืดสูงกว่าก่อนการทดลองและจากการศึกษาของนัทธมนต์ สายสอน (2544) ได้ศึกษาถึงการเปรียบเทียบผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืดพบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว และสูงกว่าก่อนการทดลอง