

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (Acute Respiratory Infection In Children : ARIC) จัดเป็นโรคที่พบบ่อยทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนาและพัฒนาแล้ว เป็นสาเหตุทำให้เด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี มีอัตราป่วยและอัตรามรณะสูงสุดในผู้ป่วยบางรายที่รอดชีวิตอาจมีความผิดปกติของระบบหายใจ และระบบอื่นตามมา เช่น โรคไซนัสอักเสบเรื้อรัง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหลอดลมโป่งพอง (WHO, 2005) จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกปี 2543 พบว่าผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจปีละประมาณ 2 ล้านคน และยังมีการคาดการณ์จากองค์การอนามัยโลกว่าในปี 2568 จะมีจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจอีกประมาณ 5 ล้านคนและมีเด็กอีก 2 ล้านคนที่ติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (Lower Respiratory Tract Infection, LRTIs) โดยร้อยละ 97 ของจำนวนเด็กอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา (WHO, 1990) ซึ่งรวมถึงประเทศไทยที่พบอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ร้อยละ 18-36 (สุชาดา ศรีทิพยวรรณ, 2548) และเป็นสาเหตุทำให้เด็กเสียชีวิตถึงร้อยละ 70 ในขวบปีแรก (สรศักดิ์ โล่จินดา, 2549) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคหลอดลมฝอยอักเสบพบมากในเด็กขวบปีแรกถึงร้อยละ 80 (ไพศาล เลิศฤดีพร & มุกดา หวังวีรวงศ์, 2544) โดยร้อยละ 8 ของผู้ป่วยเด็กขวบปีแรกที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบมีภาวะหายใจล้มเหลวต้องใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมด้วย (สุชาดา ศรีทิพยวรรณ, 2548)

โรคหลอดลมฝอยอักเสบเป็นอีกกลุ่มโรคหนึ่งของโรคทางเดินหายใจส่วนล่างพบบ่อยมากในเด็กขวบปีแรกที่เกิดจากการอักเสบของเยื่อหุ้มของหลอดลมฝอย ทำให้เยื่อหุ้มหลอดลมบวม และมีเสมหะอุดหลอดลมเป็นสาเหตุให้เด็กกลุ่มนี้เกิดภาวะหยุดหายใจ (apnea) ได้ประมาณร้อยละ 10-20 (ประวิทย์ เจตนาชัย, 2549) เนื่องจากระบบโครงสร้างการเจริญเติบโต และพัฒนาการต่าง ๆ ของร่างกายยังเจริญเติบโตได้ไม่เต็มที่ โดยเฉพาะกลไกในการจับมูกภายในเยื่อหุ้มทางเดินหายใจยังไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันจึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดการอักเสบและการอุดตันส่งผลให้การหายใจของเด็กไม่มีประสิทธิภาพ มีโอกาสสำลักสิ่งแปลกปลอมเข้าหลอดลมได้ง่ายโดยพบเป็นสาเหตุของโรคนี้สูงถึงร้อยละ 75 (จักรพันธ์ สุศิวะ, 2551) นอกจากนี้ ยังพบว่า สาเหตุส่วนใหญ่ของโรคนี้เกิดจากเชื้อไวรัส โดยเฉพาะอย่างยิ่ง respiratory syncytial virus (RSV) ทำให้มีการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนล่างโดยอาการอาจแสดงให้เห็นภายใน 1 สัปดาห์ อาจมีอาการต่อเนื่องนานเป็นเดือน

หรือทำให้มีอาการป่วยเป็นโรคหอบหืดตามมาได้ (รัตนาวดี ขอนตะวัน & พัชร วรรกิจพูนผล, 2547) บางรายมีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 6 ของผู้ป่วยเด็กที่อายุน้อยกว่า 1 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบมีอาการจนเกิดหัวใจวายต้องเข้ารับการรักษาในไอซียู และพบอัตราการเสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 0.3 (Patel et al., 2001)

ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับผลการสำรวจของโรงพยาบาลประทายจังหวัดนครราชสีมา จากสถิติพบผู้ป่วยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี เข้ารับบริการเป็นอันดับหนึ่งด้วยโรคระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง โดยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคหลอดลมฝอยอักเสบ พบมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเด็กทั้งหมด จากสถิติที่เด็กเป็นโรคหลอดลมฝอยอักเสบตั้งแต่ พ.ศ. 2548 ถึง 2550 มีจำนวน 578, 568 และ 576 ราย ตามลำดับ ระยะเวลา 3 ปีดังกล่าว กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุ 0-1 ปี พบ 1,110 ราย คิดเป็นร้อยละ 64.41 รองลงมาคือช่วงอายุ 2-3 ปี พบ 467 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.11 และในช่วงอายุ 4-5 ปี พบ 145 ราย คิดเป็นร้อยละ 8.41 ตามลำดับ ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ป่วยในแต่ละปีจะมีแนวโน้มลดลงแต่ก็ยังมีเด็กที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยเดิม โดยเฉลี่ยใน 1 รายเด็กจะกลับมาด้วยโรคเดิม 2 ครั้งใน 1 เดือน ต้องนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยคนละ 3-4 วัน และในจำนวนนี้มีเด็กที่อาการรุนแรงทำให้ต้องส่งไปรักษาต่อที่อื่นทั้งหมดถึง 18 ราย (ข้อมูลเวชระเบียน โรงพยาบาลประทาย, 2551) จากสถิติดังกล่าวพบว่าอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดลมอักเสบฝอยในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี มีจำนวนมากที่สุดและส่งผลทำให้เกิดความรุนแรงมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับเด็กที่มีอายุมากขึ้น ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงเน้นในเด็กอายุขวบปีแรก

ภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบจะมีผลต่อสุขภาพอนามัยของเด็กในช่วงขวบปีแรก เนื่องจากเป็นวัยกำลังเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วของร่างกายและสมอง (กมลพรรณ ชิวพันธุ์ศรี, ม.ป.ป.) เด็กที่ไม่ได้รับการรักษาดูแลอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะในขณะที่เด็กเริ่มป่วย เช่น การเช็ดตัวเพื่อลดไข้ไม่ถูกวิธี คัดน้ำไม่เพียงพอ การให้อาหารที่ไม่เหมาะสม หรือการให้รับประทานยาที่ไม่ถูกต้องตามการรักษาของแพทย์ จึงเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรคเดิมได้ง่ายและมีอาการเรื้อรัง ส่งผลต่อพัฒนาการเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และการดำรงชีวิต (นวลจันทร์ ปราบพาล และคณะ, 2549; Subhatee et al., 2002) นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว เกิดปัญหาเศรษฐกิจ ปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่ต้องพาเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อย ๆ ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหน็ดเหนื่อย อาจถูกรบกวนเวลาในการรับประทานอาหาร และการพักผ่อนนอนหลับหรือเกิดความกลัวเมื่อต้องเผชิญกับการเจ็บป่วยของเด็ก (วาสนา ไชยวงศ์, สุธิศา ล่ามช้าง และ วิมล ธนสุวรรณ, 2547) เหล่านี้ล้วนส่งผลให้ความสามารถและประสิทธิภาพการดูแลในการตอบสนองความต้องการรวมถึงการช่วยให้เด็กปรับตัวต่อการเจ็บป่วย และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง นอกจากนี้ ความเครียดของผู้ปกครองยังสามารถถ่ายทอดไปสู่เด็ก

ป่วยได้ ส่งผลให้เด็กป่วยเกิดความเครียดได้มากขึ้น (Potts & Mandlaco, 2002) รวมทั้งส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจอาจเกิดภาระค่าใช้จ่ายมากขึ้นขณะให้การดูแลเด็กป่วย บางรายอาการรุนแรงจนต้องให้การช่วยเหลือด้วยยาปฏิชีวนะอย่างเร่งด่วน เกิดการสูญเสียค่านงบประมาณ และบุคลากรในการดูแลรักษาพยาบาลแต่ละครั้ง (มณีรัตน์ ปัจจะวงษ์, 2543)

เด็กวัย 0-1 ปี ยังเป็นวัยที่อยู่ในระยะเริ่มต้นของการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเด็กที่อยู่ในสภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันต้องประสบกับความไม่สบายทางกายจากความรุนแรงของโรค การตรวจรักษา และความไม่สบายใจจากการต้องแยกจากบิดามารดาไปอยู่โรงพยาบาล ถูกจำกัดอาหารที่ชอบ ไม่ได้เล่นสนุกตามวัย ทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการทั้งหมดของตนเองได้ จึงเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง อีกทั้งมีข้อจำกัดในด้านวุฒิภาวะ และเมื่อต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยเด็กป่วยจะมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองอย่างจำกัด ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยบุคคลอื่นช่วยตอบสนองความต้องการ ดังนั้น เด็กจึงจำเป็นที่จะต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง (Orem, 1985)

การศึกษานำร่องในกลุ่มผู้ดูแลเด็กในโรงพยาบาลประทายจำนวน 20 คน พบว่า ผู้ดูแลที่นำเด็กมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 45 อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล จะมาด้วยอาการไข้ ไอ หายใจเร็วถึงร้อยละ 45 ซึ่งพบว่าผู้ดูแลร้อยละ 65 ไม่ทราบอาการเริ่มแรกของเด็กที่เป็นอยู่และไม่ทราบการดูแลเบื้องต้น แต่ทุกครั้งที่เกิดมีไข้ผู้ดูแลถึงร้อยละ 35 จะรีบให้ยาลดไข้ ยาปฏิชีวนะ ยาละลายเสมหะ และยาลดไอ เป็นที่น่าสังเกตว่า มีผู้ดูแลซึ่งพยายามรับประทานเองถึงร้อยละ 45 โดยให้เด็กรับประทานตามฉลากยาเดิมที่เคยได้รับจากแพทย์ในการเจ็บป่วยครั้งก่อน นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ดูแลที่พาเด็กมารักษาไม่ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ ไม่ได้รับเอกสารหรือแผ่นพับถึงร้อยละ 75 สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นว่า ส่วนหนึ่งผู้ป่วยเด็กยังไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง หรือผู้ดูแลให้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่ถูกต้อง เช่น ให้ยาตามปริมาณที่เคยให้ หรือหยุดยาเองเมื่อไม่มีอาการ ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการรักษาและการดูแลผู้ป่วยเด็กเหล่านี้โดยรวมได้ อีกทั้งโรงพยาบาลไม่มีรูปแบบวิธีการที่เป็นแบบแผนชัดเจน ไม่มีการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยเด็กที่ป่วยด้วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบที่บ้านทำให้ขาดการดูแลที่ต่อเนื่อง

ปัญหาและพฤติกรรมการดูแลเด็กดังกล่าว ก่อให้เกิดผลเสียต่อเด็กคือทำให้เป็นสาเหตุของการรักษาโรคไม่ได้ผล โรคมีความรุนแรงมากขึ้นเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่างๆ เช่น ปอดอักเสบ ปอดแตก ปอดแฟบ มีลมในช่องเยื่อหุ้มปอด หัวใจวาย การหายใจล้มเหลว จนอาจทำให้เด็กเสียชีวิตได้ (กิตติ อังสุสิงห์ และคณะ, 2542) แสดงว่านอกจากการรักษาทางการแพทย์แล้ว การดูแลจากผู้ดูแลหรือครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะบ่งชี้ว่าผู้ป่วยเด็กเหล่านี้มีโอกาส

หายจากโรคได้ นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 ราย สะท้อนว่า พยาบาลจะให้ความรู้เป็นรายบุคคลแก่ผู้ดูแลในวันกลับบ้านซึ่งเป็นการแนะนำวิธีการปฏิบัติตัวสั้น ๆ อีกทั้งสถานการณ์ปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยเด็กมีมากเมื่อเปรียบเทียบกับบุคลากรที่ให้บริการ ทำให้มีเวลาในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลน้อยและไม่ทั่วถึง ซึ่งการให้ข้อมูลส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารแบบทางเดียวด้วยข้อจำกัดของเวลาและบุคลากรมีจำนวนน้อย อีกทั้งยังไม่มีรูปแบบการสอนอย่างชัดเจน ไม่มีการเน้นด้านการประเมินปัญหาของผู้ป่วยเด็กเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแล ขาดการชี้แนะ สนับสนุนให้นำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และญาติไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ดังนั้น โอกาสที่ผู้ดูแลเด็กจะได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคหอบหืดลมฝอยอักเสบ และการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วยอย่างครอบคลุมทุกด้านนั้นอาจไม่ครบถ้วนและไม่สามารถซักถามในสิ่งที่สงสัยหรือไม่เข้าใจได้ตามต้องการได้ เหล่านี้ล้วนสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลควรจะได้รับความรู้ และมีความเข้าใจในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดลมฝอยอักเสบ ซึ่งหากผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องก็ย่อมส่งเสริมประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยเด็กเหล่านี้ให้มีความปลอดภัย ดังนั้น ความรู้ของผู้ดูแลจึงเป็นเสมือนกุญแจสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการดูแลเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยเหล่านี้ให้เหมาะสม พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือและใช้ความสามารถทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลที่มีอยู่ในการตอบสนองความต้องการในการดูแลเด็กวัย 0 – 1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดลมฝอยอักเสบเพื่อดำรงชีวิตถึงขีดสูงสุดภายใต้สภาวะแวดล้อมของตนเอง

ภาพที่ปรากฏข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า ทีมสุขภาพยังมีช่องว่างในการให้ข้อมูลด้านความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กวัย 0 – 1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดลมฝอยอักเสบทั้งรูปแบบการสอนและสื่อที่ใช้ควรได้รับการพัฒนาให้เข้าถึงผู้ดูแลอย่างแท้จริง จากแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985) กล่าวว่าระบบสนับสนุนและให้ความรู้ นับเป็นระบบการพยาบาลแบบหนึ่งที่ผู้รับบริการจะได้รับการสอน แนะนำ และสนับสนุนจากพยาบาล โดยในที่นี้ผู้รับบริการก็คือผู้ดูแลเด็กนั่นเอง จึงกล่าวได้ว่า พยาบาลถือเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ดูแลซึ่ง นัทธมนต์ สายสอน (2544) ได้ศึกษาผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืดพบว่าพฤติกรรมกรรมการดูแลของมารดาดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง วิลาวรรณ เกิดโชค (2550) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลมีพฤติกรรมกรรมการดูแลดีขึ้น จึงเห็นได้ว่าการนำเอาระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้เข้ามามีส่วนพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล เพื่อให้กำลังใจส่งเสริมแรงกระตุ้นและช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีปัญหาในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดลมฝอยอักเสบวัย 0-1 ปี จะสามารถเข้าใจและช่วยกันแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่โดยมีพยาบาลเป็นผู้สนับสนุนให้ความ

ช่วยเหลือในการเป็นแหล่งความรู้ทางวิชาการที่ถูกต้อง โดยใช้วีซีดีซึ่งเป็นสื่อการสอนที่จัดหาได้ง่าย ในท้องถิ่นปัจจุบันและสะดวกในการนำมาใช้ในหอผู้ป่วย สามารถฉายซ้ำหลายครั้งได้ตามต้องการ และผู้ดูแลได้รับความรู้และเนื้อหาที่เหมือนกัน อย่างไรก็ตาม การใช้สื่อวีซีดีก็ยังมีข้อจำกัดบางอย่างที่ไม่สามารถลดช่องว่างในการให้ข้อมูลได้ทั้งหมด เนื่องจากผู้ดูแลจะได้รับการดูสื่อนี้เฉพาะที่โรงพยาบาล ซึ่งบางครั้งอาจจดจำข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมและพบว่าสื่ออีกประเภทคือแผ่นพับนั้น ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถพกพานำกลับไปที่บ้านเพื่อเป็นแหล่งความรู้อีกทางหนึ่งได้ แต่อย่างไรก็ตาม หากผู้ดูแลมีความรู้ที่ได้รับทั้งจากการมารับบริการที่โรงพยาบาลและมีความรู้เพิ่มเติมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจากสื่อทั้ง 2 ชนิดแล้ว ก็ยังพบว่าผู้ดูแลอาจมีข้อคำถามที่ยังไม่เข้าใจ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า การเยี่ยมบ้านจะปิดช่องว่างดังกล่าวและน่าจะเกิดประโยชน์กับผู้ดูแลและผู้ป่วยเด็กมากยิ่งขึ้นถือเป็นการสร้างสัมพันธภาพและเป็นการให้บริการเชิงรุกแก่ผู้รับบริการในชุมชนอีกทางหนึ่งซึ่งการติดตามเยี่ยมบ้านยังสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ สามารถฝึกทักษะและพัฒนาการดูแลภายใต้สิ่งแวดล้อมของตนเอง ตอบสนองต่อความต้องการในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความพึงพอใจพร้อมทั้งเป็นการเพิ่มความสามารถตามศักยภาพของผู้ดูแลและครอบครัวให้สามารถพึ่งตนเองต่อไป

## 2. คำถามในการวิจัย

โปรแกรมการให้ความรู้ด้วยวีซีดีและแผ่นพับร่วมกับการเยี่ยมบ้านมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัย 0-1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดเฉียบพลันหรือไม่ อย่างไร

## 3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ด้วยวีซีดีและแผ่นพับร่วมกับการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัย 0-1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

3.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัย 0-1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดเฉียบพลัน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

3.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัย 0-1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดเฉียบพลันในกลุ่มทดลองก่อนกับหลังการทดลอง

## 4. สมมติฐานการวิจัย

4.1 หลังการทดลองกลุ่มทดลองจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดเฉียบพลันสูงกว่ากลุ่มควบคุม

4.2 หลังการทดลองกลุ่มทดลองจะมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการดูแลเด็กป่วยด้วยโรค หลอดลมฝอยอักเสบสูงกว่าก่อนการทดลอง

## 5. ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้วยวีซีดีและแผ่นพับ ร่วมกับการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็ก วัย 0-1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหลอดลมฝอย อักเสบ จำนวน 30 ราย เข้ารับการรักษานอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลประทาย จังหวัดนครราชสีมา

## 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1985) ในรูปแบบของการ พยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถ ในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบ วัย 0-1 ปี และการรักษาพยาบาลให้สามารถ ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่องตามสภาพแวดล้อมของ ครอบครัวโดยมีรายละเอียดการประยุกต์ใช้ทฤษฎีในการศึกษาครั้งนี้คือ

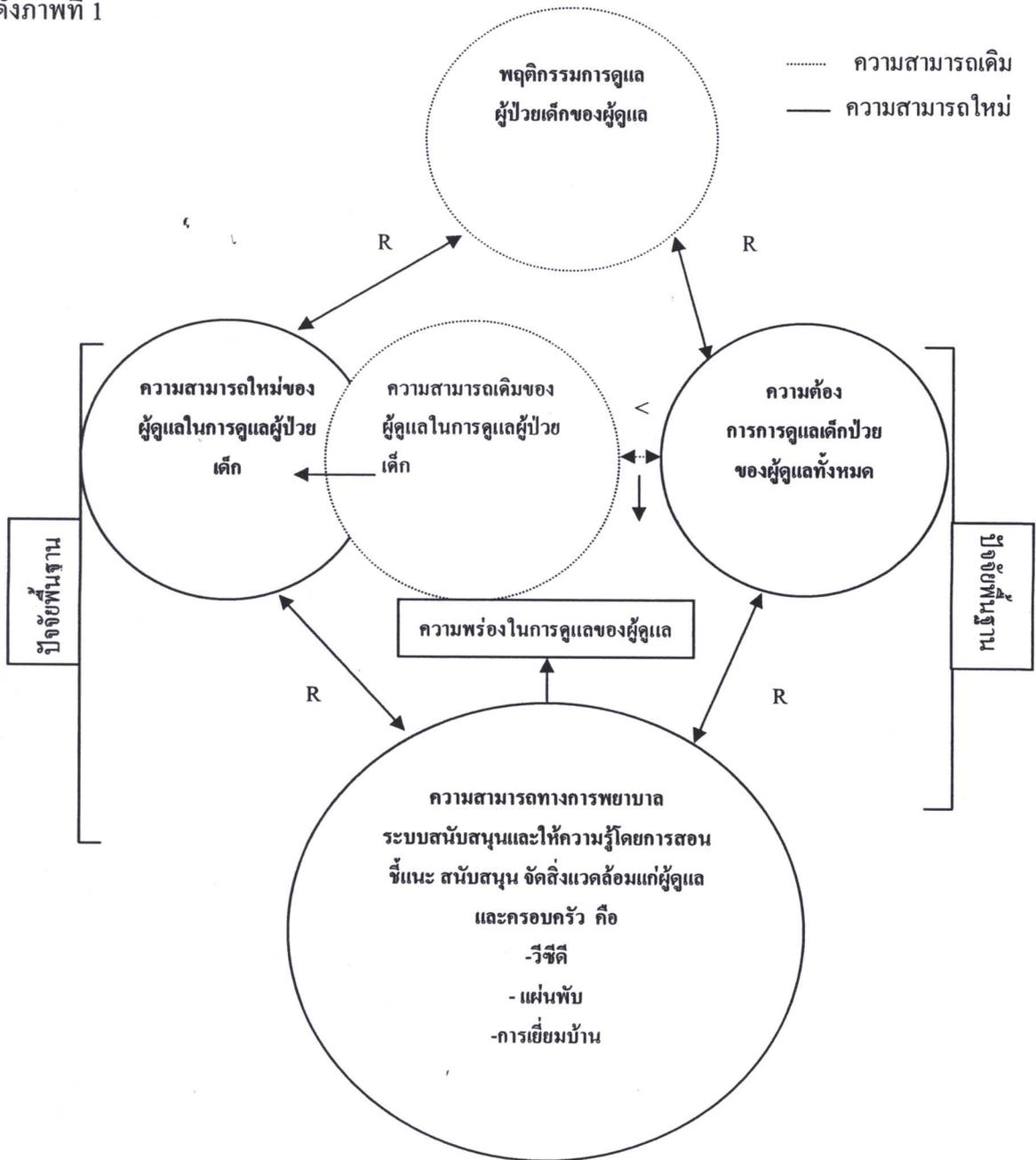
ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factor) เป็นองค์ประกอบในการกำหนดปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของครอบครัวรวมทั้งอิทธิพลต่อความสามารถของสมาชิกใน ครอบครัวที่จะกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ประเมินได้จากลักษณะครอบครัว ชนิด จำนวน สมาชิก พัฒนาการของครอบครัว ภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของครอบครัว ระบบบริการทาง สุขภาพที่ครอบครัวใช้บริการ สภาพเศรษฐกิจสังคมและครอบครัว แผนการดำเนินชีวิตครอบครัว สภาพความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมรวมถึงแหล่งช่วยเหลือของครอบครัวอื่นๆ เนื่องจาก ปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Self - care agency) ในการคาดการณ์ ตัดสินใจ และลงมือปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self - care demand) ประกอบด้วย ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น เมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ แต่เมื่อบุคคลใดที่มีความไม่สมดุลของความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมด (Therapeutic self - care demand : TSCD) กับความสามารถในการดูแลตนเองจะทำให้เกิด ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self - care deficit : SCD) (Orem, 1991 อ้างถึงในสมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

บุคคลจึงต้องการการช่วยเหลือเพื่อพัฒนาความสามารถที่มีอยู่ให้เพียงพอเพื่อตอบสนองต่อ ความต้องการการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Orem, 1995) เช่นเดียวกับเด็กวัย 0-1 ปี

ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดหรือโรคหอบหืดมีความสามารถในการดูแลตนเองที่น้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดอันเป็นผลมาจากข้อจำกัดด้านวุฒิภาวะของเด็กที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพึ่งพามุขพลในครอบครัว (Orem, 1985) โดยเฉพาะผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุดและหากผู้ดูแลมีความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมด เรียกว่า ความพร้อมในการดูแลตนเอง ดังนั้น พยาบาลจึงเข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนและให้ความรู้ (Education Supportive Nursing System) (Orem, 1991 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) เข้ามาช่วยให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการในการดูแลเด็กป่วย ประกอบด้วยวิธีการสอนโดยใช้วิธีดีเนื่องจากเป็นสื่อที่มีภาพและเสียงประกอบ สามารถสร้างความสนใจให้ผู้เรียนได้เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น เห็นขั้นตอนต่างๆอย่างละเอียด ฉายซ้ำได้ตามต้องการ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้แผ่นพับซึ่งมีเนื้อหาสั้นกะทัดรัดเป็นการเน้นให้ผู้ดูแลได้อ่าน สามารถนำมาทบทวนความจำ ไขข้อข้องใจเมื่อเกิดปัญหา หรือต้องการคำอธิบายอย่างรวดเร็วเพื่อให้ได้คำตอบที่ถูกต้อง แผ่นพับยังเป็นสื่อประกอบการเรียนรู้ที่สามารถอ่านเมื่อใดก็ได้ตามความต้องการและนำติดตัวไปได้สะดวก หากได้อ่านบ่อย ๆ แล้วจะทำให้เกิดความรู้และสามารถจดจำได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นอีกวิธีการช่วยเหลือผู้ดูแลในการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดหรือโรคหอบหืดวัย 0-1 ปี เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ อีกทั้งพยาบาลยังคอยชี้แนะเกี่ยวกับการสังเกตอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยรวมถึงการสนับสนุนเพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลและคงความพยายามในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติพฤติกรรมดูแลเด็กป่วยเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสมเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ดังนั้น จึงได้มีการจัดเตรียมสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ดูแลและครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมและติดต่อกับบุคคล เช่น การพูดคุยกับผู้ที่เคยผ่านประสบการณ์เดียวกัน ชักถามแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยใช้รูปแบบการช่วยเหลือที่เป็นกระบวนการกลุ่มภายในครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวมีการสนับสนุนช่วยเหลือขณะอยู่ที่บ้านในการดูแลเด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

การติดตามเยี่ยมบ้าน (Home visit) (Marcia & Jeanette, 2004) ซึ่งเป็นการบริการเชิงรุก โดยใช้บ้านของผู้ป่วยเป็นสถานบริการการพยาบาลมุ่งเน้นการดูแลที่ต่อเนื่องเพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตด้วยความผาสุกภายใต้สภาวะแวดล้อมของตนเอง ดำเนินการอย่างเป็นระบบให้สอดคล้องกับกระบวนการการดำเนินชีวิต ระยะพัฒนาการและการเจ็บป่วย ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ครอบครัวจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วยไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าทีมสุขภาพ แต่ภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปของเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดหรือโรคหอบหืดวัย 0-1 ปี อาจเกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหรือนานจนเกิดอาการเรื้อรังของโรคได้ ความต้องการการดูแลตนเองจึงไม่คงที่ ผู้ดูแลจะใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ที่บ้าน การพยาบาลจึงมีเป้าหมายในการพัฒนา

ความสามารถของผู้ดูแล ลดความพร้อมในการดูแลตนเอง และลดความพร้อมของบุคคลที่รับผิดชอบผู้ป่วย การดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้ประสบความสำเร็จในการจัดการกับความเจ็บป่วยของเด็กในปัจจุบันและอนาคต โดยการสนับสนุนผู้ดูแลและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมการตัดสินใจในแผนการดูแล เพราะการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่จริงจังและมีเป้าหมายสามารถพึ่งตนเองได้ ซึ่งแนวคิดต่าง ๆ ที่กล่าวมาสามารถสรุปความสัมพันธ์ได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 7. คำจำกัดความในการวิจัย

### 7.1 โปรแกรมการให้ความรู้ด้วยวีซีดีและแผ่นพับ

**ค่านิยมเชิงทฤษฎี** หมายถึง การให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดลมฝอยอักเสบเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลในการปฏิบัติกรดูแลแก่เด็กป่วยดังกล่าวได้ถูกต้องเหมาะสมตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลทั้งหมดผ่านการใช้วีซีดีและแผ่นพับ

**ค่านิยมเชิงปฏิบัติ** หมายถึง การส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองมีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง สามารถตอบสนองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของเด็กป่วยได้ในระบบการสนับสนุนและให้ความรู้ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1985) ซึ่งเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ดูแลพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ โดยการถ่ายทอดความรู้เรื่องการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดลมฝอยอักเสบผ่านวีซีดี ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคหอบหืดลมฝอยอักเสบ อาการ อาการแสดงของโรค การดูแลเบื้องต้นเมื่ออยู่ที่บ้าน การรับประทานยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในแต่ละครั้งจะมีการชี้แนะถึงเหตุผลของการปฏิบัติ ให้ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง เลือกแนวทางการปฏิบัติได้ สนับสนุนให้มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยการพูดคุย สัมผัส ให้กำลังใจ รับฟังความคิดเห็นของผู้ดูแล ให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแล และตัดสินใจเริ่มปฏิบัติด้วยตนเองตามต้องการ หลังจากนั้นมีการสรุปเนื้อหาจากวีซีดีและสอบถามความเข้าใจจากผู้ดูแลอีกครั้ง พร้อมทั้งแจกแผ่นพับให้ผู้ดูแล

### 7.2 การเยี่ยมบ้าน

**ค่านิยมเชิงทฤษฎี** หมายถึง บริการสาธารณสุขเพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลของทีมสุขภาพจากสถานบริการ ไปสู่บ้าน โดยมุ่งเน้นการดูแลที่ต่อเนื่อง สนับสนุน ดำเนินการครอบคลุมทั้งด้านการรักษาพยาบาล ป้องกันโรค ส่งเสริม และฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้จัดการการดูแล เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ดูแลและครอบครัวเรียนรู้ที่จะพัฒนาในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

**ค่านิยมเชิงปฏิบัติการ** หมายถึง การบริการจากสถานบริการพยาบาล ไปสู่บ้านหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล 1 สัปดาห์ เป็นการติดตามพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดลมฝอยอักเสบวัย 0-1 ปี อย่างต่อเนื่องตามทฤษฎีของโอเร็ม ซึ่งเป็นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองโดยให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดลมฝอยอักเสบ ร่วมแสดงความคิดเห็นพูดคุยซักถามร่วมกัน เพื่อติดตามพฤติกรรมกรดูแลของผู้ดูแลในเด็กวัย 0-1 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดลมฝอยอักเสบ โดยมี

วัตถุประสงค์เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด ฝอยอักเสบให้ผู้ดูแลรวมทั้งครอบครัวได้ตระหนัก และเห็นความสำคัญในการดูแลเด็ก พร้อมทั้งสามารถให้การดูแลเด็กป่วยด้านต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องตามสภาวะของแต่ละครอบครัวโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง ครั้งละประมาณ 2-3 ชั่วโมง

### 7.3 พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดฝอยอักเสบ

**คำนิยามเชิงทฤษฎี** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ การฟื้นจากการเจ็บป่วยและการเผชิญกับผลที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติดูแลตนเองต้องตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด ซึ่งครอบคลุมทั้งการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites : USCR) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites : DSCR) และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites : HDSCR) (Orem, 1985)

**คำนิยามเชิงปฏิบัติการ** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดฝอยอักเสบเพื่อทำให้เด็กป่วยมีร่างกายอยู่ในสภาวะปกติหรืออาการของโรคหอบหืดฝอยอักเสบดีขึ้นซึ่งประเมินจากคะแนนที่ได้รับจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลหลัก ลักษณะของเครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง บางครั้ง และไม่ปฏิบัติ โดยให้คะแนนเป็น 2 กรณี คือ พฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยด้านบวกและด้านลบ โดยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย

7.3.1 การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites : USCR) หมายถึง การดูแลเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดฝอยอักเสบ โดยกิจกรรมการดูแลครอบคลุมในหัวข้อของการรับประทานอาหาร การได้รับอากาศบริสุทธิ์ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการได้เล่นตามวัย

7.3.2 การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites : DSCR) หมายถึง การดูแลและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับโรคและวัย เพื่อให้เด็กสามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด โดยจำแนกเป็นด้านร่างกาย เช่น พุดคุยโต้ตอบบ่อย ๆ หรืออุ้มห่อถ่อม ด้านอารมณ์ เช่น ยิ้มแย้มขณะพุดคุยโต้ตอบกับเด็กฝึกให้เด็กตอบสนองต่อเสียง ด้านสังคม เช่น เล่นจ๊ะเอ๋ ร้องเพลง ทำท่าต่าง ๆ ปรบมือเล่นกับเด็กบ่อย ๆ และด้านภาษา/สติปัญญา เช่น อ่านหนังสือกับเด็กพร้อมชี้ภาพประกอบ เป็นต้น

7.3.3 การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites : HDSCR) หมายถึง การดูแลเมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วยจากโรคหอบหืดหรือโรคภูมิแพ้ การวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์โดยผู้ดูแลสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษารวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

#### 7.4 ผู้ดูแลในเด็กวัย 0-1 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดหรือโรคภูมิแพ้

คำนิยามเชิงทฤษฎี หมายถึง บุคคลที่อาศัยอยู่ในหลังคาเรือนเดียวกัน เช่น บิดา มารดา หรือสมาชิกคนอื่น ๆ ที่มีการทำกิจวัตรร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์กัน มีความสัมพันธ์กัน เอาใจใส่และปรารถนาดีต่อกัน

คำนิยามเชิงปฏิบัติการ หมายถึง บุคคลที่มีเด็กอายุ 0-1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดหรือโรคภูมิแพ้และเป็นผู้ดูแลหลักในช่วงที่ผู้วิจัยกำลังทำการวิจัย

### 8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 8.1 ได้รูปแบบการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคหอบหืดหรือโรคภูมิแพ้ในเด็ก
- 8.2 เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ในการใช้กลวิธีเพิ่มความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดหรือโรคภูมิแพ้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้เด็กที่เจ็บป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง