

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้วยวีซีดี และแผ่นพับร่วมกับการเยี่ยมบ้านต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในเด็กวัย 0-1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นแนวคิดในการศึกษาดังนี้

1. โรคหลอดลมฝอยอักเสบ
2. แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง
3. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัย 0-1 ปี ที่ป่วยด้วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบ
4. ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. โรคหลอดลมฝอยอักเสบ

1.1 ความหมายของโรคหลอดลมฝอยอักเสบ

โรคหลอดลมฝอยอักเสบ (Acute bronchiolitis) เป็นการอักเสบของทางเดินหายใจส่วนล่าง ตั้งแต่ distal trachea ลงไปจนถึง medium และ large - sized bronchi มักเกิดตามหลังการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน ทำให้มีการอักเสบร่วมกับการทำลายของ ciliated epithelium ของหลอดลมฝอย (นวลจันทร์ ปราบพาล และคณะ, 2549; ประยงค์ เวชวินชสนอง & วนพร อนันตเสรี, 2550)

1.2 สาเหตุและระบาดวิทยาของโรค

ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อไวรัส เช่น adenovirus, influenza virus, parainfluenza virus, respiratory syncytial virus และ measles อาจพบการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการเกิน 2 สัปดาห์หรือมีเสมหะคั่งค้างมาก เชื้อแบคทีเรียที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ streptococcus pneumonia, Haemophilus influenza และ Moraxella catarrhalis (Knutson & Braun, 2002)

โรคหลอดลมฝอยอักเสบ อาจเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียตั้งแต่เริ่มแรก เช่น เชื้อไอกรน (Bordetella pertussia) คอตีบ (Corynebacterium diphtheriae) ซึ่งมักพบในรายที่ไม่ได้รับวัคซีนหรือได้ไม่ครบตามกำหนด นอกจากนี้ยังอาจเกิดจากเชื้ออื่นๆ เช่น Mycoplasma pneumonia, Chlamydia pneumonia (Tipaya et al., 2001) เป็นต้น

โรคนี้นพบได้ในทุกอายุและพบได้ตลอดทั้งปี ระบาดวิทยาของโรคขึ้นกับเชื้อที่เป็นสาเหตุซึ่งแปรเปลี่ยนตามอายุของผู้ป่วยและฤดูกาล โดย adenovirus, parainfluenza virus, respiratory syncytial

virus มักพบในเด็กเล็ก ส่วน influenza virus มักพบในเด็กโต Mycoplasma pneumonia มักพบในเด็กวัยรุ่น (นวลจันทร์ ปรามพาล & จิตลัดดา ศิริโรจนวงศ์, 2551)

1.3 ปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติของทางเดินหายใจ

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกายส่วนใหญ่เป็นปัจจัยจากภายนอกที่สำคัญ ได้แก่ สิ่งแปลกปลอมที่ปนอยู่ในอากาศหายใจ คือ จุลชีพ สารก่อภูมิแพ้ และสารระคายเคือง

1.3.1 จุลชีพ คือ สิ่งมีชีวิตเล็ก ๆ ที่มองด้วยตาเปล่าไม่เห็นจุลชีพที่สำคัญที่ทำให้เกิดโรคของทางเดินหายใจ ได้แก่ ไวรัสและแบคทีเรีย

1.3.1.1 ไวรัส หมายถึง สิ่งที่มีชีวิตขนาดเล็กที่มีการเพิ่มจำนวนภายในเซลล์สิ่งมีชีวิตโดยใช้สารประกอบต่าง ๆ ภายในเซลล์เพื่อสังเคราะห์ไวรัสตัวใหม่ขึ้น และสามารถถ่ายทอดไปสู่เซลล์อื่น ๆ ได้ไวรัสเป็นสาเหตุของโรคทางเดินหายใจที่พบบ่อย ได้แก่

1) ไรโนไวรัส เป็นไวรัสที่เป็นสาเหตุสำคัญของไข้หวัดซึ่งมีมากกว่า 100 ชนิด ในการเป็นหวัดแต่ละครั้งจะเกิดจากเชื้อคนละตัว และหลังจากป่วยเป็นไข้หวัดจากเชื้อตัวใดแล้วจะมีความต้านทานต่อเชือนั้นในเวลาต่อมา (Yeolekar et al., 2008)

2) อินฟลูเอนซ่าไวรัส เป็นสาเหตุของไข้หวัดใหญ่ ซึ่งมี 3 ชนิด คือ เอ บี และซี การระบาดส่วนใหญ่เกิดจากชนิดเอถึง 99% (Gonzales et al., 2001) ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงของเชื้อมากกว่าชนิดอื่นในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยเรื้อรังเชื้อชนิดนี้อาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดโรคปอดบวมอย่างรุนแรงได้

3) พาราอินฟลูเอนซ่าไวรัสที่พบมี 4 ชนิดเป็นตัวสำคัญที่ทำให้เกิดการอักเสบของทางเดินหายใจได้ตั้งแต่ไข้หวัดธรรมดาออกอักเสบจนถึงปอดบวม มักเป็นสาเหตุของครูป (Croup) ในเด็กทารกทำให้เป็นโรคหลอดลมฝอยอักเสบและปอดบวม ในผู้ใหญ่มีภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชือนี้มักเป็นแค่หวัดธรรมดา (Farshad, Saffar, Khalilian & Safar, 2008)

1.3.1.2 แบคทีเรีย เป็นสิ่งมีชีวิตที่มีโครงสร้างแบบง่าย ๆ โดยประกอบด้วยเซลล์เดี่ยว ๆ แต่ละเซลล์มีขนาดเล็กมากสามารถเจริญเติบโตได้ในงานทดลองในทางเดินหายใจมีแบคทีเรียหลายชนิดอาศัยอยู่แต่ไม่ทำให้เกิดโรค แบคทีเรียที่ทำให้เกิดโรคทางเดินหายใจที่สำคัญ ได้แก่ (เพชรไสว ลิ้มตระกูล, 2543; ประยงค์ เวชวิชสนอง & วนพร อนันตเสรี, 2550)

1) เบต้าฮีโมไลติกสเตรปโตคอกคัส กลุ่มเอ ทำให้เกิดโรคคออักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ

2) คอรีน แบคทีเรีย ทำให้เกิดโรคคออักเสบ

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
ห้องสมุดงานวิจัย
วันที่.....05 มี.ค. 2555.....
เลขทะเบียน.....219093.....
เลขเรียกหนังสือ.....



3) ฮีโมฟิลัส อินฟลูเอนซ่าชนิดบี เป็นเชื้อที่ทำให้เกิดโรคคอตีบ
เสียงอึกเสบเสียงปลิ้นในเด็ก

การที่จุลชีพทั้งไวรัสและแบคทีเรียสามารถทำให้ร่างกายเกิดโรคได้หรือไม่เพียงใด
นอกจากจะขึ้นอยู่กับชนิดของจุลชีพนั้น ๆ แล้วยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น
ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

1) พันธุกรรม ภูมิคุ้มกันของร่างกายอยู่ภายใต้การควบคุมของพันธุกรรม
นอกจากนี้ พันธุกรรมยังทำให้ความไวของการติดเชื้อต่างกันถึงแม้จะมีพื้นฐานอื่น ๆ เหมือน ๆ กัน เช่น
คนผิวดำป่วยเป็นวัณโรคปอดได้ง่ายกว่าคนผิวขาว เป็นต้น

2) อายุ ในเด็กเล็กระบบภูมิคุ้มกันซึ่งเป็นระบบที่ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ
โรคต่าง ๆ ยังไม่เจริญเต็มที่ จึงยังทำงานไม่มีประสิทธิภาพประกอบกับยังขาดภูมิคุ้มกันเฉพาะโรค
นั้น ๆ จึงทำให้เด็กเล็ก ๆ ติดเชื้อไวรัสและแบคทีเรียได้ง่ายกว่าเด็กวัยอื่น (สุกรี สุวรรณจุฑา, 2540)

3) ภาวะโภชนาการ เด็กที่ขาดอาหารทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันทำงานไม่มี
ประสิทธิภาพ เด็กทารก และเด็กวัยก่อนเรียน จึงมักป่วยเป็นโรคติดเชื้อจากไวรัสและแบคทีเรียได้ง่าย
โดยเฉพาะในเด็กขวบปีแรก (Unicef, 1988) ซึ่งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบอัตราการตายถึงร้อยละ 55
หรือประมาณ 6 ล้านคนที่มีสาเหตุการตายจากภาวะทุพโภชนาการ (WHO, 1990)

4) สิ่งแวดล้อม จะพบว่าสิ่งแวดล้อมมีอิทธิพลต่อสุขภาพมากการติดเชื้อจะเพิ่มขึ้น
ถ้าสภาพแวดล้อมความเป็นอยู่ไม่ดี อาจเนื่องจากต้องสัมผัสกับเชื้อโรคมมากขึ้น (ชุมศักดิ์ พุฒยาพงษ์,
2548)

1.3.2 สารก่อภูมิแพ้ ได้แก่ สารที่มีอยู่ทั่วไปซึ่งคนปกติทั่ว ๆ ไปจะไม่มีอาการแพ้ แต่ในคน
ที่มีภูมิไวเกินเมื่อสารเหล่านี้เข้าสู่ร่างกาย จะกระตุ้นเซลล์พลาสมา (Plasma cell) สร้างแอนติบอดีเฉพาะ
ขึ้นในเยื่อ โดยเฉพาะที่จมูกและหลอดลมโดยเคลือบอยู่ที่ผิวของเซลล์แมสท์ (Mast cell) เมื่อสารภูมิแพ้
ชนิดเดิมผ่านเข้ามาจะมีการรวมตัวของสารกับแอนติบอดี (Antibody) นี้จะปล่อยสารบางชนิดออกมา
เช่น ฮิสตามีนสารที่เซลล์แมสท์ปล่อยออกมานี้จะไปทำให้เส้นเลือดฝอยบริเวณนั้นขยายตัว เยื่อของ
จมูกหลังน้ำมูกมากขึ้นผนังหลอดลมบวมและเกร็ง สารภูมิแพ้ที่พบบ่อย ได้แก่ เกสรดอกไม้ ไรบ้าน
แมลงสาบ เชื้อรา ขนสัตว์ อาหารบางชนิด เป็นต้น สารภูมิแพ้ที่ทำให้เกิดโรคของทางเดินหายใจคือ
ไข้หวัดจากภูมิแพ้และโรคหืด (มนตรี คู่จินดา, ชลิตร์ณ คิเรกวัฒนชัย, นवलอนงค์ วิศิษฎสุนทร และ
สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์, 2544)

1.3.3 สารระคายเคือง ได้แก่ สารที่มีคุณสมบัติในการทำลายเยื่อ โดยเฉพาะเยื่อทางเดิน
หายใจ เช่น ไนโตรเจนออกไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ แอมโมเนีย ควินนุทรี โดยเฉพาะในควินนุทรีมี
สารหลายชนิดอยู่ในรูปของอนุภาคและก๊าซ (Suchada et al., 2006; นิตยา เอกวัฒน์, 2540; ฉัตรเลิศ

พงษ์ไชยกูล, 2541) สารเหล่านี้จะทำปฏิกิริยากับเยื่อหุ้มทางเดินหายใจ ตลอดตั้งแต่เยื่อในจมูกจนถึง
 ถุงลม ทำให้เกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรังและทำลายหลอดลมฝอยส่วนปลายและถุงลมไปทีละน้อย เมื่อ
 ทำลายถึงระดับหนึ่งจนทำให้ปอดเสื่อมสมรรถภาพทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองขึ้น

1.4 พยาธิกำเนิด

การอักเสบเฉียบพลันของหลอดลมจากการติดเชื้อไวรัสอาจเกิดจากการทำลายเยื่อหุ้มหลอดลม
 โดยตรงจากเชื้อก่อโรค ได้แก่ influenza viruses หรือ adenoviruses หรือเกิดจากการกระตุ้นให้เกิดการ
 หลั่งสาร cytokines ทำให้เกิดการชุมนุมกันของเซลล์เม็ดเลือดขาว และเกิดการอักเสบของหลอดลม
 ตามมาจากการติดเชื้อ ได้แก่ เชื้อ rhinoviruses ส่วนเชื้อ M.pneumoniae และ B.pertussis การก่อโรค
 เกิดจากเชื้อไปยึดติดอยู่กับเซลล์เยื่อหุ้มหลอดลมซึ่งอยู่ระหว่างขนเซลล์ (cilia) (จักรพันธ์ สุติวะ, 2551)
 อย่างไรก็ตาม ไม่ว่าจะเกิดจากการติดเชื้อชนิดใดเมื่อเกิดการอักเสบของหลอดลมฝอยแล้วจะพบว่าเยื่อ
 หลอดลมโดยทั่วไปจะเกิดการบวมแดง และมีการหลั่งสารคัดหลั่งออกมา การอักเสบจากเชื้อไข้หวัด
 ใหญ่ คือ influenza viruses จะทำให้มีการตายและหลุดลอกของเยื่อหุ้มหลอดลมจำนวนมาก ส่วนการติด
 เชื้อไข้หวัด คือ จากเชื้อ rhinoviruses จะทำให้เกิดการตายของเซลล์เยื่อหุ้มฝอยน้อยกว่า นอกจากนี้ การ
 ออักเสบของหลอดลมยังทำให้การทำงานของเยื่อในการโบกพัดเสมหะหรือสิ่งแปลกปลอม
 (mucociliary function) เสียไป กลไกดังกล่าวทั้งหมดจึงอาจทำให้ผู้ป่วยโรคหลอดลมอักเสบเฉียบพลัน
 เกิดการติดเชื้อแบคทีเรียที่เป็นเชื้อประจำถิ่น (colonization) ได้แก่ S. pneumoniae, H. influenzae และ
 M. catarrhalis ตามมาได้ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ หรือมีผู้ใหญ่ที่สูบบุหรี่ภายในบ้าน มีโรคปอดหรือ
 โรคหลอดลมเดิม (เพชรไสว ลิ้มตระกูล, 2543; ประยงค์ เวชวินชสนอง & วนพร อนันตเสรี, 2550)

ความรุนแรงของโรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันจะพบความรุนแรงมากขึ้นในผู้ป่วยที่
 สูบบุหรี่และอยู่ในมลภาวะที่มีสิ่งกระตุ้นหลอดลม นอกจากนี้ ยังพบการติดเชื้อกลับเป็นซ้ำ (recurrent
 infection) ได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ซึ่งอาจจะทำให้มีการทำลายหลอดลม มีผลทำให้เกิดหลอดลมอุดกั้น
 ถาวรเกิดโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease : COPD) ตามมาได้
 นอกจากนั้น ยังพบความสัมพันธ์ของโรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันกับผู้ป่วยโรคหืดโดยพบว่า
 ผู้ป่วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันมักจะมีภาวะหลอดลมเกร็ง (broncospasm) และบางรายอาจจะ
 พบอุบัติการณ์ของโรคหืดมากขึ้น (รัตนาวดี ขอนตะวัน & พัชรี วรกิจพูนผล, 2547) ในทางกลับกัน
 ผู้ป่วยโรคหืดมักจะมีโรคหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลันจากการติดเชื้อไวรัสได้ง่ายกว่าคนทั่วไป

1.5 ลักษณะทางคลินิก

ผู้ป่วยมักมีอาการคล้ายไข้หวัดนำมาก่อนในช่วง 3 - 5 วันแรก อาจมีไข้ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ ถ้าเป็นจาก *Mycoplasma* มักไม่มีอาการหวัดหรือคัดจมูกนำมาก่อน ต่อมาจะมีอาการทางหลอดลม โดยอาการไอเป็นอาการที่สำคัญที่สุด ระยะแรกจะไอแห้ง ๆ เสียงก้อง ฟังปอดได้ยินเสียง harsh breath sound และมีไข้ต่ำ ๆ ร่วมด้วย ต่อมาผู้ป่วยจะไอมากขึ้นและมีเสมหะสีขาวหรือใสเหนียวแล้วเปลี่ยนเป็นสีเหลืองข้นโดยไม่จำเป็นต้องมีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ระยะนี้นานประมาณ 5 - 7 วัน ฟังปอดอาจได้ยินเสียง coarse crepitations หรือ rhonchi ไม่มีอาการหายใจเร็วหรือหายใจอกนูน ผู้ป่วยที่มีโรคหืดร่วมด้วยหรือเด็กเล็กที่มีเสมหะอุดตันในหลอดลม อาจตรวจได้ยินเสียง wheeze ร่วมด้วย ในรายที่มีสาเหตุจากเชื้อ mycoplasma มักมีอาการไอมากแต่ตรวจพบเสียงผิดปกติของปอดน้อย (วิภา รัชชพิชิตกุล, 2550) ลักษณะทางคลินิกของโรคหลอดลมอักเสบที่เกิดจากเชื้อกลุ่มที่ไม่ใช่ไวรัส ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางคลินิกของ acute bronchiolitis ที่เกิดจากเชื้อกลุ่มที่ไม่ใช่ไวรัส

เชื้อที่เป็นสาเหตุ	ลักษณะทางคลินิก
<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุมากกว่า 2 ปี พบมากที่สุดในช่วงวัยเรียน มักไม่มีอาการหวัดหรือคัดจมูกนำมาก่อนพบเสียงผิดปกติของปอดน้อย แต่มีอาการไอมาก
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	ส่วนใหญ่พบในเด็กวัยเรียน มักมีอาการไอ เจ็บคอและมีอาการสูงร่วมด้วย
<i>Bordetella pertussis</i>	ส่วนใหญ่พบในเด็กที่อายุน้อยกว่า 1 ปี และไม่ได้รับวัคซีนหรือได้ไม่ครบตามกำหนด มักมีอาการหวัดนำมาก่อน ต่อมาไอมาก เสมหะมากและเหนียว ทำให้มีอาการของทางเดินหายใจอุดตัน ตรวจได้ยินเสียงหายใจยาวในช่วงหายใจเข้า (whoop) อาจมีอาการเขียวหรือหยุดหายใจในเด็กได้
<i>Chlamydia trachomatis</i>	ส่วนใหญ่พบในเด็กอายุน้อยกว่า 6 เดือน มี insidious onset ของ staccato cough หายใจเร็ว ไม่มีไข้ ฟังปอดมักได้ยินเสียง crackles ไม่ค่อยได้ยินเสียง wheeze อาการทางปอดมักพบหลังจากที่อาการ conjunctivitis หายไปแล้ว
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	ส่วนใหญ่พบในเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนหรือได้ไม่ครบตามกำหนด มีอาการไอแบบ croup-like cough หายใจลำบาก มักพบ pseudomembranous tonsillopharyngitis ร่วมด้วย

(นวลจันทร์ ปรามพาล และ จิตลัดดา คีโรจนวงศ์, 2551)

1.6 การวินิจฉัยโรค

โดยทั่วไปวินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดงทางคลินิก สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากไวรัส ดังนั้น จึงไม่จำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการหรือตรวจภาพรังสีทรวงอก ยกเว้น ในรายที่มี underlying diseases หรือนึกถึงสาเหตุจากการติดเชื้อแบคทีเรียตั้งแต่เริ่มแรก อาจมีความจำเป็นต้องตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการเพื่อช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคและหาเชื้อที่เป็นสาเหตุ เช่น การตรวจนับจำนวนเม็ดเลือด (CBC) การตรวจเสมหะและภาพรังสีทรวงอก ในรายที่เกิดจาก *Chlamydia trachomatis* มักตรวจพบ eosinophil ในเลือดเพิ่มขึ้น (นวลจันทร์ ปราบพาล & จิตลัดดา คีโรจนวงศ์, 2551)

โดยทั่วไปอาการของโรคหลอดลมฝอยอักเสบมักดีขึ้นภายใน 2 สัปดาห์ ในรายที่อาการไม่ดีขึ้นควรตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุ เช่น การถ่ายภาพรังสีทรวงอก การทำ tuberculin test และการส่องกล้องตรวจหลอดลม (bronchoscopy) เป็นต้น

1.7 การประเมินอาการ

อาการแสดงของเด็กมีหลากหลายขึ้นอยู่กับอายุของเด็ก โดยสรุปพบว่าเด็กจะเริ่มมีอาการของโรคหัดก่อน ประมาณ 2–3 วัน จากการอักเสบในช่องจมูกและคอพร้อมกับมีอาการคัดจมูกและเจ็บคอ ต่อมาจะมีไข้สูง หนาวสั่น ไอมาก หายใจเร็ว หายใจหอบหรือหายใจลำบาก ซึ่งถ้าเป็นมากจะหายใจแรงจนบริเวณชายโครงบวม ปีกจมูกบาน มีไข้สูงตลอดเวลา เห็นได้ชัดในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ถ้ามีอาการป่วยรุนแรง อาการซึมลง ไม่อยากอาหาร ไม่รับประทานอาหารหรือน้ำ อาจมีอาการชักได้ บางคนมีเสียงหายใจที่ผิดปกติ หายใจเสียงดัง พบริมฝีปาก เล็บมือเล็บเท้าเขียว และมีอาการกระสับกระส่าย ในเด็กบางคนอาจไม่มีอาการไอแต่จะมีอาการซึมลง คุณคนมน้ำน้อยลงมาก บางรายมีอาการอาเจียน เจ็บหน้าอก (วิภา รัชชพิชิตกุล, 2550; กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2541) หากมีอาการดังกล่าวต้องนำเด็กไปพบแพทย์ทันที

กรณีที่เด็กอายุ 0 – 1 ปี จะใช้วิธีการซักประวัติและการตรวจร่างกาย อาการที่เด็กแสดงออกพบว่ามีอาการไอ ไข้ร่วมกับการตรวจร่างกาย โดยเฉพาะการฟังเสียงปอดได้ยินเสียงเสมหะคั่งค้างในปอด (Crepitation) นอกจากนี้อาจพบว่ามีอาการติดเชื้อ เชื้อหุ้มสมองอักเสบ และภาวะปอดแฟบ จึงทำให้เด็กป่วยเสียชีวิตมากที่สุด

เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบมาตรฐานในการดูแลเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจและเลือกแบบแผนในการดูแลสำหรับผู้ดูแล การประเมินจึงขอสรุปตามบทเรียนการบริหารผู้ติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ (กลุ่มอาการไข้หวัดและปอดบวม, 2546) ดังนี้

การประเมินอาการ ใช้วิธีถามประวัติการเจ็บป่วยของผู้ดูแล ในเรื่องเกี่ยวกับอายุของเด็ก ระยะเวลาการไอ ไม่คั่งมนมหรือน้ำ คุณคนมน้อยลงมาก ระยะเวลาของอาการตัวร้อน ประวัติอาการชัก

ผู้ตรวจใช้วิธีดูแลฟิ่ง นับอัตราการหายใจใน 1 นาที สังเกตการหายใจเข้ามีชายโครงบวม มีเสียงคังฮืดหายใจออกมีเสียงหวีด เด็กซี้มมาก ปลูกตื้นยาก ประเมินภาวะทุพโภชนาการระดับ หากพบว่าเด็กมีอาการไอหรือหายใจลำบากอาจเป็นโรคหอบหืด ซึ่งมีอาการรุนแรงอาจถึงตายได้หรืออาการเหล่านี้อาจเป็นเพียงโรคหวัด คัดจมูก หรือแพ้ฝุ่นละอองก็ได้ การประเมินอาการของเด็กโดยละเอียดจะเป็นขั้นตอนแรก ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางเพื่อให้การรักษาพยาบาลต่อไป ตามอาการผู้ดูแลเด็กในขั้นต้นถึงการมีอาการไอหรือหายใจลำบากในรายที่ผู้ป่วยมีอาการหนักมากควรส่งโรงพยาบาลทันที ถ้าเด็กร้องจะทำให้การตรวจผิดพลาด ดังนั้น ระหว่างถามประวัติและตรวจร่างกายจะต้องไม่รบกวนเด็ก โดยไม่ปลุกเด็กหรือให้ถอดเสื้อ ในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคหอบหืดอีกเสบฝอยในปัจจุบัน ควรเน้นให้ผู้ดูแลทราบวิธีป้องกันและหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคและสามารถให้การดูแลรักษาเบื้องต้นที่บ้านได้ หรือมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถสรุปจำแนกตามบทเรียนการบริหารผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก (กลุ่มอาการไข้หวัดและปอดบวม) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้เป็นเกณฑ์การประเมินการรับรู้การและแบบแผนการดูแลของผู้ดูแลในครั้งนี้ โรคหอบหืดฝอยอีกเสบในเด็กอายุ 0 – 1 ปี แบ่งตามระดับความรุนแรงเป็น 3 ระดับดังนี้

1) กลุ่มอาการที่มีความรุนแรงน้อย (Mild) จะมีอาการน้ำมูกใสหรือคัดจมูก ไอ และมีไข้ น้อยกว่า 3 วัน

2) กลุ่มที่มีอาการรุนแรงปานกลาง (Moderate) จะมีอาการและอาการแสดงต่อไปนี้เป็นอย่างใดอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน ได้แก่

- (1) มีน้ำมูกข้น ๆ ปนหนองในจมูกหรือมีเสมหะหลังคอ
- (2) น้ำหนองจากในช่องหู
- (3) ไอแบบมีเสมหะ
- (4) หายใจเร็วเกิน 50 ครั้งต่อนาที ในเด็กเล็กต่ำกว่า 1 ปี หรือเกิน 40 ครั้งต่อนาทีในเด็กเกิน 1 ปีขึ้นไป

(5) ใช้นานกว่า 3 วันหรือสูงกว่า 39 องศาเซลเซียส

3) กลุ่มอาการรุนแรงมาก (Severe) ได้แก่ อาการและอาการแสดงอย่างหนึ่งอย่างใดต่อไปนี้ และอาจร่วมกับอาการและอาการแสดงข้างต้นหรือไม่ก็ได้

- (1) อาการไอเสียงก้อง (Barking Cough) หรือมีเสียงฮู้พตอนท้าย (Whooping)
- (2) เสียงฮืดในลำคอ (Stridor) ได้ยินชัดเจนเวลาหายใจเข้า และมีอาการหายใจลำบาก เห็นได้จากอกบวม
- (3) ปีกจมูกบาน (Nasal Flaring)
- (4) ริมฝีปาก และเล็บมือเล็บเท้าเขียว (Cyanosis)



- (5) ชัก (Convulsion)
- (6) คุณนมหรือรับประทานอาหารได้น้อย (Poor Feeding)

การตรวจร่างกายใช้หลักการดูและฟัง

เพื่อจะตรวจว่าเด็กมีอาการหายใจลำบากหรือไม่ ถ้าเด็กร้องหรือตกใจกลัวควรปล่อยให้เด็กนิ่งโดยให้เล่นของ ให้ดูคนนม หรือให้อุ้มเดินไปข้างนอกสักพักหนึ่งแล้วจึงทำการตรวจใหม่

การนับการหายใจใน 1 นาที ใช้นับเต็มเวลา 1 นาที ควรนับการหายใจจากความเคลื่อนไหวของหน้าอกหรือท้อง โดยไม่ต้องถอดเสื้อก็ได้ ถ้าเห็นไม่ชัดจึงให้แม่ช่วยยกชายเสื้อเด็กขึ้นเบา ๆ โดยอย่าให้เด็กร้อง หากนับแล้วยังไม่แน่ใจให้นับซ้ำอีกครั้ง โดยจุดกำหนดการหายใจของเด็กมีดังนี้ เด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือนหายใจตั้งแต่ 60 ครั้งต่อนาทีขึ้นไปแสดงว่าหายใจเร็ว เด็กอายุ 2-12 เดือนหายใจตั้งแต่ 50 ครั้งต่อนาทีขึ้นไปแสดงว่าหายใจเร็ว เด็กอายุ 1 ถึง 5 ปีหายใจตั้งแต่ 40 ครั้งต่อนาทีขึ้นไปแสดงว่าหายใจเร็ว

ลักษณะชายโครงบวม

อาการหอบชายโครงบวม หมายถึง เด็กต้องใช้กำลังในการหายใจเข้าอย่างแรงจนบริเวณทรวงอกส่วนล่างตั้งแต่ลิ้นปี่ถึงชายโครงถูกดึงเข้าข้างใน ถ้าเพียงแต่ผนังหน้าอกระหว่างซี่โครง หรือเนื้อไหปลาร้าหุบเข้าไป ไม่ถือว่าเป็นชายโครงบวมในรายที่ไม่สามารถบอกชัดเจนว่าชายโครงบวมหรือไม่ให้ถือว่าไม่มี

ดูการหายใจและฟังเสียงฮืดเวลาหายใจเข้า

ให้ผู้ตรวจแนบหูใกล้ปากของเด็กเมื่อฟังเสียงหายใจเข้า เสียงฮืดที่ได้ยินเวลาหายใจเข้าเกิดจากเด็กหายใจเข้าผ่านช่องทางที่แคบ คือบริเวณกล่องเสียงและหลอดลมใหญ่ที่กำลังอักเสบในเด็กที่มีอาการคัดจมูกจะได้ยินเสียงครืดคราดได้ ต้องเช็ดน้ำมูกออกเสียก่อนแล้วฟังดูใหม่หรือในเด็กที่ร้องไห้อาจจะมีเสียงฮืดได้ จึงจำเป็นต้องตรวจเวลาเด็กไม่ร้อง

ดูการหายใจและฟังเสียงหวีดเวลาหายใจออก

ฟังเสียงหายใจโดยผู้ตรวจแนบหูใกล้ปากเด็ก ถ้ามีเสียงหวีดเวลาหายใจออกแสดงว่าเด็กหายใจลำบากเด็กจะหายใจออกยาวกว่าหายใจเข้า เกิดจากต้องออกกำลังให้ลมผ่านหลอดลมฝอยที่แคบเล็กซึ่งเกิดจากการอักเสบ ถ้าได้ยินเสียงหวีดเวลาหอบ จากนั้นผู้ตรวจอาจสัมผัสเด็กได้ดูว่าเด็กซึมมาก

ปลูกไม้ค้อยต้น ไม้มองหน้าผู้ดูแลหรือไม่ตอบสนองเมื่อพูดด้วย เด็กอาจเหม่อลอยผู้ตรวจอาจตบมือเพื่อปลูกเด็ก ถ้าซึมมากเด็กจะไม่ตื่นในขณะที่ผู้ดูแลถอดเสื้อผ้าให้เด็กปกติมักจะตื่นแสดงว่าเด็กไม่ซึม

1.8 การรักษา

1.8.1 การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่

การทำกายภาพบำบัดทรวงอกเพื่อระบายเสมหะ แนะนำให้ทำในผู้ป่วยที่เป็นเด็กเล็ก ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางระบบกล้ามเนื้อหรือระบบประสาท เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้มักไม่สามารถไอเอาเสมหะออกมาได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ

1.8.2 การรักษาตามอาการ ได้แก่

1.8.2.1 คัดน้ำอุ่นมาก ๆ อาจให้คัดน้ำผลไม้ น้ำผึ้งผสมมะนาว เพื่อช่วยให้ชุ่มคอและบรรเทาอาการไอ

1.8.2.2 การให้ยาแก้ไอต่าง ๆ ไม่มียาในกลุ่มใดที่มีประโยชน์ต่อการรักษา อย่างไรก็ตาม ไม่แนะนำให้ใช้ยากดอาการไอ (cough suppressant) เพราะจะทำให้เสมหะแห้งเหนียวมากขึ้น ยกเว้นในรายที่ไอมากจนนอนไม่หลับ แต่ต้องให้ด้วยความระมัดระวัง

1.8.2.3 ไม่ควรให้ยากลุ่ม antihistamine หรือ decongestant เพราะจะทำให้เสมหะแห้งเหนียวยิ่งขึ้น ทำให้เกิดการคั่งค้างของเสมหะและเกิดหลอดลมอักเสบเรื้อรังตามมาได้

1.8.2.4 การให้ยาขยายหลอดลมประเภท B2 antagonist ชนิดรับประทานหรือชนิดพ่นละอองฝอย ไม่มีที่ใช้ในรายที่มาด้วยอาการไอ และไม่มีอาการแสดงของ airway obstruction ที่ชัดเจน ควรให้ในรายที่มีโรค reactive airway disease หรือโรคหืด หรือมีอาการแสดงของ small airway obstruction เช่น ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง wheeze เป็นต้น

1.8.2.5 การให้อาหาร พยายามให้อาหารในช่วงที่ป่วยโดยให้ครั้งละน้อย ๆ บ่อย ๆ ครั้งและเพิ่มอาหารขึ้นหลังจากที่อาการป่วยดีขึ้น ถ้าเด็กไม่สามารถรับประทานอาหารได้เนื่องจากจุกมีน้ำมูก หรือเสมหะอุดตันต้องเช็ดออกก่อนโดยใช้ผ้านุ่ม ๆ ม้วนเป็นแท่งเล็ก ๆ ปลายแหลมสอดเข้ารูจุกเพื่อขยับน้ำมูก การให้อาหารในระหว่างที่ป่วยหรือหลังจากหายป่วยแล้วจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ดังนั้น อาหารที่ให้ต้องมีคุณค่าทางอาหาร และแคลอรีสูง เช่น อาหารประเภทถั่ว หรือเนื้อปลา ในรายที่ยังกินนมแม่ควรกระตุ้นให้ลูกนมบ่อย ๆ

1.8.2.6 การเพิ่มสารน้ำ เพิ่มปริมาณน้ำดื่มหรือเพิ่มนมมารดา อาการไอหอบทำให้เด็กที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจมีภาวะขาดน้ำได้ การให้เด็กดื่มนมมารดาบ่อย ๆ หรือการป้อนน้ำ น้ำแกง น้ำผลไม้ หรือนมเพิ่มขึ้นระหว่างมีไข้จะช่วยป้องกันภาวะขาดน้ำได้เป็นอย่างดี

1.8.2.7 การรักษาอาการไอ ให้ดื่มน้ำอุ่น หรือป้ายลิ้นผู้ป่วยด้วยน้ำผึ้งผสมมะนาว ซึ่งอาจช่วยให้ชุ่มคอ และลดอาการไอถ้าไอมากให้กินยาแก้ไอซึ่งแนะนำให้ใช้ยาขับเสมหะสำหรับเด็ก ขององค์การเภสัชกรรมไม่ควรใช้ยาลดอาการไอในเด็กเล็ก เพราะจะทำให้เสมหะตกลงไปในหลอดลม

1.8.3 การรักษาจำเพาะ เนื่องจากสาเหตุส่วนใหญ่ของ acute bronchiolitis เกิดจากไวรัส ดังนั้น การให้ยาด้านจุลชีพจึงไม่มีประโยชน์ ยกเว้นในรายที่มีลักษณะบ่งชี้ถึงการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน หรือนึกถึงการติดเชื้อแบคทีเรียตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ควรให้ยาครอบคลุมเชื้อที่น่าจะเป็นสาเหตุ ในรายที่มีการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนควรให้ยาที่ครอบคลุม β -lactamase producing bacteria ระยะเวลาในการให้ยาขึ้นกับเชื้อที่เป็นสาเหตุ

จะเห็นได้ว่าโรคหลอดลมฝอยอักเสบเป็นโรคที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เกิดขึ้นเป็นระยะ ๆ ดังนั้น การรักษาจึงต้องประกอบไปด้วยการรักษาแบบประคับประคอง การรักษาตามอาการ และการรักษาแบบจำเพาะรวมทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ดูแลเด็กอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวดูแลตนเองได้ตามความต้องการการดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม มีการเตรียมตัวเผชิญกับการกำเริบของโรค และสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุด

1.9 ผลกระทบ

1.9.1 ผลกระทบต่อเด็ก

ด้านร่างกาย ในระยะนี้เด็กบริโภคอาหารได้น้อย และไม่คอยหิว ทั้งนี้เนื่องจากอัตราการเจริญเติบโตช้าลง และอีกประการหนึ่งเด็กเริ่มเลือกอาหารที่ชอบอีกด้วย โรคที่มักจะเป็นกับเด็กวัยนี้คือ โรคหวัด คางทูม อีสุกอีใส บิดามารดา หรือผู้ดูแลไม่ควรแสดงความวิตกกังวล หรือแสดงความตื่นเต็นให้เด็กเห็นเมื่อเด็กเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบเด็กจะเห็นว่าเรื่องนี้เป็นเรื่องธรรมดาที่อาจเกิดขึ้นได้ และสามารถเยียวยาได้ (สุชา จันทน์เอม, 2540)

ด้านพัฒนาการ เนื่องจากเด็กวัย 0 – 1 ปี เป็นวัยที่ต้องการการสนใจเอาใจใส่อยู่ในครอบครัวที่ได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์ พยาบาล ถูกจำกัดการเยี่ยม การเล่นสนุกสนานตามวัยและพัฒนาการ และแยกจากบุคคลที่รักและไว้วางใจ ก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลจากการแยกจาก เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันเด็กจะมีอาการต่อต้าน ประท้วง ผิดหวัง และท้อแท้ คิดว่าคนอื่นไม่รัก ไม่ไว้วางใจใคร เกิดปัญหาทางด้านการจัดขวางพัฒนาการทางด้านสังคมและอารมณ์ได้ ระยะนี้เด็กชอบเล่นกับเพื่อน ๆ มาก และการเล่นกับเพื่อนจะช่วยให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งขณะเจ็บป่วย (สิราณี อิมน้ำขาว, 2548; สุชา จันทน์เอม, 2540)

ด้านจิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยเด็กวัยนี้มักจะเป็นคนเจ้าอารมณ์ หงุดหงิดและโมโหง่าย โดยปกติเด็กมีเหตุผลมักแสดงความขัดแย้งและต่อต้านบิดามารดาเสมอ เป็นวัยที่เรียกว่า ระเบียบพิเศษ ซึ่งเป็นลักษณะอย่างหนึ่งของมนุษย์ และเมื่อต้องรับการรักษาที่โรงพยาบาลเด็กมักจะเกิดอาการกลัวจากการที่เด็กได้พบสิ่งแปลก ๆ ใหม่ที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อนแต่ความกลัวของเด็กจะหายไปได้โดยได้รับคำอธิบาย และการให้เด็กได้คุ้นเคยกับสิ่งที่เคยกลัวมาก่อนก็ได้ แต่ต้องทำในลักษณะค่อยเป็นค่อยไป (สุชา จันทน์เอม, 2540)

ด้านสังคมและบุคลิกภาพ เด็กโรคหกลดลงฝอยอักเสบมักจะถูกจำกัดกิจกรรมจากผู้ปกครองเนื่องจากความเจ็บป่วยหรือกลัวว่าเด็กจะมีอาการมากขึ้น ถ้าเด็กเล่นมากหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ มาก เด็กมักจะแยกตัวไม่ค่อยเข้าสังคมกับเพื่อน ทำให้มีโอกาสในการปรับตัวเข้ากับสังคมได้น้อยกว่าเด็กปกติ ทำให้มีความรู้สึกด้อยกว่าผู้อื่น (สุชา จันทน์เอม, 2540)

1.9.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

บทบาทหน้าที่ในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ครอบครัวต้องจัดระบบภายในครอบครัวใหม่เพื่อรักษาความสมดุลของครอบครัวไว้ การเจ็บป่วยของสมาชิกคนหนึ่งย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น เช่น เพิ่มความกดดันในบทบาทและลดสัมพันธภาพของบทบาทโดยเฉพาะโรคหกลดลงฝอยอักเสบซึ่งเป็นการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน และอาจเกิดอาการเรื้อรังได้ เมื่อสมาชิกคนหนึ่งป่วยสมาชิกคนอื่นจะต้องทดแทนบทบาทของผู้ป่วยในระยะยาวหรือตลอดไป (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2542) ซึ่งบางครั้งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เคยทำร่วมกันลดลง แต่บางครั้งความเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวสนิทสนมกันมากขึ้นหรือเกิดความขัดแย้งกันมากขึ้น (วาสนา ไชยวงศ์, 2546)

ภาวะเศรษฐกิจ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทในการหาเลี้ยงครอบครัวก็อาจจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวมากและหากผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนก็จะส่งผลกระทบต่อครอบครัว จำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวคนอื่นมารับบทบาทใหม่ในฐานะของผู้หาเลี้ยงครอบครัว เพื่อคงไว้ซึ่งการมีรายได้สู่ครอบครัว (มณีรัตน์ ปัจจะวงษ์, 2543) นอกจากนี้การเป็นโรคหกลดลงฝอยอักเสบยังต้องมีค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วย และครอบครัวต้องจ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งค่ายานพาหนะค่าใช้จ่ายเมื่อเด็กนอนพักรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น

1.9.3 ผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพ

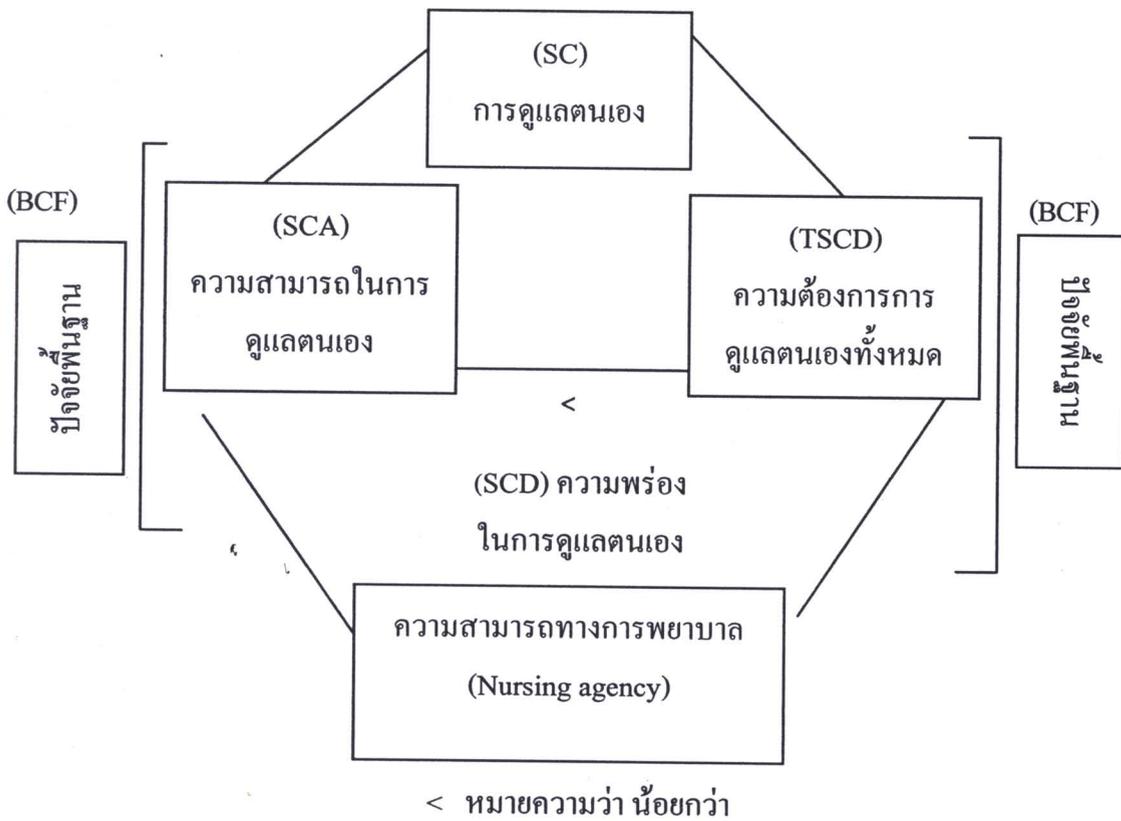
เมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยซ้ำบ่อยๆ จะต้องใช้ยาปฏิชีวนะที่มีระดับความรุนแรงของการรักษาโรคและปริมาณยาสูงที่สูงมากขึ้น ยาราคาแพงมากขึ้น เป็นการก่อให้เกิดการสิ้นเปลืองทางด้านงบประมาณและค่าใช้จ่ายของสถานบริการสุขภาพ อีกทั้งเป็นการประเมินผลการดำเนินงานด้านการบริการเด็กโรคหกลดลงฝอยอักเสบไม่ได้ประสิทธิภาพอีกด้วย (วาสนา ไชยวงศ์, สุธิศา ถ้ามั่ง และวิมล

ธนสุวรรณ, 2547) ดังนั้น การดูแลเด็กโรคหอบหืดอย่างรุนแรงจึงเป็นหน้าที่ที่ต้องร่วมกันรับผิดชอบ ทั้งด้านเจ้าหน้าที่รวมถึงผู้ดูแลที่มีบทบาทสำคัญต่อการป้องกัน และควบคุมโรค อีกทั้งป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงจนกลายเป็นโรคหอบหืดอย่างรุนแรง

โรคหอบหืดอย่างรุนแรงที่เกิดขึ้นในเด็ก มีผลกระทบต่อทั้งตนเองและครอบครัวในด้านต่าง ๆ การดูแลเด็กที่เป็นโรคนี้จึงต้องอาศัยความอดทนและความมีเหตุผลอย่างมากเพราะมีภาวะตั้งเครียดในอารมณ์ของผู้ดูแล ซึ่งสามารถส่งผลต่อการรับรู้ของเด็กได้ จึงมีผลต่อการเจ็บป่วยของเด็ก บุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลพึงตระหนักถึงปัญหาเหล่านี้ ดังนั้น การรักษาที่ได้ผลต้องอาศัยความร่วมมือ ร่วมใจอย่างใกล้ชิดระหว่างแพทย์ พยาบาลกับผู้ดูแลเด็ก โดยอธิบายให้ผู้ดูแลเข้าใจถึงความ เป็นมาของโรค การรักษาและวิธีช่วยเหลือตนเองเมื่อเด็กเกิดอาการเมื่ออยู่ที่บ้าน การสังเกตอาการ และ หลีกเลี่ยงสิ่งที่แพ้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะมากระตุ้นให้เกิด อาการ การส่งเสริมสุขภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมของเด็กและครอบครัว โดยเน้นการดูแลเด็ก ให้มีความสุขที่ดีตามระยะพัฒนาการทราบถึงผลกระทบต่าง ๆ ของโรคที่มีต่อตัวเด็กและครอบครัว เพื่อให้เกิดการยอมรับ สามารถเผชิญปัญหา แก้ไขปัญหาและสามารถดูแลเด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้ อย่างเหมาะสม ซึ่งจะกล่าวถึงแนวคิดในการดูแลตนเองในหัวข้อต่อไป

2. แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง

ทฤษฎีทางการพยาบาลโดยทั่วไปของโอเร็มประกอบด้วย 6 มโนทัศน์หลัก ซึ่งเป็นแก่นของ ทฤษฎี คือ การดูแลตนเอง (Self - care) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self - care demand) ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency) ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self - care deficit) และความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ซึ่งมี โนทัศน์ทั้งหมดประกอบ กันเป็น 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กัน คือ ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ทฤษฎี ความพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of self - care deficit) และทฤษฎีการดูแลตนเอง (The theory of self - care) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) สำหรับกรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีที่แสดงความสัมพันธ์ ของมโนคติต่าง ๆ ดังแสดงในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎี (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

2.1 ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of self - care)

อธิบายการดูแลตนเองของบุคคลและการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา กล่าวคือ บุคคลที่มีภาวะเป็นผู้ใหญ่และกำลังเข้าสู่วัยผู้ใหญ่มาก มีการเรียนรู้ในการกระทำและผลของการกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อหน้าที่ หรือพัฒนาการของบุคคล เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก การกระทำดังกล่าวรวมไปถึงการกระทำเพื่อบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่น เมื่อการดูแลตนเองหรือการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด โอเร็มเรียกว่า บุคคลมีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self - care deficit) หรือมีความพร่องในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Dependent care deficit) ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self - care demand) หมายถึง กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่งเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของมนุษย์ และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self - care agency) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นความสามารถอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการกระทำเพื่อตอบสนองการดูแลตนเองทั้งหมด ได้ดีขึ้นประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self - care requisits) 3 ด้าน คือ

2.1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self - requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย

2.1.1.1 การคงไว้ซึ่งการได้รับน้ำ อาหารที่เพียงพอ บริโภคอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติและคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

2.1.1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายของเสีย และการระบายให้เป็นไปตามปกติโดยการจัดการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลจัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่ายรวมทั้งการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

2.1.1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรม และการพักผ่อนเลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวออกกำลังกาย รับรู้และสนใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกายของตนเองโดยอาจจะใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมหรือกฎเกณฑ์ขนบธรรมเนียมประเพณีในการมีกิจกรรม

2.1.1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และความเป็นส่วนตัว เพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม เมื่อจำเป็นมีการพึ่งพากันและกัน ส่งเสริมความเป็นตัวของตนเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

2.1.1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพได้ทั้งจากโรคและการรักษา โดยการรู้จักป้องกัน หลีกเสี่ยงหรือปกป้องตนเองจากสิ่งที่จะเป็นอันตราย มีความสนใจและรับรู้ต่อชนิดที่จะเกิดอันตรายต่อตนเอง

2.1.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy) โดยการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่ของบุคคล (Health Promotion & Prevention) รวมทั้งค้นหารวมทั้งสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง (Early detection)

2.1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการการพัฒนางจรชีวิตในระยะต่าง ๆ ได้แก่ การตั้งครรภ์ การคลอด การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิตรวมทั้งเหตุการณ์ในชีวิตที่มีผลต่อพัฒนาการ

เช่น ความตายของบิดา มารดา คู่สมรส เป็นต้น เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่สนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้เจริญเข้าสู่ภาวะในวัยต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

2.1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองในขณะที่เกิดการเจ็บป่วยได้รับอันตรายหรือเกิดเหตุพลภาพอันเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงและก่อให้เกิดปัญหาตามมา การดูแลตนเองระยะนี้จะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้รุนแรงและป้องกันความพิการต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นบุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้เหมาะสมกับสภาพการเปลี่ยนแปลง และดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้ ได้แก่

2.1.3.1 แสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นบุคคลจะต้องได้รับการรักษาพยาบาลตามสถานบริการต่าง ๆ โรงพยาบาลหรือสถานอนามัย

2.1.3.2 ตระหนักและสนใจที่จะติดตามผลของพยาธิสภาพต่างที่เกิดขึ้นต่อชีวิต บุคคลจะต้องรับรู้และคอยสังเกตอาการแทรกซ้อนหรือความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ สอบถามผลการตรวจรักษาเมื่อมีข้อสงสัยไปพบแพทย์ตามนัด

2.1.3.3 ปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสมตามแผนการรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูเพื่อผลในการป้องกันและการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับโรค การรับประทานยาตามแผนการรักษา การหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรค การไปพบแพทย์ตามนัด

2.1.3.4 รับรู้จากผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น ผลข้างเคียงของยา รู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาลจากผลข้างเคียงของยา คอยปรับและป้องกันความไม่สบายต่าง ๆ ที่เกิดจากสิ่งเหล่านี้

2.1.3.5 ปรับความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับทัศนคติในการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองและยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านการรักษาพยาบาล ได้แก่ การยอมรับความเจ็บป่วย การให้ความร่วมมือในการทำหัตถการต่าง ๆ และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

2.1.3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่กับสภาพความเป็นจริงและข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง โดยจัดแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่เพื่อส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีขึ้นเมื่อเจ็บป่วยบุคคลต้องมีการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตให้สอดคล้องกับสภาพการเจ็บป่วยในปัจจุบัน

2.2 ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง (Theory of self - care deficit)

อธิบายถึงเหตุผลและเวลาที่บุคคลต้องการการพยาบาล กล่าวคือ ความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นความสัมพันธ์ของความไม่เท่าเทียมกันของความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลทั้งหมดของบุคคล เมื่อใดก็ตามที่บุคคลใช้ความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียงบางส่วนหรือใช้ไม่ได้เลยหรือเมื่อมีปริมาณ คุณภาพของความสามารถในการดูแลตนเองไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด แสดงถึงการที่บุคคลมีความพร้อมในการดูแลตนเอง

2.3 ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of Nursing System)

อธิบายเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร้อมในการดูแลตนเอง ให้ได้รับการสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลนั้นได้ปกป้องและนำมาใช้หรือได้รับการพัฒนาโดยที่พยาบาลใช้ความสามารถทางการพยาบาลให้การช่วยเหลือ และจัดท่าแบ่งเป็น 3 ระบบคือ (Orem, 1990 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

2.3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) ใช้เมื่อผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องอาศัยตนเองเป็นผู้ชี้แนะหรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้

2.3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) ในระบบนี้ผู้ป่วยกับพยาบาลร่วมกันรับผิดชอบในการสนองความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2.3.3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive nursing system) วิธีการช่วยเหลือมี 5 วิธี คือ การกระทำให้หรือกระทำทดแทน การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถที่ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองซึ่งพยาบาลจะต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน สรุปได้ดังนี้

2.3.3.1 การกระทำให้หรือกระทำทดแทน เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลสนองตอบต่อความต้องการการดูแลของผู้ดูแล และต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยด้วย พยาบาลจะช่วยผู้ดูแลหาข้อมูล ตัดสินใจและวางแผนการกระทำและบอกผู้ดูแลว่าต้องทำอะไรบ้าง ผลที่คาดหวังคืออะไร และต้องรายงานอะไรบ้างแก่พยาบาล

2.3.3.2 การชี้แนะ เหมาะสำหรับกรณี que ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถตัดสินใจเลือกได้ พยาบาลและผู้รับบริการช่วยเหลือจะต้องติดต่อซึ่งกันและกัน พยาบาลมักจะชี้แนะร่วมกับวิธีการสนับสนุน

2.3.3.3 การสนับสนุน เป็นวิธีการส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แม้จะตกอยู่ในภาวะเครียด เจ็บปวดทุกข์ทรมานจากโรคหรือ

เหตุการณ์ที่ประสบ สามารถเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่โดยไม่เป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการของตนเอง หรือเป็นอุปสรรคที่น้อยที่สุด การสนับสนุนอาจเป็นคำพูดกระตุ้นให้กำลังใจ กิริยาท่าทางของพยาบาล การมอง การสัมผัสหรือการช่วยเหลือทางด้านร่างกาย การสนับสนุนยังรวมถึงการให้วัตถุสิ่งของด้วย

2.3.4 การสอน วิธีนี้เหมาะสมที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยหรือผู้รับบริการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่งในการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแล หรือผู้รับบริการในการดูแลตนเอง หลักการสอนมีดังนี้

2.3.4.1 สอนในสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการเรียนรู้ อาจเริ่มด้วยสิ่งที่ผู้ดูแลต้องการวิธีที่จะช่วยให้เกิดความไว้วางใจและเพิ่มความสนใจในการเรียนรู้มากขึ้นคือพยาบาลต้องไต่ถามและรับฟังการรับรู้ของผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ายพยาบาลสนใจในทุกข์สุขของตนเอง

2.3.4.2 เนื้อหาที่จะสอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม พยาบาลต้องนำมาพิจารณาในการตั้งเป้าหมายและวางแผนดำเนินการสอนเพื่อเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้มากขึ้น

2.3.4.3 ผู้รับการสอนต้องมีความพร้อม

2.3.4.4 ให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนการสอน โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล ให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสฝึกหัดการกระทำต่าง ๆ ในการดูแลตนเอง และควรให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมริเริ่ม

2.3.4.5 การประเมินโดยการไต่ถามผู้ดูแลจะช่วยในการเรียนรู้ และปรับพฤติกรรม พยาบาลต้องรู้จักให้คำชมและให้กำลังใจในสิ่งที่ผู้ดูแลเรียนรู้และกระทำการดูแลตนเองได้ถูกต้องและในกิจกรรมที่ผู้ดูแลกระทำไม่ได้ ไม่ถูกต้อง พยาบาลจะต้องชี้แจงแก้ไข ไม่หลีกเลี่ยง ไม่คิดเทียบ

2.3.4.6 เนื้อหาและวิธีการสอนจะต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ดูแลแต่ละคน

2.3.4.7 พยาบาลต้องจัดการควบคุมสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ การมีสิ่งรบกวนจะขัดขวางต่อกระบวนการเรียนรู้

2.3.4.8 สัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการสอน

2.3.4.9 การส่งเสริมให้ผู้ดูแลรู้สึกถึงคุณค่าในตนเองเพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับเด็กที่เจ็บป่วย พยาบาลกับผู้ดูแลมีการติดต่อวางแผน เป้าหมายและเลือกวิธีการดูแลร่วมกัน

2.3.5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการที่จะเพิ่มแรงจูงใจของผู้ดูแลในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ได้ผลตามที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้รวมถึงการเปลี่ยนแปลงเจตคติและการให้คุณค่าต่อการ

ดูแลตนเอง การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์และการพัฒนาทางด้านร่างกายพยาบาลต้องจัดให้ผู้ดูแลได้มีปฏิสัมพันธ์และติดต่อกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะให้คำแนะนำและสนับสนุนช่วยเหลือวิธีต่าง ๆ

2.4 ความสามารถในการดูแลตนเอง

โอเร็ม (1985) ได้ให้คำจำกัดความของความสามารถในการดูแลตนเองว่าเป็นความสามารถที่จะทำให้บุคคลจะกระทำการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อที่จะคงไว้และส่งเสริมความแข็งแรงของโครงสร้าง (Structure) และการทำงาน (Function) ของบุคคล เพื่อพัฒนาบุคคลและส่งเสริมความผาสุกของบุคคล แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองได้มีการพัฒนาตั้งแต่ ค.ศ. 1958 ถึง 1970 โดยในระยะแรกนั้นได้มีการตระหนักว่า มนุษย์มีคุณสมบัติประการหนึ่งที่เรียกว่า ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ ซึ่งได้มีการศึกษาและรวบรวมเป็นข้อสันนิษฐาน (Proposition) ไว้ 8 ประการ เกี่ยวกับความสามารถของการดูแลตนเองนี้ว่า (Orem, 1985)

- 1) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นสิ่งซับซ้อนซึ่งมนุษย์จะต้องมีคุณสมบัติเฉพาะและคุณภาพ
- 2) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นพลัง (Power) ของแต่ละบุคคลในการที่จะดูแลตนเอง
- 3) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นผลจากการกระทำ (Action) อย่างเป็นระบบในการที่จะควบคุมตนเองหรือสิ่งแวดล้อม
- 4) ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลแต่ละคน
- 5) ความสามารถในการดูแลตนเองจะแสดงลักษณะที่เป็นทั้งข้อจำกัดและความสามารถในการที่จะกระทำในการดูแลตนเอง
- 6) เจื่อนใจและองค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมของแต่ละบุคคลจะมีผลในการพัฒนาและกระทำการดูแลตนเอง
- 7) การที่บุคคลจะใช้ความสามารถในการดูแลตนเองของตนเองได้จะต้องใช้เวลา
- 8) ความสามารถในการดูแลตนเองประกอบด้วยความสามารถในการคาดการณ์ (Estimative capability) และความสามารถในการกระทำ (Productive capability) ในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นมโนคติที่กล่าวถึงคุณภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลที่มีศักยภาพในการดูแลตนเอง โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ คือความสามารถ

ในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self - care operation) พลังความสามารถ
10 ประการ ซึ่งเป็นความสามารถที่เกื้อหนุนสำหรับการดูแลตนเอง (Power components enabling

capabilities for self - care) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง (Gast et al., 1989)

Gast et al. (1989) ได้วิเคราะห์ห่มโนมติของความสามารถในการดูแลตนเองในลักษณะที่ว่า ความสามารถในแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไป ดังแสดงในภาพที่ 3 ซึ่งจะเห็นว่า ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน จะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง สำหรับรายละเอียดของความสามารถในการดูแลตนเองมี ดังนี้

2.4.1 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self - care operations)

2.4.1.1 การคาดการณ์ (Estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความ ต้องการในการปรับตัวดูแลตนเอง

2.4.1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่ง ที่สามารถควรและจะกระทำเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

2.4.1.3 การลงมือปฏิบัติ (Production operations) เป็นความสามารถในการปฏิบัติ กิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

จะเห็นได้ว่า ความสามารถทั้ง 3 ประการนี้ เป็นความสามารถที่สะท้อนอยู่ในระยะต่าง ๆ ของการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย

2.4.2 พลังความสามารถ (Power components) โอเร็มและเทลเลอร์ (Orem & Taylor, 1986) มองพลังความสามารถนี้ในลักษณะของตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์แต่เฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่ว ๆ ไปพลังความสามารถนี้ ได้แก่

2.4.2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบในตนเอง รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมภายใน ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง

2.4.2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.4.2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อการเคลื่อนไหวจำเป็นในการริเริ่มหรือการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4.2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.4.2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง เช่น มีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต คุณภาพ และสวัสดิภาพ

2.4.2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.4.2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจะจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.4.2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.4.2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.4.2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะบุคคลซึ่งมีบทบาทเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

2.4.3 ความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน (Foundation capabilities and disposition) เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่ว ๆ ไปแบ่งออกเป็น 1) ความสามารถที่จะเรียนรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะกระทำ (doing) และ 2) คุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวง

หาเป้าหมายของการกระทำความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานประกอบด้วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

2.4.3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลขรวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการให้เหตุผล

2.4.3.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น

2.4.3.3 การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

2.4.3.4 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกของตนเอง

2.4.3.5 การเห็นคุณค่าในตนเอง

2.4.3.6 นิสัยประจำตัว

2.4.3.7 ความตั้งใจ

2.4.3.8 ความเข้าใจในตนเอง

2.4.3.9 ความห่วงใยในตนเอง

2.4.3.10 การยอมรับในตนเอง

2.4.3.11 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

2.4.3.12 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยเด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดฝอยอักเสบเมื่อมีอาการกำเริบ โดยเกิดสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลที่ไม่ถูกต้องเมื่อมีอาการ โดยที่ผู้ป่วยเด็กเกิดความพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดน้อยกว่าความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด จึงเกิดภาวะพึ่งพา ดังนั้น ระบบการพยาบาลที่เหมาะสมคือการได้รับคำแนะนำ ชี้แนะ สนับสนุนผ่านวิธีคิดและแผนผังพร้อมกับการเยี่ยมบ้านซึ่งครอบคลุมทั้งความต้องการพื้นฐานของเด็กตามวัยรวมทั้งพัฒนาการของเด็กและที่สำคัญคือครอบคลุมในภาวะที่เด็กเจ็บป่วยจากภาวะของโรคหลอดเลือดฝอยอักเสบอันเป็นที่มาของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีนี้ในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลเกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเด็กให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการเพิ่มความรู้เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมจากข้อมูลที่ได้รับผ่านการตัดสินใจของผู้ดูแล และสมาชิกครอบครัวเอง คือการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้กับผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรคหลอดเลือดฝอยอักเสบสำหรับรายละเอียดเกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลของผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรคหลอดเลือดฝอยอักเสบ ผู้วิจัยจะกล่าวไว้ในหัวข้อต่อไป

3. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กวัย 0 – 1 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอดลมฝอยอักเสบ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง (Self - care behavior) เป็นคำเดียวกับพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) ที่ใช้ทางสังคมศาสตร์ โอเร็มใช้คำว่า Self - care behavior เพื่ออธิบายว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองนั้นได้รับอิทธิพลจากปัจจัยภายในและภายนอก (Internal Oriented Behavior และ External Oriented Behavior) ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทั้งสองแบบนี้จะช่วยให้สามารถเลือกวิธีในการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้การดูแลผู้ป่วย บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในสถานการณ์นั้น ๆ (Orem, 1995)

สำหรับเด็กวัย 0-1 ปี ที่เป็นโรคหอดลมฝอยอักเสบนั้น ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านวุฒิภาวะ พัฒนาการ และความเจ็บป่วย ดังนั้น เด็กจึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลหรือสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ดังนั้น ผู้ดูแลจะต้องมีการเลี้ยงดูเด็กอย่างถูกต้องเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรคและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค เพื่อบรรลุความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) ของผู้ดูแลเด็กวัย 0-1 ปี ซึ่งประยุกต์ตามแนวคิดของโอเร็ม ดังนี้

3.1 การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม และรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัย ที่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป สำหรับในเด็ก 0-1 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอดลมฝอยอักเสบ จะมีความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ดังนี้

3.1.1 การดูแลที่ได้รับน้ำ อาหาร อากาศที่เพียงพอ เด็กอายุขวบปีแรกมีภูมิคุ้มกันด้านทานโรคต่ำและเจ็บป่วยได้ง่ายการดูแลให้ได้รับอาหารที่เหมาะสมและเพียงพอกับความต้องการของร่างกายจะช่วยให้เด็กเจริญเติบโตสมบูรณ์ แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรคดี ซึ่งจะทำให้ไม่เจ็บป่วยบ่อย ๆ ดังนั้น ผู้ดูแลควรให้การดูแลเกี่ยวกับโภชนาการให้เหมาะสมกับวัย ดังนี้

3.1.1.1 การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา น้านมมารดาเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เนื่องจากมีสารอาหารที่ครบถ้วน สมดุล และพอเหมาะกับความต้องการของทารกในช่วง 4-6 เดือนแรก นอกจากนี้ น้านมมารดายังมีสารอื่น นอกเหนือจากสารอาหาร เช่น ฮอร์โมน เอนไซม์ มีสารควบคุมการเจริญเติบโตของร่างกาย (Growth Factor) รวมทั้งมีภูมิคุ้มกันโรคและสารต่อต้านเชื้อโรค ซึ่งได้จาก น้านมเหลือง (Colostrum) ที่หลั่งออกมาในระยะ 2-3 วันแรก ซึ่งอุดมไปด้วยเม็ดเลือดขาว โปรตีน วิตามินเอ และแร่ธาตุหลายชนิด จึงเป็นภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อ เช่น หวัด โปลิโอ วัณโรค ฯลฯ (สำหรับจิตตินันท์ & ถัดมาเหมาะสมสุวรรณ, 2548)

3.1.1.2 การดูแลให้บุตรได้รับอาหารที่มีประโยชน์ และเหมาะสมตามวัย ดูแลให้อาหารเสริมตามวัยในระยะ 6 เดือนแรก อาหารเสริมคือ อาหารอื่นๆทุกอย่างนอกเหนือจากนมมารดา หลังจาก 6 เดือนไปแล้ว อาหารเสริมจะค่อย ๆ แทนนมมารดาทีละมื้อ จนกลายเป็นอาหารหลัก และนมมารดาจะกลายเป็นอาหารเสริมอย่างหนึ่ง (สำหรับ จิตตินันท์ & ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2548)

3.1.1.3 ดูแลให้เด็กได้รับอาหารที่มีประโยชน์และปริมาณเพียงพอเมื่อเด็กอายุ 1 ปีขึ้นไปควรได้รับอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ เด็กวัยนี้ต้องการอาหาร โดยเฉพาะโปรตีนมากกว่าคนทุกอายุ เมื่อเทียบกันตามน้ำหนัก นั่นคือ ต้องการในปริมาณ 1.3 กรัม ต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัมต่อวัน หากเด็กขาดสารอาหารจะทำให้การเจริญเติบโตหยุดชะงัก ร่างกายอ่อนแอ ขาดอำนาจต้านทานโรคติดเชื้อต่าง ๆ เป็นประจำ และตายได้ง่าย (ลัดดา เหมาะสุวรรณ, 2547) ดังนั้น การได้รับสารอาหารครบถ้วนทั้ง 5 หมู่ โดยควรให้อาหารหลักหมู่ที่ 1 ให้มาก ส่วนอาหารที่ไม่เหมาะสมสำหรับเด็ก ได้แก่ อาหารหมักดอง อาหารเนื้อสัตว์ที่ปรุงไม่สุก อาหารรสจัด เครื่องดื่มบางชนิด เช่น น้ำอัดลม น้ำชา กาแฟ ขนมหวาน ลูกกวาด จะทำให้เด็กฟันผุเร็วและอิมมูโนก่อนถึงเวลาอาหารทำให้เด็กรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายได้น้อย

3.1.2 คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

ควรดูแลให้เด็กออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเพียงพอ จะส่งเสริมให้ร่างกายเด็กแข็งแรง ซึ่งเป็นภูมิคุ้มกันไม่ให้เจ็บป่วยได้ง่าย การออกกำลังกายสำหรับเด็ก ได้แก่ การพาเด็กเดินเล่นหรือให้วิ่งเล่นในที่อากาศบริสุทธิ์ โดยจะต้องปฏิบัติให้สม่ำเสมอ หากไม่มีเวลาควรใช้เวลาง่วงในวันเสาร์-อาทิตย์ พาเด็กเดินออกกำลังกาย สำหรับการพักผ่อนนั้นในช่วงวัยขวบปีแรก ควรนอนกลางวันอย่างน้อยวันละ 10-12 ชั่วโมง และควรนอนกลางวันประมาณ 1-2 ชั่วโมง (เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์, 2544) ดังนั้น ผู้ดูแลควรให้เด็กได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ทั้งกลางวันและกลางคืน อย่างน้อยวันละ 10-12 ชั่วโมง

3.1.3 การป้องกันอุบัติเหตุหรืออันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

โดยทำความสะอาดบ้านเรือนไม่ให้มีฝุ่นละอองเนื่องจากฝุ่นเป็นพาหะทำให้เชื้อโรคไปเกาะจึงควรเปิดหน้าต่างให้โปร่ง เพื่อระบายอากาศ ให้แสงแดดส่องถึงและลมโกรกเข้าไปในบ้าน (อรพรรณ ลือบุญรัชชัช, 2541) นอกจากนี้ควรดูแลไม่ให้มีควันบุหรี่ หรือควันไฟภายในบ้าน เนื่องจากบ้านที่มีผู้สูบบุหรี่ หรือควันไฟจากการหุงต้มด้วยฟืน ควันจะระคายเคืองเยื่อระบบหายใจ ทำให้เป็นหวัด ไอ ได้ง่ายและบ่อย (ประมวญ สุนากร, 2541) สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ นิตยา เอกวัฒน์ (2540) โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณจิสติก เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่น ๆ ที่สำคัญแล้วพบว่า การสัมผัสควันบุหรี่ในบ้าน การมีบิดาสูบบุหรี่ สมาชิกของครอบครัวสูบบุหรี่ภายในบ้าน จำนวนของบุหรี่ที่มีผู้สูบบุหรี่ที่บ้านเพิ่มขึ้นทุก 1 มวน โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบกำเริบขึ้น 1.5, 3.01, 3.17 และ 1.08 เท่า

ตามลำดับ การสัมผัสควันบุหรี่นอกร้าน การสัมผัสควันบุหรี่จากบริเวณป้ายรถหรือบนรถโดยสาร การสัมผัสควันบุหรี่นอกร้านที่เพิ่มขึ้นทุก 1 ครั้งในสัปดาห์จะทำให้เสี่ยงโอกาสเพิ่มขึ้น 1.58, 2.39 และ 1.39 เท่า ตามลำดับ จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผลของควันบุหรี่ในสิ่งแวดล้อมจะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการหอบในเด็กที่เป็นโรคลหอดคลมฟอยอักเสบจึงควรระมัดระวังและหลีกเลี่ยงที่จะให้เด็กสัมผัสกับควันบุหรี่

3.1.4 การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Development self - care requisites) เด็กวัยนี้ เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ แต่เนื่องจากเด็กขวบปีแรกเป็นวัยที่อยู่ในระยะที่มีความรู้สึกไว้วางใจกับความรู้สึกไม่ไว้วางใจ (Trust versus Mistrust) เมื่อเด็กอายุ 1-3 ปีเป็นระยะที่มีความสงสัยไม่แน่ใจ (Autonomy vs. Doubt) และอายุ 3-6 ปี เป็นระยะที่มีความคิดริเริ่มกับความรู้สึกผิด (Initiative vs. Guilt) ตามระยะพัฒนาการของอีริกสัน (Erikson Psychosocial Stage envelopment) เด็กจะเริ่มช่วยเหลือตนเองได้ และทำอะไรได้ตามอิสระ ถ้าให้การสนับสนุน กระตุ้นให้เด็กรู้จักช่วยตัวเอง จะทำให้เด็กมีความสามารถไม่ต้องพึ่งผู้ใหญ่ และมีอิสระ แต่ถ้าบิดามารดาห้ามปรามกีดกันหรือปกป้องไม่ยอมรับจะทำให้เด็กรู้สึกละอาย และสงสัยตัวเอง เมื่อเด็กอายุ 4-6 ปี เด็กจะชอบเล่นและเริ่มเรียนรู้บทบาททางสังคม เริ่มมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ เพิ่มขึ้น ถ้าเด็กได้รับการสนับสนุนจากบิดามารดา จะทำให้เด็กสบายใจ มีความคิดริเริ่ม แต่ถ้าบิดามารดาเข้มงวดกวดขันหรือคอยควบคุมตลอดเวลา จะทำให้เด็กรู้สึกว่าตัวเองทำผิด ขาดความคิดริเริ่ม (สุชา จันทร์เอม, 2541) และในระยะนี้จะเป็นระยะที่ครอบครัวมีบุตรวัยก่อนเรียน (Families with Preschool Children) เมื่อเด็กวัยนี้มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคลหอดคลมฟอยอักเสบซึ่งเป็นภาวะการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลันจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และบุคลิกภาพ เด็กจึงต้องการการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับโรคและวัยโดยเฉพาะเด็กขวบปีแรกซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในพัฒนาการต่อไป ดังนี้

3.1.5 ด้านร่างกาย พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหวเป็นพัฒนาการที่สังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงได้ชัดเจนมาก โดยเฉพาะในช่วงขวบปีแรกแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ การใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ในการควบคุมการทรงตัว การเคลื่อนที่ และการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อเล็ก ๆ ของตาและมือที่ทำงานประสานกันเพื่อใช้ทำกิจกรรมปรับตัวแก้ปัญหาต่าง ๆ (นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา, 2550) เป็นพฤติกรรมที่แสดงความสามารถเบื้องต้นทางสติปัญญา ทารกควรได้รับโอกาสทั้งในแง่ของสถานที่ ของเล่น การกระตุ้นให้กำลังใจจากผู้เลี้ยงดู ทั้งในลักษณะคำพูด และท่าทางการควบคุมการเคลื่อนไหวหรือการทรงตัวจากการตอบสนองสิ่งกระตุ้นโดยปฏิภิกิริยาสะท้อนในเบื้องต้นมาเป็นการตอบสนองอย่างมีจุดหมายและใช้ร่างกายเฉพาะบางส่วนจนกระทั่งสามารถคว้า คืบ คลาน นั่งและยืน การประสานงานของกล้ามเนื้อตา มือ แขนและขาดีขึ้นจนสามารถคว้าหยิบของชิ้นเล็ก ๆ น้อย ๆ ไปจนสามารถป้อน

อาหารตนเองได้ด้วยมือ (วีระศักดิ์ ชลไชยะ, 2550) ตลอดจนทำให้อิสระภายใต้ความปลอดภัยในการฝึกฝน พัฒนาการต่าง ๆ เหล่านี้ของทารก

3.1.6 ด้านอารมณ์ บิดามารดาต้องเข้าใจและไม่บังคับลูกจนเกินไปเพื่อไม่ให้เกิดอารมณ์รุนแรงค่อย ๆ พุดและผ่อนคลายไม่ดุหรือแสดงความรำคาญเมื่อลูกถามบ่อย ๆ หมั่นซักถามพูดคุยชี้ชวนให้สนใจสิ่งต่าง ๆ (สุชา จันทรธม, 2541) ให้เด็กมีส่วนร่วมในการใช้ยาฟันละอองฝอยสุด ไม่บังคับยอมให้เด็กจับอุปกรณ์ในการฟันยาเมื่ออยู่โรงพยาบาลเด็กจะยอมให้ความร่วมมือด้วยดี ไม่แสดงอาการตกใจวิตกกังวลเมื่อเด็กมีอาการหอบ เพราะจะส่งผลต่อสภาพจิตใจของเด็กเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดหรือโรคอื่น ๆ ซึ่งเป็นการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลันหรืออาจเป็นเรื้อรังได้จะส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เด็กจึงต้องการการดูแลและการส่งเสริมพัฒนาการที่เหมาะสมกับโรคและวัยเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตได้ใกล้เคียงกับเด็กปกติมากที่สุด

3.1.7 ด้านสังคม สำหรับพัฒนาการทางสังคมของเด็กวัยขวบปีแรกจะค่อย ๆ มีความผูกพันทางอารมณ์กับพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดู ในขณะที่เดียวกันผู้เลี้ยงดูก็มีความผูกพันกับเด็กถ้าพ่อแม่สังเกตความต้องการและสามารถตอบสนองต่อสัญญาณต่าง ๆ ของเด็กที่แสดงผ่านการร้องไห้ การเคลื่อนไหวหรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปได้อย่างเหมาะสมจะทำให้เด็กมีความไว้วางใจต่อพ่อแม่ ซึ่งเป็นพื้นฐานของพัฒนาการขั้นต่อไป (วีระศักดิ์ ชลไชยะ, 2550) เมื่ออายุ 6-12 เดือน เด็กจะเริ่มกลัวคนแปลกหน้า ดังนั้นถ้าพ่อแม่เข้าใจถึงพัฒนาการที่ปกตินี้จะสามารถตอบสนองด้วยท่าทีที่อบอุ่นและทำให้เด็กมั่นใจในตัวเองมากขึ้น เด็กวัยขวบปีแรกยังชอบเล่น “จ๊ะเอ๋” “ตบมือ” และ “บ้ายบาย” ได้ (ถัดดา เหมาะสุวรรณ, 2547) ถ้าพ่อแม่สามารถแบ่งเวลามาเล่นกับเด็กไปด้วย จะทำให้เด็กพัฒนาทักษะทางด้านสังคมนี้อย่างต่อเนื่องและมีความซับซ้อนมากขึ้นเมื่อเติบโตขึ้น

3.1.8 ด้านภาษา/สติปัญญา เมื่อแรกเกิดไม่สามารถบอกความแตกต่างกันของคลื่นเสียง แต่ก็จะมีปฏิกิริยาต่อเสียงที่มีความเข้มแตกต่างกัน พบว่าเด็กแรกเกิดมองตามไปยังแหล่งที่เกิดเสียงได้ ซึ่งการมองตามนี้ถือว่าประสาททำงานร่วมกับประสาทหู ซึ่งทารกแรกเกิดถึง 1 เดือน ถ้าได้ยินเสียงดังกว่า 3-6 ฟุต เด็กจะสะดุ้ง เมื่ออายุ 3 เดือนถ้าพ่อแม่เรียกเขาจะหยุดเล่น จะหันมองหรือได้ตอบเสียงที่คุ้นเคย ในการสื่อสารภาษาทารกจะใช้การร้องไห้เป็นการสื่อสารภาษากับผู้อื่นเพื่อให้ทราบว่าต้องการอะไร และมักจะทำเสียงในลำคอ และสนุกกับการเล่นเสียง (นิลาวรรณ ฉันทะปริดา, 2550)

3.2 การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites)

เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นเนื่องจากความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย จากการวินิจฉัยโรคและการรักษาของแพทย์ในเด็กที่เป็นโรคหอบหืดหรือโรคอื่น ๆ จะมีความต้องการในการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคและวัยดังต่อไปนี้



3.2.1 การแสวงหาความรู้และการช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ มีความสนใจและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลเด็กโดยการซักถามจากแพทย์พยาบาลหรือจากการอ่านหนังสือคู่มือต่าง ๆ ฟังวิทยุ คู่มือโทรทัศน์ เป็นต้น มีการซักถาม พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้และการดูแลเด็กกับบุคคลอื่น ๆ ที่มีเด็กป่วยเป็นโรคเดียวกันหรือคล้าย ๆ กัน พาเด็กไปรับการรักษาจากแพทย์เฉพาะทางโรกระบบทางเดินหายใจ หรือเลือกสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมและปลอดภัย เช่น โรงพยาบาลคลินิกที่มีแพทย์เฉพาะโรค สถานีนอนามัย เป็นต้น (นัทธมนต์ สายสอน, 2544)

3.2.2 รับรู้และสนใจผลของพยาธิสภาพ เรียนรู้ที่จะอยู่กับผลของพยาธิสภาพรวมทั้งผลที่กระทบต่อพัฒนาการ ผู้ดูแลนำเด็กมาตรวจตามนัดทุกครั้งเมื่อมีอาการผิดปกติ มีความสนใจและตั้งใจในการดูแลเด็กพร้อมมือในการรักษายอมรับสภาพความเป็นจริงว่าโรคหลอดลมอักเสบสามารถเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน เด็กได้รับการดูแลเมื่อมีอาการ โดยไม่ปล่อยให้เด็กหายเอง และพาเด็กมาพบแพทย์เมื่อไม่สบาย เช่น ไอ จาม มีไข้ เป็นต้น

3.2.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น โดยไม่ให้ลูกคลุกคลีกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ในกรณีที่แม่เป็นหวัดไม่ควรจูบลูก ไม่ไอ จาม รดหน้าลูก ไม่หายใจตรงหน้าเด็ก ควรจะล้างมือด้วยสบู่ทุกครั้งก่อนจะจับต้องสิ่งของที่ลูกใช้ในการรับประทานอาหาร จากการศึกษาของ Ansari (1991) พบว่า เชื้อ Rhinovirus ที่ปนอยู่ในน้ำมูกจะมีชีวิตรอดอยู่ได้นาน 3 ชั่วโมง ถ้าติดอยู่ที่มือ ดังนั้น การล้างมือจะช่วยป้องกันไม่ให้เชื้อโรคไปสู่ตัวเด็ก และเมื่อมีเด็กป่วยควรแยกนอนคนละมุ้งบ้าน หรือคนละห้องกับเด็ก นอกจากนี้ไม่พาเด็กเล็ก ๆ ไปสถานที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์หรือมหรสพอื่น ๆ ศูนย์การค้า ตลาดเพราะเป็นที่รวมของเชื้อโรคต่าง ๆ ซึ่งจะ让孩子ติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจได้ง่าย (ปรีศณี ศรีวิชัย, 2540) แต่เมื่อเด็กเกิดอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กในกลุ่มอาการที่ไม่รุนแรงผู้ดูแลสามารถให้การดูแลรักษาเบื้องต้นที่บ้านได้โดยปฏิบัติตามดังนี้ (กลุ่มงานโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก กองวัณโรคควบคุมโรคติดต่อ, 2541; Thompson & Ashwill, 1992)

3.2.3.1 การดูแลเมื่อมีอาการไข้ ถ้าเด็กตัวร้อนจัดให้ปฏิบัติ ดังนี้

- เช็ดตัวด้วยผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่น บิดให้หมาด เช็ดตามหน้า ลำตัว แขน ขา และข้อพับต่าง ๆ ใส่เสื้อผ้าบาง ๆ อย่างห่อตัวเด็ก
- ให้รับประทานยาพาราเซตามอล ทุก 4-6 ชั่วโมง ตามขนาดอายุเด็กเมื่อเช็ดตัวแล้ว ไข้ยังไม่ลดและเมื่อไข้ลดแล้วต้องงดให้ยา
- ถ้าเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน มีไข้ให้พาไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ควรรักษาเองเพราะอาจมีอาการของโรครุนแรงหากไม่ได้รับการที่ทันทั่วถึง

- เด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน หายใจเร็วกว่า 60 ครั้งต่อนาที
- เด็กอายุ 2 เดือน ถึง 1 ปี หายใจเร็วกว่า 50 ครั้งต่อนาที
- เด็กอายุ 1 - 5 ปี หายใจเร็วกว่า 40 ครั้งต่อนาที

3.2.3.6 การดูแลเมื่อเด็กอาเจียน ในเด็กเล็กเมื่อเป็นหวัดอาจอาเจียนเนื่องจากการระคายเคืองจากน้ำมูก หรือเสมหะที่อยู่ในคอ ซึ่งเด็กยังไอและขับเสมหะไม่เป็นเมื่อมีการระคายเคืองจึงอาเจียนเพื่อขับเสมหะออกมา ซึ่งมักพบในเวลาดูคนม ดังนั้น ต้องระมัดระวังอย่าให้เด็กสำลักอาเจียน ซึ่งเป็นอันตรายมากถ้าสำลักเศษอาหารหรือนมเข้าหลอดลม เพราะอาจทำให้เกิด โรคแทรกซ้อน คือ ปอดบวม ดังนั้น เมื่อเด็กอาเจียนผู้ดูแลควรรีบตะแคงหน้าเด็กไปด้านใดด้านหนึ่ง และหยุดการให้นมหรืออาหารไว้ก่อน แล้วทำความสะอาดปากและจมูกเมื่ออาการดีขึ้นหรือไม่มีอาการผิดปกติ จึงให้นมหรืออาหารต่อ แต่ถ้าอาการไม่ดีขึ้นหรือมีอาการผิดปกติควรรีบพาไปพบแพทย์

3.2.3.7 การให้ยาปฏิชีวนะ ผู้ดูแลไม่ควรซื้อยาปฏิชีวนะให้เด็กรับประทานเอง เพราะถ้าหากใช้ยาไม่ถูกต้องอาจทำให้เด็กคือยา ไม่ได้ผลในการรักษา นอกจากนี้ในกรณีของโรคหลอดลมอักเสบการใช้ยาปฏิชีวนะไม่สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อนและไม่ทำให้หายจากโรคได้เร็วจึงไม่ควรให้ยาปฏิชีวนะได้เอง ควรสังเกตอาการของเด็กหากมีไข้สูงเกิน 3 วัน หายใจเร็วหรือเด็กซึมลงควรพาไปพบแพทย์

3.2.3.8 การดูแลเมื่อเด็กเจ็บคอ เมื่อเด็กเจ็บคอควรให้ดื่มน้ำบ่อย ๆ ในเด็กอายุมากกว่า 3 ปี อาจเจ็บคอเนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่จำเป็นต้องให้ยาปฏิชีวนะที่เหมาะสมจึงควรไปพบแพทย์ เพราะมีฉะนั้นอาจทำให้เกิด ไข้รูห์มาติกในภายหลังซึ่งจะทำให้เกิดโรคหัวใจหรือไตอักเสบได้หรือหากเป็นการเจ็บคอจากการติดเชื้อฉวยที่เรื้อรังอาจลุกลามทำให้เกิดอาการหายใจลำบากเป็นอันตรายถึงชีวิตได้ ดังนั้น เมื่อเด็กมีอาการเจ็บคอมากควรไปพบแพทย์เพื่อการรักษาที่ถูกต้อง

3.2.4 การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยปกติผู้ดูแลมีบทบาทหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการ และการดูแลเด็กได้รับความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ เมื่อเด็กเจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลจึงต้องเปลี่ยนบทบาทจากการดูแลเด็กปกติมาเป็นการดูแลเด็กป่วยซึ่งการเปลี่ยนบทบาทของผู้ดูแลอาจทำให้ผู้ปกครองเกิดความเครียดได้ (Kasper & Nyamathi, 1988) เพราะการเปลี่ยนแปลงบทบาทของบุคคลนับว่าเป็นช่วงเวลาที่มีความสำคัญหากไม่สามารถปรับตัวบทบาทใหม่ได้อย่างเหมาะสมอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้ โดยเฉพาะบทบาทในการดูแลเด็กป่วยซึ่งถือเป็นงานเฉพาะกิจที่ผู้ดูแลไม่คุ้นเคย การที่ผู้ดูแลต้องเปลี่ยนบทบาทมาเป็นผู้ให้การดูแลเด็กที่เป็นโรคหลอดลมฝอยอักเสบทำให้ต้องพบกับ การเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยของเด็ก เช่น มีอาการไข้ ไอบ่อย คื่นร่นร้องไห้กวน กระสับกระส่ายหรือมีหายใจเหนื่อยหอบ (วาสนา ไชยวงศ์, 2547) นอกจากนั้น ผู้ดูแลยังถูกคาดหวังให้ปฏิบัติกรดูแลที่ผู้ดูแลยังขาดความ

เข้าใจที่ชัดเจน โดยเฉพาะกิจกรรมการพยาบาล เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การป้อนยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของเด็กป่วย เป็นต้น ซึ่งแม้เป็นกิจกรรมการดูแลดังกล่าวจะเป็นกิจกรรมง่าย ๆ ที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ แต่หากไม่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติมาก่อนรวมทั้งไม่ได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนจากเจ้าหน้าที่ก็อาจทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจ ไม่กล้าลงมือปฏิบัติ และอาจรู้สึกกดดันทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม เกิดการเจ็บป่วยที่รุนแรงตามมาได้

จะเห็นได้ว่า โรคหอดคลมฝอยอักเสบเป็นโรคที่เกิดขึ้นได้จากปัจจัยและสาเหตุที่อยู่ใกล้ตัวหลายประการสามารถป้องกันได้ โดยการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง ซึ่งปกติเป็นหน้าที่ของบิดา มารดาหรือผู้ดูแลเด็ก โดยผู้ดูแลเด็กสามารถให้การรักษาเบื้องต้นเมื่ออยู่ที่บ้านได้เมื่ออาการไม่รุนแรง ดังนั้น ผู้ดูแลจะต้องมีการเลี้ยงดูเด็กป่วยที่ถูกต้องเพื่อส่งเสริมให้เด็กมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรค และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคจะช่วยลดอัตราการเกิดโรคหอดคลมฝอยอักเสบได้อย่างมีประสิทธิภาพตามระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ ดังจะกล่าวในหัวข้อต่อไป

4. ระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

การที่จะให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลเด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วยนั้นในด้านการให้ความรู้ที่ถูกต้องซึ่งสอดคล้องกับโอเร็ม (Orem, 1991) ว่าด้วยเรื่องการสอนเป็นวิธีการที่ดีและเหมาะสมในการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งการสอนหรือการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งอย่างหนึ่งของพยาบาล (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) แต่ในการสอนที่จะให้เกิดการเรียนรู้และความเข้าใจได้ดีขึ้น ควรมีการนำสื่อการสอนต่าง ๆ มาใช้ด้วยเพื่อเป็นการพัฒนาประสิทธิภาพในการสอน เพิ่มประสบการณ์ให้กับผู้ดูแล ช่วยเปลี่ยนประสบการณ์จากนามธรรมเป็นรูปธรรม และยังช่วยให้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติในที่นี้จะต้องทำความเข้าใจความหมาย ประโยชน์ หลักสำคัญของการใช้สื่อและการประเมินของสื่อการสอนซึ่งจะกล่าวดังต่อไปนี้

สื่อการสอน

สื่อการสอน หมายถึง ตัวกลางที่นำความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน ทำให้การเรียนการสอนเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้สื่อการสอนจะช่วยให้เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรม จากการศึกษาที่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมได้ จากรู้น้อยเป็นรู้นมากขึ้นหรือจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเปลี่ยนเป็นพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสื่อแต่ละชนิดมีจุดประสงค์และวิธีการใช้ต่าง ๆ กัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับผู้สอน ผู้เรียน เวลา สถานที่ และสถานการณ์ที่แตกต่างกันไป

ประโยชน์ในการใช้สื่อการสอน (วันวิสาข โลกสาร, 2550)

- 1) ช่วยให้การเรียนรู้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ในด้านที่เกี่ยวกับความเข้าใจในเนื้อหาได้แจ่มแจ้งในระยะเวลาสั้น ทำให้มีความรู้กว้าง และเกิดการเรียนรู้ที่คงทน
 - 2) ทำให้ผู้เรียนเกิดประสบการณ์ร่วมกัน มีความรู้และความเข้าใจในเนื้อหาเดียวกัน เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือความรู้ ความเข้าใจระหว่างกัน ทำให้สามารถเข้าใจในบทเรียนได้ชัดเจนยิ่งขึ้น
 - 3) ทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนการสอน เนื่องมาจากการใช้ภาพหรือวัสดุตัวอย่างในการประกอบการสอน ย่อมทำให้ผู้เรียนสนใจ มีความเข้าใจ และอยากเรียนรู้มากขึ้น ทำให้เกิดการซักถามและตอบปัญหา
 - 4) เสริมสร้างความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ให้แก่ผู้เรียน นั่นคือ การที่ผู้เรียนเห็นภาพหรือของจริงประกอบการสอน ทำให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและติดตามได้รวดเร็วก่อให้เกิดแนวความคิดใหม่ ๆ มากขึ้น
 - 5) สร้างเสริมลักษณะนิสัยที่ดีในการศึกษาค้นคว้าหาความรู้ เช่น การที่ผู้เรียนเคยได้รับประโยชน์จากความรู้ ซึ่งได้รับจากการอ่านเอกสาร ใบปลิวหรือโฆษณา ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจและพยายามที่จะค้นคว้าศึกษามากยิ่งขึ้น เพื่อประโยชน์แก่ตนเองและครอบครัว
 - 6) ช่วยให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้เรียนไปในทางที่ปรารถนาได้ในเมื่อผู้เรียนได้รับความรู้และมีความเข้าใจกันดี ย่อมเกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งที่ได้รับรู้และพร้อมที่จะปฏิบัติตามนั่นเอง
- สื่อการสอนเป็นสิ่งที่ช่วยเร้าความสนใจของผู้ดูแล เพราะผู้ดูแลสามารถใช้ประสาทสัมผัสได้ด้วยตา หู และการเคลื่อนไหว จับต้องได้แทนการฟังหรือดูเพียงอย่างเดียว เป็นรากฐานในการพัฒนาการเรียนรู้และช่วยความทรงจำอย่างถาวรซึ่งผู้ดูแลจะสามารถนำประสบการณ์เดิม ไปสัมพันธ์กับประสบการณ์ใหม่ ๆ ได้เมื่อมีพื้นฐานประสบการณ์เดิมที่ดีอยู่แล้วช่วยให้ผู้ดูแลได้มีพัฒนาการทางความคิดซึ่งต่อเนื่องทำให้ช่วยเพิ่มทักษะในการดูแลเด็กป่วยได้เหมาะสม

หลักสำคัญในการเลือกใช้สื่อ

ในการนำสื่อมาใช้ในการเรียนการสอน ควรคำนึงหลัก 3 ประการ (ชนินฐา คุณสว่าง, 2544)

- 1) ประสิทธิภาพ (Efficiency) เมื่อนำสื่อการสอนมาใช้ในการสอนแล้วจะทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ตามวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้ในแผนการสอนทุกประการ จึงนับว่าสื่อการสอนนั้นมีประสิทธิภาพมาก

2) ประสิทธิภาพ (Productivity) จำนวนผู้เรียนที่บรรลุวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมที่กำหนดไว้เป็นจำนวนมากก็นับว่าสื่อการสอนนั้นทำให้เกิดประสิทธิภาพสูง แต่ถ้าผู้เรียนที่บรรลุวัตถุประสงค์มีน้อย ก็แสดงว่าสื่อการสอนนั้นไม่มีประสิทธิภาพ ควรพิจารณาปรับปรุงแก้ไขต่อไป

3) ประหยัด (Economy) การนำสื่อการสอนมาใช้ในการเรียนการสอน นอกจากจะคำนึง ประสิทธิภาพและประสิทธิผลแล้ว จะต้องพิจารณาในเรื่องของการลงทุนที่คุ้มค่าทั้งทางด้านทุนทรัพย์ แรงงานและระยะเวลาในการใช้งาน สื่อบางชนิดอาจมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงแต่ต้องอาศัยทุนทรัพย์มากในขณะที่เราสามารถพิจารณานำสื่อการสอนชนิดอื่นมาทดแทนได้โดยมีผล ทัดเทียมกัน แต่ประหยัดกว่าก็ควรเลือกนำสื่อที่ประหยัดกว่ามาใช้ หรือถ้าสื่อการสอนนั้นต้องใช้ ทุนทรัพย์มาก แต่มีความคงทนถาวรสามารถใช้ได้นานกว่าสื่อการสอนที่มีราคาถูกก็ควรพิจารณา เลือกสื่อที่ใช้ได้คุ้มค่าที่สุด

การประเมินสื่อ จำแนกตามเป้าหมายและขั้นตอน ดังนี้ (นลินี มกรเสน, มะลิ ไพฑูรณรมิต และ ทิวพร กลมกล่อม, 2542)

1) การประเมินเพื่อพัฒนาสื่อ (Formative Evaluation) เป็นการประเมินเพื่อหา ประสิทธิภาพหรือคุณภาพของสื่อที่ผลิตขึ้น เพื่อเป็นข้อมูลว่าจะต้องมีการปรับปรุงแก้ไขสื่อ นั้น อย่างไร ซึ่งเป็นการประเมินในส่วนของการผลิต เป้าหมายของการประเมินขั้นนี้เพื่อพิจารณาใน ระหว่างการผลิตว่าในแต่ละขั้นตอนมีข้อบกพร่องควรปรับปรุงหรือดำเนินการอย่างไร เพื่อให้ สื่อที่ผลิตดีที่สุดจะต้องมีการปรับปรุงตลอดเวลา (Revise)

2) รูปแบบการประเมินสื่อ เพื่อพัฒนาในกระบวนการผลิตสื่อ นั้น ต้องประเมินสื่อ 3 ระยะ ได้แก่ การตรวจสอบภายใน การตรวจสอบในกลุ่มเล็กๆและทดลองใช้จริงตามแผนงานหรือ โครงการ

3) การตรวจสอบภายใน ประเมินจากให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินตรวจสอบ อาจเป็นลักษณะ การวิจารณ์ เสนอแนะ และให้คำปรึกษาโดยให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้มีการตรวจสอบวิจารณ์และให้ ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

4) การทดลองใช้ในกลุ่มเล็ก ๆ เป็นการประเมินวัดผลโดยจัดทำต้นแบบสื่อที่ยังไม่ สมบูรณ์และไปทดลองใช้ก่อนกับกลุ่มเล็ก ๆ 3-5 คนเพื่อหาความเหมาะสมและข้อบกพร่องโดย เลือกจากตัวอย่างที่เป็นตัวแทนกลุ่มเป้าหมาย การทดลองใช้จริงเป็นการนำต้นแบบสื่อที่ผลิตสำเร็จ สมบูรณ์ไปทดลองใช้ โดยดำเนินการเหมือนการใช้สื่อจริง ทั้งนี้ขึ้นกับประเภทและชนิดของสื่อที่ ผลิตขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ใด หรือใช้ในกิจกรรมใดก็ทดลองใช้วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้เพื่อนำผลการ ทดลองมาประเมินเพื่อปรับปรุงแก้ไขส่วนบกพร่องก่อนที่จะเป็นสื่อสมบูรณ์

การประเมินในส่วนนี้มุ่งเน้นการประเมิน 2 ส่วน คือ

- ส่วนที่ 1 เป็นการประเมินประสิทธิภาพของสื่อว่าสามารถใช้ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ เป็นการประเมินจากกลุ่มเป้าหมายโดยตรง

- ส่วนที่ 2 เป็นการประเมินลักษณะของตัวสื่อเองใช้เชิงคุณภาพของการผลิต คือการประเมินองค์ประกอบของสื่อ นั้น ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างกัน

1) การประเมินรวบยอด (Summative Evaluation) เป็นการประเมินสรุปผลหลังการดำเนินการเสร็จสิ้นลงแล้ว เป็นการประเมินประสิทธิผลของโครงการ และประเมินประสิทธิภาพของสื่อในด้านสัมฤทธิ์ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รวมทั้งเป็นการประเมินผลของแผนงานโครงการสื่อที่ใช้มีประสิทธิผลต่อความสำเร็จของโครงการอย่างไร โดยจะต้องประเมินภาพรวมควบคู่กับการประเมินโครงการ การประเมินในเชิงประสิทธิผลของสื่อสิ่งพิมพ์ เป็นการประเมินขณะที่นำสื่อสิ่งพิมพ์ไปใช้ได้จริง ในการประเมินหลายวิธี ทั้งเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ดังนี้

- การทำแบบทดสอบ (test) เพื่อทดสอบความรู้พื้นฐานหรือพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายก่อนการใช้สื่อ และความรู้หรือพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายหลังการใช้สื่อแล้ว

- แบบสอบถามกลุ่มเป้าหมาย (Questionnaire) แบบประเมินค่า (Rating scale)

- การสังเกต (Observation) พฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมายทั้งปฏิกิริยาที่มีต่อสื่อหรือพฤติกรรมหลังการใช้สื่อ

- การสัมภาษณ์ของกลุ่มเป้าหมายและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

- การประชุมกลุ่มย่อยทั้งก่อนและหลังการใช้สื่อ

สำหรับสื่อการสอนที่ผู้วิจัยนำมาใช้ประกอบการสอนในโปรแกรมการสอนผู้ดูแลเด็กที่มีเด็กป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองวัย 0-1 ปี เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแบบถาวร โดยใช้วิธีการให้ความรู้หลากหลายวิธี อีกทั้งยังใช้สื่อประกอบการเรียนรู้ให้กลุ่มเป้าหมายได้มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย โดยให้เกิดความพึงพอใจที่จะเรียนรู้และเกิดแนวคิดที่ดีสามารถนำไปปฏิบัติได้ การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้วิธีการสอน ดังนี้

(1) วีซีดี

ซีดีรอม (CD-ROM ย่อมาจาก Compact Disc Read Only Memory) มีลักษณะเป็นแผ่นพลาสติกขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 4.72 นิ้ว ผิวหน้าเคลือบด้วยโลหะสะท้อนแสงเพื่อป้องกันโลหะที่บันทึกไว้ เป็นสื่อประเภทหนึ่งที่ทำกรบันทึกและอ่านข้อมูลด้วยแสงเลเซอร์ได้หลากหลายรูปแบบกว่าประเภทอื่น ๆ (กิดานันท์ มะลิทอง, 2548)

การพัฒนาสื่อการสอนในปัจจุบันมีรูปแบบต่าง ๆ มากมาย สื่อประเภทเทป โทรทัศน์หรือวีซีดีนับว่าเป็นสื่ออย่างหนึ่งที่มีผู้นิยมใช้มากทั้งในชีวิตประจำวัน และการศึกษา

เนื่องจากมีข้อดีหลายประการที่เห็นชัดคือสามารถสื่อได้ทั้งภาพและเสียงในเวลาเดียวกัน ภาพมีการเคลื่อนไหวประกอบเสียงที่ให้ความรู้สึกใกล้เคียงกับความเป็นจริงมาก สามารถฉายซ้ำเมื่อผู้เรียนไม่เข้าใจหรือเพื่อทบทวน ซึ่งการวิจัยพบว่ามนุษย์เรียนรู้ผ่านประสาทสัมผัสทางตาถึงร้อยละ 83 ทางหูร้อยละ 11 ทางจมูกร้อยละ 3.5 ทางกายสัมผัสร้อยละ 1.5 และทางรสสัมผัสร้อยละ 1 (นิพนธ์ สุขปริดี, 2540) ดังนั้น การใช้วีซีดีในการสอนจัดเป็นสื่อที่ผ่านทางประสาทสัมผัสทางตาและหูจึงเป็นการจัดให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด นอกจากนี้สื่อวีซีดียังเป็นสื่อที่สะดวกในการใช้งาน และสามารถแสดงให้เห็นขั้นตอนต่าง ๆ อย่างละเอียด สามารถฉายซ้ำได้หลายครั้งทั้งยังช่วยให้ผู้เรียนได้รับเนื้อหาที่ครบถ้วนคงที่ ซึ่งจะส่งผลให้การเรียนรู้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ดังนั้น ในการใช้สื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมนั้นจะต้องเลือกใช้สื่อที่สามารถจัดประสบการณ์ ที่เป็นรูปธรรมให้กับผู้รับได้มากที่สุดหรือใช้วิธีผสมผสานกันให้เหมาะสมโดยผู้วิจัยเลือกใช้สื่อวีซีดีและแผ่นพับ ซึ่งในการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการใช้สื่อวีซีดีทำให้ประหยัดเวลาในการทำงานของพยาบาลได้อย่างมากและยังใช้ได้กับผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดในการอ่านอีกด้วย สมจริงทั้งภาพและเสียงช่วยให้ผู้ดูแลสามารถมองเห็นภาพและเข้าใจได้ชัดเจนขึ้นในรูปแบบการปฏิบัติตัวที่ผู้ดูแลต้องปรับปรุง ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี เช่น การศึกษาของ พนารักษ์ นาทีเลิศ (2541) ได้ศึกษาผลการสอนด้วยสื่อเทปโทรทัศน์ต่อความรู้เรื่องโรคธาลัสซีเมียและพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของเด็กวัยเรียน โรคธาลัสซีเมียที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกโรคเลือดโรงพยาบาลเชิงราชประชานุเคราะห์ จำนวน 40 คน พบว่าหลังการสอนด้วยสื่อเทปโทรทัศน์ เรื่องโรคธาลัสซีเมียและการดูแลตนเองของผู้ป่วยเด็กโรคธาลัสซีเมียแล้วเด็กวัยเรียนโรคธาลัสซีเมียมีความรู้และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองถูกต้องเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ อูรวาดิ เจริญไชย (2541) ได้ศึกษาผลของการให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับวิธีการความรู้สึกและคำแนะนำสิ่งที่ควรปฏิบัติต่อความวิตกกังวล ความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจโดยใช้สื่อเป็นเทปโทรทัศน์ในการให้ข้อมูลเตรียมพร้อม ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความวิตกกังวลน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ไม่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 และผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจที่ได้รับข้อมูลเตรียมความพร้อมมีความรู้สึกเจ็บปวด และทุกข์ทรมานน้อยกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นหัวใจที่ไม่ได้ให้ข้อมูลเตรียมความพร้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 นอกจากนี้ วรรณมา ปิยะเสวตกุล (2543) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าต่อการปรับตัวในผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง โดยศึกษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 30 ราย เป็นการวิจัยเชิง

ทดลองที่ใช้สื่อวีดิทัศน์ จดหมายกระตุ้นเตือนและคู่มือการปฏิบัติตัว ในการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้ามีคะแนนการปรับตัวเฉลี่ยโดยรวมและคะแนนเฉลี่ยการปรับตัวในรายด้านสูงกว่าผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ไม่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากแนวคิดและผลการศึกษาดังกล่าว จึงอาจกล่าวได้ว่า การสอนหรือให้ความรู้ทางวิชาชีพเป็นการสอนที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการสอนผู้ป่วยหรือผู้มารับบริการได้ และให้ผลใกล้เคียงกับการสอนจากพยาบาลโดยตรง ประหยัดเวลา และผู้ดูแลเด็กได้รับความรู้และเนื้อหาที่เสมอเหมือนกัน ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้สื่อวีดิทัศน์ในการสอนและให้ความรู้ผู้ดูแลที่มีเด็กเป็นโรคหลอดเลือดฝอยอักเสบ โดยคาดหวังว่าน่าจะเกิดผลดีและเป็นแนวทางหนึ่งในการปรับปรุงการสอนให้มีประสิทธิภาพขึ้นรวมทั้งเป็นสื่อกลางที่จะช่วยให้อ่านข้อมูลทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ที่ดี ซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติในการดูแลเด็กโรคหลอดเลือดฝอยอักเสบต่อไป

(2) แผ่นพับ (Leaflet)

แผ่นพับ หมายถึง เอกสารที่นำเสนอความรู้ แนวทางการปฏิบัติ มีเป้าหมายให้ผู้อ่านได้รับความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและเผยแพร่แก่บุคคลอื่นได้ง่าย (พรณี บัญชรหัตถกิจ, 2544) เป็นสื่อสิ่งพิมพ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องต่างๆอย่างสั้น ๆ แต่ได้ใจความ ผู้อ่านสามารถเข้าใจได้อย่างรวดเร็วหรือเพื่อสร้างค่านิยมที่ดี เอกสารแผ่นพับเป็นสื่อที่ให้ข้อมูลและจินตภาพที่เป็นประโยชน์ใช้ง่ายสะดวก ไม่มีข้อจำกัดใดๆสำหรับผู้อ่านออกเขียนได้ สามารถใช้กับทุกสถานการณ์

แบบของการพับแผ่นพับ

พับ 2 ตอน พับ 3 ตอน พับ 4 ตอน พับตัว Z พับหน้าต่าง พับ 2 ทบสลับข้าง นอกจากนี้ยังมีวิธีพับแบบอื่น ๆ แล้วแต่การออกแบบ (ณัฐธิดา ศักดิ์สิทธิ์ & เบญจวรรณ จันทร์เพ็ญ, 2551)

หลักการออกแบบแผ่นพับ

แผ่นพับมีลักษณะเด่นคือ สามารถพับได้หลายแบบ การพับแบบต่าง ๆ จะทำให้ภาพลักษณ์ของสื่อเปลี่ยนไป แผ่นพับเมื่อพับแล้วจะมีหลายหน้าอย่างน้อย 4 หน้า และสามารถพับได้ถึง 80 หน้า แต่ส่วนใหญ่แล้วนิยมพับอย่างมาก 16 หน้า เนื่องจากจำนวนหน้าเกิดจากการแบ่งกระดาษด้วยการพับ ดังนั้น จึงไม่นิยมใส่เลขหน้า ในการออกแบบกราฟิกต้องพิจารณาถึงขนาดของข้อมูลอย่างชัดเจน (ณัฐธิดา ศักดิ์สิทธิ์ & เบญจวรรณ จันทร์เพ็ญ, 2551) การออกแบบจึงเป็นการจัดองค์ประกอบต่าง ๆ ลงบนพื้นที่ว่างให้เกิดความกลมกลืน สอดคล้องกับเนื้อหาและจุดประสงค์ของ

การผลิตแผ่นพับ โดยอาศัยหลักการพื้นฐานในการออกแบบ 4 ประการ คือ ความง่าย ความเป็นเอกภาพ การเน้น และความสมดุล หลักการออกแบบแผ่นพับมีดังนี้ (พรณี บัญชรหัตถกิจ, 2544)

2) สัดส่วน (Proportion) การกำหนดสัดส่วนมีความจำเป็นมากสำหรับสื่อสิ่งพิมพ์ชนิดแผ่นพับ ต้องกำหนดให้มีขนาดสัดส่วนที่เหมาะสมลงตัวทั้งภาพและตัวอักษร ซึ่งการจัดวางอาจมีการปรับเปลี่ยนสถานที่ของภาพและเนื้อหาในหน้ากระดาษให้ลงตัวได้สัดส่วนและเกิดความสมดุลของน้ำหนักขององค์ประกอบในหน้าเดียวกันหรือหน้าที่มีภาพประกอบต่อเนื่องกัน

3) ความแตกต่าง (Contrast) เป็นการเน้นข้อความ หรือรูปภาพที่เป็นจุดสำคัญของเรื่อง ให้เด่นเป็นที่สะดุดตา ความแตกต่างอาจทำได้โดยการใช้สี ขนาด รูปร่าง หรือทิศทางที่แตกต่างจากองค์ประกอบอื่น ๆ วิธีการนี้เป็นกรออกแบบที่พยายามหลีกเลี่ยงความจำเจและต้องการให้เกิดความแปลก อย่างไรก็ตาม หลักการออกแบบอื่นๆยังคงใช้ร่วมกันเสมอ เช่น ความสมดุล ความเป็นเอกภาพ เป็นต้น

4) ลีลา (Rhythm) เป็นการออกแบบที่กำหนดองค์ประกอบเป็นแบบเดียวกันเรียงกันซ้ำ ๆ เรียงกันแบบมีจังหวะสม่ำเสมอ เช่น ใช้ตัวอักษรตัวใหญ่ตัวเดียวซ้ำ ๆ กันจะมีความแตกต่างกันไม่มากนักแต่มีความแปลก นอกจากนี้การใช้เส้นยังช่วยให้เกิดลีลาของภาพได้ เช่น เส้นที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวไปสู่จุดสนใจ

5) ความกลมกลืน (Harmony) เป็นการออกแบบให้เกิดความผสมผสานกันขององค์ประกอบ โดยสื่อความหมายและผลการมองเป็นเรื่องเดียวกัน และรูปแบบที่ออกมาต้องสะดุดตาผู้ชมโดยมีการเน้นจุดสนใจ และกลมกลืนกับลักษณะขององค์ประกอบย่อย

6) การจัดวางรูปทรง (Layout shape) เป็นการจัดองค์ประกอบภายในให้มีส่วนหนึ่งสัมผัสกับกรอบด้านใดด้านหนึ่งทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้อยู่ขนาดและขอบเขตของภาพนั้น ไม่มีกฎเกณฑ์ที่แน่นอนตายตัวว่าจะเป็ด้านใด ทั้งนี้ เมื่อออกแบบแล้วน้ำหนักของภาพจะต้องสมดุลกัน

วิธีการผลิต/เลือกใช้ (พรณี บัญชรหัตถกิจ, 2544)

1) การทำแผ่นพับ เนื้อหาความรู้ที่นำเสนอในสื่อประเภทนี้ต้องมีข้อความสั้นครอบคลุมเน้นเนื้อหาที่สำคัญ และเข้าใจง่าย จะใช้กระดาษขนาดไม่เกิน A4

2) การทำแผ่นพับ ต้องประกอบไปด้วย 2 ส่วน ส่วนปกและเนื้อหาหลัก

(1) ส่วนปก จะต้องเขียนชื่อเรื่อง ชื่อหน่วยงาน ผู้ผลิตหรือสถาบันมีภาพประกอบที่เกี่ยวข้องกับเรื่อง ตกแต่งหน้าปกให้สวยงามน่าสนใจ

(2) ส่วนเนื้อหาหลัก ต้องเขียนหัวข้อของเนื้อหาแต่ละส่วนให้เด่น ตัวหนา เพื่อกระตุ้นความสนใจ รายละเอียดของเนื้อหาต้องไม่มาก เขียนเฉพาะข้อความรู้ที่ต้องการให้ผู้รับได้

เรียนรู้และนำไปปฏิบัติได้ง่าย ตัวหนังสือควรใช้สีเข้ม สีดำ เป็นสีหลัก ขนาดตัวหนังสือใหญ่ผู้รับความรู้ทุกวัยมองเห็นได้ชัดเจน ควรมีภาพการ์ตูน หรือภาพถ่ายที่เกี่ยวข้องประกอบในเนื้อหาด้วย และในส่วนท้ายของแผ่นพับ ต้องเขียนบรรณานุกรมหรือเอกสารอ้างอิง ที่มาของความรู้ในแผ่นพับ

3) การผลิตสื่อแผ่นพับ ในการเตรียมต้นฉบับทำสำเนาหรือไรโซกราฟ ควรใช้ภาพประกอบในสื่อควรเป็นลายเส้นเพราะถ้าเป็นภาพถ่ายภาพ ภาพที่ออกมาจะคำมองเห็นไม่ชัดเจน

จากข้างต้นแสดงให้เห็นว่าเอกสารแผ่นพับสามารถจัดทำได้ซึ่งมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย มีใจความกระชับและได้ใจความสำคัญ ทั้งยังพกพาได้สะดวกซึ่งเป็นประโยชน์มากในการไขข้อข้องใจเมื่อเกิดปัญหาหรือต้องการคำอธิบาย หรือต้องการหาความรู้บางอย่างเพื่อให้ได้คำตอบอย่างรวดเร็ว แผ่นพับสามารถเป็นสื่อประกอบการสอนช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตัวเอง ไม่จำกัดเวลาตายตัว เก็บรักษาง่าย สามารถอ่านเมื่อใดก็ได้ตามความความพร้อมของผู้ดูแล และสามารถอ่านทบทวนได้หลายครั้งทำให้เข้าใจมากขึ้น นอกจากนี้ยังเป็นสื่อที่ประหยัดและลงทุนน้อย ได้ผลคุ้มค่า

จากการศึกษาของ Miller (1985) กล่าวว่า การให้เอกสารหรือสิ่งพิมพ์แก่ผู้ป่วยเพื่อทบทวนเป็นสิ่งจำเป็นในการสอนสุขศึกษา ทั้งนี้เอกสารสื่อสิ่งพิมพ์ต้องเลือกสรรแล้วว่าเหมาะสมกับผู้ป่วย คือมีเนื้อหาที่ผู้ป่วยควรทราบเหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยที่จะเรียนรู้และเข้าใจโดยรูปแบบจะต้องดูเรียบร้อย อ่านง่าย น่าสนใจ นอกจากนี้ Orem (1985) ยังกล่าวว่า การมีแหล่งข้อมูลคือการมีเอกสารกลับบ้าน หลังจากการสอนให้ผู้ป่วยแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความคิดริเริ่ม และปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรพิมล กิตติวงศ์วิสุทธ์ (2542) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการในการใช้สื่อของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดขอนแก่น เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขอนามัยแก่ประชาชน กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 267 คน ได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้น ใช้แบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า ผลการวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุ 25 - 35 ปี และเคยมีความรู้เกี่ยวกับสื่อมาแล้วจากการเรียนในสถาบัน สื่อที่ใช้เป็นประจำ ได้แก่ แผ่นปลิว แผ่นพับ และสื่อมีจำนวนจำกัดไม่เพียงพอกับความต้องการ บุคลากรมีความต้องการสื่อที่สวยงามอยู่ในสภาพดี ใช้ง่าย เร้าใจ สื่อที่ต้องการมากที่สุดคือ แผ่นปลิว แผ่นพับ อีกทั้ง นันทิราพร แฉวโรตอง (2546) ได้ศึกษาปัญหาและความต้องการการใช้สื่อเผยแพร่ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนของโรงพยาบาลชุมชน ในเขตสาธารณสุข 6 จำนวน 24 แห่ง เป็นการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 293 คน เป็นการศึกษาแบบอิสระ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ตำแหน่งวิชาชีพ

พยาบาลมากที่สุด สื่อที่ใช้เป็นประจำคือ สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับและเสียงตามสาย ปัญหาที่พบว่า สื่อมีจำนวนจำกัดไม่เพียงพอกับความต้องการ และสื่อบางประเภทไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของชุมชน บุคคลากรขาดความรู้ในการผลิตสื่อบางประเภท และโรงพยาบาลชุมชนมีความต้องการใช้สื่อที่อยู่ในสภาพดีมากที่สุด ใช้ง่าย สะดวกต่อการเก็บรักษา มีเนื้อหาตรงตามวัตถุประสงค์ในการสอน

ผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญและความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคหลอดลมฝอยอักเสบโดยใช้วีซีดีและแผ่นพับซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์อย่างสูงต่อกลุ่มเป้าหมายในการเสริมความรู้และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องเหมาะสม อาจกล่าวได้ว่าแผ่นพับเป็นสิ่งที่ช่วยกระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลได้อ่านทบทวนความรู้เกี่ยวกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสมต่อไป

(3) การเยี่ยมบ้าน

การเยี่ยมบ้านนั้นอาจมีความหมายที่แตกต่างกันและเปลี่ยนแปลงไปตามวิวัฒนาการของการสาธารณสุข รวมทั้งวัฒนธรรมของระบบบริการสุขภาพในยุคต่าง ๆ ความแตกต่างในด้านความหมายนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวทางการจัดบริการและผู้รับผิดชอบในการบริการให้กับประชาชนซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการเยี่ยมบ้านไว้หลายท่าน ดังนี้

สมาคมพยาบาลแห่งอเมริกา (American Nurse Association, 1992 cited in cookfair, 1966) กล่าวว่า การเยี่ยมบ้านเป็นส่วนหนึ่งของการบริการที่ให้กับบุคคลและครอบครัวในที่อยู่ของเขาเพื่อให้บุคคลสามารถพึ่งตนเองได้มากที่สุด ลดภาวะความเจ็บป่วยและความพิการที่เกิดขึ้น โดยการผสมผสานทั้งการป้องกันระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาสู่สภาวะดีหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด สามารถพึ่งตนเองได้โดยมีครอบครัวร่วมให้การดูแลช่วยเหลือตามความจำเป็น

ทัศนีย์ ดันดิทวิโชค (2536) กล่าวว่า การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การบริการช่วยเหลือประชาชนตามบ้านด้วยเหตุผลหลายประการ เช่น ไปเยี่ยมบ้านเพื่อตรวจอาการของการเจ็บป่วยช่วยเหลือให้การพยาบาลติดตามโรคต่างๆหรือไปเยี่ยมเพื่อตรวจสุขภาพท้องที่และความเป็นอยู่ของประชาชน ตลอดจนธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และสังคม

ลลิตา ทองคำ (ม.ป.ป) กล่าวว่า การเยี่ยมบ้านเป็นเครื่องมือหนึ่งในงานเวชปฏิบัติครอบครัว ที่ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยเอง และครอบครัวเกิดจริยธรรมจากการเห็นความจริงความทุกข์ยากของผู้ป่วย เกิดความเห็นอกเห็นใจ (Empathy relationship) หลาย ๆ ครั้งเมื่อแพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังแล้วไม่เข้าใจว่าเพราะอะไรผู้ป่วยจึง

ขาดนัด หลาย ๆ ครั้งที่กำลังตอบเหล่านี้หาได้จากบ้านของผู้ป่วย ดังนั้น การให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมและต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่แพทย์และทีมสุขภาพจะต้องไม่มองข้ามความสำคัญของการเยี่ยมบ้าน และควรพัฒนาองค์ความรู้และทักษะในการเยี่ยมบ้าน ตลอดจนการบริหารจัดการให้เป็นส่วนหนึ่งในการส่งเสริมให้เกิดการบริการอย่างต่อเนื่อง

สำเร็จ แหงกระโทก และ รุจิรา มังคละศิริ (2545) กล่าวว่า การเยี่ยมบ้าน (Home Visit) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานเวชปฏิบัติครอบครัวคือในโรงพยาบาลมีตึกผู้ป่วยในให้แพทย์ได้ Round ward ในขณะที่ศูนย์สุขภาพชุมชนมีบ้านเสมือนหอผู้ป่วยให้แพทย์ได้ Round ward การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทำให้แพทย์ได้รู้จักผู้ป่วยในบริบทไม่ใช่เพียงผู้ป่วยแต่ผู้เดียว บริบทที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยก็คือครอบครัวนั่นเอง การได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างแพทย์ พยาบาลและผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุปการเยี่ยมบ้าน หมายถึง การบริการเชิงรุกที่ใช้บ้านของผู้ดูแลเป็นสถานบริการโดยทีมสาธารณสุขจะให้การสนับสนุน แนะนำ ช่วยเหลือให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและครอบครัวตามความเหมาะสมกับสภาวะการณั้่น ๆ ที่ผู้ดูแลและครอบครัวต้องการความช่วยเหลือ

วัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน คือ

- 1) เพื่อรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้น
- 2) เพื่อให้เกิดบริการอย่างเป็นองค์รวม (Holistic care) และต่อเนื่อง (continuous care)
- 3) เพื่อประเมินการดูแลตนเอง (Self care) ของผู้ป่วยและครอบครัว
- 4) เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือ case ที่จะลงไปเยี่ยมหรืออุกร้องขอให้ไปเยี่ยมนั้นแบ่ง

ออกได้เป็นใหญ่ ๆ ดังนี้คือ (พรจิรา สุภราศรี & พรชัย อนิวรรตธีระ, ม.ป.ป.)

(1) Illness home visit คือการลงไปเยี่ยมผู้ป่วยทั้ง Acute illness และ Chronic illness ซึ่งไม่สามารถมารับบริการได้ หรือในรายที่แพทย์สั่งให้ Admitted อยู่ที่บ้าน แพทย์หรือพยาบาลก็จะติดตามไปบริการที่บ้าน เช่น การตรวจน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่ญาติไม่สามารถพาไปรับบริการได้ การไปทำแผลในผู้ป่วยอัมพาตที่มีแผลกดทับ การเจ็บป่วยสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ได้แก่

(1.1) กรณีฉุกเฉิน การเยี่ยมบ้านประเภทนี้มักจะเป็นการช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินกับผู้ป่วยในครอบครัว เช่น หอบมาก เป็นต้น เมื่อเกิดเหตุการณ์เหล่านี้มักต้องอาศัยการช่วยเหลือที่บ้านหรือที่เกิดเหตุทันที ต้องมีระบบการติดต่อสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ให้การช่วยเหลือ ทีมที่ช่วยเหลือควรจะมีความรู้และทักษะเป็นอย่างดีในการช่วยเหลือเบื้องต้นในที่เกิดเหตุในประเทศไทยการช่วยเหลือลักษณะนี้มักจะมีพบในอุบัติเหตุบนท้องถนน ผู้ช่วยเหลือควรจะมีความรู้ใน

การช่วยเหลือเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายมากขึ้นกว่าเดิมและช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยได้อย่างดี ก่อนที่จะส่งต่อไปโรงพยาบาลเมื่อจำเป็น

(1.2) โรคฉับพลัน เช่น โรคหัวใจ ท้องร่วง การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินและในการช่วยเหลือเบื้องต้น

(1.3) โรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต เป็นต้น การเยี่ยมบ้าน ทำเพื่อประเมินและวางแผนในการช่วยเหลือให้กับผู้ป่วย ญาติ หรือหน่วยงานใดในการช่วยเหลือผู้ป่วย

(2) Dying patient home visit ในปัจจุบันประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น แบบแผนในการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงจากการตายด้วยโรคติดเชื้อที่มักจะเป็นเฉียบพลันมาเป็นการเจ็บป่วยและตายด้วยโรคเรื้อรัง หลายครั้งเรามักพบว่าแพทย์ปัจจุบันหมดหนทางที่จะรักษา (Cure) ให้หายและมักจะหาทางออกโดยการให้ผู้ป่วยไปตายที่บ้าน โดยไม่ได้คำนึงว่าผู้ป่วยที่เผชิญกับความตายนั้นต้องการการดูแล (Care) แพทย์และทีมสุขภาพมีหน้าที่ในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยตายอย่างไม่ทุกข์ทรมานและอยู่ท่ามกลางคนที่รักรวมถึงการดูแลครอบครัวหลังจากการสูญเสียสมาชิกไป จุดประสงค์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยประเภทนี้ ได้แก่

(2.1) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ป่วยประเภทนี้มักจะทรมาณจากอาการปวดมาก บวม หรือ หอบ การช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ให้ยาลดปวด ลดอาการบวมให้ผู้ป่วย ให้ออกซิเจน เป็นต้น

(2.2) ประเภทการเสียชีวิต เมื่อเกิดการเสียชีวิตในบ้าน การบอกสาเหตุของการเสียชีวิตอาจจะผิดพลาดได้ เนื่องจากผู้ประกาศการเสียชีวิตมักจะเป็นสมาชิกในครอบครัว การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลหรือทีมสุขภาพจะช่วยบอกสาเหตุการตายได้ และทำให้อัตราการตายที่รวบรวมไว้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น เพื่อที่จะบอกแนวโน้มการเสียชีวิตและวางแผนในการป้องกันโรคเหล่านั้น

(2.3) ประคับประคองภาวะเศร้า พยาบาลสามารถให้การประคับประคองทั้งทางร่างกายและจิตใจแก่ผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวตั้งแต่ระยะที่รู้ว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิตจนถึงผู้ป่วยเสียชีวิตลงไป และประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่สมาชิกครอบครัวเมื่อภาวะโศกเศร้าไม่หายไปในช่วงเวลาที่สมควร

(3) Assessment home visit เป็นการเยี่ยมเพื่อต้องการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาลอาจทำให้เห็นแบบแผนการดำเนินชีวิตได้ไม่ทั้งหมด การลงไปเยี่ยมบ้านจะทำให้แพทย์และทีมสุขภาพได้เห็นสิ่งอื่น ๆ เช่น สภาพแวดล้อมในบ้าน ความสัมพันธ์ของคนภายในบ้าน การดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

เครือข่ายทางสังคม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้มองเห็นสาเหตุของปัญหาและศักยภาพที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

(4) Hospitalization follow up home visit การเยี่ยมบ้านในกลุ่มนี้เกิดขึ้นหลังการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญคือ การเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล เช่น ประสบอุบัติเหตุ คลอดบุตร ผ่าตัดหรือการเจ็บป่วย ที่สำคัญเป็นการเยี่ยมเพื่อให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ประเมินการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดูแลตนเอง ประเภทของการเยี่ยมบ้านหลังจากออกโรงพยาบาลหรือมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่

(4.1) นอนโรงพยาบาลโรคเฉียบพลัน อุบัติเหตุหรือการผ่าตัด ผู้ป่วยที่มานอนโรงพยาบาลด้วยโรคต่าง ๆ หลังออกจากโรงพยาบาลสามารถที่จะติดตามเยี่ยมบ้านต่อได้ เช่น ในผู้ป่วยโรคเฉียบพลันเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นสามารถกลับบ้านได้ พยาบาลสามารถติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อดูอาการหรือปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อโรคผู้ป่วย

(4.2) ครอบครัวและบุตรที่เกิดใหม่ การเยี่ยมบ้านครอบครัวที่มีบุตรเกิดใหม่เพื่อช่วยเหลือพ่อแม่ที่มีบุตรใหม่ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการดูแลบุตรรวมถึงการประเมินสิ่งแวดล้อมในครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแลเด็กที่เกิดใหม่อย่างดี

(4.3) ไม่มาตามนัดผู้ป่วยที่ขาดนัดหรือไม่มาตามนัด การเยี่ยมบ้านจะช่วยประเมินสาเหตุหรือเหตุผลของผู้ป่วยที่ไม่มาตามนัดหรือมีเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยไม่สามารถมาได้เพื่อให้ความต่อเนื่องของการรักษาได้ดียิ่งขึ้น

การเยี่ยมบ้านผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรคหลอดเลือดฝอยอักเสบหลังจากเด็กออกจากโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถประเมินอาการ และดูแลเด็กได้เมื่ออาการไม่รุนแรงโดยการติดตามอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมตามความต้องการของผู้ดูแลในแต่ละราย ซึ่งเป็นกุญแจสำคัญในการติดตามอาการของเด็กที่ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดฝอยอักเสบ หรือปัจจัยบางอย่างที่มีผลต่อสุขภาพของเด็กป่วย เพื่อให้รู้จักและเข้าใจในบริบทของครอบครัว ซึ่งเราไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยเด็กเพียงคนเดียวโดยไม่สนใจบริบทรอบๆผู้ป่วยได้ การแก้ปัญหาจึงไม่ใช่การแก้ปัญหาเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้นแต่เป็นการแก้ปัญหาทั้งครอบครัวจึงจะเกิดการดูแลอย่างเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง

กระบวนการเยี่ยมบ้านมีดังนี้ (Buck, 1991; ยศยันต์ ภูเมฆ, 2547)

การวางแผนการเยี่ยมบ้านให้ประสบผลสำเร็จซึ่งจะเป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน โดยการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) สามารถกระทำได้ดังนี้



การประเมิน (Assessment) การประเมินทางการพยาบาลเป็นกระบวนการต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นเมื่อไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านครั้งแรกจนกระทั่งจำหน่าย จะช่วยให้พยาบาลทราบถึงความต้องการ และปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวินิจฉัยทางการพยาบาล และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่เป็น บทบาทอิสระต่อผู้รับบริการได้

วางแผน (Planning) ในการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยตลอดจนผู้ดูแลร่วมกันกำหนด เป้าหมายและแนวทางการบรรลุเป้าหมายร่วมกัน มีการกำหนดเป้าหมายระยะสั้น ระยะยาว โดยที่ เป้าหมาย (Goal) จะบอกถึงหนึ่งในสามสิ่งต่อไปนี้

- 1) ผู้ดูแลเข้าใจในสิ่งที่ถูกสอน
- 2) มีความสามารถทำตามการสอน
- 3) การเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพไปในทางบวก

Humphrey and Milone – Nuzzo (1990) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการเขียนเป้าหมายของการวางแผนการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

- 1) ต้องยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยจะเขียนว่าพยาบาลจะปฏิบัติอย่างไรหรือมี พฤติกรรมใดเพื่อให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมาย
- 2) ต้องชัดเจนและคงเส้นคงวา หากเขียนยาวจะเข้าใจยาก ควรเขียนสั้น กระชับ
- 3) ต้องสังเกตและวัดได้
- 4) มีกำหนดเวลาเป้าหมายจะบรรลุได้เร็วหรือบรรลุเมื่อจำหน่ายจากการดูแล
- 5) ต้องสามารถทำได้จริงจากสิ่งที่อยู่รอบ ๆ ตัวของผู้รับบริการ
- 6) เป็นความเห็นร่วมกันระหว่างผู้รับบริการและพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) การปฏิบัติการพยาบาลจะเป็นการกระทำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของผู้ดูแลที่ตั้งไว้ การปฏิบัติการพยาบาลสามารถจัดภายใต้หัวข้อ เช่น การ ประเมิน (Assess) ดูแล (Care) ให้ความรู้ (Education) ประเมินผล (Evaluate) ส่งต่อ (Refer) และ สนับสนุน (Support)

การประเมิน (Evaluation) การประเมินผลเป็นการประเมินผลการบรรลุเป้าหมายของ ผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญมาก ถ้าเป้าหมายนั้นไม่สามารถบรรลุจะต้องบันทึกถึงสาเหตุที่ไม่บรรลุ และ เขียนเป้าหมายในการดูแลอีก การบรรลุเป้าหมายของผู้ป่วยจะชี้ให้เห็นถึงการดูแลทางการพยาบาลที่มี คุณภาพด้วย

ประโยชน์ของการเยี่ยมบ้าน (สุภาณี อ่อนชื่นจิตร & ฤทัยพร ศรีตรง, 2549)

สะดวก (Convenience) ผู้ป่วยส่วนมากพักอยู่ที่บ้านมากกว่าการนอนพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลหรือคลินิก การเยี่ยมบ้านสามารถนำบริการดูแลสุขภาพไปที่บ้านได้ โดยผู้ใช้บริการไม่ต้องวุ่นวายกับการจัดการเพื่อขนย้ายผู้ป่วย หรือรอการตรวจที่คลินิกต่าง ๆ ด้วยเวลาที่ยาวนาน

1) ทัวถึง ผู้ใช้บริการสามารถรับบริการได้ถึงแม้ว่าจะอยู่ในภาวะที่เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ หรือไม่มีรถเดินทางไปโรงพยาบาลในกรณีชุมชนอยู่ไกล การเดินทางไปรับบริการที่โรงพยาบาลลำบากก็สามารถรับบริการการเยี่ยมบ้านได้

2) ข้อมูลข่าวสาร (Information) ในการเยี่ยมบ้านพยาบาลสามารถนำข้อมูลไปให้แก่ผู้ใช้บริการและชุมชนได้ พยาบาลสามารถที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ใช้บริการ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กได้ พยาบาลและผู้ดูแลสามารถแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกันได้ พยาบาลรับข้อมูลต่าง ๆ ของผู้ใช้บริการและชุมชนเกี่ยวกับความสามารถ ศักยภาพ ภาวะเสี่ยงอันตราย และแหล่งทรัพยากรของชุมชน เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชนในการแก้ปัญหา หรือจัดกิจกรรมสนองความต้องการได้เหมาะสม ด้านผู้รับบริการก็สามารถรับข้อมูลข่าวสารที่เฉพาะเจาะจงของตนเองได้ เป็นข้อมูลความรู้ที่ตรงกับสถานการณ์ของตน การเรียนรู้ การปรึกษาหารือ สอบถามได้อย่างสะดวก และเป็นกันเอง การเรียนรู้ก็สามารถพัฒนาได้เร็วขึ้น

3) สัมพันธภาพ (Relationship) ผู้ใช้บริการมีความเป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเองและสามารถควบคุมสัมพันธภาพได้ พยาบาลเป็นผู้มาเยือน ผู้ใช้บริการและครอบครัวเป็นผู้ควบคุมสถานการณ์ พยาบาลสามารถใช้โอกาสนี้เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ใช้บริการและครอบครัวได้ เป็นผู้ช่วยสนับสนุนให้ผู้ใช้บริการและครอบครัวรู้แหล่งทรัพยากร แหล่งความช่วยเหลือ ยอมรับปัญหาและตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติด้วยตนเอง สัมพันธภาพของผู้ใช้บริการและพยาบาลเป็นแบบส่วนตัว เป็นกันเอง และเป็นบรรยากาศของการสร้างสรรค์มากกว่าในสถานบริการพยาบาลก็มีโอกาสได้เรียนรู้ครอบครัวอย่างเป็นกันเอง เห็นภาพรวมของผู้ใช้บริการและครอบครัวมากขึ้น

4) ค่าใช้จ่าย (Cost) การเยี่ยมบ้านจะช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและครอบครัวผู้ใช้บริการในการเข้ารับการรักษาพยาบาล

5) การหายเร็วขึ้น (Clients recover more rapidly) การที่ผู้ป่วยมีโอกาสกลับบ้านเร็วขึ้น มีโอกาสหายเร็วขึ้น ดังนั้นการวางแผนการจำหน่ายที่ดี การจัดทำแผนการดูแลเยี่ยมบ้านและกำหนดการเยี่ยมอย่างเหมาะสม จะช่วยให้ผู้ใช้บริการได้มีโอกาสกลับไปพักผ่อนที่บ้านเร็วขึ้น การดูแลจากญาติอบอุ่นกว่าการรักษาในโรงพยาบาล

การเยี่ยมบ้านเป็นแนวทางหนึ่งในการกระจายบริการให้เข้าถึงบุคคลและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง และสมบูรณ์ยิ่งขึ้นจากการได้รับบริการที่โรงพยาบาล โดยเน้นให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เพื่อให้เด็กป่วยได้รับการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสมตามสภาพสิ่งแวดล้อม และแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นการบริการมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลสามารถดูแลเด็กเบื้องต้นเมื่อเด็กมีอาการเจ็บป่วยรวมทั้งสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีการพยาบาล โอเร็ม ไปใช้ในกระบวนการเยี่ยมบ้านซึ่งถือว่าเป็นแนวทางให้การดูแลสุขภาพอนามัยอย่างครอบคลุมสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ดูแลขณะนั้น จึงถือได้ว่าแนวทางนี้จัดเป็นแนวทางที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนสมบูรณ์

กลวิธีการเยี่ยมบ้านดังกล่าวจึงเป็นแนวทางหนึ่งในการติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดเรื้อรังซึ่งสามารถทำได้อย่างต่อเนื่องในงานวิจัยครั้งนี้จึงได้ใช้กลวิธีในการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่มีเด็กป่วยด้วยโรคหอบหืดเรื้อรังอายุ 0 – 1 ปี เพื่อวินิจฉัยและจัดการโดยเน้นครอบครัวเป็นศูนย์กลางให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวเข้าใจถึงภาวะหรือโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในทุกแง่มุมของการจัดการ และต้องร่วมพิจารณาว่าจะช่วยเหลือให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีภายใต้การดูแลของพยาบาล ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเป็นครอบครัวอย่างต่อเนื่องที่บ้านจึงมีความสำคัญยิ่งในการทำให้การรักษาดีขึ้น และแก้ไขความกังวลต่างๆจากผู้ดูแลเพราะเมื่อมีสิ่งใดกระทบต่อสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัวย่อมจะมีผลกระทบต่อครอบครัวโดยรวมด้วย จากการทบทวนวรรณกรรมในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมามีการศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้าน โดย จารุพันธ์ สมณะ (2541) ได้ศึกษาเรื่องการสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 15 คน โดยการสอนอย่างมีแบบแผนร่วมกับการเยี่ยมบ้านพบว่าสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยรวมทั้งมีการปฏิบัติในการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและเหมาะสมในเรื่องการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการได้รับยาโดยคำนึงถึงสภาพความแตกต่างของแต่ละบุคคล

ส่วนในกลุ่มผู้ดูแลเด็กได้มีผลการศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลสุขภาพที่บ้านจากการศึกษาของวรรณสตรี รัตนลัมภ์ (2542) ได้ศึกษาผลของการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวมานในมารดาที่มีบุตรอายุ 1 – 3 ปี ซึ่งป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจส่วนบนจำนวน 40 คน กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการเยี่ยมบ้านโดยประยุกต์แบบจำลองระบบของนิวมานจากผู้วิจัย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลอง มารดากลุ่มทดลองมีความรู้ ทักษะ การรับรู้ และการปฏิบัติในการดูแลบุตร

มากกว่ามารดาในกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนภาวะสุขภาพบุตรพบว่า กลุ่มทดลองมีระยะเวลาการป่วยสั้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ยกเว้นระดับความรุนแรงของโรค และความถี่ของการเกิดโรคที่พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

นัทธมนต์ สายสอน (2544) ได้ศึกษาผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาของเด็กวัย 1 - 6 ปี ที่เป็นโรคหอบหืด และพาเด็กมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์และโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 30 คน คุมอย่างง่ายเข้าสู่กลุ่มทดลองที่ 1 และกลุ่มทดลองที่ 2 กลุ่มละ 15 คน กลุ่มทดลองที่ 1 ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว กลุ่มทดลองที่ 2 ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านตามกรอบทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มจากนั้นผู้วิจัยให้มารดาทั้งสองกลุ่มดูวีดิทัศน์เรื่อง การดูแลเด็กวัย 1 - 6 ปี ที่เป็นโรคหอบหืด ที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล แต่ในกลุ่มทดลองที่ 2 ผู้วิจัยมีการติดตามดูแลสุขภาพที่บ้านร่วมด้วยโดยวิธีการเยี่ยมบ้านติดต่อกัน 3 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์ พร้อมมอบคู่มือครอบครัวในการดูแลเด็กวัย 1 - 6 ปี ที่เป็นโรคหอบหืดไว้ศึกษาเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยสัมภาษณ์พฤติกรรมมารดาทั้งสองกลุ่มอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 6 ที่มารดาพาเด็กมาตรวจที่โรงพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า มารดาในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมมารดาเด็กสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มารดาในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลเพียงอย่างเดียวมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมมารดาเด็กสูงกว่าการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ

จิรภา วิลาวรรณ (2545) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน 10 ราย โดยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานต้องการการดูแลสุขภาพที่บ้านในด้านการรักษาพยาบาล ความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตัวด้านอาหาร การออกกำลังกาย การควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ และต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองและการรักษา

อรพรรณ แสนใจวุฒิ (2546) ได้ศึกษาผลการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมมารดาของผู้ดูแลและพฤติกรรมมารดาตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดและเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด (6-12 ปี) ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเลย โรงพยาบาลวังสะพุง และโรงพยาบาลผาขาว จำนวน 30 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คู่ โดยการติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งได้รับการติดตามเยี่ยมบ้าน 4 ครั้ง ครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งที่ 1 หนึ่งสัปดาห์ ครั้งที่ 3 ห่างจากครั้งที่ 2 หนึ่งเดือน และครั้งที่ 4 ห่างจากครั้งที่ 3 หนึ่งเดือน รวมระยะเวลา 9 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลกลุ่มที่ได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลในกลุ่มที่ได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กวัยเรียนโรคหอบหืดกลุ่มที่ได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดในกลุ่มที่ได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิลาวรรณ เกิดโชค (2550) ได้ศึกษาผลของการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลบุคคลที่พึ่งพาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดสุรินทร์ โดยได้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 15 คน และ 15 ครอบครัว ในกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยและครอบครัว ตามกระบวนการพยาบาลเพื่อประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและความพร้อมในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของครอบครัว และให้การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ตามปัญหาความพร้อมด้วยวิธีการสอน สนับสนุน ชี้แนะ จัดสิ่งแวดล้อม ฝึกปฏิบัติ และศึกษาคู่มือและติดตามเยี่ยมบ้านทั้งหมด 3 ครั้ง แต่ละครึ่งห่างกัน 1 สัปดาห์ หลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยและการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของครอบครัวสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวที่ไม่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังการทดลองผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้มีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและการดูแลบุคคลที่พึ่งพาของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การทบทวนแนวคิดและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเยี่ยมบ้านดังที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการเยี่ยมบ้านเป็นบริการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในปัจจุบัน เป็นที่ต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแล เนื่องจากเป็นบริการเชิงรุกจากสถานบริการไปสู่บ้านของบุคคลที่มีความเจ็บป่วยและเมื่อมีปัญหา

สุขภาพเกิดขึ้นต้องได้รับการบริการรักษาที่ครอบคลุมทางด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพส่งเสริมการดูแลตนเองของบุคคลผู้ดูแลซึ่งเน้นที่ผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้มีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม และดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขสำหรับเด็กวัย 0-1 ปี ที่เป็นโรคหอบหืดเฉียบพลัน อักเสบและผู้ดูแลจัดเป็นบุคคลที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน และพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กที่ถูกต้องเหมาะสมตามสภาพปัญหาที่แท้จริงภายใต้สภาวะแวดล้อมของตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและสามารถคงพฤติกรรมที่เหมาะสมนั้นไว้ ดังนั้น กลวิธีการเยี่ยมบ้านจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดเฉียบพลัน อักเสบได้อย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยคาดหวังว่าระบบการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้โดยการใช้วิธีดี ผ่านพบร่วมกับการเยี่ยมบ้านจะสามารถช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและนำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติและสามารถฝึกทักษะต่าง ๆ ตามสภาพปัญหาที่แท้จริงได้อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง