

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืด ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในหัวข้อต่อไปนี้

1. ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดในเด็ก
2. ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดต่อเด็กและครอบครัว
3. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลบุตร โรคหอบหืด
4. แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว รูปแบบของการให้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว
5. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว กับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืด
6. โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดในเด็ก

โรคหอบหืด (Asthma) หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของทางเดินหายใจ มีการอักเสบเรื้อรัง ผลจากการอักเสบนี้จะทำให้เด็กป่วยมีอาการหายใจลำบากร่วมกับหายใจมีเสียงดังแน่นหน้าอก ซึ่งอาการดังกล่าวอาจหายไปได้เองหรือภายหลังได้รับยาขยายหลอดลม (Anderson & McDuffie, 1996) โรคหอบหืดเป็นโรคที่มีพยาธิสภาพเกิดขึ้น 3 ประการ คือ

1. มีทางเดินหายใจอุดกั้น
2. มีการอักเสบของท่อทางเดินหายใจ
3. ท่อทางเดินหายใจของเด็กป่วยที่เป็นโรคหอบหืดจะมีความไวต่อสิ่งกระตุ้นมากกว่าคนปกติ

ปัจจัยการเกิดโรคและสาเหตุส่งเสริม

1. พันธุกรรม (Heredity) พันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องในการกำเนิดโรคหอบหืดด้วยประมาณ 50 – 60% (มุกดา หวังวีระวงศ์, 2539) และพบว่าเด็กที่เป็นโรคหอบหืดนั้นมักมีประวัติญาติใกล้ชิดในครอบครัวเป็นโรคหอบหืด (Ellis, 1993)

2. การก่อภูมิไว (Sensitization) สารบางอย่างในสิ่งแวดล้อม อาจเป็นตัวกระตุ้นให้

คนบางคนที่มีความไวต่อสิ่งแพ้ภัยสร้างภูมิไวต่อสารนั้นขึ้นเมื่อได้รับสารนั้นเป็นจำนวนมาก ๆ และเป็นเวลานาน ๆ และมีโอกาสเกิดภูมิไวต่อสารนั้นขึ้นได้ คนที่มีกรรมพันธุ์ของโรคนี้จะสร้างภูมิแพ้ได้ง่ายกว่าคนอื่น สารที่ก่อภูมิแพ้ได้แก่ ฝุ่นภายในบ้าน ไรฝุ่น เกสรหญ้า เกสรวัชพืช เกสรดอกไม้ นุ่น ขนของสัตว์เลี้ยง ซากของแมลงต่าง ๆ เป็นต้น (Kuster, 1996)

นอกจากนี้ปัจจัยบางอย่างไม่ได้เป็นตัวทำให้เกิดโรคหอบหืด แต่เป็นตัวกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบหืด ซึ่งอาจมีผลทำให้โรครุนแรงขึ้น ได้แก่

1. อาการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การติดเชื้อไวรัสสามารถที่จะกระตุ้นให้เด็กป่วยโรคหอบหืดมีอาการหอบหืดอย่างเฉียบพลันได้ (Ellis, 1993)
2. การเปลี่ยนแปลงของอากาศ อากาศที่เปลี่ยนแปลงไปจะมีผลกระทบ ทำให้หลอดลมหดเกร็งได้ เช่น ความชื้น อากาศร้อนอบอ้าว การเปลี่ยนแปลงความกดอากาศอย่างรวดเร็ว เป็นสิ่งกระตุ้นให้เด็กป่วยเกิดอาการหอบหืดได้ (ไพบูลย์ พานิชการ, 2526)
3. การออกกำลังกายมากเกินไป เด็กบางรายจะเกิดอาการหอบหืดเกิดขึ้นภายหลังการออกกำลังกายอย่างมาก ซึ่งกลไกของการเกิดอาการอาจจะเกิดจากการหลังออกกำลังกาย บางชนิด มีภาวะกรดในร่างกาย การกระตุ้นประสาทเวกัส ฯลฯ (ไพบูลย์ พานิชการ, 2526)
4. สิ่งระคายเคืองหลอดลม ปัญหามลภาวะสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสำคัญที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบ (Azizi et al., 1995) ซึ่งได้แก่ สารพิษในอากาศ เช่น ออกไซด์ของไนโตรเจน และซัลเฟอร์ สารไฮโดร-คาร์บอนและโอโซนที่มาจากโรงงานอุตสาหกรรม มลภาวะทางอากาศ (Thurstone et al., 1997) ฝุ่นบ้าน ฝุ่นตามถนนหรือโรงงาน ควั่นจากท่อไอเสียรถยนต์ ควั่นไฟ โดยเฉพาะควั่นบุหรี่ เด็กโรคหอบหืดที่อยู่ในครอบครัวที่มีผู้สูบบุหรี่จะมีโอกาสเกิดอาการหอบหืดบ่อยครั้งขึ้น (Abulhosn et al., 1997) กลิ่นบางชนิด เช่น กลิ่นสเปรย์ กลิ่นน้ำหอม กลิ่นยาฆ่าแมลง เมื่อสูดดมหายใจเข้าไปจะเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมโดยตรง ทำให้เด็กป่วยมีอาการหอบหืดขึ้นได้
5. การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ เป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ เช่น ความเศร้าโศกเสียใจ ความโกรธ ความวิตกกังวล ความตื่นเต้นดีใจ ตกใจ (Lehrer et al., 1993)
6. ยาหรือสารเคมีบางชนิด เช่น เมตาโคลิน ฮีสตามีน จะทำให้หลอดลมหดเกร็ง ทันทีถ้าได้สูดดมละอองของยาเหล่านี้ สารเคมี เช่น ไอโซไซยานาท ยาฆ่าแมลง ผงซักฟอก ก็อาจทำให้เกิดหอบหืดได้ (ประพาพ ยงใจยุทธ, 2532)
7. อาหารบางชนิดพบว่า ทำให้เกิดอาการหอบหืดได้ เมื่อเด็กป่วยรับประทานเข้าไป เช่น ไข่ นม อาหารทะเล กุ้ง ผลไม้แห้ง หรือเบียร์ (National Heart Lung and Blood Institute, 1995) โดยพบว่าเด็กป่วยโรคหอบหืดบางคนมีประวัติแพ้อาหารเหล่านี้มาก่อน

การวินิจฉัยโรคหอบหืดในเด็ก

ในการวินิจฉัยโรคหอบหืดทำได้จากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย และการตรวจพิเศษทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้ (วิไล เลิศธรรมเทวี, 2529; สมชัย บวรกิตติ และ นันทามาระเนตร์, 2529; สุจิตรา นิมนานนิตย์ และ ประมวล สุนากร, 2538; ปกิต วิชยานนท์, 2542)

1. ประวัติ เป็นส่วนที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัย เพราะประวัติที่ดีนอกจากจะช่วยในการวินิจฉัยโรคหอบหืดแล้ว ยังอาจช่วยในการค้นหาสาเหตุและสิ่งกระตุ้นเพื่อไปใช้ในการรักษา ประวัติที่สำคัญที่ใช้ในการวินิจฉัย ได้แก่ ประวัติการมีอาการหอบหืดเป็น ๆ หาย ๆ หลายครั้งในอดีต สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการของโรคหอบหืด ประวัติการเป็น โรคภูมิแพ้ในระบบอื่น ๆ เช่น โรคภูมิแพ้ทางผิวหนัง (Atopic Dermatitis) การแพ้ทางจมูก (Allergic Rhinitis) และการแพ้อาหาร เป็นต้น และประวัติโรคภูมิแพ้ในครอบครัว

2. การตรวจร่างกาย อาการแสดงที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคหอบหืด ได้แก่ หน้าอกโป่งตึง ถ้าเป็นเรื้อรังมานาน การหายใจไม่สะดวก และมีเสียงหวีดโดยเฉพาะเมื่อมีการหายใจเข้าหรือหายใจออกแรง ๆ อาการไอ อาจจะไอแห้ง ๆ หรือถี่ ๆ และบางครั้งไอมีเสมหะ ลักษณะสีขาวไปจนถึงสีเหลืองข้นเมื่อมีการติดเชื้อร่วมด้วย อาการหอบและหายใจเร็วขณะมีอาการและอาจมีอาการแสดงออกของการขาดออกซิเจน เช่น อาการเขียวเกิดขึ้นได้

3. การตรวจพิเศษเพื่อสนับสนุนการวิจัย

- การตรวจภาพรังสีทรวงอก โดยปกติไม่จำเป็นต้องถ่ายภาพรังสีทุกครั้ง แต่การถ่ายภาพรังสีจะเป็นประโยชน์ในกรณีดังต่อไปนี้ 1) เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดครั้งแรก เพื่อแยกโรคเรื้อรังทางปอด อื่น ๆ ออกไป 2) เมื่อผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการให้ยาขยายหลอดลม 3) เมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยจะป่วยด้วยโรคอื่น 4) เพื่อแยกสถานะของโรคแทรกซ้อนของโรคหอบหืด

- การวัดสมรรถภาพการทำงานของปอดโดยใช้ Peak Flow Meter การวัด Peak Expiration Flow Rate (PEFR) ช่วยบอกระดับความรุนแรงของโรค โดยนำค่าที่วัดได้ไปเทียบกับ Predicted Value การวัด PEFR นอกจากจะช่วยในการวินิจฉัยแล้วยังใช้ประเมินผล การรักษาได้อีก

- การตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ เพื่อนำมาใช้ช่วยในการวินิจฉัย ได้แก่ 1) การตรวจเลือด Complete Blood Count (CBC) เพื่อดูปริมาณ Eosinophils ซึ่งมักสูงกว่าปกติ 2) การตรวจเสมหะเพื่อหา Eosinophils ซึ่งจะเป็นสิ่งที่พบบ่อยในเสมหะผู้ป่วยโรคหอบหืด 3) การตรวจภูมิแพ้ทางผิวหนังเนื่องจากผู้ป่วยโรคหอบหืดในเด็กมากกว่าร้อยละ 80 จะมีสถานะแพ้ (Atopic Status) ร่วมด้วย 4) การตรวจสมรรถภาพการทำงานของปอดโดยใช้สไปโรมิเตอร์ (Spirometer) เพื่อดูปริมาตรความจุของปอดและความเร็วสูงสุดของลมที่ผู้ป่วยสามารถเป่าออกมาได้ ทั้งนี้ผู้ป่วยมักจะมี

การลดลงของอัตราเร็วสูงสุดของลมที่เป่าออกมาจากปอด และมีลมค้างอยู่ในปอดจำนวนมาก
5) ความไวของหลอดลมต่อ Methacholin หรือ Histamine ซึ่งเป็นการตรวจพิเศษในสถาบันใหญ่ ๆ โดยอาศัยหลักว่า ผู้ป่วยจะมีความไวของหลอดลมต่อสารกระตุ้นมากกว่าคนปกติ 6) การตรวจระดับ IgE (Total Serum IgE) มักสูงขึ้นในผู้ป่วยโรคหอบหืด

อาการและการแสดงของโรคหอบหืด

เด็กโรคหอบหืดจะแสดงอาการให้เห็นทางคลินิกที่สำคัญ คือ ไอ หายใจลำบาก และ หายใจมีเสียงดังวี๊ด (Wheezing) ซึ่งอาจมีอาการเตือนนำมาก่อนก็ได้ และเป็นมากขึ้นตามลำดับ หรือ บางคนอาจเกิดอาการทันทีโดยไม่มีอาการเตือนใด ๆ มาก่อนก็ได้ ผู้ป่วยจะรู้สึกหายใจไม่ออกต้อง ออกแรงในการหายใจมากโดยเฉพาะในช่วงหายใจออก ทำให้เหนื่อย อ่อนเพลีย เหงื่อออก กระวนกระวาย กระสับกระส่าย รู้สึกหิว รุนแรงกว่าอากาศหายใจไม่พอ นอกจากนั้นยังมี อาการ ไอ โดยระยะแรก ๆ จะไอแห้ง ๆ ต่อไปจะไอบ่อยขึ้น และมีเสมหะเหนียวออกมา ขณะหายใจออก จะได้ยินเสียงวี๊ด ซึ่งบางครั้งได้ยินโดยไม่ต้องใช้เครื่องฟังปอด ผู้ป่วยจะต้องลุกนั่ง และเอนกาย ไปข้างหน้าเพื่อสูดลมหายใจ และผู้ป่วยที่อาการรุนแรงจะชอบนั่งมากกว่านอน ในรายที่อาการ มาก ๆ และเป็นนาน ๆ จะหายใจเข้า – ออกสั้นลง เสียงหายใจเบาแทบไม่ค่อยได้ยิน จนระยะสุดท้าย จะเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ทำให้เสียชีวิตได้เนื่องจากมีการบวมในหลอดลม และออกซิเจน ในเลือดต่ำมาก แต่ถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นหลังจากเกิดอาการหอบ ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บหน้าอก และ เหนื่อยมาก (ชลิรัตน์ ติเรกวัดนชัย, 2540; Anderson & McDuffie, 1996)

ระดับความรุนแรงของโรค

ตามมติที่ประชุมผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหอบหืดของสถาบันโรคหัวใจ โรคระบบทางเดิน หายใจ และโรคเลือด แห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (National Heart Lung and Blood Institute, 1997) ครั้งล่าสุดได้แบ่งระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดออกเป็น 4 ระดับคือ

1. ระดับอาการไม่รุนแรง (Mild Intermittent) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ คือมีอาการหอบหืดน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่แสดงอาการเจ็บป่วยหรือ มีอาการเป็น ระยะเวลาสั้น ๆ ช่วงที่หอบนั้น การทำงานของปอดหรือค่าอัตราการไหลผ่านสูงสุดของแก๊ส ระหว่างการหายใจออก หลังจากผู้ป่วยสูดหายใจเข้าเต็มที่ (Peak Expiration Flow Rate, PEF) เป็น ปกติ มีอาการหอบในตอนกลางคืนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อเดือน ค่าพีอีเอฟอาร์ (PEFR) หรือ เอฟวีวัน (FEV₁) มากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของค่าทำนาย และมีการเปลี่ยนแปลงค่าพีอีเอฟอาร์ ในช่วงวันไม่เกิน 20%

2. ระดับอาการรุนแรงน้อย (Mild Persistent) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการหอบมากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ไม่ถึงกับเป็นทุกวัน อาการหอบอาจส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน

หรือการนอนหลับ มีอาการหอบตอนกลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน ค่าพีอีเอฟอาร์ (PEFR) หรือ เอฟอีวีวัน (FEV₁) มากกว่าหรือเท่ากับ 80% ของค่าทำนาย มีการเปลี่ยนแปลงค่าพีอีเอฟอาร์ (PEFR) ในช่วงวันอยู่ในช่วง 20 - 30%

3. ระดับรุนแรงปานกลาง (Moderate Persistent) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการหอบทุกวัน อาการหอบจะมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันหรือการนอนหลับ มีอาการหอบในตอนกลางคืน มากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ต้องใช้ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็ว (Inhaled Short Acting β_2 -Agonist) ทุกวัน ค่าพีอีเอฟอาร์ (PEFR) หรือเอฟอีวีวัน (FEV₁) อยู่ในช่วง 60 - 80% ของค่าทำนาย และมีการเปลี่ยนแปลงค่าพีอีเอฟอาร์ (PEFR) ในแต่ละวันมากกว่า 30%

4. ระดับความรุนแรงมาก (Severe Persistent) ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะมีอาการหอบเกิดขึ้นบ่อยติดต่อกันทั้งกลางวันกลางคืน อาการหอบทำให้มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ค่าพีอีเอฟอาร์ (PEFR) หรือเอฟอีวีวัน (FEV₁) ต่ำกว่า 60% ของค่าทำนาย และมีการเปลี่ยนแปลงค่าพีอีเอฟอาร์ (PEFR) ในแต่ละวันมากกว่า 30%

การรักษาโรคหอบหืด

เป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาเด็กป่วยโรคหอบหืดคือป้องกันการเกิดอาการเรื้อรัง คงไว้ซึ่งการทำงานของปอดที่เป็นปกติหรือใกล้เคียงปกติ ไม่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ป้องกันการเกิดอาการกำเริบ และลดจำนวนครั้งของการมาพบแพทย์ฉุกเฉินหรือการเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการรักษาโดยยาอย่างถูกวิธี และมีอาการข้างเคียงจากยาที่ใช้น้อยที่สุด รวมทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้รับความพึงพอใจในการดูแล (National Heart Lung and Blood Institute, 1997; Schulz et al., 1994)

หลักในการรักษาโรคหอบหืด

1. หลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้และสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ การรักษาโดยการหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้เป็นการรักษาต้นเหตุ จึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด แต่ในทางปฏิบัติมักทำได้ยาก เนื่องจากเด็กป่วยโรคหอบหืดส่วนใหญ่มักจะแพ้ต่อสารหลาย ๆ ชนิดในเวลาเดียวกัน จึงทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากสารก่อภูมิแพ้ได้ทั้งหมด ดังนั้นการให้ความรู้แก่บิดามารดาหรือผู้ให้การดูแลเด็กเกี่ยวกับการควบคุมสิ่งแวดล้อมจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรแนะนำถึงวิธีการสังเกตว่าสิ่งใด ที่ทำให้เด็กเกิดอาการแพ้และกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ เพื่อที่จะได้สามารถควบคุมหรือหลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กสัมผัสกับสิ่งที่แพ้เหล่านั้น (Kuster, 1996)

2. การรักษาด้วยยา การใช้ยาในผู้ป่วยโรคหอบหืดมีจุดมุ่งหมายเพื่อดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างเป็นปกติ และมีการ

ทำงานของปอดที่ใกล้เคียงปกติ รวมทั้งป้องกันการเกิดอาการกำเริบ โดยที่ไม่มีผลข้างเคียงเกิดขึ้นจากการได้รับยานี้ ๆ (Rachelefsky et al., 1993) ปัจจุบันนี้มียาหลายชนิดที่ใช้ในการรักษา โรคหอบหืด ได้ผลดีและมีอาการข้างเคียงน้อยกว่าเดิม ยารักษาโรคหอบหืดแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ Adrenergic Agent, Xanthine Group, Anticholinergic Drugs, Mast Cell Inhibitor และ Corticosteroid (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2539; สุกรี สุวรรณจุฑะ และธิตติมา ชัยสุขมงคลลาภ, 2534; Stempel & Szafler, 1992)

Adrenergic Agent ยาในกลุ่มนี้เป็นยาที่นิยมใช้กันมากที่สุด ออกฤทธิ์โดยตรงที่ Beta2 - Receptor ที่กล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม ทำให้มีการคลายตัวของกล้ามเนื้อหลอดลม ยาในกลุ่มนี้ได้แก่ Epinephrine, Albuterol, Terbutaline เป็นต้น

Xanthine หรือ Theophyllin เป็นยาขยายหลอดลมที่ทำให้เกิดการคลายตัวของกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลม ด้วยกลไกที่ต่างจากยาในกลุ่มแรก แต่อาจมีพิษได้ถ้าใช้ในขนาดสูง เช่น ทำให้เกิดคลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย นอนไม่หลับ กระสับกระส่าย ชัก หัวใจเต้นเร็ว กล้ามเนื้อหัวใจบีบตัวผิดปกติ

Anticholinergic Drugs ยาในกลุ่มนี้ออกฤทธิ์ขยายหลอดลม มีผลในการขยายหลอดลม ขนาดกลางและขนาดใหญ่ได้ดี ฤทธิ์ของยาจะออกช้ากว่า Adrenergic แต่ฤทธิ์จะอยู่นานกว่า ไม่นิยมใช้ในการรักษาอาการจับหืดแบบเฉียบพลัน ยาที่ใช้ได้แก่ Ipratropium Bromide ยานี้ไม่ผ่านระบบการไหลเวียนเลือดในสมอง ทำให้ไม่มีผลข้างเคียงต่อสมอง

ยาป้องกันหอบ (Prophylactic Drugs for Bronchial Hyperreactivity) หรือกลุ่ม Mast Cell Inhibitor เป็นกลุ่มยาที่ยับยั้งไม่ให้ Mast Cell หลั่ง Mediator ออกมา ยาชนิดนี้ ใช้ในการรักษาเด็กที่มีอาการหอบเรื้อรัง ไม่มีฤทธิ์ขยายหลอดลม จึงใช้ไม่ได้ผลในขณะที่มีอาการหอบ ปัจจุบันที่นิยมใช้มี 2 ชนิด คือ Cromolyn Sodium และ Ketotifen อาการข้างเคียงที่พบของ Cromolyn Sodium มีน้อยมาก อาจมีไอจากการระคายคอ ส่วน Ketotifen เป็นยา Antihistamine จึงอาจมีอาการง่วงซึมได้ในระยะแรก

Corticosteroid ยานี้เป็นยาที่ใช้ได้ผลดีมากในผู้ป่วยหอบหืด มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ แต่เนื่องจากผลข้างเคียงของยามีนาน และเป็นอันตรายถ้าใช้เป็นเวลานาน เช่น การเจริญเติบโตช้า กดภูมิคุ้มกันร่างกาย จึงมีข้อจำกัดในการใช้ จึงได้มีการคิดค้นยานี้ออกมาเป็นชนิดสูดดม ซึ่งช่วยลดผลข้างเคียงต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย แต่อาจพบเชื้อราในปากได้ การลดอาการข้างเคียงนี้ ทำได้โดยให้ผู้ป่วยบ้วนปากหลังสูดดมยาแล้ว ข้อมองชี้จะใช้นานี้ก็ต่อเมื่อให้ยาขยายหลอดลมขนาดเต็มที่แล้วผู้ป่วยยังมีอาการหอบอยู่ หรือในรายที่มีอาการหอบรุนแรง หรือในผู้ป่วยที่ต้องให้ยา Corticosteroid ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา

นอกจากยาทั้ง 5 กลุ่มที่กล่าวมาแล้ว ยังมียาที่ใช้ในการรักษาหอบหืดร่วมด้วย เช่น

ยาขับเสมหะและยาละลายเสมหะ เนื่องจากผู้ป่วยหอบหืดจะมีเสมหะมากและเหนียว (สุกรี สุวรรณอุษะ และธิติมา ชัยศุภมวงคตลาภ, 2534)

หลักในการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 5 ปี แบ่งตามระดับความรุนแรงของโรค (National Heart Lung and Blood Institute, 1997) ดังนี้

รายที่มีอาการไม่รุนแรง(Mild Intermittent) ให้การรักษาเมื่อมีอาการหอบแต่ละครั้งด้วย ยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วโดยการพ่นเป็นฝอยละออง หรือให้ยาในกลุ่ม Beta2-Agonist ชนิดรับประทาน ถ้ามีการติดเชื้อไวรัสร่วมด้วยให้ยาขยายหลอดลมทุก 4 – 6 ชั่วโมง

กลุ่มที่มีอาการรุนแรงเล็กน้อย (Mild Persistent) ให้การดูแลระยะยาวด้วยยาต้านทานการอักเสบทุกวัน เช่น Cromolyn และให้ยาขยายหลอดลมเฉพาะครั้งเมื่อหอบ

กลุ่มที่มีอาการรุนแรงปานกลาง (Moderate Persistent) ให้การดูแลระยะยาวด้วยยาต้านทานการอักเสบทุกวัน และให้ Corticosteroid ขนาดปานกลางทางสูดดม ร่วมกับยาในกลุ่ม Nedocromil หรือ ให้ Corticosteroid ชนิดสูดดมร่วมกับยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ยาว เช่น กลุ่ม Theophyllin และเมื่อมีอาการหอบแต่ละครั้งให้ยาขยายหลอดลมได้ แต่ไม่ควรเกินวันละ 3 ครั้ง

สำหรับกลุ่มที่มีอาการรุนแรงมาก (Severe Persistent) ให้การดูแลระยะยาวด้วย กลุ่ม Corticosteroid ขนาดสูงทุกวัน โดยการพ่นเป็นฝอยละออง ร่วมกับยาขยายหลอดลมที่ออกฤทธิ์ยาว อาจพิจารณาให้ Corticosteroid ชนิดฉีดร่วมด้วยถ้าจำเป็น และให้ยาขยายหลอดลมเมื่อมีอาการหอบเฉพาะครั้ง

การรักษาโรคหอบหืดในเด็กเล็กให้ได้ประสิทธิภาพนั้น การให้ยาขยายหลอดลมเพียงอย่างเดียวไม่สามารรถแก้ไขภาวะหืดของหลอดลมที่มีการอักเสบร่วมได้ดี การให้ยาขยายหลอดลมเป็นการรักษาอาการหอบเฉพาะครั้ง ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงธรรมชาติของโรค นั่นคือผู้ป่วยยังคงมีอาการหอบเหนื่อยง่ายตลอดไป เพราะปัญหาหลอดลมหืดเนื่องจากอักเสบไม่ได้แก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กซึ่งมีโครงสร้างและการทำงานทางการหายใจที่เสียเปรียบกว่าเด็กโต ย่อมมีอาการรุนแรงได้มากเมื่อมีการอุดกั้นของหลอดลม เด็กเล็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดระดับปานกลางถึงรุนแรง จึงมักเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยครั้ง ดังนั้นการรักษาโรคหอบหืดในเด็กเล็กจึงต้องได้รับการติดตามรักษาอย่างต่อเนื่อง มิใช่รักษาโดยการให้ยาขยายหลอดลมเฉพาะครั้งเท่านั้น การลดการอักเสบของเยื่อหลอดลมโดยการให้ยาป้องกันหอบที่เหมาะสมตามวัย เช่น Cromolyn Sodium, Corticosteroid, Ketotifen เป็นต้น ซึ่งเป็นยาต้านการอักเสบที่ปลอดภัย มีประโยชน์ในการรักษาระยะยาว โดยให้เด็กได้รับยาป้องกันหอบนี้ทุกวันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลจากการรักษาโดยการให้ยาป้องกันหอบอย่างต่อเนื่องในเด็กเล็กนี้ พบว่าได้ผลดี

คือ เด็กมีอาการหอบน้อยลง การเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลดลง ความสิ้นเปลืองทั้งเวลา และค่าใช้จ่ายในการรักษาน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาเมื่อมีอาการหอบเฉพาะครั้ง (สุพิชชา แสงโชติ, 2540)

1. การรักษาทางภูมิคุ้มกันวิทยา (Immunotherapy) โดยการฉีดสารที่ผู้ป่วยแพ้เข้าไปในร่างกายผู้ป่วย โดยใช้ปริมาณน้อย ๆ แล้วเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ เพื่อให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านสารนั้น ๆ การรักษาด้วยวิธีนี้ใช้ระยะเวลานาน ขึ้นกับการตอบสนองของผู้ป่วย จะฉีดจนกว่าผู้ป่วยไม่มีอาการอย่างน้อย 1 ปี จึงหยุดการรักษาได้ ส่วนใหญ่จะใช้เวลาประมาณ 3 – 5 ปี ข้อบ่งชี้ของการรักษาวิธีนี้ คือ เป็นโรคหอบหืดที่เกิดจากการแพ้สารต่าง ๆ ภายนอกร่างกาย (Extrinsic Asthma) มีอาการรุนแรง รักษาด้วยยาแล้วไม่ได้ผล หรือไม่อาจหลีกเลี่ยงสารก่อภูมิแพ้ที่ทำให้เกิดอาการแพ้ได้ (ประพาฬ ยงใจยุทธ, 2532)

2. การรักษาโดยการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (Rehabilitation Therapy) เป็นวิธีที่กำลังเป็นที่สนใจและนิยมมากในการรักษา โดยการให้ความรู้แก่ทั้งผู้ป่วย พ่อแม่ ผู้ปกครอง ให้เข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเวลาที่เกิดอาการหอบหืด วิธีการป้องกัน วิธีการให้ยาที่ถูกต้อง ทั้งยาสูด ยาพ่น ยากินขนาดต่าง ๆ รวมทั้งการบริหารปอดอย่างถูกวิธี การไอ และการหายใจที่ถูกต้อง (Breathing Exercise) ซึ่งมีผลช่วยทำให้อัตราการป่วยและการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล รวมทั้งการเกิดภาวะฉุกเฉินจากอาการหอบหืดจนทำให้ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลลดลงเป็นอย่างมาก (มุกดา หวังวิรวงษ์, 2539)

3. การรักษาจิตใจ ความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เด็กเกิดอาการหอบหืดได้ (Lehrer et al., 1993) นอกจากนั้นทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับโรคหอบหืดของผู้ป่วย และครอบครัว อาจทำให้มารดามีพฤติกรรมที่ผิดปกติ เช่น มารดาปกป้องบุตรมากเกินไป หรือบางรายอาจจะละเลยไม่สนใจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ อารมณ์ของเด็กทำให้การรักษาไม่ได้ผลดีเท่าที่ควร บุคลากรทางการแพทย์จึงต้องประเมินทัศนคติ ความเชื่อและปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วย และครอบครัว มีการวางแผนร่วมกันในการดูแลรักษา การเลือกวิธีการรักษาวิธีนี้อาจใช้ได้ในเด็กโรคหอบหืดที่มีปัญหาทางจิตใจบางประเภท เช่น เด็กที่ติดมารดามาก หรือเด็กที่มารดาปกป้องมากเกินไป (เพลินดา พรหมบัวศรี, 2536)

ผู้ป่วยโรคหอบหืดที่มีอาการรุนแรงหรือมีการควบคุมโรคที่ไม่ดี ไม่ตอบสนองต่อการรักษา อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ได้ เช่น เสมหะอุดตัน ทำให้เกิดภาวะปอดแฟบ การติดเชื้อของปอดและหลอดลม ถุงลมแตกทำให้มีลมในช่องเยื่อหุ้มหัวใจและเยื่อหุ้มปอด ภาวะปอดบวม น้ำหรือภาวะหายใจล้มเหลว (มุกดา หวังวิรวงษ์, 2539)

ผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดต่อเด็กและครอบครัว

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังทางปอด ที่พบบ่อยที่สุดในเด็ก มีอัตราการป่วยและอัตราการตายที่เพิ่มมากขึ้น (Svavarsdottir et al., 2000) ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลพึงตระหนัก เพื่อให้การป้องกันและแก้ไข เมื่อเด็กเป็นแล้วจะส่งผลกระทบต่อเด็กป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ/อารมณ์ สังคมและบุคลิกภาพ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อครอบครัวในด้านต่าง ๆ ดังนี้

ผลกระทบของภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดต่อเด็ก

1. ทางด้านร่างกาย ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดจะมีการเจริญเติบโตช้ากว่าปกติทั้งส่วนสูงและน้ำหนัก และเข้าสู่วัยรุ่นช้าทั้งในเด็กผู้หญิงและผู้ชาย โดยเฉพาะในเด็กที่มีอาการปานกลางและรุนแรง การที่เด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดมีพัฒนาการล่าช้า ไม่ใช่เป็นผลมาจากความรุนแรงของโรคหอบหืดโดยตรง แต่เป็นผลจากการที่เด็กได้รับยาจำพวกสเตียรอยด์เป็นเวลานาน บิดามารดาจะรู้สึกว่าลูกตนเองค่อนข้างผอม เลี้ยงไม่โต รับประทานอาหารได้น้อย บางครั้งอาจเกิดอาการเบื่ออาหาร ถ้ามีอาการของโรครุนแรงยิ่งขึ้น เด็กจะมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอลงเรื่อย ๆ (Barnes et al., 1998; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2541) และจากการหอบมาก ๆ ในช่วงตอนกลางคืนและเช้ามืด เนื่องจากมีแนวโน้มการระบายอากาศ (Ventilator Function) จะลดลงในตอนเย็นกลางคืน และช่วงเช้า จะทำให้เด็กมีร่างกายอ่อนเพลียจากการอดนอน (Jones, 1976; ปกิต วิชยานนท์, 2542) ในรายที่เป็นมานานจะพบว่าหลอดลมจะหนาตัวขึ้น หรือถ้าเป็นรุนแรงและนาน ลมคั่งในปอดมากจะดันให้หน้าอกขยายใหญ่ขึ้นเป็นอกถัง (Barrel Chest) ถ้าเด็กป่วยมีอาการจับหืดอย่างรุนแรงติดต่อกันนานมากกว่า 24 ชั่วโมงทั้ง ๆ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมเต็มที่แล้ว จะเกิดเป็น Status Asthmaticus ซึ่งอาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้จากภาวะการหายใจล้มเหลวหรืออาจเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด มีลมในช่องเมดิเอสตินัม (Pneumomediastinum) (สมชาติ ไตรภักขา, 2527) ซึ่งจากการศึกษาของอีเซอร์ และคณะ (Eiser et al., 1991) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืดจะมองว่า บุตรของตนจะมีภาวะสุขภาพที่ไม่แข็งแรง เป็นหวัด เจ็บป่วยหรือติดเชื้อได้ง่ายกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรค และจากการศึกษาของเพลินดา พรหมบัวศรี (2536) พบว่า เด็กโรคหอบหืดที่มีการควบคุมโรคไม่ดีทำให้เด็กมีอาการ จับหืดบ่อย ๆ และมีอาการที่เลวลงจนเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด และมีภาวะ หัวใจล้มเหลวได้

2. ทางด้านสติปัญญาและภาษา การเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดของเด็กและสถานะของโรค ทำให้เด็กต้องขาดเรียนบ่อยจากการที่ต้องไปพบแพทย์ หรือเมื่อต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลเป็นครั้งคราว บางครั้งเด็กไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมหรือเล่นกับกลุ่มเพื่อนได้ ทำให้เด็กขาดโอกาสในการเรียนรู้และมีผลต่อการเจริญเติบโตของสมอง ส่งผลให้พัฒนาการทางสติปัญญา หรือภาษาต้องหยุดชะงักหรือช้าลง และยังมีผลต่อความพร้อม ความจำ แรงจูงใจ ของเด็กด้วย

3. ทางด้านจิตใจ/ อารมณ์ ถึงแม้ว่าโรคหอบหืดไม่ใช่เป็นโรคทางจิต แต่ก็เหมือนโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่อาจทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจจากโรคที่เป็นได้มากกว่าเด็กปกติ เพราะในขณะที่เกิดอาการหอบหืดจะรู้สึกทุกข์ทรมาน หายใจไม่ออก หายใจไม่ได้ มีความรู้สึกเหมือนมีของหนัก ๆ ทับบนทรวงอก ส่งผลให้เด็กเกิดความกลัวและกังวล บางครั้งเกิดความรู้สึกกลัวตายร่วมด้วย เมื่อมีอาการบ่อยก็ยิ่งทุกข์ใจ อาจแสดงออกมาในรูปของอารมณ์โกรธ ซึมเศร้า ก้าวร้าว ถดถอย เป็นต้น รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย และมีคุณค่าในตนเองลดลง นอกจากนี้เด็กยังได้รับการถ่ายทอดความเครียด และความวิตกกังวลจากบิดามารดา ยิ่งบิดามารดามีความวิตกกังวลมากเท่าใด ยิ่งส่งผลกระทบต่อเด็กมากเท่านั้น การที่เด็กเกิดความเครียด วิตกกังวล จะทำให้เด็กซึม ไม่ยอมเล่น ทำให้เด็กขาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถหรือทักษะต่าง ๆ ที่เกิดจากการเล่น ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยที่กระตุ้นหรือส่งเสริมพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของเด็ก (ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2541) ซึ่งจากการศึกษาของแมคเคลิน และคณะ (Maclean et al., 1992) พบว่าเด็กวัย 6 – 11 ปี ที่เป็นโรคหอบหืดจะมีปัญหาต่อการปรับตัวทางด้านจิตใจ/ อารมณ์มากกว่าเด็กปกติ

4. ด้านสังคมและบุคลิกภาพ จะพบว่าเด็กโรคหอบหืดมักถูกจำกัดกิจกรรมจากผู้ปกครองเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยหรือกลัวว่าเด็กจะมีอาการหอบมากขึ้น เช่น ห้ามเล่นกีฬา ห้ามออกนอกบ้านต้องอดหรือระวังในสิ่งที่ตนแพ้ ห้ามรับประทานอาหารบางชนิดแม้ว่าจะเป็นของชอบ ห้ามเล่นตุ๊กตาขนสัตว์ตัวโปรดที่ชอบนอนกอดในเวลากลางคืน ห้ามเล่นกับสัตว์เลี้ยง เป็นต้น ทำให้เด็กเกิดความรู้สึกไม่เหมือนคนอื่น เกิดความอาย ไม่กล้าบอกใคร ๆ เกี่ยวกับตนเอง เด็กจะกลายเป็นคนที่ขาดการกระตุ้นจากภายนอก และมีปัญหาในการเข้าสังคม จนกลายเป็นเด็กที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่กระตือรือร้น ไม่อดทน ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา (Maclean et al., 1992; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2541) มีบุคลิกภาพแบบไม่มั่นใจและมักแยกตัวจากสังคมจากการศึกษาของแคดแมนและคณะ (Cadman et al., 1987) พบว่า เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างเฉียบพลันและเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรังร่วมกับมีความพิการ จะมีการปรับตัวด้านสังคมยากกว่าเด็กปกติที่อยู่ในวัยเดียวกัน

ผลกระทบของภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดต่อครอบครัว

1. ด้านชีวิตประจำวัน เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยในครอบครัว อาจทำให้มารดาไม่มีเวลาเป็นของตนเองเท่าที่ควร ต้องลดเวลาการทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ ของตนเองลง เช่น การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น เพื่อหันมาทุ่มเทเวลาให้กับเด็กที่เจ็บป่วยอย่างเต็มที่ เหตุการณ์เช่นนี้จะทำให้เกิดผลกระทบต่อมารดาได้อย่างต่อเนื่อง และอาจเลวไปถึงด้านอื่น ๆ นอกเหนือไปจาก กิจกรรมประจำวันได้ ซึ่งจากการศึกษาของสวาเวร์สโดตทิร์ และคณะ (Svavarsdottir et al., 2000) พบว่า มารดาที่มีบุตรตั้งแต่แรกเกิด – 6 ปี ที่เป็นโรคหอบหืดจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการปฏิบัติภาระกิจมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ การประคับประคอง สนับสนุนด้าน

อารมณ์ การส่งเสริมพัฒนาการ จัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของเด็ก เช่น การร้องไห้ การหลีกเลียงสิ่งกระตุ้น และการนอนยาก เป็นต้น และมารดามีค่าเฉลี่ยเวลาในการปฏิบัติภารกิจดังกล่าวสูงกว่าบิดา

2. ด้านจิตใจและอารมณ์ ในระยะที่บุตรสบายดี บิดามารดาจะอยู่ในโลกของความปกติสุข ครอบครัวจะรู้สึกเป็นสุข แต่เมื่อเด็กมีอาการกำเริบขึ้น บิดามารดาจะกลับเข้าสู่โลกแห่งความเจ็บป่วยที่มีแต่ความเครียดวิตกกังวล (ปริสนา สุนทรไชย, 2534) บิดามารดาอาจจะกลัวและกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของบุตร กลัวบุตรจะเป็นมาก กลัวบุตรจะตาย กลัวบุตรจะหายใจไม่ออก ความกลัวและกังวลจากสิ่งเหล่านี้จะเพิ่มความกลัวให้กับครอบครัว (ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนนท์, 2541) บิดามารดาอาจมีลักษณะการเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป (Overprotection) ตามใจหรือบางรายอาจปฏิเสธเด็กป่วยไปเลยก็มี การเจ็บป่วยของเด็กอาจมีผลต่อการปฏิบัติงานของครอบครัว การได้ออกจากงานหรือเปลี่ยนงานจะส่งผลต่อสภาพจิตใจของบิดามารดาทำให้ครอบครัวมีความเครียดเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาซึ่งมีหน้าที่ในการดูแลเด็กจะมีความเครียดเกิดขึ้นเมื่อเด็กมีอาการจับผิดโดยไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นในขณะใดของแต่ละวันซึ่งจากการศึกษาของ อีเซอร์และคณะ (Eiser et al., 1991) พบว่า มารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดจะมีความยุ่งยากลำบากใจมากกว่ากลุ่มปกติ เมื่อต้องพาบุตรไปชมและเลือกซื้อสินค้า (Shopping) และบิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืดจะมองว่า สภาพการณ์โดยทั่วไปในแต่ละวันจะก่อให้เกิดความเครียดต่อครอบครัวมากกว่ากลุ่มที่มีบุตรปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของสกาเวิร์น พวงจันทร์ (2539) ที่พบว่า การมีบุตรเจ็บป่วยในครอบครัวจะมีผลทำให้สภาพจิตใจของมารดามีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมซึ่งเป็นผลกระทบที่พบมากเป็นอันดับที่ 3 รองจาก การมีการเปลี่ยนแปลงค่าใช้จ่ายและการต้องลาหยุดงานเพื่อดูแลบุตร และยังสอดคล้องกับการศึกษาของดอนเนลลี (Donnelly, 1994) ที่พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืดจะมีความเครียดเกี่ยวกับการเปลี่ยนงานร้อยละ 85 รองลงมาคือ เครียดจากการต้องลาหยุดงาน ขาดงานหรือต้องออกจากงานร้อยละ 48 และเครียดจากการที่ครอบครัวต้องหยุดมีบุตรร้อยละ 44 ตามลำดับ

3. ด้านสัมพันธภาพภายในครอบครัว การที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดเกิดขึ้นในครอบครัวนั้นอาจทำให้สัมพันธภาพภายในครอบครัวกระทบกระเทือนไปด้วยโดยเฉพาะสัมพันธภาพในชีวิตสมรส บางครอบครัวสามีภรรยาจะมีความใกล้ชิดกันมากขึ้นเพราะต้องปรึกษาและให้การประคับประคองซึ่งกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สกาเวิร์น พวงจันทร์ (2539) ที่พบว่า การมีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัวทำให้มารดามีโอกาสพูดคุยปรึกษาปัญหาเกี่ยวกับบิดาเพิ่มมากขึ้น แต่สิ่งที่เกิดขึ้นน้อย คือ ความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยาห่างเหินกันเพราะมารดาให้ความสนใจแต่ผู้ป่วยเด็ก หรือต้องรับภาระการดูแลประคับประคองเด็กที่ป่วยเป็นเวลานาน ไม่ได้

รับการพักผ่อน ส่วนสามีต้องทำงานมากขึ้นเพราะต้องใช้จ่ายมากขึ้น บางครั้งขัดแย้งกันในเรื่องโปรแกรมการรักษาหรือดูแลเด็ก (ปริศนา สุทนไชย, 2534) จากการศึกษาของ แลนสกี (Lansky, 1978) พบว่า บิดามารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและได้รับการรักษานานมากกว่า 7 ปี พบว่า อัตราการหย่าร้างร้อยละ 1.19 สอดคล้องกับการศึกษาของแพลท (Platt, 1979 อ้างถึงใน สกาวรัตน์ พวงจันทร์, 2539) ที่พบว่า การมีบุตรเจ็บป่วยในครอบครัวมีผลทำให้ชีวิตการแต่งงานไม่มั่นคง เนื่องจากการคามักหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่สมรส ด้วยเกรงว่าจะเกิดบุตรที่เจ็บป่วยขึ้นอีก และสอดคล้องกับการศึกษาของว็ชเลอร์และคณะ (Waechler et al., 1985) ที่พบว่า ผลเสียที่เกิดขึ้นจากการมีบุตรเจ็บป่วย คือ ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดาของเด็กเลวลง และก่อให้เกิดความแตกแยกในครอบครัวได้

4. ด้านเศรษฐกิจ จากการที่โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรัง ต้องรักษาเป็นเวลานานทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง และถ้าต้องนำเด็กมาตรวจหรือรักษาในโรงพยาบาลที่อยู่ห่างไกลจากบ้านมาก ๆ ก็ต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทาง ค่าที่พัก และค่าอาหาร บิดามารดา ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ (ศรีสมบุญ มุสิกสุคนธ์, 2541) บางครอบครัวบิดามารดาต้องหยุดงานพาเด็กมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล บางครอบครัวมารดาต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลเด็กที่บ้าน (Smith et al., 1987) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ เพราะการเจ็บป่วยแต่ละครั้งจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในขณะที่รายได้ของครอบครัวไม่ได้เพิ่มขึ้น (Ellis, 1983) ซึ่งการศึกษาของ สกาวรัตน์ พวงจันทร์ (2539) พบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นมากที่สุดกับมารดาและครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงการใช้จ่ายเงินเพื่อดูแลรักษานบุตรที่เจ็บป่วยและมารดาต้องลาหยุดงานเพื่อดูแลบุตรที่ป่วย

5. ด้านสังคม มารดาที่ต้องดูแลเด็กป่วยอย่างใกล้ชิดอาจทำให้มารดาขาดการติดต่อกับผู้อื่นเนื่องจากต้องแยกตัวเองออกจากสังคม ทำให้มารดาขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารหรือการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจ ขณะที่มารดาเกิดภาวะเครียด (Wasilewski et al., 1988) และ ผลของความเจ็บป่วยของเด็กทำให้การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมของบิดามารดาลดลงได้ โดยบ้างก็ให้เหตุผลว่าต้องอยู่ดูแลเด็กป่วย หรือเกรงว่าเด็กจะมีอาการไม่ดีหากทิ้งไว้เพียงลำพัง (Smith et al., 1987) บางครอบครัวญาติพี่น้องจะเป็นแหล่งให้การสนับสนุนให้การประคับประคองที่ดี อาจช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายได้บ้าง แต่บางครอบครัวอาจไม่มีเวลาไปมาหาสู่กัน ซึ่งอาจมีผลทำให้สัมพันธ์ภาพที่เคยมีต่อกันต้องห่างเหินกันออกไปทุกที นอกจากนี้มารดาบางรายอาจหาข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน หรือระบายทุกข์ที่เกิดจากการเจ็บป่วยของบุตรให้ผู้อื่นฟัง

6. ด้านบทบาทหน้าที่ เนื่องจากที่ผ่านมาสังคมมักกำหนดบทบาทหน้าที่ของฝ่ายหญิงและชายในครอบครัวแยกจากกัน คือ บิดาจะเป็นหัวหน้าครอบครัวมีหน้าที่ในการหารายได้

รับผิดชอบในการตัดสินใจต่อการดำเนินชีวิตของครอบครัว ให้การปกป้องคุ้มครองชีวิต ในครอบครัว ส่วนมารดามีหน้าที่ในการดูแลงานบ้านและเลี้ยงดูบุตร (Murphy, 1979) ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยของบุตรจะส่งผลกระทบต่อมารดามากกว่าบิดาเพราะต้องดูแลเอาใจใส่บุตรที่ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ในครอบครัวได้ตามปกติ เมื่อบุตรที่มีอาการหอบที่รุนแรงหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มารดาต้องมาดูแลบุตรทำให้เวลาในการดูแลสมาชิกคนอื่นในครอบครัวน้อยลงไม่สามารถทำงานบ้านได้ตามปกติ ส่งผลต่อสภาพจิตใจของมารดาและส่งผลต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวซึ่งจะต้องมีการปรับบทบาทมาทำงานแทนมารดาหรือภรรยา (Moore et al., 1986) บางครอบครัวอาจจะเกิดความยุ่งเหยิง ก้าวถอยหน้าที่มากเกินไป บางครอบครัวชอบสร้างกฎเกณฑ์ที่เคร่งครัด จนสร้างความเครียดขึ้นในบ้านหรือไม่ยอมเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เคยทำ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสมดุลของครอบครัวต่อไป

7. ด้านพี่น้องของเด็กป่วย เมื่อมีเด็กเจ็บป่วยในครอบครัว จะมีผลกระทบต่อพี่น้องของเด็กป่วยที่มีสุขภาพดี โดยเฉพาะสัมพันธภาพของพี่น้องของเด็กป่วยกับมารดา อาจทำให้มารดาดูแลเอาใจใส่เด็กป่วยมากกว่าปกติ พี่น้องของเด็กป่วยไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลเท่าที่ควร มีเวลาพูดคุยกันน้อย ทำให้พี่น้องของเด็กป่วยเข้าใจผิดคิดว่ามารดารักตนน้อยลง พี่น้องของเด็กป่วยจะเริ่มมีปฏิกิริยาทางด้านจิตใจ คือ เรียกร้องความสนใจมากขึ้น อาจเกิดจากความอิจฉาเด็กป่วย หรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในขณะเดียวกันพบว่าบิดามารดาอาจมีการเลี้ยงดูเด็กคนอื่น ๆ ซึ่งมีภาวะสุขภาพปกติเปลี่ยนแปลงไปด้วย (Moore et al., 1986) โดยพบว่าบิดามารดาจะมีการติดต่อใกล้ชิดกับเด็กคนอื่น ๆ ลดลง เนื่องจากเห็นว่าเด็กที่เจ็บป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลมากกว่า สิ่งเหล่านี้มีผลต่อสัมพันธภาพระหว่างมารดาและเด็กคนอื่น ๆ เลวลง (Lansky, 1978) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ ชื่นจิตร (2545) พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดจะมีสภาวะทางอารมณ์ต่ำ มีการแสดงบทบาทในโรงเรียนและสังคมต่ำ มีสัมพันธภาพในคู่พี่น้องต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับเด็กวัยเรียนที่มีพี่น้องสุขภาพดี

โรคหอบหืดที่เกิดขึ้นในเด็กมีผลกระทบต่อทั้งตัวเองและครอบครัวในด้านต่าง ๆ การดูแลเด็กที่เป็นโรคนี้นี้จึงต้องอาศัยความอดทนและความมีเหตุผลอย่างมาก เพราะการมีภาวะดังที่เรียกว่า อารมณ์ของผู้ใหญ่ สามารถส่งผลต่อการรับรู้ของเด็กได้ ซึ่งมีผลต่ออาการหอบของเด็ก บุคลากรทางการแพทย์/พยาบาลพึงตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้เพื่อการป้องกันและแก้ไข ซึ่งการดูแลรักษาที่ให้ผลดีต้องอาศัยความร่วมมือร่วมใจอย่างใกล้ชิดระหว่างครอบครัวกับแพทย์/พยาบาล โดยควรอธิบายให้ครอบครัวและเด็กเข้าใจถึงความเป็นมาของโรค การรักษาและวิธีการช่วยเหลือตนเอง เมื่อเกิดอาการของโรคอย่างเฉียบพลัน แนะนำการสังเกตและการหลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ การกำจัดสารก่อภูมิแพ้ซึ่งเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด เน้นการดูแลเด็กให้มีสุขภาพดีตามระยะพัฒนาการ เพื่อให้

มีความต้านทานต่อการติดเชื้อ (Ladebauche, 1997) บอกลักษณะต่าง ๆ ของโรคที่มีต่อตัวเด็ก และครอบครัว เพื่อให้เด็กป่วยและครอบครัวเกิดการยอมรับ สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม การดูแลตนเองในการรักษาสุขภาพจึงเป็นปัจจัยสำคัญ แต่สำหรับเด็กวัย 1 – 6 ปี เป็นวัยที่ยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และส่วนหนึ่งมาจากภาวะการเจ็บป่วยของเด็ก ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ จำเป็นต้องพึ่งพามุคคในครอบครัว เพื่อช่วยเหลือในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Orem, 1995) มารดาเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดและมีบทบาทในการดูแลให้บุตรเผชิญปัญหาต่าง ๆ จากการเจ็บป่วยซึ่งอาจทำให้พยาธิสภาพของโรคเลวลงหรือดีขึ้นได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลบุตรของมารดา

แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลบุตรโรคหอบหืด

การดูแลตนเอง/ บุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อดึงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายให้ดำเนินไปถึงขีดสูงสุด แนวคิดของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เป็นความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติการเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ได้แก่ ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative) การปรับเปลี่ยน (Transitional) และการลงมือปฏิบัติ (Productive Operation) เพื่อที่จะทราบและสนองตอบต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งลักษณะของกิจกรรมประกอบด้วย กิจกรรมดังต่อไปนี้ (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 ไป ประกอบด้วย

1. ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน

เขียน รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

2. หน้าที่ของประสาทสำหรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การรับรส และการได้กลิ่น

3. การรับรู้เหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตน
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง
5. นิสัยประจำตัว
6. ความตั้งใจ
7. ความเข้าใจในตนเอง
8. ความห่วงใยในตนเอง
9. การยอมรับตนเอง
10. ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ
11. ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

สำหรับเด็กวัย 1 – 6 ปี ที่เป็นโรคหอบหืดนั้นยังไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ เนื่องจากมีข้อจำกัดในด้านการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ และภาวะการเจ็บป่วย ดังนั้นเด็กจึงจำเป็นต้องพึ่งพาบิดามารดาหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งในครอบครัวมารดาคือผู้ที่ทำหน้าที่ในฐานะผู้ให้การดูแล (Dependent Care Agent) แก่เด็กที่เจ็บป่วยในครอบครัวเนื่องจากเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด (สุริสา อารยพิทยา, 2533) มารดาควรปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กเพื่อให้บรรลุความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self Care Requisites) ในด้านการดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลบุตรตามระยะพัฒนาการ และการดูแลบุตรเมื่อมีภาวะการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ โดยมีกิจกรรมในการดูแลที่เหมาะสมกับโรคหอบหืด และเหมาะสมกับพัฒนาการของครอบครัวที่มีเด็กวัย 1 – 6 ปี ดังนี้

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบุตรโรคหอบหืดของมารดา

1. การดูแลบุตรที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self Care Requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป สำหรับในเด็กวัย 1 – 6 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดจะมีความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เหมาะสมกับโรคและวัย ดังต่อไปนี้

1.1 การดูแลให้ได้รับน้ำ อาหาร ที่เพียงพอ ในเด็กวัย 1 – 3 ปี เป็นวัยหัดเดินที่มีการเจริญเติบโตของกล้ามเนื้ออย่างรวดเร็วและเป็นวัยที่มีกิจกรรมมากทำให้มีความต้องการ โปรตีน

1.2 กรัม/ กิโลกรัม/ วัน และแคลอรี 102 กิโลแคลอรี/ กิโลกรัม/ วัน ในส่วนของน้ำจะมีความต้องการ 100 ถึง 125 มิลลิลิตร/ กิโลกรัม/ วัน ส่วนในวัย 3 - 6 ปี เป็นเด็กวัยก่อนเรียนที่มีความสนใจสิ่งแวดล้อมมากและเป็นช่วงที่มีการเจริญเติบโตทำให้เด็กได้รับประทานอาหารน้อยจะพบว่าความต้องการ แคลอรีต่อหนึ่งหน่วยน้ำหนักร่างกายของเด็กลดลงเป็น 90 กิโลแคลอรี/ กิโลกรัม/ วัน และมีความต้องการโปรตีนเป็น 1.2 กรัม/ กิโลกรัม/ วัน ส่วนน้ำลดลงเหลือเป็น 100 มิลลิลิตร/ กิโลกรัม/ วัน (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2545) เด็กจึงควรได้รับน้ำที่สะอาด นม น้ำผลไม้ ให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ในขณะอากาศเย็น หรือมีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ ควรดื่มน้ำอุ่น ๆ เพื่อให้เสมหะไม่เหนียว และขับออกได้ง่าย นอกจากนี้ควรได้รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ และควรได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ ตามหลักโภชนาการ มารดาควรมีการจัดการอาหารแปลก ๆ ใหม่ ๆ ในรสชาติและสีสัมผัสกับเมนูเวียน โดยจัดให้เด็กลองชิมทีละน้อย หรือจัดให้เด็กได้รับประทานอาหารร่วมกับบิดามารดาหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวเพื่อกระตุ้นให้เด็กอยากรับประทาน อาหาร สังเกตและหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่แพ้ รวมทั้งหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่เย็นจัด เพื่อลดการกระตุ้นให้เด็กมีอาการหอบมากขึ้น จัดให้เด็กได้รับประทานอาหารพอสมควรไม่ให้อึดจนเกินไป (เสาวนีย์ จักรพิทักษ์, 2539; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2541) และดูแลให้เด็กอยู่ในที่ที่มีอากาศบริสุทธิ์และเพียงพอ มีการเปิดประตู หน้าต่าง เพื่อให้ลมและแสงแดดส่องผ่านเข้ามาในบ้านให้อากาศมีการถ่ายเทได้สะดวก (สมชาติ โตรักษา, 2527)

1.2 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ควรดูแลให้เด็กได้ออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย โดยมีการเล่นหรือออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทุกวันหรือ 2 – 3 ครั้ง/ สัปดาห์ เช่น โยนลูกบอล เล่นลากจูง เป็นต้น (สุชา จันทน์เอม, 2540) ระมัดระวังไม่ให้เด็กเล่นขณะที่มีแดดจัดหรือขณะฝนตก หรือเล่นมากจนเกินไป ผู้ดูแลต้องสังเกตถ้าเด็กเหนื่อยแล้วต้องหยุดพัก มีการส่งเสริมสุขภาพร่างกายของเด็กให้แข็งแรงอยู่เสมอให้เด็กมีโอกาสดำรง เล่น และออกกำลังกายกลางแจ้งที่เหมาะสม (สมชาติ โตรักษา, 2527; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2541) ดูแลให้เด็กได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอกับความต้องการของร่างกายอย่างน้อยวันละ 9 – 12 ชั่วโมง ในตอนกลางคืน และนอนในตอนกลางวัน 1 – 2 ชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายสดชื่น แจ่มใส อารมณ์เด็กจะไม่หงุดหงิด (ปริยา เกตุทัต, 2536; จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน และ บุญบา สมใจวงศ์, 2542) ครอบครัวมีการส่งเสริมให้เด็กได้มีกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจที่เหมาะสม โดยการจัดให้เด็กได้ดูโทรทัศน์ รายการสำหรับเด็ก หรือการ์ตูนที่เป็นประโยชน์ต่อเด็ก เป็นต้น (สุชา จันทน์เอม, 2540)

1.3 การป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ เนื่องจากเด็กวัยก่อนเรียนเป็นวัยที่ซุกซนอยากรู้อยากเห็น เคลื่อนไหวไปได้ด้วยตนเองทำให้เสี่ยงต่ออันตราย

จากอุบัติเหตุได้ (รุจา ภูไพบูลย์, 2541) มารดาควรมีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ตามระยะพัฒนาการ โดยปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมกับโรคและวัยของเด็ก โดยการจัดบ้าน และสิ่งของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่วางสิ่งของเกะกะ จัดสิ่งของที่เป็นอันตราย เช่น มีด ของมีคมต่าง ๆ ไว้ในที่ที่ปลอดภัยหรือที่สูงที่เด็กไม่สามารถหยิบถึง (ปรียา เกตุทัต, 2536) ไม่ควรเลี้ยงสัตว์มีขน เช่น สุนัข แมว ม้า กระต่าย นก ฯลฯ ไว้ในบริเวณบ้านและควรให้เด็กหลีกเลี่ยง ถ้ามีสัตว์หรือแมลงตายภายในบ้านควรกำจัดออกไปโดยเร็วที่สุด ห้องอื่น ๆ ในบริเวณบ้าน รวมทั้งบริเวณอื่น ๆ ในบ้าน ควรทำความสะอาด ขจัดฝุ่น และไม่ควรให้เด็กอยู่ด้วยในขณะที่ทำความสะอาด กรณีที่เด็กแพ้เกสรดอกไม้ ดอกหญ้า ไม่ควรปลูกต้นไม้ที่สงสัยว่าจะก่อให้เกิดการแพ้ และควรหลีกเลี่ยงการปลูกต้นไม้ในบ้าน เพราะจะทำให้เพิ่มฝุ่นละออง เชื้อรา สปอร์ ต่าง ๆ ได้ ดูแลให้เด็กหลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคืองทางเดินหายใจ สิ่งที่ทำให้แพ้ และสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ เช่น ควันบุหรี่ ควันรถยนต์ ฝุ่นตามบ้าน กลิ่นจากการประกอบอาหาร ควันไฟ กลิ่นสี ยาฆ่าแมลง ยากันยุง เป็นต้น และสิ่งระคายเคืองอื่น ๆ เช่น สเปรย์ สี กาว หรือสารเคมีต่าง ๆ ถ้าจำเป็นต้องเผชิญหรือจำเป็นต้องใช้จะต้องแน่ใจว่า การถ่ายเทอากาศของห้องนั้นดีพอ และควรมีผ้าปิดปาก ปิดจมูกด้วย และควรสังเกตลักษณะอาการที่ผิดปกติ และลักษณะการขาดออกซิเจนด้วย เช่น เหนื่อย หอบ หายใจเร็ว เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที (สมชาติ ไตรรักษา, 2527; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2541; กิตติ อังสุสิงห์ และคณะ, 2542)

ในห้องนอนของเด็กซึ่งเป็นห้องที่เด็กใช้เวลาอยู่มากที่สุด ควรดูแลความสะอาดโดยการจัดฝุ่นทุกวัน รวมทั้งบริเวณหลังตู้ เพดาน ช่องลม หน้าต่าง และควรเช็ดถูด้วยผ้าชุบน้ำหมาด ๆ หรือใช้เครื่องดูดฝุ่น ควรใช้ของที่จำเป็นและน้อยชิ้นที่สุดเพื่อความสะดวกในการทำ ความสะอาด ไม่ควรนำสิ่งของที่อาจเป็นที่สะสมของฝุ่น เช่น พรม ตุ๊กตามีขน หนังสือ รูปภาพติดผนัง มาไว้ในห้องนอน ถ้ามีความจำเป็นต้องใช้ผ้าปูที่นอน ควรเลือกใช้บังตาพลาสติก ที่ทำความสะอาดง่าย หรือผ้าปูที่นอนที่ทำด้วยผ้าฝ้าย ถ้าจำเป็นต้องใช้ควรซักประมาณเดือนละ 2 ครั้ง เครื่องนอนควรทำความสะอาดโดยการปิดฝุ่น และควรนำไปผึ่งแดดและสลัดฝุ่นออกทุกสัปดาห์ หรือต้มในน้ำร้อนมากกว่า 55 องศาเซลเซียส นานมากกว่า 20 นาที เพื่อให้ตัวไรฝุ่นตาย หมอนและที่นอนไม่ควรใช้ชนิดที่ยัดนุ่นหรือขนสัตว์ ถ้ามีอาจแก้ไขโดยการใส่พลาสติกหุ้มโดยรอบ หรือใช้ชนิดฟองน้ำหรือใยสังเคราะห์ ผ้าห่มไม่ควรใช้ชนิดที่ทำจากขนสัตว์ ในห้องนอนอาจใช้เครื่องปรับอากาศได้ ถ้าเด็กนอนแล้วไม่หอบมากขึ้นแต่ต้องทำความสะอาดที่กรองอากาศบ่อย ๆ (สมชาติ ไตรรักษา, 2527; ปกิต วิชายานนท์, 2539; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุคนธ์, 2541; กิตติ อังสุสิงห์ และคณะ, 2542)

2. การดูแลบุตรตามระยะพัฒนาการ (Development Self Care Requisites) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของสิ่งมีชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ โดยเมื่อเด็กอายุ 1 – 3

ปี เด็กจะเริ่มช่วยเหลือตัวเองได้ และทำอะไรได้ตามอิสระ ถ้าให้การสนับสนุน กระตุ้นให้เด็กรู้จักช่วยเหลือตัวเอง จะทำให้เด็กมีความสามารถ ไม่ต้องพึ่งผู้ใหญ่ และมีอิสระ แต่ถ้าบิดามารดาห้ามปราม กีดกันหรือปกป้องไม่ยอมรับ จะทำให้เด็กรู้สึกอาย และสงสัยตัวเอง และเมื่อเด็กอายุ 4 – 6 ปี เด็กจะชอบเล่นและเริ่มเรียนรู้บทบาททางสังคม เริ่มมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ เพิ่มมากขึ้น ถ้าเด็กได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดา จะทำให้เด็กสบายใจ มีความคิดริเริ่ม แต่ถ้าบิดามารดาเข้มงวด กวดขันหรือคอยควบคุมตลอดเวลา จะทำให้เด็กรู้สึกว่าตัวเองทำผิด ขาดความคิดริเริ่ม (ปริยา เกตุทัต, 2536; สุชา จันทร์อม, 2541) และในระยะนี้จะเป็นระยะที่ครอบครัวมีบุตรวัยก่อนเรียน (Families with Preschool Children) เมื่อเด็กวัยนี้มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดซึ่งเป็น ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง จะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และบุคลิกภาพ เด็กจึงต้องการการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับโรคและวัยเพื่อให้ สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด ดังนี้

2.1 ด้านร่างกาย

2.1.1 วัย 1-3 ปี

พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ที่สำคัญคือการเคลื่อนไหว โดยทั่วไปเด็กจะเดินได้เองเมื่ออายุ 15 เดือน และพยายามวิ่งเมื่ออายุ 18 เดือน เดินและวิ่งได้ดีเมื่ออายุ 24 เดือน และสามารถขึ้นลงบันไดได้เมื่ออายุ 30 เดือน บิดามารดาควรส่งเสริมให้เด็กได้เล่นลากจูง วิ่งกระโดด บนพื้น จัดหาจักรยานสามล้อไว้ให้เด็กเล่นและยอมให้ขึ้นลงบันไดโดยผู้ใหญ่คอยดูแลอย่างใกล้ชิด (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545; สุชา จันทร์อม, 2543)

พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก ที่สำคัญคือทักษะการใช้มือ อายุ 18 เดือนสามารถ จับถ้วยโดยใช้สองมือ ใช้ช้อนตักอาหารได้ จับปากกาดินสอระบายสีได้แต่ยังไม่เป็นรูป สามารถ โยนลูกบอลเหนือศีรษะ อายุ 24 เดือนเด็กสามารถขีดเขียนเป็นเส้น ลากเส้นแนวตรงและแนวโค้งได้ วางบล็อกซ้อนกันได้ 3-4 ชั้น อายุ 36 เดือนเด็กสามารถเขียนรูปร่างกลมตามแบบได้ บิดามารดา จึงควรส่งเสริมให้เด็กได้ฝึกทักษะต่าง ๆ ตามช่วงอายุ และแสดงความชื่นชมเมื่อเด็กสามารถทำ กิจกรรมต่าง ๆ (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545; สุชา จันทร์อม, 2543)

2.1.2 วัย 3-6 ปี

พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อใหญ่ เมื่อเด็กอายุ 3 ปีจะมีพัฒนาการด้านการเดิน การวิ่ง การปีนและการกระโดดขึ้นลง อายุ 4 ปี สามารถกระโดดและกระโดดด้วยขาข้างเดียวได้ ขึ้นลงบันไดโดยไม่ต้องจับราวบันได และเมื่ออายุ 5 ปีสามารถกระโดดสลับขาได้ (Wong, 1993 อ้างถึงใน ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545) บิดามารดามีส่วนช่วยในการส่งเสริมการฝึกทักษะและให้ กำลังใจพร้อมชื่นชม เมื่อเด็กสามารถทำได้

พัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็ก ในวัยนี้จะมีพัฒนาการด้านกล้ามเนื้อเล็กเพิ่มขึ้นเห็นได้อย่างชัดเจน สังเกตได้จากการหยิบจับเครื่องมือในการขีดเขียน เด็กอายุ 3 ปีส่วนมากสามารถเขียนสี่เหลี่ยมตามแบบ และวาดรูปคนโดยมีอวัยวะของร่างกายมากกว่าหนึ่งส่วน สามารถใช้กรรไกรตัดรูปภาพ อายุ 5 ปีจะวาดรูปคนโดยประกอบด้วยอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย สามารถใส่และถอดเสื้อผ้าได้เอง เรียนรู้ที่จะผูกเชือกรองเท้าตนเอง ทักษะต่าง ๆ ของเด็กวัยก่อนเรียนนี้ควรได้รับการส่งเสริมเพราะเป็นทักษะที่เตรียมความพร้อมของเด็กสำหรับการเรียนรู้ และการเป็นอิสระเพื่อเข้าโรงเรียน (ลดาวลีย์ ประทีปชัยกุล, 2545) ควรมีการฝึกให้เด็กช่วยเหลือตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น อาบน้ำ แต่งตัว ฝึกมารยาทในการกินอาหาร และฝึกการจับถ้วยอุจจาระ/ปัสสาวะให้เป็นเวลา และฝึกให้เด็กช่วยเหลือกิจกรรมของบิดามารดา เช่น หยิบสิ่งของต่าง ๆ ตามคำสั่ง แสดงความชื่นชมเมื่อเด็กสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ (ปรียา เกตุทัต, 2536; สุชา จันทร์อม, 2541) สนับสนุนให้เด็กได้เล่นป่ายางหรือลูกโป่งเพื่อช่วยในการบริหารปอด

2.2 ด้านอารมณ์

2.2.1 วัย 1-3 ปี

พัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็กวัยนี้จะมีพัฒนาการขึ้นตามระดับวุฒิภาวะและการเรียนรู้อารมณ์ของเด็กจะมีหลายประเภท อารมณ์โกรธจะมีมากและพบได้บ่อย เมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น ไม่สามารถกระทำในสิ่งที่ตนเองตั้งใจกระทำ มีผู้ขัดขวางไม่ให้ยับเยียน ให้อยู่ในที่จำกัด การถูกบังคับและการถูกแย่งของเล่น เป็นต้น เด็กมักแสดงอารมณ์โกรธออกมาด้วยการร้องกรี๊ด ๆ ใช้ขาเตะถีบ ลงนอนคั่นกับพื้น ทบตีเตะสิ่งของที่อยู่ใกล้ ๆ ตัว เป็นต้น และอารมณ์กลัวจะเกิดจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น กลัวคนแปลกหน้า แปลกต่อสถานที่ใหม่ ๆ ที่ตนยังไม่คุ้นเคย กลัวเสียงดัง ความสูง ความเจ็บปวด ปฏิกริยาตอบสนองจะออกมาในรูปการถอยหนี การร้องไห้

2.2.2 วัย 3-6 ปี

พัฒนาการด้านอารมณ์ของเด็กวัยก่อนเรียนนี้จะมีอารมณ์หงุดหงิดง่ายกว่าวัยทารก คือรู้ใจตนเองแต่ใจตนเองและจะมีลักษณะอารมณ์ต่าง ๆ อย่างที่ผู้ใหญ่มี เช่น อารมณ์โกรธ อารมณ์อิจฉา อารมณ์ก้าวร้าว เป็นต้น

บิดามารดาจะต้องเข้าใจและไม่บังคับลูกจนเกินไป เพื่อไม่ให้เกิดอารมณ์รุนแรงค่อย ๆ พูดและผ่อนปรน ตอบคำถามลูกโดยไม่ดูหรือแสดงความรำคาญเมื่อลูกถามบ่อย ๆ หมั่นซักถามพูดคุยชี้ชวนให้สนใจสิ่งต่าง ๆ (ปรียา เกตุทัต, 2536; สุชา จันทร์อม, 2541) ให้เด็กมีส่วนร่วมในการใช้ยาฟันสตูด ไม่บังคับ ยอมให้เด็กจับอุปกรณ์ในการฟันยา 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 (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2545; สุชา จันทร์อม, 2543) เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยความรัก และมีอิสระจะมีความเชื่อมั่นในตนเอง และสามารถเข้ากับผู้อื่นได้ดี ควรเปิดโอกาสให้เด็กได้เล่นกับพี่น้อง กลุ่มเพื่อนวัยเดียวกัน หรือวัยใกล้เคียงกัน โดยอาจจะชักชวนเพื่อนของเด็กมาเล่นที่บ้านหรือพาไปเล่นที่บ้านเพื่อน เพื่อเป็นการส่งเสริมให้เด็กมีกิจกรรม การเล่นกับเพื่อนได้ตามปกติ

2.4 ด้านสติปัญญา/ ภาษา

2.4.1 วัย 1-3 ปี

ด้านสติปัญญา ในช่วงนี้กระบวนการด้านสติปัญญาของเด็กพัฒนาเร็วมาก เด็กเริ่มแก้ปัญหาด้วยการลองผิดลองถูก พัฒนาความคิดแบบสัญลักษณ์ สามารถใช้สัญลักษณ์แทนวัตถุ ยังมีความคิดที่เอาตนเองเป็นศูนย์กลาง

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

บิดามารดาสามารถส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก โดยอนุญาตให้เด็กเลือกกิจกรรมการเล่นเอง ขณะที่เด็กชวนคุยควรให้ความสนใจตั้งใจฟัง และมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ไม่ควรตัดบทหรือหยุดการคุยของเด็ก เมื่อเด็กพูดประโยคที่ฟังแล้วไม่ค่อยเข้าใจ ควรย้อนถามกลับเพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องซึ่งจะช่วยให้เด็กตอบได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ไม่ควรหัวเราะเมื่อเด็กแสดงความรู้สึกออกมาหรือพูดผิด และไม่ควรแก้คำพูดของเด็กตลอดเวลาอาจทำให้เด็กพูดน้อยลง

2.4.2 วัย 3-6 ปี

ด้านสติปัญญา วัยนี้ยังมีความคิดที่เอาตนเองเป็นจุดศูนย์กลาง ไม่สามารถมีมโนทัศน์ในมุมมองของผู้อื่น เด็กไม่สามารถจินตนาการได้ว่าลักษณะที่เด็กมองเห็นอาจไม่ใช่ลักษณะที่ผู้อื่นมองเห็น นอกจากนี้ยังไม่สามารถให้ความสนใจวัตถุ เหตุการณ์ ในหลายแง่มุม เด็กจะสนใจได้เฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545; สุชา จันทร์อม, 2543) บิดามารดาสามารถส่งเสริมพัฒนาการของเด็ก โดยการตอบคำถามให้ความหมายของคำ พูดคุยถึงประสบการณ์ของเด็กในแต่ละวัน 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 ในระหว่างที่พูดคุยกับเด็กควรพูดซ้ำ หรือช่วยเรียบเรียงคำพูดใหม่ ไม่ควรคาดหวังว่าเด็กสามารถพูดได้ถูกต้องไม่ควรวิจารณ์ หรือบังคับให้เด็กพูดซ้ำ เพื่อแก้ไขความถูกต้องทันที จัดกิจกรรมการเล่นที่ส่งเสริมการพูด เช่น มีการจัดหาหนังสือที่มีรูปภาพหรือหนังสือนิทานให้เด็กได้ดู ฝึกเรียกชื่อสิ่งต่าง ๆ จากภาพ ฝึกพูดตามภาพ ขอมรับฟังการพูดคุยของเด็ก หรือพูดคุยกับเด็กเสมอ พาเด็กไปที่สวนนอกบ้านให้เด็กรู้จักสิ่งที่เห็นหรือดูนิทานภาพและพูดคุยกับเด็กเกี่ยวกับภาพเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก ให้เด็กได้ดูโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุบ่อย ๆ (ปรียา เกตุทัต, 2536; สุชา จันทร์อม, 2541) ฝึกให้เด็กขีดเขียนในกระดาษ บนพื้นทราย หรืออื่น ๆ ปั้นดินเหนียวหรือดินน้ำมันเป็นรูปต่าง ๆ บอกถึงเหตุผลง่าย ๆ ในการใช้ยาฟันสุดกับเด็ก

3. การดูแลบุตรเมื่อมีภาวะการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) การดูแลในเด็กที่เป็นโรคหอบหืด จะมีความต้องการในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคและวัย ดังต่อไปนี้

1. การแสวงหาความรู้ และการช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ มีความสนใจและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลเด็ก โดยการซักถามจากแพทย์ พยาบาล หรือจากการอ่านหนังสือ คู่มือต่าง ๆ ฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ เป็นต้น มีการซักถาม พูดคุย แลกเปลี่ยนเกี่ยวกับความรู้และการดูแลเด็กกับบุคคลอื่น ๆ ที่มีเด็กป่วยเป็นโรคเดียวกันหรือคล้าย ๆ กัน พาเด็กไปรับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางโรคระบบทางเดินหายใจ หรือเลือกสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมและปลอดภัย เช่น โรงพยาบาล คลินิกที่มีแพทย์เฉพาะโรค สถานิอนามัย เป็นต้น (สมชาติ ไตรรักษา, 2527)

2. รับรู้และสนใจผลของพยาธิสภาพ เรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพ รวมทั้งผลที่กระทบต่อพัฒนาการ มารดานำเด็กมาตรวจตามนัดทุกครั้งหรือเมื่อมีอาการผิดปกติ มีความ

สนใจและตั้งใจในการดูแลเด็ก ร่วมมือในการรักษา ยอมรับสภาพความเป็นจริงว่าโรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้เวลานานในการรักษาและต้องได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ดูแลเมื่อเด็กเป็นหวัดโดยไม่ปล่อยให้หายเอง และพาเด็กมาพบแพทย์เมื่อไม่สบาย เช่น ไอ จาม มีไข้ เป็นต้น (สมชาติ โตรักษา, 2527; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร, 2541)

3. การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดที่มีอาการรุนแรงหรือมีอาการหอบบ่อยครั้งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ เช่น ปอดบวม ปอดแตก ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด การหายใจล้มเหลวและหัวใจวาย เป็นต้น (สมชาติ โตรักษา, 2527; กิตติ อังสุสิงห์ และคณะ, 2542) ดังนั้นมารดาหรือสมาชิกในครอบครัวควรมีการป้องกันอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยการดูแลรักษาร่างกายเด็กให้อบอุ่นอยู่เสมอ ระวังระวังร่างกายไม่ให้กระทบกับความเย็นเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของอากาศ โดยการสวมเสื้อผ้าหนา ๆ ปกปิดลำคอ หน้าอก ศรีษะ แขน ขา มือ และเท้า สังเกตลักษณะอาการที่ผิดปกติ และลักษณะการขาดออกซิเจน เช่น เหนื่อยหอบ หายใจเร็ว เพื่อจะได้ให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที สังเกตและประเมินอาการของเด็กที่น่าจะนำไปสู่อาการหอบได้ เช่น ไอมาก จาม น้ำตาไหล หายใจเร็วและแรง หน้าอกบวม นับอัตราการหายใจในเด็กที่อายุ 1 – 5 ปีได้ 40 ครั้งขึ้นไป และในเด็กอายุ 6 ปี ได้ตั้งแต่ 30 ครั้งขึ้นไป (กิตติ อังสุสิงห์และคณะ, 2542; ปกิต วิชยานนท์, 2542)

เมื่อเด็กมีอาการนำไปสู่อาการหอบหรือเริ่มมีอาการหอบ มารดามีการดูแลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง โดยเริ่มต้นต้องรักษาสภาพจิตใจและควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ให้ตกใจกลัว รีบให้ยารักษาโรคหอบหืดหรือยาขยายหลอดลมทันที เมื่อสังเกตว่าเริ่มมีอาการหอบ หายใจเสียงดังหวีด ๆ ทุก 20 นาที ติดต่อกัน 3 ครั้ง หลังจากนั้นควรจัดให้เด็กนอนในท่าที่สบาย ศรีษะสูง หรืออุ้มพาดบ่าหรือนอนพุง ให้เด็กดื่มน้ำอุ่น เครื่องดื่มอุ่น ๆ น้ำผลไม้ หรือน้ำหวานจำนวนมากเพื่อให้เสมหะเหนียวขึ้นขับออกได้ง่าย เช็ดตัวด้วยน้ำอุ่น เปลี่ยนผ้าให้แห้งสะอาด นุ่ม สบายตัว แล้วประเมินอาการของเด็ก ถ้าอาการปกติให้พ่นยาต่อทุก 4 – 6 ชั่วโมง ต่อเนื่องกัน 1 – 2 วัน ถ้าอาการยังไม่ปกติหรือมีอาการกลับมาอีกภายใน 3 ชั่วโมง ให้พ่นยาซ้ำได้ทุก 2 ชั่วโมง แล้วพาเด็กมาพบแพทย์ภายในวันนั้น ถ้าอาการไม่ดีขึ้นเลย ให้พ่นยาซ้ำทันที แล้วรีบพาเด็กไปพบแพทย์โดยเร็ว ห้ามไม่ให้เด็กรับประทานยาลดน้ำมูกในขณะที่เด็กมีอาการหอบ เพราะจะทำให้เสมหะเหนียวขึ้น ขับออกได้ยาก (สมชาติ โตรักษา, 2527; ศรีสมบุรณ์ มุสิกสุนทร, 2541; ปกิต วิชยานนท์, 2542)

นอกจากนี้ควรนำเด็กมาตรวจตามนัดทุกครั้งและปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล อย่างเคร่งครัด ไม่ซื้อยารักษาโรคหอบหืดมาใช้เองและไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ ดูแลให้เด็กได้รับยาตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และใช้ยาพ่นได้อย่างถูกต้องตามขนาดและวิธีการซึ่งยาพ่นสูตรที่นิยมใช้ในเด็กที่หายใจได้เองมี 4 ชนิด คือ

ชนิดที่ 1 Small Volume Nebulizer (SVN) เป็นชนิดที่ใช้ตัวยาปริมาณน้อยผสมกับน้ำเกลือออร์มัล 0.9% (Normal 0.9%) ก่อนใช้ต้องผสมยากับน้ำเกลือออร์มัล 0.9% ให้ได้ปริมาตรรวมไม่ต่ำกว่า 4 มิลลิลิตร และเปิดอัตราการไหลของก๊าซประมาณ 6 – 8 ลิตร/ นาที หรือต่อกับ Nebulizer Machine ที่เป็น Air Compressor ต่อกระเปาะพ่นยากับ Face Mask หรือ Aerosol Mask หรือ Mouth Piece ระหว่างให้ยาให้เด็กหายใจเข้าออกปกติผ่าน Face Mask หรือ Mouth Piece ควรใช้มือประคองกระเปาะพ่นยาไว้เพื่อให้อุณหภูมิคงที่ และเกาะกระเปาะพ่นยาเป็นระยะ ๆ เพื่อไม่ให้ยาตกค้างในกระเปาะมากเกินไป พ่นจนกระทั่งยาหมดกระเปาะและไม่เห็นละอองออกมาจากกระเปาะ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที หลังใช้เสร็จควรทำความสะอาดโดยการล้างด้วยน้ำสบู่หรือน้ำยาล้างจาน แล้วล้างด้วยน้ำสะอาด ปล่อยให้แห้งสนิทก่อนนำมาใช้ (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 วิธีการใช้ยาที่ต้องปฏิบัติตามนี้ เปิดฝาครอบกระบอกยา แล้วเขย่าหลอดยา 4 – 5 ครั้ง เอาปากอมปากกระบอกที่ต่อ เหย่น้ำเล็กน้อย กดหลอดยาพร้อมหลอดลมหายใจเข้าช้า ๆ และสูดลึก เพื่อให้ยาเข้าไปในหลอดลมได้มากที่สุด หลังสูดจนเต็มปอดแล้วให้ถอนริมฝีปากจากกระบอกยาปิดปากไว้ กลั้นหายใจนับ 1 – 10 ในใจ แล้วผ่อนลมหายใจออกจากปากช้า ๆ ถ้าต้องการทำซ้ำควรให้ห่างจากครั้งแรกประมาณ 1 นาที (ศิริกุล เกิดสมนึก, 2541; อัมพรพรรณ ชีรานูตร, 2542) แต่การใช้ MDI ให้ถูกต้องนั้นค่อนข้างยุ่งยาก ผู้ป่วยบางกลุ่มจะไม่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง เช่น ในผู้ป่วยเด็ก พบว่า น้อยกว่า 50% ที่จะสามารถใช้ MDI ให้มีประสิทธิภาพได้ และในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีนั้น 100% จะไม่สามารถใช้ MDI ให้ถูกต้องได้ (ศิริกุล เกิดสมนึก, 2541)

ชนิดที่ 3 Metered Dose Inhalers with Spacer Attached เป็นวิธีการใช้ยา MDI ร่วมกับกระบอกสูดยา (Spacer) เนื่องจากพบว่าการใช้ MDI ในเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปี ไม่ได้มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ จึงได้มีการประดิษฐ์อุปกรณ์ซึ่งต่อระหว่างปากกระบอกยาพ่น MDI กับปากของผู้ป่วย คือกระบอกสูดยา จะทำให้ยาที่ถูกพ่นออกมาค้างอยู่ในกระบอกสูดยา ไม่กระจายไปที่อื่น จนกว่าผู้ป่วยจะสูดหายใจเข้า ซึ่งกระบอกสูดยาจะมีหลายรูปแบบ สำหรับขั้นตอนในการใช้คล้ายกับวิธีการใช้ MDI เพียงแต่หลังจากเปิดฝาครอบกระบอกและเขย่าหลอดยา 4 – 5 ครั้ง แล้วนำหลอดยาไปต่อเข้ากับกระบอกสูดยาโดยตั้งหลอดยาขึ้น ใช้ปากอมส่วนปากกระบอกไว้ หรือถ้าเป็น

กระบอกสูดยาแบบ Face Mask ให้ใช้กระบอกครอบบนปากและจมูกของเด็กกดหลอดยาพ่น 1 ครั้ง ให้เด็กหายใจเข้า – ออก ซ้ำ ๆ เป็นเวลา 10 วินาที หรือ นับ 1 – 10 ถ้าต้องการทำซ้ำควรห่างจากครั้งแรกประมาณ 1 นาที (ศิริกุล เกิดสมนึก, 2541; อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) การทำความสะอาดกระบอกสูดยา โดยการล้างด้วยน้ำสบู่ หรือน้ำยาล้างจาน ตามด้วยน้ำสะอาด แล้วผึ่งให้แห้งสนิท ยาพ่นสูดชนิดนี้สะดวกและผู้ป่วยได้รับยาอย่างเต็มที่ จึงเป็นชนิดที่นิยมใช้ในเด็กมาก

ชนิดที่ 4 Dry Power Inhaler (DPI) ยาพ่นสูดชนิดนี้จะถูกเตรียมอยู่ในรูปผง ซึ่งจะจับกันเป็นกลุ่มผง มีหลายแบบ เช่น แบบเทอร์บูเฮลเลอร์ (Terbuhaler) และดิสก์เฮลเลอร์ (Diskhaler) วิธีการใช้นี้ทำได้โดยการสูดผงยาเข้าไปในปอดซึ่งควรปฏิบัติดังนี้ คือ คลายเกลียวแล้วเปิดฝาออก จับหลอดยาให้อยู่ในแนวตั้งตรงโดยให้ฐานสี่เหลี่ยมอยู่ด้านล่าง หมุนฐานสี่เหลี่ยมจนสุดแล้วหมุนกลับที่เดิม จนได้ยินเสียงดังคลิก แล้วใช้ปากอมส่วนที่เป็นปากหลอด และสูดยาเข้าทางปากอย่างแรงและเร็ว เอาหลอดยาออกจากปากและกลืนหายใจ 10 วินาที แล้วผ่อนลมหายใจออก สูดซ้ำแบบเดิม 2 – 3 ครั้ง จนแน่ใจว่ายาหมดแล้วปิดฝารอบให้แน่น

ข้อแนะนำเพิ่มเติม ควรใช้นี้ในเด็กอายุมากกว่า 6 ปี ขึ้นไป และต้องแน่ใจว่าเด็กสามารถหายใจทางปาก และหายใจเข้าแรงและเร็วเพียงพอ ควรระวังไม่ให้เครื่องสูดยาและผงยามีความชื้น เพราะจะทำให้ผงยาจับกันเป็นก้อนมากขึ้นและมีขนาดใหญ่ขึ้น กระจายเข้าไปในปอดได้ไม่ดี จึงต้องปิดฝารอบให้แน่นทุกครั้งหลังใช้ยาเสร็จ ไม่ควรเก็บยาไว้ในความชื้นสูง และห้ามหายใจเข้าออกในเครื่องสูดยาเพราะจะเป่าด้วยากระจายออกหมด และทำให้เครื่องสูดยาชื้น ทำความสะอาดปลายหลอดยาด้วยผ้าแห้ง สะอาด หรือกระดาษทิชชูเท่านั้น ห้ามล้างด้วยน้ำ (ศิริกุล เกิดสมนึก, 2541; อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542)

1. การดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค การใช้ยารักษาหรือป้องกันอาการหอบนั้นจะแตกต่างกันในแต่ละคน ทั้งชนิด จำนวน และวิธีการใช้ แพทย์จะเป็นคนพิจารณา แต่ไม่ว่าเด็กป่วยจะได้ยาแบบใดมารดาควรศึกษาวิธีการใช้ให้ถูกต้องและต้องสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นกับเด็ก ถ้าเป็นยาต้านการอักเสบชนิดพ่นสูดในกลุ่ม Steroid จะมีอาการข้างเคียงที่พบได้ คือ การระคายเคืองบริเวณคอและหลอดลม การติดเชื้อราในช่องปาก เสียงแหบ ภาวะหลอดลมเกร็งในผู้ป่วยบางรายที่แพ้ยา (อัมพรพรรณ ธีรานูตร, 2542) จึงควรดูแลให้เด็กได้บ้วนปากทุกครั้งหลังได้รับยา สำหรับยาขยายหลอดลมชนิดรับประทานอาจมีอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้ คือ คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุก ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ มือสั่น ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เป็นต้น

2. การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษา ในสภาวะ

ที่มีสมาชิกเจ็บป่วยหรือมีเด็กเจ็บป่วยเรื้อรังในครอบครัว จะส่งผลต่อวงจรสุขภาพและความเจ็บป่วยของครอบครัวและผลกระทบต่อพัฒนาการของครอบครัวที่มีบุตรวัย 1 – 6 ปี ซึ่งมารดาหรือครอบครัวจะต้องมีการปฏิบัติพัฒนาการให้สอดคล้องกับระยะพัฒนาการและการเจ็บป่วยของเด็กและเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสมดุลของครอบครัว ดังนี้

สมาชิกในครอบครัวมีการส่งเสริมบรรยากาศในครอบครัวให้เป็นบรรยากาศที่อบอุ่น มารดาต้องประสานให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนปรองดองกัน มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อาจมีการขัดแย้งบ้างแต่ต้องมีเหตุผลซึ่งกันและกัน ครอบครัวมีหลักปฏิบัติในการอบรมเลี้ยงดูเด็กเป็นแนวทางเดียวกัน มีการเผชิญปัญหาาร่วมกัน ไม่หนีปัญหา ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และช่วยเหลือพึ่งพากันได้ทุกเรื่อง มีวิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ไม่แสดงอาการโกรธ โวยวาย รับฟังเหตุผล ระบายความรู้สึกซึ่งกันและกัน ร่วมกันวางแผนอนาคต ไม่ทอดทิ้ง มีการปรับบทบาทในการเป็นบิดามารดา และบทบาทของตนเองในสังคมได้เหมาะสม มีการพูดคุยกับบุคคลในครอบครัวไม่กล่าวโทษซึ่งกันและกัน และพบปะพูดคุยกับคนอื่น ๆ ภายนอกครอบครัวโดยไม่รู้สึกอับอายที่มีเด็กเจ็บป่วยในครอบครัว แสวงหาแหล่งประโยชน์ภายใน และภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม และครอบครัวมีการปรับการดูแลเด็กให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยไม่ถือว่าเป็นภาระ

จากแนวคิดการดูแลบุตรที่ต้องการการพึ่งพาดังกล่าว ได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมและ/หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมในการส่งเสริมการดูแลบุตรที่ต้องการการพึ่งพาในกลุ่มมารดา หรือเด็กที่เป็นโรคหอบหืดดังนี้ ฮันเตอร์ และไบรอัน (Hunter & Bryant, 1984) ได้ศึกษาถึงผลของการให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาต่อการจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหืดในเด็ก ในกลุ่มครอบครัวที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาในเด็ก โดยวิธีการให้คำปรึกษา สาธิต และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ในครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด พบว่า หลังการให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษา ครอบครัวมีการใช้ยารักษาโรคหอบหืดในเด็กได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14 เป็นร้อยละ 78 แสดงให้เห็นว่าการเตรียมให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษามีผลต่อความรู้ความเข้าใจในโรคหอบหืดและการจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหืดได้ถูกต้อง และเคทไวเลอร์ และคณะ (Detwiler et al., 1984) ได้ศึกษาถึงโปรแกรมการให้ความรู้สำหรับเด็ก 4 – 8 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดและครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมจะมีพัฒนาการการเรียนรู้ความต้องการของเด็กโดยการสังเกตเพิ่มขึ้น จำนวนเด็กที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและจำนวนวันที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลลดลง ส่วนอีแวน และคณะ (Evan et al., 1987) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนอย่างมีแบบแผน

เรื่องการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดอายุ 8 – 11 ปี โดยการสอนและแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ในเรื่องโรคหอบหืด และการตัดสินใจไปพบแพทย์หลังจากบรรเทาอาการหอบหืดไม่ได้ผล วิธีการรักษาสุขภาพให้แข็งแรง การควบคุมและการป้องกันอาการจับหืด การแก้ปัญหาเกี่ยวกับอาการจับหืดขณะอยู่โรงเรียน พบว่า เด็กป่วยให้ความสนใจ และมีส่วนร่วมในการจัดประสบการณ์ในการปรับตัวอยู่กับโรคหอบหืดเป็นอย่างดีและเกิดทักษะการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ทำให้ความรุนแรงของโรคลดลง ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ความถี่ของการจับหืดลดลง และผลการเรียนของผู้ป่วยดีขึ้น

สำหรับในประเทศไทย ส่วนใหญ่จะมีการศึกษาในกลุ่มเด็กวัยเรียน คือ ทศนียา วังสะจันทานนท์ (2537) ได้ศึกษาถึงผลของการให้ความรู้ในเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ต่อความรู้และการปฏิบัติตัว โดยศึกษาในเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดที่มีอายุ 7 – 12 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 30 คน เด็กจะได้รับการสอนและฝึกทักษะเกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือน การบริหารการหายใจ และการคลายกล้ามเนื้อ พบว่า หลังจากทดลอง 4 สัปดาห์ เด็กวัยเรียนโรคหอบหืดมีความรู้และการปฏิบัติตัวดีกว่าก่อนการทดลองและยังพบว่า ปังจัยนำ ปังจัยเอื้อ และปังจัยส่งเสริมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุจริต ทุมจันทร์ (2538) ที่ศึกษาผลของการสอนเรื่องโรคและการปฏิบัติตัวต่อการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดอายุ 7 – 12 ปี ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 30 ราย หลังการทดลอง 2 สัปดาห์ เด็กวัยเรียนที่เป็นโรคหอบหืด มีคะแนนความรู้เรื่องโรคหอบหืด และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนในกลุ่มผู้ดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพานั้น ธิดารัตน์ เอกศิรินิมิตร (2539) ได้ศึกษาถึงผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัย 1 – 5 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด ที่มีความรุนแรงของโรกระดับปานกลาง พบว่า หลังการทดลองมารดากลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหอบหืด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติจากพยาบาลประจำการ และสูงกว่าก่อนการทดลอง และจากการศึกษาของนัทธมนต์ สายสอน (2544) ได้ศึกษาถึงการเปรียบเทียบผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อ พฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด พบว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแล สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว และสูงกว่าก่อนการทดลอง

จากการศึกษาดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ในภาวะที่เด็กเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด มารดาต้องมี

ความสามารถในการดูแลบุตร ซึ่งในการศึกษาถึงความสามารถนั้น ควรศึกษาถึงปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดหรือมีผลต่อความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรด้วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจในมโนคติ ความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืดได้ดียิ่งขึ้น

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) เป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อ

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ไม่ได้เป็นแบบเหตุเชิงผล (Causal Relationship) แต่เป็นการอธิบาย การพิจารณาความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐาน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540, หน้า 48 – 54) ดังต่อไปนี้ร่วมด้วย คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการสังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต กิจกรรมที่กระทำอยู่เป็นประจำ ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต

จากแนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของโอเรมพบว่าความสามารถของมารดาในการดูแลขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่จะเป็นตัวส่งเสริมให้มีความสามารถในการดูแลให้ดียิ่งขึ้นและจากการศึกษาของศิริกาญจนา เอกสิทธิ์ไตรรัตน์ (2543) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการปฏิบัติกรดูแลบุตร โรคหอบหืด ได้แก่ รายได้ ครอบครัว ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด คือ ความรู้เรื่องโรคหอบหืด และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมอธิบายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรได้ร้อยละ 32.0

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว รูปแบบของการให้การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ได้รับความสนใจอย่างมากจากนักวิจัยทั้งสาขาสังคม พฤติกรรม และสุขภาพ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมของบุคคล (Bruhn & Phillips, 1994) ทั้งนี้ความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เพื่อให้บรรลุความต้องการของคนในด้าน สรีระวิทยา จิตสังคมและจิตวิญญาณ ทั้งในภาวะปกติและในภาวะเจ็บป่วย (จริยวัตร คมพักษณ์,

2531) ก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Weiss, 1974) ทำให้มีความมั่นใจในการที่จะเผชิญปัญหาต่าง ๆ โดยการสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่ดูดซับหรือบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียดนำไปสู่การปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมตนเองและแก้ปัญหาได้ตรงจุด รวมทั้งทำให้มีสุขภาพอนามัยที่ดีด้วย

หลักการของการสนับสนุนทางสังคม

หลักการที่สำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ดังนี้

1. จะต้องมีการติดต่อสื่อสารระหว่าง ผู้ให้และผู้รับแรงสนับสนุน
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารนั้นจะประกอบด้วย ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่ยอมรับในสังคม เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้ และเป็นข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ผู้รับเชื่อว่ามีใจเอาใจใส่และแสดงความรักความหวังดีในงานอย่างจริงใจ

3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของหรือจิตใจ

4. จะต้องช่วยให้ผู้รับได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ ในที่นี้ถือว่าการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

ความหมายและรูปแบบของการให้การสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาและวิจัยทำให้ผู้ให้ความหมายและรูปแบบของการให้การสนับสนุนทางสังคมไว้หลากหลาย ดังนี้

ไวส์ (Weiss, 1974) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกอึดใจ หรือพึงพอใจต่อความต้องการ ซึ่งเกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลในสังคม ที่ประกอบด้วย ความผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม การเข้าร่วมในสังคม การได้มีโอกาสเลี้ยดูผู้อื่นน้อยกว่า การพึ่งพากันและกัน และการให้คำแนะนำ โดยไวส์ (Weiss, n.d. cited in Diamond & Jones, 1983) ได้กล่าวถึงชนิดของการสนับสนุนทางสังคม และผลของการขาดการสนับสนุนทางสังคม ตามชนิดต่าง ๆ ดังนี้

1. การได้รับการผูกพันใกล้ชิดสนิทสนม (Attachment) เป็นสัมพันธภาพแห่งความใกล้ชิดที่ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าเป็นที่รัก และได้รับการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้รับการจากบุคคลใกล้ชิด เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัวเดียวกัน ถ้าบุคคลขาดการสนับสนุนชนิดนี้ จะรู้สึกเดียวดาย (Loneliness)

2. การได้มีโอกาสเลี้ยดูผู้อื่น (Opportunity of Nurturance) หมายถึง การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยดู หรือช่วยเหลือบุคคลอื่น แล้วทำให้ตัวเองเกิดความรู้สึกว่า เป็นที่

ต้องการของบุคคลอื่น และผู้อื่นพึงพาได้ ถ้าขาดการสนับสนุนนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกชีวิตนี้ไร้ค่า (Meaningless in Life)

3. การมีส่วนร่วมในสังคมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Social Integration)

หมายถึงการมีโอกาสได้เข้าร่วมในกิจกรรมสังคม ทำให้มีการแบ่งปัน แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความห่วงใย เข้าใจซึ่งกันและกัน ถ้าขาดการสนับสนุนชนิดนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกแยกออกจากสังคม (Social Isolation) และมีชีวิตที่น่าเบื่อหน่าย (Boring)

4. การได้รับกำลังใจว่าเป็นผู้มีคุณค่า (Reassurance of Worth) หมายถึง การที่บุคคล

ได้รับการเคารพ ยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัว และสังคมถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความเชื่อมั่นหรือไร้ประโยชน์ (Uselessness)

5. ความเชื่อมั่นในความเป็นมิตรที่ดี (Sense of Reliable Alliance) การสนับสนุนจะ

ได้มาจากครอบครัว หรือ เครือญาติ ซึ่งมีความคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือห่วงใยซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดจะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง (Sense of Vulnerability and Abandonment)

6. การได้รับการชี้แนะ (The Obtaining of Guidance) หมายถึง การได้รับความจริงใจ

ช่วยเหลือทางด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร จากบุคคลที่ตนศรัทธา และเชื่อมั่น ในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ถ้าขาดการสนับสนุนนี้จะทำให้บุคคลรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง (Hopelessness or Despair)

คอบบ์ (Cobb, 1976) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้ตัวเองเชื่อว่ามีบุคคลให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่าและยกย่องตัวเอง นอกจากนี้ตัวเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งกันและกัน คอบบ์ได้กล่าวถึงชนิดการสนับสนุนทางสังคมประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) คือ การให้ความรัก และการดูแลเอาใจใส่

2. การสนับสนุนด้านการให้การยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีค่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3. การสนับสนุนด้านการได้มีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network) เป็นข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

คาห์น (Kahn, 1979) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคลหนึ่งไปยังบุคคลหนึ่ง มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้อาจเกิดเพียงอย่างเดียว

อย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง โดยคาห์น (Kahn, 1979 cited in Lindsey, 1988) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภท คือ

1. ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด หมายถึง การแสดงออกถึงอารมณ์ในทางบวกของบุคคลหนึ่งที่มีบุคคลหนึ่ง จะแสดงออกในรูปของความผูกพัน การยอมรับ การเคารพหรือด้วยความรัก

2. การยืนยันและรับรองพฤติกรรมของกันและกัน หมายถึง การแสดงออกถึงการเห็นด้วย การยอมรับในความถูกต้องเหมาะสม ทั้งในด้านการกระทำ และความคิดของบุคคลอื่น

3. การให้ความช่วยเหลือ หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่น โดยการให้สิ่งของหรือความช่วยเหลือโดยตรง ความช่วยเหลือเหล่านั้นอาจเป็นวัตถุ เงินทอง ข้อมูล ข่าวสาร หรือเวลา เฮาส์ (House, 1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ และความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีบุคคลให้ความสนใจ ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจ แสดงความรักความผูกพัน และการเห็นคุณค่า รวมทั้งการยอมรับนับถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ (Appraisal Support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีการประเมินเปรียบเทียบตนเองกับบุคคลอื่นในสังคม เพื่อให้เกิดความเข้าใจว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกัน ที่ตนเองสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและทำให้ทราบว่า การกระทำของตนเองนั้นอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานที่สังคมนั้นกำหนดหรือไม่ เช่น การได้รับข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้อง และการยอมรับพฤติกรรมผู้อื่นเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติหรือแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ เช่น การตักเตือน การให้คำปรึกษา การแนะนำ การให้ความรู้ ข้อเสนอแนะ เป็นต้น

4. การสนับสนุนด้านสิ่งของหรือบริการ (Instrumental Support) หมายถึง พฤติกรรม การช่วยเหลือในรูปวัตถุ สิ่งของ เวลา เงิน หรือแรงงานเพื่อช่วยแก้ปัญหาของบุคคล

เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ได้สรุปว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่ประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เมื่อบุคคลนั้นเผชิญความเครียดในชีวิต โดยเชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1983 cited in Brown, 1986) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมแบ่งออกเป็น 3 ด้าน

คือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง ความผูกพันความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหา หรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการให้ความช่วยเหลือในสิ่งของ เงินทอง หรือบริการ

ทอยส์ (Thoits, 1982) ให้ความหมายว่า บุคคลในเครือข่ายสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการสนับสนุนที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเจ็บป่วยหรือความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น และได้แบ่งประเภทของการสนับสนุนตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมไว้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Socio - Emotional Aid) หมายถึง การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า และมีความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของสังคมส่วนร่วม ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย
2. การช่วยเหลือด้านสื่อและสิ่งของเครื่องใช้ (Instrumental Aid) การได้รับคำแนะนำด้านข่าวสาร ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง

ฟาร์เบอร์ (Farber, 1983) ได้อธิบายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ประกอบขึ้นด้วยความยึดเหนี่ยวระหว่างบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางอารมณ์ (Emotion) และทรัพยากรอื่น ๆ และได้แบ่งลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมไว้ 3 ประเภท ดังนี้คือ

1. การสนับสนุนทางด้านสังคมและอารมณ์ (Socioemotional Support) หมายถึง การได้รับความสนใจ กำลังใจ ยอมรับ การพบปะสังสรรค์ ความสนิทสนม
2. การสนับสนุนทางการเงินและสิ่งของเครื่องใช้ (Financial and Instrument Aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน รวมทั้งสิ่งของเครื่องใช้
3. การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหา (Information Aid) หมายถึง การได้รับคำแนะนำแก้ไขปัญหาทั้งทางด้านการงานและเรื่องส่วนตัว

แมคโดเวล และนิวเวล (Mcdowell & Newell, 1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ เป็นกลุ่มบุคคลที่ผู้ป่วยสามารถไว้วางใจได้ และเป็นกลุ่มบุคคลที่ทำให้เขาารู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้คุณค่าเขาเช่นบุคคลคนหนึ่ง

ทิลเดน และไวเนอร์ท (Tilden & Weinert, 1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การช่วยเหลือทางด้านจิตสังคม สิ่งของ เงินทอง และแรงงานที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายทางสังคม

บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากการสนับสนุนได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร วัสดุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่ม แล้วมีผลทำให้ผู้รับไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี

จริยวัตร คมพยัคฆ์ (2531) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่มนุษย์มีความสัมพันธ์เป็นเครือข่ายที่ต้องมีการพึ่งพาซึ่งกัน มีความไว้วางใจ และช่วยเหลือกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน

สมจิต หนูเจริญกุล (2536) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำหรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การกระทำที่ส่งเสริมให้ผู้รับเกิดความรู้สึกลึกซึ้งในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร เงิน สิ่งของ แรงงาน เวลา รวมทั้งการประเมินเพื่อการเรียนรู้ ส่งผลให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่คุกคามต่อร่างกาย หรือ จิตใจ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การสนับสนุนทางสังคมจะเกิดขึ้นภายใต้สภาพการณ์ของการมีปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเท่านั้น และจากรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าว ส่วนใหญ่มีการแบ่งรูปแบบของการสนับสนุนทางสังคมที่คล้ายกัน คือการสนับสนุนทางสังคมและต้องครอบคลุมถึงการตอบสนองความจำเป็นพื้นฐานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม โดยสามารถแบ่งออกเป็น ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านทรัพยากร และด้านมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นต้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวที่ครอบคลุมถึงความต้องการตามความจำเป็นพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และสังคม ประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ เวลา การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับ จะสามารถตอบสนองความต้องการของบุคคลได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับ การรับรู้ถึงการสนับสนุนทางสังคมของบุคคล การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งที่ผลักดันให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่มากระทบต่อร่างกายและจิตใจได้

การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

การรับรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้รับสิ่งเร้า ซึ่งเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งภายใน และภายนอกร่างกาย กระตุ้นต่อประสาทสัมผัส แล้วนำไปแปลความหมายที่สมองร่วมกับความคิดภายในจิตใจ ตลอดจนอาศัยประสบการณ์การเรียนรู้ทำให้บุคคลมีการรับรู้ และตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้น (เยาวัลักษณ์ มหาสิทธิวัฒน์, 2529) กระบวนการรับรู้สามารถแยกเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นการรู้สึก และขั้นตีความ ขั้นการรู้สึก เป็นการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ที่มากระทบระบบประสาทสัมผัสของร่างกาย เปรียบเสมือนปฏิกิริยาตอบสนองของกลไกที่คอยจับสภาพการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมที่อยู่ภายใน และภายนอกร่างกาย การรู้สึกนี้เองเป็นกระบวนการรับข่าวสารเพื่อตีความต่อไปจึงนับเป็นพื้นฐานของการรับรู้ ส่วนการตีความนั้นต้องอาศัยประสบการณ์ หรือการเรียนรู้จากอดีตจึงจะเกิดการจำได้หรือรับรู้ได้ (Recognition) ว่าสิ่งที่รู้สึกนั้นคืออะไร การตีความจนทำให้เกิดรู้ได้นั้น จึงทำให้การรับรู้เกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ (ชัยพร วัชชาวุธ, 2523)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กระบวนการที่บุคคลได้รับกิจกรรม หรือพฤติกรรมการช่วยเหลือจากบุคคลในกลุ่มสังคม ซึ่งติดต่อสัมพันธ์ด้วย และตีความว่ากิจกรรมหรือพฤติกรรมการช่วยเหลือนั้นสามารถช่วยให้ตนบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคล หรือตอบสนองความต้องการของตนในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ได้ และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจึง หมายถึง ความนึกคิดหรือความเข้าใจของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด เกี่ยวกับกิจกรรม หรือพฤติกรรมการช่วยเหลือ จากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวที่มารดาติดต่อสัมพันธ์ด้วย ซึ่งกิจกรรม หรือพฤติกรรมการช่วยเหลือนั้น ช่วยให้มารดาบรรลุเป้าหมายส่วนบุคคลหรือตอบสนองความต้องการของมารดาในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ได้ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว กับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด

จากแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมสามารถกล่าวได้ว่า การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว จะทำให้มารดามีความรู้สึกมีคุณค่า มีความภาคภูมิใจในตนเอง สามารถที่จะควบคุมหรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อสนองความต้องการของเด็กป่วยได้ ดังนั้นการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว จึงเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืดได้ ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ได้ยึดการสนับสนุนทางสังคม

ของครอบครัว ตามแนวคิดของคอบบ์ (Cobb, 1976) และ เชฟเฟอร์ และคณะ (Schaefer et al., 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การให้ความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อกัน มารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดจะมีความรู้สึกเศร้าโศก รู้สึกโกรธ กล่าวโทษตนเอง (Prugh, 1983; Cairns & Lansky, 1980; Steinhauer, 1974) นอกจากนี้บุตรที่มีอาการเจ็บหืดบ่อยจะทำให้มารดาวิตกกังวลตลอดเวลา กลัวการเจ็บหืด รู้สึกท้อแท้ หมดกำลังใจ (Weiner, n.d. cited in Caroselli –Karinja, 1990) ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเหล่านี้ทำให้มารดาต้องการการประทับประคองทางด้านอารมณ์จากบุคคลที่มารดาไว้วางใจและใกล้ชิดที่สุด เช่น ต้องการได้รับความเข้าใจและความเห็นใจ ต้องการให้มีการแสดงความสนใจและเอาใจใส่หรือตั้งใจรับฟัง เมื่อมารดาระบายความรู้สึกคับข้องใจเกี่ยวกับปัญหาของบุตร รวมทั้งต้องการคำปลอบโยน ให้กำลังใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร เป็นต้น ซึ่งการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ที่มารดาได้รับนี้จะทำให้มารดาเกิดความรู้สึกอบอุ่นและสบายใจ เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจที่จะดูแลบุตรโรคหอบหืดต่อไป จากการศึกษาของแฮมเลตต์ (Hamlett, 1992) ได้ศึกษามารดาเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดจำนวน 30 ราย โดยบุตรมีอายุระหว่าง 6 – 14 ปี พบว่าบทบาทของครอบครัวที่ชัดเจนและการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้มารดาปรับตัว สามารถเผชิญความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยของบุตร สอดคล้องกับจินตนา รุขราษฎร์ (2538) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนของสามี กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัยก่อนเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด 1 – 5 ปี จำนวน 112 ราย ที่มารับการรักษาที่แผนกเด็ก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนจากสามี ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กก่อนวัยเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากสามี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด และจินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย และคุณิ นุชสมบัติ (2539) ได้ศึกษาประสิทธิผลของแรงสนับสนุนทางสังคมต่อความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดเรื้อรังเมื่อดัดขาว กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาและมารดาผู้ป่วยเด็ก ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคหอบหืดเรื้อรังครั้งแรก และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 3 โรงพยาบาล ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ คะแนนความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของมารดาระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันโดยมารดากลุ่มทดลองจะมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยกว่ามารดากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะ 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ และพบว่าคะแนนความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของมารดากลุ่มทดลอง ในช่วงก่อนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี กับ

ภายหลังได้รับแรงสนับสนุน 2 สัปดาห์และ 4 สัปดาห์มีความแตกต่างกัน โดยมารดาจะมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามากที่สุดในช่วงก่อนได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสามี และมีความวิตกกังวลและความซึมเศร้าน้อยลงภายหลังได้รับแรงสนับสนุน 2 สัปดาห์ และ 4 สัปดาห์ตามลำดับ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึงการได้รับข้อมูลข่าวสาร ทำให้บุคคลสามารถนำไปแก้ปัญหา หรือข้อมูลป้อนกลับทำให้บุคคลรับรู้ถึงพฤติกรรมและการปฏิบัติงาน เนื่องจากการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับบุตร มารดาจะต้องปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเรียนรู้การดูแลบุตร ซึ่งแพทย์และบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องจะเป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวต่อบุตร ซึ่งจากการสำรวจความต้องการของบิดามารดา เด็กป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 20 คู่ พบว่า ความต้องการอันดับหนึ่งของบิดามารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคเรื้อรังคือ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรทางการแพทย์ (Rawlins et al., 1990) นอกจากข้อมูลข่าวสารที่จะได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์แล้ว การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในการกระตุ้นให้มารดาได้รับรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้องเหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ และการกระตุ้นให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ การหาข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลบุตรให้แก่มารดา หรือการให้คำแนะนำแนวทางในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะส่งเสริมให้มารดาประสบความสำเร็จในการดูแลบุตรตามแผนการรักษามากขึ้น อันเดอร์ และ ไบรอัน (Hunter & Bryant, 1984) ได้ศึกษาถึงผลของการให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาต่อการจัดการเกี่ยวกับโรคหอบหืดในเด็ก ในกลุ่มครอบครัวที่มีเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความเข้าใจของครอบครัวเกี่ยวกับการใช้ยาในเด็ก โดยวิธีการให้คำปรึกษา สาธิต และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ในครอบครัวที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด พบว่า หลังการให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษา ครอบครัวมีการใช้ยารักษาโรคหอบหืดในเด็ก ได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14 เป็นร้อยละ 78 และจากการศึกษาของนัทธมนต์ สายสอน (2544) ได้ศึกษาถึงการเปรียบเทียบผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด พบว่ามารดาในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว และสูงกว่าก่อนการทดลอง

3. การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) หมายถึง ข้อมูลที่ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนเป็นคนมีค่าเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตรโรคหอบหืด หรือภาวะผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัญหาอื่น ๆ เกี่ยวกับการดูแลบุตรโรคหอบหืด บางครั้งมารดาอาจบพร่องในการดูแลตามแผนการรักษาจะทำให้มารดาเกิด

ความรู้สึกว่าตนเองไร้ความสามารถในการดูแลเด็ก ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของมารดาลดลง การสนับสนุนที่มารดาต้องการในด้านนี้ ได้แก่ การให้ความสนใจในการกระทำของมารดาในการดูแลบุตร การแสดงการยอมรับและเห็นด้วยในความคิดหรือการกระทำที่ถูกต้องรวมทั้งการตักเตือนมารดา เมื่อบกพร่องในการปฏิบัติตามคำแนะนำ หรือแผนการรักษาบุตรโรคหอบหืด และการบอกให้ทราบว่ามีคนอื่นที่อยู่ในสถานการณ์ เช่นเดียวกันกับมารดาเด็กโรคหอบหืด โดยการสนับสนุนที่มารดาได้รับในด้านนี้จะเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการดูแลบุตรโรคหอบหืด ซึ่งจะทำให้มารดาเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นใจในการดูแลบุตรโรคหอบหืดตามแผนการรักษา จากการศึกษาของธิดารัตน์ เอกศิรินิมิตร (2539) ได้ศึกษาถึงผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัย 1 – 5 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด ที่มีความรุนแรงของโรกระดับปานกลาง พบว่า หลังการทดลองมารดาในกลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคหอบหืดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติจากพยาบาลประจำการ และสูงกว่าก่อนการทดลอง

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Tangible Support) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของและแรงงาน การเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาเป็นเวลานาน ซึ่งในการรักษาต้องใช้จ่ายเงินทอง เป็นปัญหาด้านเศรษฐกิจทำให้ครอบครัวเกิดภาวะเครียดและต้องการความช่วยเหลือ (Ellis, 1983, p. 532) นอกจากนี้ผลกระทบของการเจ็บป่วยของบุตรบางครั้งมารดาไม่สามารถแสดงบทบาทต่าง ๆ ในครอบครัวได้อย่างสมบูรณ์ ถ้ามารดาได้รับความช่วยเหลือทำหน้าที่บางอย่างแทนหรือช่วยดูแลบุตรแทนในบางครั้งที่มีมารดาไม่สะดวก ได้รับความช่วยเหลือทางด้านเงินทอง สามารถยืมเงินจากบุคคลใกล้ชิดในเวลาที่ยืมได้ แม้กระทั่งของใช้ต่าง ๆ ที่มารดาไม่สามารถหาซื้อใช้ได้ ซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวจากครอบครัว จะช่วยลดความวิตกกังวลและช่วยส่งเสริมให้มารดาดูแลบุตรได้อย่างเหมาะสม ศิริกาญจนา เอกศิริไตรรัตน์ (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของมารดาในการปฏิบัติกรดูแลบุตรโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด บุตรอายุ 0 – 6 ปี ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จังหวัดนครปฐม จำนวน 101 คน ผลการศึกษาพบว่า มารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 64.4 มีความสามารถในการปฏิบัติกรดูแลบุตรอยู่ในระดับดี ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการปฏิบัติกรดูแลบุตรโรคหอบหืดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ รายได้ของครอบครัว ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน และการสนับสนุนทางสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายความสามารถของมารดาในการปฏิบัติกรดูแลบุตรโรคหอบหืดคือ ความรู้เรื่องโรค

หอบหืด และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมอธิบายความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรได้ร้อยละ 32.0

จากที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤติได้ง่ายขึ้น และทำให้ภาวะวิกฤตินั้นลดความรุนแรงลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับการสนับสนุนเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางอารมณ์ทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเองยังเป็นที่รักที่ต้องการ มีความหวัง ซึ่งจะเป็นแรงสนับสนุนให้บุคคลเผชิญกับภาวะวิกฤติโดยพยายามแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไปได้อย่างเหมาะสม นอกจากงานวิจัยที่กล่าวไปแล้วยังพบว่ามิงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องอีกดังนี้

วนิดา ยืนยง (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืด ได้แก่ อายุของบุตร และระยะเวลาการเจ็บป่วยของบุตร กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดที่พาบุตรมาติดตามการรักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลเด็ก โรงพยาบาลศิริราช และวชิรพยาบาล จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคอปป์และเพฟเฟอร์ และคณะ ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคหอบหืดและการสนับสนุนทางสังคม สามารถอธิบายความผันแปรการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดได้ร้อยละ 28.60

กมลทิพย์ ด่านชัย (2540) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลบุตร และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพบุตร ในมารดาที่มีบุตรวัย 1 – 3 ปี โดยใช้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรวัย 1 – 3 ปี มารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระปิ่นเกล้า จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า มารดามีการรับรู้สมรรถนะตนเองอยู่ในระดับค่อนข้างสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบุตรค่อนข้างสูง และการรับรู้สมรรถนะตนเองของมารดาสามารถอธิบายพฤติกรรมของมารดาในการส่งเสริมสุขภาพบุตรได้ร้อยละ 34.27

กิตติมา ตำราญไชยธรรม (2541) ได้ศึกษา การรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลบุตรและผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 1 – 5 ปี โดยใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะตนเองของเบนดورا ทำการศึกษาในมารดาเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า จำนวน 80 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืด กล่าวคือมารดาที่มีความมั่นใจในการดูแลบุตรดี ก็จะทำให้บุตรของตนมีผลลัพธ์ทางสุขภาพดี แต่แม้จะพบความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลางซึ่งแสดงว่าผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดวัย 1 – 5 ปี อาจไม่ได้ขึ้นกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดาเพียงอย่างเดียว

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมจากกรอบครัว

และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว กับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืด ดังกล่าว ผู้วิจัยคาดว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวน่าจะมีผลทางบวก ต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวต่อการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืด ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้คาดว่าจะนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการวางแผนการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือครอบครัวพัฒนาความสามารถในการส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืด ได้เหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามศักยภาพของตน

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการดูแลที่ให้กับครอบครัว เพื่อบ่มุ่ให้ครอบครัว มีการพัฒนาความสามารถเพื่อไปส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืดได้อย่างมีประสิทธิภาพประกอบด้วย ความรัก ความห่วงใย ความไว้วางใจ การช่วยเหลือด้านเงินทอง สิ่งของ เวลา การให้ข้อมูลข่าวสารตลอดจนข้อมูลเพื่อการเรียนรู้ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของคอบบ์ และเชฟเฟอร์ (Cobb, 1976; Schaefer et al., 1981) ร่วมกับกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวของ Calgary Family Intervention Model (Wright & Leahey, 2000) ซึ่งโปรแกรมที่กำหนดขึ้นนั้นจะสอดคล้องกับความเชื่อของครอบครัว และเน้นการส่งเสริม การพัฒนา ให้คงไว้ซึ่งประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัว 3 ด้านคือ ความรู้ความเข้าใจ อารมณ์ความรู้สึก และพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วย โรคหอบหืด โดยมีวิธีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ ขั้นสัมพันธ์ภาพ ขั้นประเมิน ขั้นปฏิบัติ และขั้นสรุป ทบทวนวรรณกรรม โดยมีวิธีการดำเนินการ 4 ขั้นตอน ซึ่งพัฒนามาจาก Calgary Family Intervention Model (CFIM) (Wright & Leahey, 2000) คือ

1. **ขั้นสัมพันธ์ภาพ** เป็นขั้นตอนแรกที่พยาบาลจะต้องสร้างให้เกิดกับครอบครัว และคงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพในการบำบัด
2. **ขั้นประเมิน** เป็นขั้นที่สองประกอบด้วย ขั้นตอนในการค้นหาปัญหา และหาวิธีการแก้ปัญหา โดยการประเมินเกี่ยวกับโครงสร้างของครอบครัว และเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้บอกเล่าถึงปัญหา ความรู้สึก และสอบถามเกี่ยวกับความคิด หรือการปฏิบัติของสมาชิก

แต่ละคนในครอบครัวซึ่งจะทำให้ครอบครัวมองเห็นวิธีการแก้ปัญหาได้

3. ขั้นปฏิบัติ เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการกระตุ้นให้ครอบครัวคิด ค้นหาวิธี หรือแนวทางในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ครอบครัวได้ตระหนักถึงความสำคัญ และมีความตั้งใจที่จะแก้ปัญหา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป

4. ขั้นสรุป เป็นระยะของการสิ้นสุดสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับครอบครัว โดยพยาบาลควรกระตุ้น และสนับสนุนให้ครอบครัวคงไว้ซึ่งความสามารถ หรือใช้วิธีการแก้ปัญหาต่อไป

ในกระบวนการประยุกต์ใช้โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ผู้วิจัยทำการประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวโดยการถามคำถามและเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการส่งเสริม สนับสนุนทางสังคมแก่มารดาที่มีเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืด ดังต่อไปนี้คือ

การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง การประคับประคอง ด้านอารมณ์ของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืด เช่นการให้ความรัก ความเข้าใจ ห่วงใย แสดงความสนใจและเอาใจใส่ หรือตั้งใจรับฟังเมื่อมารดาระบายความรู้สึกคับข้องใจเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยของบุตร รวมทั้งการให้คำปลอบโยน ให้กำลังใจ เมื่อมารดามีความวิตกกังวล เกี่ยวกับบุตรที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด

การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ความรู้ครอบครัวเรื่องโรคหอบหืด การรักษา รวมทั้งการปฏิบัติการดูแลบุตร แนะนำให้ครอบครัวให้คำชี้แนะมารดาเมื่อดูแลบุตรไม่ถูกต้อง เพื่อให้มารดาปรับปรุงเปลี่ยนแปลง โดยไม่กล่าวตำหนิ กระตุ้นให้มารดารับรู้และปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างถูกต้องเหมาะสมสม่ำเสมอ ตักเตือนให้ปฏิบัติตามแผนการรักษาและนำบุตรไปตรวจตามนัด รวมทั้งแนะนำให้ครอบครัวบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลบุตรให้แก่มารดา เช่น สถานะที่รักษา แหล่งข้อมูลความรู้ เป็นต้น

การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การให้ความสนใจในการกระทำของมารดาในการดูแลบุตร การแสดงการยอมรับและเห็นด้วยในความคิดหรือการกระทำที่ถูกต้อง พุดให้กำลังใจว่ามารดาจะสามารถดูแลบุตรโรคหอบหืดได้ดี ไม่คัดค้านหรือตำหนิหากมารดาต้องการที่พึ่งทางใจที่ไม่เกิดผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การไปทำบุญรดน้ำมนต์ หรือไปหาผู้ที่เคารพนับถือ รวมทั้งควรบอกให้มารดาทราบว่า มีมารดาคนอื่น ๆ ที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดมีเรื่องกังวลใจในการดูแลบุตรเหมือนกัน

การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง การจัดหาสิ่งของ เงินทองค่าใช้จ่าย การช่วยเหลือมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืด และการทำหน้าที่แทนเมื่อมารดามีธุระจำเป็น เช่น การ

ช่วยเหลือทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ การช่วยเหลือด้านค่าใช้จ่ายในขณะดูแลบุตรที่โรงพยาบาล รวมทั้งการช่วยเหลือในการนำบุตรมาตรวจตามนัด

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จะทำให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem Support) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Tangible Support) และความรู้เรื่องโรคหอบหืด ซึ่งจะส่งผลให้ ครอบครัวมีการพัฒนาความสามารถเพื่อไปส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุตร โรคหอบหืดได้ และผลการวิจัยที่ได้จะเป็นแนวทางพัฒนาบทบาทของวิชาชีพพยาบาลในการ ส่งเสริมความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืด โดยเน้นการสนับสนุนทางสังคม ของครอบครัวต่อไป