

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการ โฆษต่อการปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยรวบรวมสาระสำคัญครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้ โรคหอบหืดในเด็ก การปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด แนวคิดเกี่ยวกับการ โฆษ แผนการ โฆษการปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

โรคหอบหืดในเด็ก

โรคหอบหืดเป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของผนังหลอดลม ทำให้หลอดลมมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมไวกว่าปกติ เกิดการสร้างการอักเสบเรื้อรังภายในหลอดลม ทำให้หลอดลมหดเกร็ง มีการขับเมือกมาก และเกิดการอุดกั้นของหลอดลมทั่วทั้งปอด ทำให้มีอาการไอ หายใจมีเสียงหวีด (wheeze) หรือหายใจหอบเหนื่อย อาการจะเกิดขึ้นได้บ่อยๆอาจหายไปได้เองหรือเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก, 2551)

ปัจจัยการเกิดโรคหอบหืด

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคทั้งปัจจัยภายในตัวเด็ก ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เด็กมีอาการรุนแรงขึ้น คือ

1. ปัจจัยภายในตัวเด็กได้แก่ ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ มีส่วนสำคัญในการก่อให้เกิดโรคหอบหืด ถ้าบิดาหรือมารดามีประวัติโรคหอบหืด บุตรมีโอกาสเป็นได้ถึงประมาณร้อยละ 25 ถ้ามีประวัติทั้งบิดาและมารดา บุตรมีโอกาสเป็นได้มากกว่าร้อยละ 50 (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2549) โรคหอบหืดมักพบในกลุ่มแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมากกว่าคู่แฝดที่เกิดมาจากไข่คนละใบ (Marlies, Jorrit, & Dirkje, 2000)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคและกระตุ้นให้มีอาการหอบกำเริบ ได้แก่

2.1 สารก่อภูมิแพ้ในบ้าน (indoor allergens) ที่สำคัญคือ ไรฝุ่น (house dust mite) ซึ่งอาจเป็นตัวไรเองหรืออุจจาระของไร ไรจะอาศัยอาหารจากรังแคของคนหรือสัตว์ และพบได้บ่อยที่พรม ที่นอน หมอน แก้วน้ำนมที่หุ้มด้วยผ้าและเบาะนั่งต่างๆ อาจเป็นขนและรังแค หรือสิ่งขับถ่ายจากสัตว์เลี้ยง เชลล์ผิวหนังจากสัตว์เลี้ยง เศษแมลงภายในบ้าน (มนตรี ตูจจินดา, 2541; มุกดา ตระกูลทิวกวกร, 2544) หรือสารก่อภูมิแพ้จากแมลงสาบ เชื้อราต่างๆ (Huey, Pei, Hsiu, & Li, 2001; Kuster, 1996)

2.2 สารก่อภูมิแพ้กลางแจ้ง (outdoor allergens) เช่น ละอองเกสร เชื้อรา มลพิษทางอากาศ ควันบูหรี (ไพศาล เลิศฤดีพร, 2550)

3. ปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ ความแออัดของที่อยู่อาศัย อาหาร ยา การออกกำลังกาย (ไพศาล เลิศฤดีพร, 2550) การติดเชื้อทางเดินหายใจ การติดเชื้อไวรัสสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคหอบหืดมีอาการหอบอย่างเฉียบพลันได้ (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2549; Chiocca, 1994) นอกจากนี้การเป็นหลอดลมฝอยอักเสบเฉียบพลัน (acute bronchiolitis) อาจทำให้เด็กมีโอกาสเกิดโรคหอบหืดในระยะต่อมาได้ (มนตรี ตูจจินดา, 2541) การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิในอากาศอย่างรวดเร็ว เช่น สภาพอากาศเย็นจัดเป็นร้อนจัด หรืออากาศร้อนจัดเป็นเย็นจัด การเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศเช่นนี้สามารถกระตุ้นให้เด็กโรคหอบหืดมีอาการหอบอย่างเฉียบพลันได้ (คณะกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคระบบหายใจและโรคภูมิแพ้ในเด็ก, 2544; มนตรี ตูจจินดา, 2541; มุกดา หวังวีรวงศ์, 2549)

อาการและอาการแสดงของโรคหอบหืดในเด็ก

เด็กที่มีอาการหอบจะเกิดการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของการหายใจ หลอดลมจะหดเกร็งตัวจากการได้รับสิ่งกระตุ้น ทำให้มีมูกหลังในหลอดลมมาก เชื้อบูของหลอดลมบวม มีเสมหะขังอยู่ เสมหะอุดทางเดินหายใจบางส่วนหรืออุดตันหมด เกิดการตีบแคบของหลอดลม ทำให้อากาศผ่านเข้าออกได้ยาก เกิดอาการไอ หายใจเหนื่อยหอบ หายใจมีเสียงหวีด (wheeze) (วัชรนา บุญสวัสดิ์, 2550; สมจิต หนูเจริญกุล และ ปานจิต โชคพิชิต, 2545) อาการหอบหืดที่รุนแรงจะทำให้แน่นหน้าอก หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีดโดยเฉพาะอย่างยิ่งตอนหายใจเข้าหรือหายใจออกแรงๆ อาการมักเป็นซ้ำหลายๆครั้ง ส่วนใหญ่อาการมักเกิดในตอนกลางคืนหรือตอนเช้า อาการบรรเทาเองหรือภายหลังได้รับยาขยายหลอดลม อาการจะมีความรุนแรงมากขึ้นเมื่อติดเชื้อของระบบหายใจหรือสัมผัสกับสารก่อภูมิแพ้และสิ่งระคายเคืองเช่น ควันบูหรี มลภาวะทางอากาศ สารเคมี การเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิในอากาศ การร้องไห้ ภายหลังออกกำลังกายหรือภายหลังสัมผัสไรฝุ่น ละอองเกสร เชื้อรา สัตว์เลี้ยง (ชลรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, 2547; ไพศาล เลิศฤดีพร, 2550) เด็กโรคหอบหืด

ที่มีอาการหอบบ่อย ๆ จะทำให้สมรรถภาพการทำงานของปอดลดลง ปริมาตรอากาศในการหายใจออกใน 1 นาที และปริมาตรอากาศที่เพิ่มขึ้นสูงสุดจากการหายใจออกอย่างแรง 1 ครั้งลดลง (Robert et al., 2006)

การประเมินระดับความรุนแรงของอาการหอบหืด

การประเมินความรุนแรงของโรคหอบหืดในเด็กทำได้ยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กวัยทารกและเด็กเล็ก เนื่องจากเด็กไม่สามารถสื่อสารถึงอาการเจ็บป่วยของตนได้ การประเมินอาการในเด็กวัยทารกและเด็กเล็กจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลสุขภาพของเด็กที่เป็นโรคหอบหืดในระยะยาว การประเมินอาการหอบหืดจึงมีความสำคัญอย่างมาก (ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, 2547) The Global Initiative for Asthma (GINA, 2008) ได้สร้างเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของอาการหอบหืดเป็น 4 ระดับ ได้แก่

1. ระดับอาการหอบหืดเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยจะมีอาการหอบหืดน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอาการกำเริบช่วงสั้นๆ มีอาการหอบหืดในตอนกลางคืนน้อยกว่า 2 ครั้งต่อเดือน และในช่วงที่ไม่มีอาการหอบหืดจะมีสมรรถภาพปอดปกติ อัตราเร็วสูงสุดของลมหายใจออก (peak respiratory flow [PEF]) หรือปริมาตรลมที่เป่าออกในช่วง 1 วินาทีแรกของการหายใจออกหลังจากสูดหายใจเข้าเต็มที่ (forced expiratory volume in one second [FEV₁]) มากกว่าหรือเท่ากับ 80%

2. ระดับอาการรุนแรงน้อย ผู้ป่วยจะอาการหอบหืดมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์แต่ไม่เกิดอาการหอบหืดทุกวัน มีอาการหอบหืดในตอนกลางคืนมากกว่า 2 ครั้ง ต่อเดือน PEF หรือ FEV₁ มากกว่าหรือเท่ากับ 80% อาการหอบหืดกำเริบอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ

3. ระดับอาการรุนแรงปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการหอบหืดทุกวัน อาการหอบหืดกำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนหลับ มีอาการหอบหืดในตอนกลางคืนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์และต้องให้ยาพ่นขยายหลอดลม (β -agonist) ชนิดออกฤทธิ์สั้นทุกวัน PEF หรือ FEV₁ 60%-80%

4. ระดับอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะมีอาการหอบตลอดเวลา มีอาการหอบหืดกำเริบในตอนกลางคืนบ่อยมาก ของผู้ป่วยจะถูกจำกัดกิจกรรมต่างๆจากอาการหอบ PEF หรือ FEV₁ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 60%

นอกจากนี้ความรุนแรงของอาการหอบหืดเฉียบพลันยังสามารถประเมินจากอาการทางคลินิกคือ อาการเล็กน้อยจะมีอาการไอ หายใจมีเสียงหวีดเบาๆ หายใจไม่ลำบากมาก สามารถพูดเป็นประโยคได้ อาการปานกลางจะมีอาการไอตลอดเวลา ไอบ่อย หายใจมีเสียงหวีดดัง หายใจ

ลำบากอย่างชัดเจน สามารถพูดได้ประโยคสั้นๆ อาการรุนแรงจะมีอาการกระสับกระส่าย ไอ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด แน่นหน้าอก ไซ้กลัมนื้อช่วยในการหายใจมากผิดปกติ หายใจหน้าอกบวม ช่องซี่โครงบวม เหนื่อยมาก พูดได้เป็นคำๆ หน้าซีด เหงื่อออกมาก ริมฝีปากคล้ำ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2552; ไพศาล เลิศฤดีพร, 2550)

สรุปได้ว่าโรคหอบหืดจะมีอาการที่สำคัญคือไอ หายใจเหนื่อยหอบ หายใจมีเสียงหวีด (wheeze) อาการมักเป็นๆหายๆซ้ำหลายครั้ง และอาจมีอาการรุนแรงคือแน่นหน้าอก หายใจลำบาก และมีภาวะหายใจล้มเหลวได้ โรคหอบหืดจะมีความรุนแรงของอาการหอบหืดไม่คงที่ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กและบิดามารดาเป็นอย่างมาก

ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อเด็ก

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังของระบบทางเดินหายใจที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ เด็กที่เป็นโรคหอบหืดต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ซึ่งการเจ็บป่วยที่เรื้อรังนี้ อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อเด็ก ได้ดังนี้

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เด็กโรคหอบหืดที่ได้รับการรักษาด้วยยาสเตียรอยด์เป็นเวลานานมีผลทำให้การเจริญเติบโตของร่างกายช้าลงได้ (ไพศาล เลิศฤดีพร, 2550) อีกทั้งการได้รับยาสเตียรอยด์เป็นเวลาหลายๆ ปี อาจทำให้เกิดการชะลอความสูงของเด็ก (จามรี ชีรตกุลพิศาล, 2545) อาการหอบหืดทำให้เด็กขาดเรียนและรบกวนการนอนหลับ (Gustafsson et al., 2006; Maier, Arrighi, Morray, Llewlynn, & Redding, 1998) ทำให้ในเวลากลางวันเด็กมีอาการง่วงนอนและร่างกายอ่อนเพลีย เด็กโรคหอบหืดส่วนใหญ่ออกกำลังกายน้อยกว่าเด็กที่ไม่เป็นโรคหอบหืด (Brian, Alison, Gaylor, & Ron, 2008) จากการถูกจำกัดการทำกิจกรรมทั้งขณะที่อยู่ที่บ้านและขณะที่อยู่โรงเรียน

2. ผลกระทบด้านจิตใจ อาการหอบหืดในเด็กเมื่อเกิดขึ้นทำให้เด็กหายใจลำบาก ซึ่งทำให้เด็กอยู่ในภาวะอันตราย เด็กจะมีความกลัว วิดกกังวลอย่างมาก (Calam et al., 2003) อาการหอบหืดที่รุนแรง ทำให้เกิดความเครียดในเด็ก (York & Shuldham, 2005) อีกทั้งเด็กจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน รู้สึกถึงคุณค่าของตนเองลดลงเมื่อมีอาการหอบหืด คิดว่าตนแตกต่างจากคนอื่น เด็กอาจมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ทำให้ขาดความมั่นใจในตนเอง มีปัญหาในการปรับตัว ทำให้ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ยาก ผู้ปกครองอาจตามใจเด็กและปกป้องเด็กมากเกินไป (Halfon & Newacheck, 2000)

3. ผลกระทบด้านพัฒนาการ ภาวะความเจ็บป่วยในเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ทำให้เด็กมีกิจกรรมการเล่นและออกกำลังกายลดลง (Finkelstein et al., 2002) เพราะเด็กถูกจำกัดกิจกรรม ไม่ค่อยมีโอกาสได้เล่นหรือทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนๆ เพราะบิดามารดากลัวว่าเด็กจะมีอาการหอบหืดเฉียบพลันได้ ส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมของเด็ก (Wong & Whaley, 1995)

ผลกระทบของเด็กโรคหอบหืดต่อบิดามารดา

บิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดจะมีความรู้สึกไม่แน่นอน ความวิตกกังวล เพราะบุตรต้องได้รับการรักษาอย่างใกล้ชิด (Englund et al, 2001) มีความเครียด เมื่อเด็กมีอาการหายใจลำบาก (Parker-Oliver, 2005) และต้องเผชิญกับอาการหอบของเด็ก (Brown et al., 2006; Wright et al., 2004) เนื่องจากบิดามารดาไม่สามารถคาดการณ์ว่าอาการหอบหืดในเด็กจะเกิดขึ้นเวลาใด และความเครียดของบิดามารดายังมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์และบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว (Gaioni, Fisher, & Struck., 1996; Halfon & Newacheck, 2000) ความสุขในครอบครัวลดลง (Svavarsdottir & Rayens, 2005) การดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของบิดามารดาทำให้มีเวลาพักผ่อนน้อยลง จากอาการหอบกำเริบของเด็ก (Rand & Butz, 2000) บิดามารดาต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลมากขึ้น สูญเสียรายได้จากการหยุดงานมาดูแลบุตร (Donnelly, 1994; Laurent et al., 2004) ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัวจากการสูญเสียรายได้ (Donnelly, 1994) นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีความไม่มั่นใจในการดูแลเด็กโรคหอบหืด (กิตติมา สำราญไชยธรรม, 2541) มีความวิตกกังวล ไม่มั่นใจเกี่ยวกับการใช้ยาประเภทสเตียรอยด์ (Rose & Garwick, 2003) จะเห็นได้ว่าโรคหอบหืดในเด็กก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของเด็กและบิดามารดา ด้วยเหตุผลดังกล่าวการควบคุมอาการไม่ให้เกิดอาการหอบหืดที่รุนแรงในเด็กมีความสำคัญในการลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคลง การดูแลเด็กโรคหอบหืดให้ปลอดภัยจะทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กและบิดามารดาดีขึ้น การดูแลโดยบิดามารดาเมื่อเด็กมีอาการหอบหืดโดยการใช้ยารักษา อาจเป็นการควบคุมความรุนแรงของอาการหอบหืดในเด็กได้

แนวทางการรักษาและป้องกันโรคหอบหืด

การรักษาโรคหอบหืดในเด็ก คือ สามารถควบคุมอาการของโรคให้เกิดขึ้นน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้เหมือนคนปกติ สามารถร่วมกิจกรรมประจำวันตามปกติเท่าที่จะทำได้ ให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพปอดใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด ป้องกันการเสียชีวิตจากโรคหอบหืดและลดการเข้ารับการรักษาฉุกเฉิน (มุกดา หวังวิรวงศ์, 2549; ไพศาล เลิศฤดีพร, 2550; GINA, 2008) การรักษาที่เป็นหลักสำคัญในเด็กโรคหอบหืดคือการรักษาด้วยยาพ่นแบบพ่นสูด และGINA ได้มีแนวทางการรักษาโรคหอบหืดซึ่งประกอบด้วยการใช้ยา และการไม่ใช้ยา ดังนี้

1. การรักษาโดยการใช้ยา ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหอบหืดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 ยาที่ใช้ในการบรรเทาอาการ (reliever) เป็นยาที่มีฤทธิ์ในการป้องกันและรักษาอาการหืดของหลอดลมที่เกิดขึ้น โดยไม่มีผลในการรักษาการอักเสบที่เกิดในผนังหลอดลม ยากลุ่มนี้ใช้ในการรักษาอาการหอบหืดกำเริบ โดยเฉพาะในช่วงที่มีอาการหอบ ได้แก่ ยาในกลุ่ม Rapid-acting β_2 agonists, Anticholinergics

1.2 ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการ (controller) เป็นยาที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ลดการอักเสบและการบวมของผนังหลอดลม ยากลุ่มนี้เมื่อใช้ต่อเนื่องเป็นเวลานานจะช่วยควบคุมอาการและลดการกำเริบของโรคได้ ได้แก่ ยาในกลุ่ม Corticosteroids, Leukotriene modifier, Long acting β_2 agonist, Theophylline, Sodium cromoglycate และ Nedocromil (GINA, 2008)

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา

การรักษาวิธีนี้มุ่งเน้นการหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ก่อให้เกิดอาการหอบหืด ซึ่งเป็นการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคหอบหืดให้ดีขึ้น ช่วยลดความต้องการในการใช้ยา และยังสามารถเปลี่ยนแปลงสาเหตุพื้นฐานที่ทำให้เกิดโรคหอบหืด การรักษาโดยไม่ใช้ยาประกอบด้วย 2 ขั้นตอน (Evidence-based Practice Guideline for the Management of Asthma in Children, 2006) ดังนี้

1) การป้องกันอาการหอบหืดเบื้องต้น เป็นการป้องกันก่อนเกิดอาการหอบหืด ได้แก่ หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดอาการแพ้ ส่งเสริมการให้นมมารดา การให้ภูมิคุ้มกัน หลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อโรค หลีกเลี่ยงมลภาวะทางอากาศและควันบุหรี่

2) การป้องกันผลกระทบหลังจากการเกิดอาการหอบหืด ได้แก่ การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น เช่น อาหารที่ทำให้เกิดอาการแพ้ หลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อโรค หลีกเลี่ยงมลภาวะทางอากาศและควันบุหรี่ เป็นการช่วยลดความรุนแรงของโรคหอบหืดได้ แต่การสัมผัสสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการส่งผลให้มีอาการของโรคหอบหืดมากขึ้น เกิดปฏิกิริยาของหลอดลมมากขึ้น การควบคุมไรฝุ่นในบ้าน ซึ่งประกอบด้วย การดูแลทำความสะอาดผ้าปูที่นอน การนำสัตว์เลี้ยงออกจากบ้าน การ



นำของเล่นออกจากที่นอน การกำจัดเห็บ ไร ทำความสะอาดเครื่องใช้ในบ้าน การซักผ้าโดยใช้ น้ำที่มีอุณหภูมิสูง และการทำให้ห้องโปร่งโล่งไม่อับชื้น การหลีกเลี่ยงการสัมผัสมลพิษทางอากาศและควันบุหรี่ รวมถึงการออกกำลังกายและการบริหารการหายใจ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอดและหัวใจ

การปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

โรคหอบหืดในเด็กส่งผลกระทบต่อเด็กและบิดามารดา หากเด็กได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมจะมีประโยชน์อย่างมากในการควบคุมโรค ทำให้เด็กเติบโตตามศักยภาพได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคหอบหืดในวัยเด็กเล็ก ซึ่งเด็กเล็กเป็นวัยที่ต้องการการดูแลจากบิดามารดา เนื่องจากเป็นวัยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากนัก มีความกลัวเมื่อต้องเผชิญกับอาการเจ็บป่วย (Wong & Whaley, 1995) ดังนั้น การปฏิบัติหรือการกระทำในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของบิดามารดา ที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับแผนการรักษา อาจช่วยส่งเสริมให้เด็กมีภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งการรักษาโดยใช้ยาเด็กโรคหอบหืดที่ถูกต้อง จะได้ผลดีต่อให้เมื่อเด็กเริ่มมีอาการหอบเกิดขึ้น เนื่องจากยาจะช่วยลดความรุนแรงของอาการหอบได้ดีกว่าการให้ยาขณะที่มีอาการหอบรุนแรงมาก (Lee et al., 1996) บิดามารดาควรทราบวิธีการใช้ยาที่ถูกต้องในการรักษาเด็กที่เป็นโรคหอบหืด เนื่องจากอาการหอบจะเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว แม้ว่าอาการหอบของเด็กที่เป็นโรคหอบหืดทุเลา แต่บิดามารดาควรเข้าใจความจำเป็นในการให้ยาขยายหลอดลม ซึ่งการใช้ยาที่ถูกต้องและเหมาะสมได้แก่ การดูแลให้เด็กรับประทานยาขยายหลอดลมทันทีเมื่อมีอาการหอบ ตามแผนการรักษาของแพทย์ ให้เข้าได้ทุก 6-8 ชั่วโมง หากพบว่าอาการหอบไม่ทุเลา อาจให้ยาโดยการสูดดมหรือพ่น (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พิพัฒนา, 2552) หากเด็กมีอาการหอบนานเกิน 6 ชั่วโมงขึ้นไป อาการหอบยังไม่ทุเลา หรือรุนแรงขึ้น ควรรีบนำเด็กมาพบแพทย์ และการดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่องทุกวัน โดยเฉพาะเด็กเล็กให้ยาอย่างถูกวิธี ตามขนาดที่แพทย์กำหนด ไม่ควรเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง (กิตติมา สำราญไชยธรรม, 2541) การให้ยาชนิดสูดดมหรือพ่นอย่างถูกวิธี ยาชนิดสูดดมหรือพ่นเป็นยาขยายหลอดลมที่มีประสิทธิภาพที่ใช้กันมาก ซึ่งการให้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดดมหรือพ่น จะออกฤทธิ์เร็วกว่าการให้ในรูปแบบของยารับประทาน ยารับประทานจะออกฤทธิ์ช้ากว่า 1-2 ชั่วโมง ส่วนยาชนิดสูดดมหรือพ่น ให้ทุก 20 นาที ออกฤทธิ์ภายใน 1 ชั่วโมง (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2549) อีกทั้งการให้ยาชนิดสูดดมหรือพ่น เป็นการให้ยาเข้าสู่ปอดโดยตรงออกฤทธิ์ได้รวดเร็วให้ผลรวดเร็วกว่าการฉีด (มนตรี ผู้จินดา, 2541) บิดามารดาควรทราบอาการผิดปกติ ก่อนที่เด็กจะมีอาการหอบรุนแรง และเมื่อสังเกตเห็นอาการ ควรรีบให้ยาทันที (ชลีรัตน์ คิเรกวัฒนชัย,

2547; Lapin & Cloutier, 1995) เพราะถ้าหากบิดามารดาให้การดูแลเด็กไม่ถูกต้อง จะทำให้อาการ หอบรุนแรงมากขึ้นได้

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการปฏิบัติของบิดามารดาในการให้ยาพ่นแก่เด็กโรคหอบหืดพบว่า ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 44.1 พ่นยาแบบพ่นสูดให้เด็กไม่ถูกต้อง มีผู้ดูแลที่ยังพ่นยาให้เด็กไม่ถูกวิธี ทำให้การให้ยาพ่นมีความคลาดเคลื่อน และเด็กอาจไม่ได้รับยาครบถ้วน (Deerojanawong et al, 2009) และยังมีการศึกษาพบว่า การให้การรักษาโดยการพ่นยาที่มีประสิทธิภาพในเด็กเล็ก ควรตระหนักถึงการพ่นยาอย่างถูกวิธี การใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม โดยอุปกรณ์ที่เหมาะสมที่สุดในการพ่นยาสำหรับเด็กเล็กคือ อุปกรณ์รูปกรวย (spacer) (Janssens & Tiddens, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ บรอดเดอร์ และคณะ (Broeder et al., 2009) เกี่ยวกับประสิทธิผลทางคลินิกเกี่ยวกับการบำบัดรักษาโดยใช้การพ่นฝอยละอองยาพบว่า การบำบัดรักษาด้วยฝอยละอองยาที่ถูกวิธี ต้องเข้าใจวิธีการที่แม่นยำ รวมถึงการเลือกใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้ยาพ่นในการรักษาโรคหอบหืดในเด็กพบว่า การบำบัดรักษาโรคหอบหืดในเด็กโดยใช้ยาพ่นแบบพ่นสูดมีความคลาดเคลื่อนเกิดขึ้นในวิธีการระหว่างพ่นยาแบบพ่นสูดร่วมกับอุปกรณ์รูปกรวย รวมถึงการทำความสะอาดอุปกรณ์การพ่นยา ผู้ปกครองทำได้ถูกต้องเพียงร้อยละ 49 (Uijen et al., 2009)

จากผลการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า บิดามารดาส่วนมากพ่นยาให้เด็กที่เป็นโรคหอบหืดไม่ถูกวิธี ดังนั้นจึงควรมีการเพิ่มประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดให้กับบิดามารดาในกิจกรรมการพ่นยา ซึ่งการพ่นยาให้เด็กจะมีประสิทธิภาพ บิดามารดาควรทราบอาการผิดปกติแล้วให้ยาพ่นทันที ก่อนที่เด็กจะมีอาการหอบรุนแรงตามมา อาจใช้สีหรือฝักในกิจกรรมที่มีความจำเป็นในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ได้แก่ การประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยา ซึ่งเมื่อเด็กมีอาการหอบแล้วไม่ได้รับการแก้ไข อาจทำให้เด็กหายใจลำบากมากจนนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากเด็กเล็กยังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าว จึงต้องให้บิดามารดาซึ่งเป็นบุคคลที่เด็กไว้วางใจมากที่สุดเป็นผู้ให้การดูแลเด็ก หากบิดามารดาเข้ามามีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวและสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม อาจช่วยลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคลงได้

การดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของบิดามารดา

การปฏิบัติของบิดามารดาในการพ่นยาเด็กที่เป็นโรคหอบหืด บิดามารดาควรได้เรียนรู้ทักษะการฝึกปฏิบัติในกิจกรรมที่จำเป็นในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ได้แก่ การประเมินการ

หายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยา จนมีความสามารถที่จะดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดได้ถูกต้อง ซึ่งหากบิดามารดาสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องก็จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็กที่เป็นโรคหอบหืดในการช่วยลดความรุนแรงของโรคลงได้ กิจกรรมที่บิดามารดาสามารถให้การดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดมีดังนี้ คือการประเมินการหายใจ เป็นการประเมินเพื่อสังเกตอาการหายใจหอบเหนื่อยในเด็ก (ไพศาล เลิศฤดีพร, 2550; ภาสุรี แสงสุภวานิช, 2545; มุกดา หวังวีรวงศ์, 2549) บิดามารดาสามารถทำได้ดังนี้

1. การเตรียมเด็กก่อนการประเมินการหายใจ

1.1 หากเด็กร้องไห้หรือร้องกวน ควรปลอบเด็กให้สงบก่อน หรือประเมินอาการเด็กขณะที่นั่งนอนหลับ

1.2 จัดเด็กให้นอนหงาย ศีรษะสูงเล็กน้อยเพื่อสังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอกที่เคลื่อนไหวขึ้นหรือลงได้สะดวก หรือจัดเด็กในท่านั่ง

2. การนับอัตราการหายใจ ต้องนับเต็มนาทีซึ่งการนับอัตราหายใจเป็นการตรวจสอบว่าเด็กหายใจกี่ครั้งในหนึ่งนาที การนับอัตราการหายใจจะดูการเคลื่อนไหวขึ้นลงของทรวงอกในเวลาหนึ่งนาที โดยการเคลื่อนไหวขึ้นและลงของทรวงอกนับเป็น 1 ครั้ง (ชิตติดา ชัยสุขภมมงคลลาภ, 2552)

2.1 การสังเกตลักษณะการหายใจ โดยสังเกตความแรง จังหวะการหายใจ เสียงหายใจผิดปกติเช่น เสียงหวีดขณะหายใจออก สังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอก และคุณลักษณะหน้าอกบวมหรือชายโครงบวม โดยเด็กที่มีการหายใจปกติจะมีอัตราการหายใจปกติเมื่อเทียบกับอายุ ไม่มีเสียงหายใจผิดปกติ ไม่มีปีกงมูกบาน อัตราการหายใจปกติของเด็กอายุ 1-5 ปี มีอัตราการหายใจประมาณ 20-30 ครั้ง/นาที และในเด็กอายุ 6-8 ปี มีอัตราการหายใจประมาณ 20-25 ครั้ง/นาที

การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน บิดามารดาสามารถสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลันในเด็ก ดังนี้

1. บิดาหรือมารดาสามารถสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลันในเด็กที่มีอาการเล็กน้อยซึ่งเด็กจะมีอาการไอ หายใจมีเสียงหวีด ดังพอดควรและอยู่ในช่วงหายใจออก การหายใจไม่ลำบากมาก พูดเป็นประโยคได้ นอนราบได้ อาจจะมีอาการกระสับกระส่าย อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นจากปกติ โดยปกติเด็กอายุ 1-5 ปี อัตราการหายใจประมาณ 20-30 ครั้ง/นาที และในเด็กอายุ 6-8 ปี อัตราการหายใจประมาณ 20-25 ครั้ง/นาที เมื่อเด็กมีอัตราการหายใจที่เร็วกว่าปกติ เด็กอาจจะมีอาการกระสับกระส่าย (ชิตติดา ชัยสุขภมมงคลลาภ, 2552)

2. บิดาหรือมารดาสามารถสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลันในเด็กที่มีอาการปานกลางซึ่งเด็กจะมีอาการไอตลอดเวลา หรือไอถี่ หายใจมีเสียงดังและมักไดยืนตลอดเวลาหายใจออก

หายใจลำบากอย่างชัดเจน สามารถพูดได้เป็นประโยคสั้นๆ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นจากปกติ มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ มักจะนอนยกหัวสูงหรืออยู่ในท่านั่ง

3. บิดาหรือมารดาสามารถสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลันในเด็กที่มีอาการรุนแรง ซึ่งเด็กจะมีอาการกระสับกระส่าย ภาวะวุ่นวายมาก หายใจมีเสียงหวีดดังมากและได้ยินทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออก หายใจลำบากอย่างมาก บางครั้งต้องหายใจเป็นเฮือก ๆ เหนื่อยมาก พูดได้เป็นคำ ๆ เท่านั้น เด็กมักจะนั่งเอนตัวไปข้างหน้า นอนราบไม่ได้ อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นจากปกติ มีการใช้กล้ามเนื้อในการหายใจ อาจพบหน้าซีดและเหงื่อออกมาก บางครั้งจะเห็นรอบปากเขียว (กรูณา เครือเนตร, 2551)

การดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบหืดเฉียบพลัน (คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก, 2551) สามารถทำได้ ดังนี้

1. กรณีที่พบว่าเด็กมีอาการหอบเล็กน้อยถึงปานกลาง เด็กจะมีอาการไอ หายใจมีเสียงหวีด หายใจลำบาก แน่นหน้าอกหรือต้องตื่นมาไอตอนกลางคืน บิดามารดาสามารถให้การดูแลได้ โดยจัดให้เด็กนอนศีรษะสูงเพื่อให้ทางเดินหายใจตรง กระบังลมหย่อนตัวปอดขยายตัวเต็มที่ ให้สูดยาพ่นแบบพ่นสูดขยายหลอดลม ชนิดออกฤทธิ์เร็ว 2-4 กด ซ้ำได้ 3 ครั้ง โดยให้ห่างกัน 20 นาที ประเมินอาการเด็กหลังให้ยาพ่นแบบพ่นสูด ถ้าพบว่าอาการดีขึ้นมากคือ ไม่มีเสียงหวีดขณะหายใจ ไม่มีอาการหายใจขัด ไม่ไอ ไม่มีแน่นหน้าอก อาการดีขึ้นเป็นเวลานานกว่า 4 ชั่วโมง ให้พ่นยาต่อทุก 3-4 ชั่วโมงต่อไปอีกประมาณ 1-2 วัน ถ้าใช้ยาพ่นแบบพ่นสูดชนิดสเตียรอยด์อยู่แล้วให้สูดยาเพิ่มเป็น 2 เท่า นานประมาณ 7-10 วัน แต่ภายหลังการได้รับยาพ่นแบบพ่นสูด อาการไม่ดีขึ้นควรไปพบแพทย์ภายใน 48 ชั่วโมง ถ้าเด็กมีอาการดีขึ้นบ้างคือ อาการหอบลดลงกว่าก่อนพ่นยา แต่ยังคงกลับเป็นอีกภายใน 3 ชั่วโมง หายใจยังมีเสียงหวีดอีก มีอาการหายใจขัด ไอบ้าง มีอาการแน่นหน้าอก ให้สูดยาต่อทุก 1-2 ชั่วโมง ต้องไปพบแพทย์ภายใน 24 ชั่วโมง หรือเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ แต่ถ้าประเมินอาการเด็กหลังให้ยาพ่นแบบพ่นสูดแล้วเด็กอาการไม่ดีขึ้นหรือรุนแรงมาก ขณะหายใจมีเสียงหวีดมากหรือไม่ได้ยินเสียงลมหายใจ หายใจขัดมาก ไอมาก แน่นหน้าอกมาก พูดหรือเดินลำบาก หน้าอกบวมหรือซีโครงบวมขณะหายใจเข้า อาการแยกลงภายใน 1 ชั่วโมง ต้องไปพบแพทย์หรือไปโรงพยาบาลทันที ระวังไปโรงพยาบาลให้พ่นยาขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์เร็วซ้ำได้

2. กรณีที่พบว่าเด็กมีอาการหอบรุนแรง เด็กจะมีอาการกระสับกระส่าย ภาวะวุ่นวายมาก หายใจมีเสียงหวีดดังมากและได้ยินทั้งขณะหายใจเข้าและหายใจออก หายใจลำบากอย่างมาก บางครั้งต้องหายใจเป็นเฮือก ๆ เหนื่อยมาก พูดได้เป็นคำ ๆ เท่านั้น นอนราบไม่ได้ เด็กมักจะนั่งเอนตัวไปข้างหน้า อัตราการหายใจเพิ่มขึ้น มีการใช้กล้ามเนื้อในการหายใจ อาจพบหน้าซีดและเหงื่อออกมาก บางครั้งจะเห็นรอบปากเขียว บิดามารดาสามารถให้การดูแลได้โดยจัดให้เด็กนอนศีรษะ

สูงหรืออ้อมพาดบ่าหรือนอนพับเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง แล้วให้สูดยาผ่านแบบพ่นสูดประเภทขยายหลอดลม ชนิดออกฤทธิ์เร็ว และรีบไปพบแพทย์หรือไปโรงพยาบาลทันที ระหว่างไปโรงพยาบาลให้พ่นยาซ้ำได้

การพ่นยาเด็กที่เป็นโรคหอบหืด จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลให้ยาพ่นแบบพ่นสูดในเด็กของผู้ดูแลพบว่า ผู้ดูแลเด็กร้อยละ 44.1 พ่นยาให้เด็กไม่ถูกวิธี ทำให้การให้ยาพ่นมีความคลาดเคลื่อน เด็กไม่ได้รับยาครบถ้วน (Deerojanawong et al, 2009) ดังนั้นการเน้นและฝึกให้บิดามารดาให้สามารถปฏิบัติการให้ยาพ่นในเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ได้ถูกต้องมีขั้นตอนดังนี้

1. การเตรียมอุปกรณ์สำหรับพ่นยา ได้แก่ ครอบอกพ่นยา และอุปกรณ์รูปกรวย (spacer)

2. การเตรียมเด็กก่อนพ่นยาด้วยครอบอกพ่นยา ร่วมกับอุปกรณ์รูปกรวย (spacer)

2.1 บิดามารดาบอกให้เด็กทราบว่า จะพ่นยาให้เด็ก

2.2 บิดามารดาจัดให้เด็กอยู่ในท่าที่สบาย อาจนั่งบนเก้าอี้ บนเตียงหรือนั่งบนตักของบิดามารดา (ปัทมา กาคำ, 2541; Huband & Trigg, 2000) หรือให้นอนศีรษะสูง 30-45 องศา เพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวปอดขยายตัวเต็มที่ (จุฑามาศ โชติบาง, 2546; Ball & Bindler, 2003)

3. การพ่นยาด้วยครอบอกพ่นยา ร่วมกับอุปกรณ์รูปกรวย (spacer) ทำให้เด็กสูดหายใจง่ายขึ้น สูดยาได้จำนวนมากขึ้น ลดการตกค้างของปริมาณยาบริเวณหลอดคอส่วนที่เชื่อมต่อระหว่างทางเดินอาหารกับทางเดินหายใจ (oropharynx) ทำให้ละอองยาที่พ่นออกมาด้วยความเร็วสูงวิ่งซาลงอนุภาคฝอยละอองขนาดใหญ่กระทบกับอุปกรณ์รูปกรวย ทำให้มีขนาดอนุภาคที่เล็กลงก่อนที่จะถูกสูดหายใจเข้าไป อนุภาคยากระจายไปที่หลอดลมส่วนปลายได้มากขึ้น (ธิดิตา ชัยสุขมงคลลาภ, 2552) ในเด็กที่ได้รับการรักษาโดยใช้ยาพ่นด้วยครอบอกพ่นยา ร่วมกับอุปกรณ์รูปกรวย (spacer) โดยบิดามารดา มีขั้นตอนดังนี้

3.1 บิดาหรือมารดาตรวจสอบชนิดยาให้ถูกต้องและแน่ใจว่าเป็นยาที่ใช้สำหรับพ่นของเด็ก รวมทั้งตรวจสอบวันหมดอายุของยาทุกครั้งก่อนให้ยา หากหมดอายุแล้วไม่ควรใช้ บิดามารดาควรเก็บยาในที่ปลอดภัยและพ้นมือเด็ก เก็บยาให้ห่างจากแสงแดดและห่างจากความชื้น (จิตติมา มานะกิจ, 2550)

3.2 บิดาหรือมารดาตรวจสอบปริมาณยา โดยการจดบันทึกวันที่เริ่มใช้ยาและคำนวณว่ายาจะหมดเมื่อใด โดยคิดจากปริมาณยาที่มีทั้งหมดและปริมาณที่ใช้ในแต่ละวันดังเช่น ยา 1 หลอดใช้ได้ 120 กด ถ้าใช้วันละ 2 กด ควรใช้ได้ประมาณ 60 วัน (ชลิดา เลหาพันธ์ และคณะ, 2553)

3.3 บิดาหรือมารดาบอกให้เด็กทราบว่า จะพ่นยาให้เด็ก

3.4 บิดาหรือมารดาเปิดฝาครอบครอบอกพ่นยา

3.5 บิดาหรือมารดาเขย่ากระบอกฟันยาในแนวตั้ง 3-4 ครั้ง จนยาผสมกันดี (ชลิดา เลหาพันธ์ และคณะ, 2553)

3.6 บิดาหรือมารดาต่ออุปกรณ์รูปกรวยกับกระบอกฟันยา

3.7 บิดาหรือมารดาครอบอุปกรณ์รูปกรวยเข้ากับปากและจมูกเด็ก (สุพิชชา แสงโชติ, 2547) หรือให้เด็กใช้ริมฝีปากอมรอบที่เป่าปากของอุปกรณ์รูปกรวยให้สนิท โดยให้ที่เป่าปากอยู่ระหว่างฟัน ระวังอย่าให้ลื่นกับฟันของเด็กมาปิดขวางกั้นทางเดินของยา (ชลิดา ชัยศุภมวงคตลาภ, 2552) มีการศึกษาพบว่า เมื่อใช้อุปกรณ์รูปกรวยกับกระบอกฟันยา สามารถทำให้ยากระจายไปที่ปอดเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 เป็นร้อยละ 16 ในขณะเดียวกัน การตกค้างของยาบริเวณหลอดคอส่วนที่เชื่อมต่อระหว่างทางเดินอาหารกับทางเดินหายใจ (oropharynx) ก็ลดลงปริมาณครึ่งหนึ่ง (Newman, Clark, Talae, & Clarke, 1989)

3.8 บิดาหรือมารดาควาย้ายยาฟุ้งออกเต็มที่เข้าไปในอุปกรณ์รูปกรวย 1 ครั้ง (Deerojanawong et al, 2009)

3.9 บิดาหรือมารดานับการหายใจเข้าและหายใจออกของเด็กประมาณ 5-10 ครั้ง หลังจากกดยา 1 ครั้ง (ชลิดา เลหาพันธ์ และคณะ, 2553) ซึ่งการหายใจเข้าออกธรรมดาประมาณ 5-10 ครั้ง โดยไม่ต้องกลืนหายใจ ต่อการกดยา 1 ครั้ง ก็ให้ผลดี (สุชัย เจริญรัตนกุล, 2543; สุชัย เจริญรัตนกุล, วิมล งานทวี, และ พูนทรัพย์ วงศ์สุระเกียรติ, 2541) เช่นเดียวกับการฟันยาโดยไม่ใช้อุปกรณ์รูปกรวย ในเด็กโต โดยกดยาเข้าทางปากขณะหายใจเข้าช้าๆจนลึกสุด แล้วนำยาออกจากปากและกลืนหายใจ 5-10 วินาที แล้วจึงหายใจออกทางจมูก (ชลิดา เลหาพันธ์ และคณะ, 2553)

3.10 การรักษาของแพทย์ โดยแพทย์ให้กดยามากกว่า 1 ครั้ง ก่อนกดยาครั้งต่อไป บิดาหรือมารดาเว้นระยะห่างจากครั้งแรกประมาณ 15-30 วินาที (ชลิดา เลหาพันธ์ และคณะ, 2553)

3.11 บิดาหรือมารดาให้เด็กกลั้วปากด้วยน้ำเปล่าหลังการใช้ยาฟันชนิดสเตียรอยด์ (ชลิดา ชัยศุภมวงคตลาภ, 2550; Deerojanawong et al, 2009) หรือเช็ดในช่องปาก กระพุ้งแก้มด้วยน้ำต้มสุก หรือคั้นน้ำตาม เพื่อล้างยาที่ไปเกาะในช่องปากหลังการฟันยาชนิดสเตียรอยด์ทุกครั้ง (ชลิดา ชัยศุภมวงคตลาภ, 2552) เพื่อป้องกันการติดเชื้อราในช่องปาก

4. การสังเกตอาการหลังฟันยา หลังการใช้ยาฟันชนิดขยายหลอดลม บิดาหรือมารดาสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับเด็ก เช่น คลื่นไส้ อาเจียน กล้ามเนื้อกระตุก ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ใจสั่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ เป็นต้น เมื่อมีอาการผิดปกติให้หยุดยานั้น คุณแม่ให้เด็กได้รับความสุขสบายและพาไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2552)

5. การดูแลหลังการฟันยา

5.1 คุณแล้จัดทำให้ฟันอนคัรยะสูง โดยหนุนคัรยะเด็กให้สูงเล็กนัอยเพือให้ทางเดิน หายใจตรง กระบังลมหย่อนตัวปอดขยายตัวเต็มที

5.2 หลังการใ้อุปรณรूपกรวยชนิดพลาสติก บิดาหรือมารดาเนาอุปรณรूपกรวย ล้างด้วยน้ำสบู่หรือน้ำยาล้างจานที่เจือจาง โดยไม่ต้องล้างน้ำออก แล้วปล่อยให้แห้งก่อน นำมาใช้กับเด็กครั้งต่อไป จะช่วยลดปริมาณไฟฟ้าสถิต (ชิติดา ชัยศุภมงคคลาภ, 2552)

5.3 หลังการใ้กระบอกฟันยา บิดาหรือมารดาทำควมสะอาดโดยถอดหลอดยา ส่วนที่เป็นโลหะออกจากส่วนที่เป็นพลาสติก เช็ดทำควมสะอาดด้วยผ้าชุบน้ำหมาดๆ ปล่อยให้แห้ง แล้วประกอบกลับเข้าที่เดิม และห้ามนำหลอดยาส่วนที่เป็นโลหะแช่ในน้ำ (ชิติดา เลาหพันธ์ และคณะ, 2553)

การดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดบิดามารดาควรให้ควมสำคัญในเรื่อง การประเมินการ หายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการฟันยา ซึ่งเป็นสิ่งที่จำเป็นเบื้องต้นในการดูแล เด็กที่เป็นโรคหอบหืดเนื่องจากเด็กที่เป็นโรคหอบหืดมีอาการเปลี่ยนแปลงได้หลายๆเวลา เมื่อเด็กมี อาการหอบแล้วไม่ได้รับการดูแล อาจทำให้เด็กหายใจลำบากมากจนนำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลว และถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งหากบิดามารดาให้การดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดโดยสามารถประเมินการ หายใจให้เด็กหรือสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลันได้ จะทำให้การฟันยาให้เด็กโรคหอบหืดมี ประสิทธิภาพ เด็กได้รับยาครบถ้วนเหมาะสม ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็ก อาจช่วยลดควม รุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคลงได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด ดังนี้

1. เพศ ส่วนใหญ่มารดาจะเป็นผู้ดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบหืดกำเริบ (Sterling & Peterson, 2003) มารดาจะเป็นสื่อกลางในการสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับสุขภาพเด็ก (Svavarsdottir & Rayens, 2003)

2. ประสบการณ์การดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด มารดาที่มีประสบการณ์การดูแลเด็ก ที่เป็นโรคหอบหืดมาก่อน มีพฤติกรรมดูแลเด็กดีกว่ามารดาที่ไม่มีประสบการณ์ (กิตติมา ตำราญไชยธรรม, 2541)

3. การรับรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดในเด็ก มารดาที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดในเด็กสูง มีการปฏิบัติในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดได้ดีกว่ามารดาที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดในเด็กต่ำ (สุกัญญา สร้างนอก, 2543)

4. ระดับการศึกษา มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงสามารถดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดได้อย่างถูกต้องมากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ (สุกัญญา สร้างนอก, 2543)

5. ฐานะทางเศรษฐกิจ มารดาที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่างกัน จะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหอบหืดต่างกัน (เพ็ญญา ไชยเสนา, 2546) ศิริกาญจนา เอกศิริไตรรัตน์ (2543) ได้ศึกษาพบว่า มารดาที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะสามารถดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดได้ดีกว่ามารดาที่มีรายได้ของครอบครัวต่ำ

6. อายุเด็ก เด็กที่เป็นโรคหอบหืดด้วยทารกและเด็กเล็ก มักมีอาการหอบได้บ่อยและมีอาการรุนแรงมากกว่าเด็กโต ดังการศึกษาของ วารุณี รัตนาวาร (2544) พบว่า อายุเด็กเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดความรุนแรงของโรคหอบหืด ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของมารดา

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดในด้านเพศ การรับรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดในเด็ก ระดับการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ อายุเด็ก เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของบิดามารดา จึงอาจเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ตามพัฒนาการเด็กวัยทารกและเด็กเล็กต้องได้รับการดูแลจากบิดามารดามากกว่าเด็กโต เนื่องจากเด็กในวัยนี้ยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือช่วยเหลือตนเองได้น้อยมาก จึงต้องการความดูแลจากบิดามารดามากกว่าเด็กโต (พรหมทิพย์ ศิริวรรณบุษย์, 2551) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงควบคุมปัจจัยด้านอายุเด็กที่เป็นโรคหอบหืด คณะกรรมการปฏิบัติของบิดามารดาอยู่ในระดับเดียวกัน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความคล้ายคลึงกันมากที่สุด

การส่งเสริมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของบิดามารดา

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของบิดามารดา ดังการศึกษาของ กรุณา เกรือเนตร (2551) เกี่ยวกับผลของโปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-6 ปี ของครอบครัว พบว่าการให้โปรแกรมการให้ความรู้ครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-6 ปี ทำให้ครอบครัวผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-6 ปี มีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-6 ปี ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ ธิดา แก้วเหล่า

(Kaewlao, 2008) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม มารดาในการดูแลและภาวะความรุนแรงของโรคหอบหืดในเด็กเล็กของมารดาที่ดูแลบุตรป่วยโรค หอบหืดวัย 1-5 ปี พบว่า หลังได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการพยาบาล ตามปกติ มารดามีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างเดียว และ สุพัตรา สาระพัตติก (2544) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลบุตรของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหอบหืดอายุแรกเกิด ถึงอายุ 5 ปี พบว่า ภายหลังจากให้ โปรแกรมสุขศึกษาแก่มารดามีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กสูงกว่าก่อนการ ให้โปรแกรมสุขศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ นัทธมนต์ สายสอน (2544) ได้ศึกษา เกี่ยวกับผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด ของมารดาของเด็กวัย 1-6 ปี ที่เป็นโรคหอบ หืด พบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาลร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมี ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ที่โรงพยาบาล อย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาข้างต้นในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของบิดามารดา ส่วนใหญ่เป็น การให้ความรู้แก่บิดามารดา (กรรณา เครือเนตร, 2551; Kaewlao, 2008) และให้โปรแกรมสุขศึกษา (สุพัตรา สาระพัตติก, 2544) สื่อการสอนในการให้ความรู้ได้แก่ วีดิทัศน์ คู่มือการปฏิบัติ แผ่น ภาพประกอบคำบรรยายในการให้ความรู้และการปฏิบัติการดูแลเด็กโรคหอบหืด (กรรณา เครือเนตร, 2551; นัทธมนต์ สายสอน, 2544; สุพัตรา สาระพัตติก, 2544) และผลการศึกษา พบว่าบิดามารดามี ความรู้และความสามารถในการดูแลเด็กโรคหอบหืดขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับการดูแล เด็กโรคหอบหืดของบิดามารดาที่ผ่านมา บางครั้งบิดามารดาอาจไม่ได้รับการแก้ไขปัญหายุ่งยาก การปฏิบัติการดูแลเด็กโรคหอบหืดตามปัญหาของแต่ละบุคคล และรูปแบบให้ความรู้ดังกล่าว บางครั้งอาจไม่ได้รับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติ จึงอาจทำให้ขาดความเข้าใจในการปฏิบัติ หรือ ไม่ได้มีการติดตามการปฏิบัติอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง ดังนั้นการพัฒนาความรู้ ทักษะในการปฏิบัติ กิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของบิดามารดา ควรให้บิดา มารดาได้เรียนรู้ทั้งทักษะและความรู้โดยคำนึงถึงความรู้พื้นฐาน ประสบการณ์และความสามารถ เดิมของบิดามารดา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การ โคช (coaching) เป็นวิธีที่นำมาใช้กันมาก ในการฝึกทักษะของบุคคล เพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดย โคชเป็นผู้ช่วยเหลือ เพื่อให้บุคคลมีการพัฒนาพฤติกรรม (Haas, 1992)

แนวคิดเกี่ยวกับการโค้ช

การโค้ชเป็นทักษะในการพัฒนาการปฏิบัติงานอย่างหนึ่ง ปัจจุบันมีการนำทักษะการโค้ช มาใช้ในหลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น ผู้บริหารในองค์กร การกีฬา และทางการพยาบาล การโค้ชเป็นการพัฒนาทักษะการทำงานให้มีประสิทธิภาพ ในองค์กรยอมรับคุณค่าและประสิทธิผลของการโค้ช ซึ่งทำให้เกิดการพัฒนาทักษะ ฝึกความเป็นผู้นำและฝึกให้ผู้ปฏิบัติมีทักษะการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Sherrard, Trypuc, & Hudson, 2009) การโค้ชมีประโยชน์ทั้งในองค์กรและในตัวบุคคล มีความเหมาะสมสำหรับการเปลี่ยนแปลงอย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลได้เรียนรู้ทักษะใหม่ๆ จากผู้โค้ช การโค้ชทำให้การเรียนรู้การปฏิบัติดีขึ้น มีประสิทธิผลในองค์กรในการสนับสนุนตามลักษณะเฉพาะของบุคคล ดูแลเอาใจใส่ผู้ปฏิบัติ เรียนรู้ข้อผิดพลาดจากการปฏิบัติร่วมกันมากกว่า การตำหนิในตัวบุคคล (Redshaw, 2000) และเป็นบทบาทสำคัญสำหรับการจัดการการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีการเอาใจใส่ในตัวบุคคลที่ปฏิบัติ จากผู้โค้ชเพื่อให้การปฏิบัติมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถเอาชนะปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติงานจากการมีทักษะที่ดี (Piasecka, 2001)

ความหมายการโค้ช

จากการทบทวนวรรณกรรมได้มีผู้ให้ความหมายการโค้ชไว้หลากหลาย ซึ่งความหมายของการโค้ชจะมีการปรับเปลี่ยนไปตามลักษณะของกลุ่มที่นำการโค้ชไปใช้ ดัง เกลียลิช (Glealish, 2000) กล่าวว่า การโค้ชเป็นยุทธวิธีหรือกลยุทธ์ที่ผู้สอนสามารถประยุกต์ทักษะการให้ความรู้ทางคลินิกแก่ผู้เรียน ช่วยให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาทักษะ กระบวนการคิด ช่วยเหลือให้ผู้เรียนพัฒนาความรู้และการปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จมากที่สุด รวมถึงการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ และ แฮส (Haas, 1992) ได้ให้ความหมายของการโค้ชว่าเป็นวิธีการในการพัฒนาความรู้และฝึกทักษะการปฏิบัติของบุคคลโดยโค้ช ซึ่งเป็นผู้ที่มีทักษะและมีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะโค้ช และเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือ ส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความรู้และทักษะเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ภายใต้อัมพันสภาพที่ดีของโค้ชและผู้ปฏิบัติ ทำให้ผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติ นอกจากนี้ทางการพยาบาลการโค้ชเป็นสมรรถนะหนึ่งของพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในการชี้แนะเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติ ทำให้เกิดความพึงพอใจและมีสัมพันสภาพที่ดีในการปฏิบัติงาน ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะพัฒนาให้พยาบาลเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานอย่างครอบคลุม ก่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงานของบุคคล (Lachman, 2000) และ สพรอส (Spross, 2009) ได้กล่าวถึงการโค้ชว่าเป็นสมรรถนะพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ของ

พยาบาลที่ทำให้มีการพัฒนาความรู้และการปฏิบัติ เน้นการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติ โดยโค้ชเป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ปฏิบัติ การโค้ชถือเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลผู้โค้ชและผู้ปฏิบัติ เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ปฏิบัติได้บรรลุเป้าหมายและคอยอำนวยความสะดวกให้ผู้ปฏิบัติได้เปลี่ยนแปลงทักษะการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า การโค้ชเป็นวิธีการ ในการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล โดยคำนึงถึงความรู้ ความสามารถและประสบการณ์เดิมของบุคคลนั้นๆ ซึ่งมีโค้ชคอยชี้แนะและสนับสนุนข้อมูล โค้ชเป็นผู้ฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรม ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติม ให้การชี้แนะ สนับสนุน ให้กำลังใจเอาใจใส่ จนผู้ปฏิบัติมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม มีความพึงพอใจ มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมกันแก้ปัญหา เกิดการพัฒนาทักษะของตนเองและสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลให้คุณภาพของงานดียิ่งขึ้น

บุคคลที่จะทำหน้าที่โค้ชต้องมีความสามารถในการแสดงให้เห็นความชัดเจนในการพัฒนาการปฏิบัติ ก่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ในการทำงาน การโค้ชเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาการปฏิบัติของบุคคล พัฒนาทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานที่ต้องใช้ทักษะเฉพาะ และทำให้บุคคลเข้าใจทักษะการเรียนรู้ในการปฏิบัติอย่างลึกซึ้ง มีความชัดเจนในการปฏิบัติที่มีลักษณะเฉพาะ โดยผู้ปฏิบัติได้ฝึกทักษะการปฏิบัติจากโค้ช (Phillips, 1996) การโค้ชเป็นวิธีในการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความเข้าใจในทักษะการปฏิบัติ ช่วยให้ผู้คลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมปฏิบัติให้มีความยั่งยืนต่อเนื่อง (Zeus & Skiffington, 2002) และในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ที่จะทำหน้าที่เป็นโค้ชคือ ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย พยาบาล (Spross, 2009) ผู้ที่จะทำบทบาทโค้ชต้องผ่านกระบวนการโค้ชที่จะทำหน้าที่โค้ชโดยขึ้นกับวัตถุประสงค์ เป้าหมายของการปฏิบัติ ซึ่งบุคคลที่จะทำหน้าที่โค้ชต้องมีลักษณะของการเป็นโค้ชที่ดี จึงจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือและไว้วางใจ ลักษณะการเป็นโค้ชที่ดีมีดังนี้ (Kowalski & Casper, 2007)

1. สร้างสัมพันธภาพความไว้วางใจ และเอาใจใส่ โดยโค้ชแสดงให้เห็นความเชื่อมั่น มีความเที่ยงตรงและน่าเชื่อถือ
2. โค้ชให้การสนับสนุนช่วยเหลือในสถานการณ์ที่ทำเป็นประจำ แสดงให้เห็นการสนับสนุนการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
3. อธิบาย ชี้แจง แสดงให้เห็นทักษะการตั้งใจฟัง และชี้แนะหลักปฏิบัติที่ทำเป็นประจำ

4. กำหนดวิธีคิดและถามอย่างมีคุณภาพ ถามอย่างตรงไปตรงมา แสดงให้เห็นความใส่ใจและเห็นคุณค่าในผลที่สะท้อนกลับมา

5. แสดงให้เห็นถึงความมั่นใจ เอาใจใส่และเคารพในความเป็นบุคคล มีรูปแบบและสามารถสะท้อนความเป็นไปได้ในการพัฒนา

6. มีส่วนร่วมในการสื่อสาร โดยตรง มีรูปแบบที่ชัดเจนในการแลกเปลี่ยนข้อมูลอย่างง่าย ๆ

7. สะท้อนให้เห็นลักษณะเฉพาะของบุคคลและการรับรู้ของแต่ละบุคคล มีการสะท้อนกลับข้อมูลและช่วยเหลือสนับสนุนตามความสามารถของแต่ละบุคคล

8. สนับสนุนการวางแผนและส่งเสริมให้เกิดผลสำเร็จจากการวางแผนการปฏิบัติ การมีปฏิสัมพันธ์กันแสดงให้เห็นทักษะเพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงและความก้าวหน้าที่เฉพาะเจาะจงในแต่ละบุคคล

9. สังเกตความก้าวหน้าที่จะนำไปสู่เป้าหมายและกระตุ้นการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสม แสดงให้เห็นทักษะการดูแลและสนับสนุนให้เกิดความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลง

10. เชื้อถือในความเป็นบุคคล แสดงให้เห็นทักษะเพื่อให้เกิดความมั่นใจในตัวบุคคล นอกจากนี้พยาบาลผู้ทำหน้าที่โค้ชต้องมีคุณสมบัติและความสามารถในการเป็นโค้ชที่ดี โคชที่เป็นพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีความเชี่ยวชาญในการสะท้อนในลักษณะความเป็นบุคคลแต่ละคนซึ่งคุณสมบัติของพยาบาลปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Nursing Practice [APN]) ในด้านต่างๆ มีดังนี้ (Spross, 2009)

1. มีความสามารถทางเทคนิค (technical competence) มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ผู้โคชควรเป็นผู้ที่มีความรู้และทักษะในเรื่องที่จะสอนเป็นพิเศษ มีความรู้และทักษะเฉพาะด้าน ผู้โคชต้องมีใบอนุญาตหรือใบรับรองจากการศึกษาในหลักสูตรการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระดับบัณฑิตศึกษา และต้องเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทั้งก่อนและหลังการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา

2. มีความสามารถทางคลินิก (clinical competence) ผู้โคชควรมีความรู้ทางคลินิก มีทักษะในการมองผู้ป่วยแบบองค์รวม มีทักษะในการประเมินปัญหาและสามารถใช้เทคนิคต่างๆ ทางคลินิก มีความเข้าใจในการใช้เทคนิคทางคลินิก และมีทักษะในการตัดสินใจที่ดี

3. มีความสามารถทางการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal competence) ผู้โคชควรมีทักษะในการสื่อสารที่ดี มีปฏิสัมพันธ์โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง มีความเข้าใจเอาใจใส่ในความรู้สึกของผู้ป่วย มีทักษะในการฟังและมีแรงจูงใจในการสื่อสารที่ดี

กระบวนการโค้ช

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนำกระบวนการโค้ชไปใช้ โดยมีขั้นตอนที่แตกต่างกัน ดัง แฮส (Haas, 1992) กล่าวถึงกระบวนการโค้ชว่ามีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นหาปัญหาจากอุปสรรคและปัญหาในการปฏิบัติงาน มีการกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติแสดงความคิดเห็น โดยโค้ชและมีการค้นหาปัญหาร่วมกัน 2) วางแผนในการปฏิบัติงาน โดยโค้ชและผู้ปฏิบัติร่วมกันหาข้อตกลงในการแก้ปัญหาจากการปฏิบัติในการทำงาน 3) นำแผนการที่ร่วมกันวางไว้ลงสู่การปฏิบัติ มีการช่วยเหลือและติดตามการปฏิบัติโดยโค้ช 4) ประเมินผลการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ โดยผู้ปฏิบัติมีส่วนในการประเมินตนเอง และ เกลียลิช (Grealish, 2000) ได้กล่าวถึงการโค้ชว่าเป็นทักษะที่จำเป็นทางคลินิก (clinical learning) ซึ่งมีกลยุทธ์ในการโค้ช 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) เน้นกระบวนการปฏิบัติ 2) ตั้งเป้าหมายให้เป็นไปได้จริง บนพื้นฐานความรู้ของผู้เรียน 3) ร่วมกันวางแผน 4) ปฏิบัติตามเป้าหมายที่วางไว้ 5) เรียนรู้ร่วมกันโดยโค้ชคอยให้การดูแลและช่วยเหลือ 6) มีการให้ข้อมูลย้อนกลับ ยังมีโทร์ปและคลิฟฟอร์ด (Thorpe & Clifford, 2003) ได้กล่าวถึงกระบวนการโค้ชประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทำความเข้าใจถึงความต้องการและเป้าหมายของการโค้ชให้ชัดเจน 2) การตกลงในสิ่งที่ต้องการพัฒนาอย่างเจาะจง 3) การวางแผนรายละเอียดของการโค้ช 4) การปฏิบัติกิจกรรม 5) การทบทวนและวางแผนปรับปรุงการปฏิบัติกิจกรรม 6) การสิ้นสุดสัมพันธภาพของการโค้ช นอกจากนี้เกอวิน (Girvin, 1999) ได้กล่าวถึงกระบวนการโค้ชทางการพยาบาลไว้ดังนี้ 1) มีการหาข้อตกลงในสิ่งที่ต้องการพัฒนาร่วมกัน 2) มีการประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ 3) ให้ข้อมูลย้อนกลับและพัฒนาแผนการปฏิบัติงาน 4) จัดทำแผนปฏิบัติการ 5) การประเมินผล

กระบวนการโค้ชดังที่กล่าวมา มีขั้นตอนต่างกันแต่มีแนวทางปฏิบัติไปในทางเดียวกัน ซึ่งมีลักษณะสอดคล้องกับกระบวนการพยาบาล ในการศึกษาครั้งนี้ได้นำการโค้ชของแฮส (Haas, 1992) และการทบทวนวรรณกรรมมาใช้ จึงได้สรุปกระบวนการโค้ชไว้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมโดยมีโค้ชเป็นผู้ชี้แนะ สนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติ สรุปปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติในขั้นตอนนี้โค้ชต้องมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้ผู้เรียนเกิดความไว้วางใจ มีความมั่นใจในตัวโค้ช และให้ความร่วมมือเพื่อก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการเรียนรู้

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม หลังจากร่วมกันสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นตามความรู้และประสบการณ์เดิมของผู้เรียน ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในการวางแผน

แผนการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาตามประสบการณ์เดิมของผู้เรียน โดยโค้ชให้ข้อมูล ชี้แนะ ให้คำแนะนำหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติเพิ่มเติม

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ โดยมีโค้ชคอยติดตามการปฏิบัติ สังเกตการปฏิบัติและให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้เรียนแต่ละคน ชมเชยเมื่อผู้เรียนปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้กำลังใจ ชี้แนะหรือให้คำแนะนำเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ให้ทดลองปฏิบัติซ้ำเพื่อให้ผู้เรียนมีความเข้าใจและมีความมั่นใจมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม โดยโค้ชคอยกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการประเมินตนเอง โดยกระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น ทั้งผลสำเร็จและปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ จากการปฏิบัติและวิธีปรับปรุงการปฏิบัติในกิจกรรมที่ทำไม่ถูกต้อง เป็นการส่งเสริมการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น

การโค้ชเป็นวิธีการพัฒนาความรู้และทักษะการปฏิบัติ เป็นการส่งเสริมพฤติกรรมและความร่วมมืออย่างต่อเนื่อง (Haas, 1992) ช่วยให้ผู้ปฏิบัติเข้าใจการปฏิบัติได้ลึกซึ้ง และสามารถปฏิบัติได้ อีกทั้งเป็นแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติให้ดียิ่งขึ้น (Girvin, 1999) จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการโค้ชได้มีการนำทักษะการโค้ชไปใช้กับผู้ป่วยให้มีการพัฒนาตนเอง สนับสนุนให้เกิดประสิทธิภาพในการปฏิบัติ (Wikie, Williams, Grevstad, & Mekwa, 1995) ดังเช่น เลวิส และ ซาลิส (Lewis & Zahlis, 1997) ได้นำทักษะการโค้ชไปใช้กับผู้ป่วยโรคมะเร็งและครอบครัว โดยใช้ทักษะการโค้ชพฤติกรรมและประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน พบว่าภายหลังการโค้ชผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองและสามารถจัดการอาการจากโรคมะเร็งด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้ดีขึ้น ยังมีการศึกษาของ บุศรินทร์ เอื้อวสีหยก (2545) ที่ได้นำทักษะการโค้ชไปใช้กับผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบว่าภายหลังผู้ป่วยได้รับการโค้ชคำแนะนำการปฏิบัติเพื่อลดความทุกข์ทรมานมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ เรไร พงศ์สถาพร (2550) ได้นำทักษะการโค้ชไปใช้กับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังกลุ่มที่ได้รับการโค้ชมีคำแนะนำการปฏิบัติมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติ

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการโค้ช มีการศึกษาที่สนับสนุนว่ามีการนำกระบวนการโค้ชไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาความรู้และความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วย ดังเช่น นัยนา วงษ์นิยม (2544) ได้นำกระบวนการโค้ชมาใช้กับมารดาหลังคลอดในการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนด โดยการสาธิตและฝึกทักษะในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการโค้ชมีความพร้อมในการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนดดีกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการ

การพยาบาลตามปกติและภายหลังได้รับโปรแกรมการโคชมารดา กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการโคชมี่ ความพร้อมในการเลี้ยงดูทารกเกิดก่อนกำหนดมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการโคชอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ และ สุภจิต อภิไชยวาทย์ (2552) ได้นำการโคชมาใช้ในการปฏิบัติของบิดา มารดาในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ พบว่าบิดามารดา กลุ่มที่ได้รับการโคชมี่มีส่วนร่วม การปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบมากกว่าบิดามารดา กลุ่มที่ได้รับการสอน ตามปกติและภายหลังการโคช บิดามารดา กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมการปฏิบัติที่ถูกต้องในการดูแลเด็ก ป่วยโรคปอดอักเสบมากกว่าก่อนได้รับการโคชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่าการโคชมี่มีประโยชน์ในการพัฒนาความรู้ และ ทักษะการปฏิบัติของผู้ป่วย ผู้ดูแล และบิดามารดา ทั้งการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งและ ครอบครัว รวมถึงความสามารถในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดและเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงคาดว่า การโคชจะช่วยให้บิดามารดา มีความสามารถการปฏิบัติ ในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดได้

แผนการโคชการปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด

แผนการโคชการปฏิบัติของบิดามารดาในการวิจัยครั้งนี้ เป็นวิธีการในการพัฒนาความรู้ และทักษะความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดของบิดามารดา ให้ ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งแผนการโคชสร้างขึ้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กระบวนการ โคช 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเด็กที่เป็น โรคหอบหืดของบิดามารดาในกิจกรรมการประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยา โดยผู้วิจัยเป็นโคช เริ่มจากการทักทายอย่างเป็นกันเองเพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่าง โคชและบิดามารดา แนะนำตนเองโดยใช้คำพูดที่สุภาพ แสดงท่าทางที่เป็นมิตร พูดคุยแบบเป็น กันเอง มีความกระตือรือร้น สนใจในการพูดคุยกับบิดามารดา ผู้วิจัยเป็นโคชคอยสนับสนุนและ กระตุ้นให้บิดามารดา มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกิจกรรมการ ประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยา เปิดโอกาสให้บิดามารดา ชักถามปัญหาหรือข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และ การพ่นยาโดยโคชจะเป็นผู้ชี้แนะ สนับสนุน และกระตุ้นให้บิดามารดา แสดงความรู้สึกรู้สึกหรือแสดง ความคิดเห็น เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจระหว่างโคชและบิดามารดา ให้บิดามารดา มีความไว้วางใจ มั่นใจในตัวโคช และร่วมกันสรุปปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม โคชและบิดามารดาได้มีการวางแผนการปฏิบัติในกิจกรรมการประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยา ร่วมกันตามความรู้และและปัญหาที่พบจากประสบการณ์เดิมของบิดามารดา กระตุ้นให้บิดามารดา วางแผนการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยาตามปัญหาที่เกิดขึ้น กระตุ้นให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นตามความรู้และ ประสบการณ์เดิม

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ โดยโคชให้ข้อมูลเพิ่มเติม ชี้นะ ให้ คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่เป็น โรคหอบหืด และให้บิดามารดาฝึกปฏิบัติกิจกรรมการประเมิน การหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยาซึ่งกิจกรรมการประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลันนั้นฝึกการปฏิบัติเรื่องการเตรียมเด็กก่อนประเมินการหายใจ การนับอัตราการหายใจ การสังเกตลักษณะการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลันและการ ดูแลช่วยเหลือของบิดามารดาเมื่อเด็กมีอาการหอบหืดเฉียบพลัน และในส่วนของกิจกรรมการพ่นยา จะฝึกการปฏิบัติในเรื่องการเตรียมอุปกรณ์สำหรับพ่นยา การเตรียมเด็กก่อนพ่นยา วิธีการให้ยาพ่น โดยบิดามารดา การสังเกตอาการหลังพ่นยา การดูแลหลังพ่นยา ตามแผนที่วางไว้ ระหว่างการ ปฏิบัติกิจกรรมของบิดามารดา โคชมีการติดตาม สังเกตการปฏิบัติกิจกรรมของบิดามารดา ซึ่งจะทำให้ ทราบว่าบิดามารดาเกิดการเรียนรู้แล้วหรือยัง และต้องการความช่วยเหลือในกิจกรรมการปฏิบัติ เพิ่มเติมอีกหรือไม่ ในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม โคชติดตามเฝ้าดูอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ข้อมูล ย้อนกลับและอธิบายให้บิดามารดาทราบในการปฏิบัติ และเมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดขึ้นชี้ให้เห็นถึง สาเหตุและแนะนำวิธีป้องกันหรือแก้ไข ชมเชยเมื่อบิดามารดาสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง เพื่อกระตุ้น ให้เกิดความภาคภูมิใจ เสริมแรงให้บิดามารดาปฏิบัติได้ต่อเนื่อง ให้กำลังใจ ชี้นะหรือให้คำแนะนำ เพิ่มเติมในกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และให้บททวนการปฏิบัติจนแน่ใจว่าสามารถปฏิบัติได้ ถูกต้องเพื่อให้บิดามารดามีความเข้าใจและมั่นใจมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม โคชประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ ผ่านมาของบิดามารดา และโคชกระตุ้นให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการประเมินตนเองในผลการ ปฏิบัติกิจกรรมการประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยา รวมถึง ประเมินผลสำเร็จที่เกิดขึ้น และให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการประเมินปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่ เกิดขึ้นในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้บิดามารดามีการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติและ พัฒนาการปฏิบัติให้ถูกต้อง มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการโคชของเฮส (Haas, 1992) และการทบทวนวรรณกรรม มาใช้ในการปฏิบัติของบิดามารดาในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด โดยมีผู้วิจัยทำหน้าที่เป็น โคชคอยชี้แนะ ให้คำแนะนำ สนับสนุนหรือให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืด ในเรื่องการประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยา และกระตุ้นให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น และมีการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยใช้กระบวนการโคช 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาในการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยา 2) การวางแผนการปฏิบัติกิจกรรม ตามความรู้ และการประเมินและวิเคราะห์ประสบการณ์เดิมของบิดามารดา ให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการวางแผนการเรียนรู้ในกิจกรรมการประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยา 3) การปฏิบัติกิจกรรมตามแผนที่วางไว้ โดยมีโคชเป็นผู้ฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรม ให้คำชี้แนะ สนับสนุน คอยช่วยเหลือและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยา ให้บิดามารดาฝึกปฏิบัติกิจกรรมการประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยาตามแผนที่วางไว้ ผู้โคชสังเกตการปฏิบัติอย่างใกล้ชิด เปิดโอกาสให้บิดามารดาวิเคราะห์การฝึกปฏิบัติของตนเอง โคชให้กำลังใจ ชี้แนะหรือให้คำแนะนำเพิ่มเติมในบางกิจกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง และชมเชยเมื่อสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง 4) การประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมที่ผ่านมารวมกัน ให้บิดามารดามีส่วนร่วมในการประเมินตนเองในผลการปฏิบัติกิจกรรมการประเมินการหายใจ การสังเกตอาการหอบหืดเฉียบพลัน และการพ่นยา ประเมินผลสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในระหว่างการปฏิบัติกิจกรรม อาจเป็นการส่งเสริมให้บิดามารดาเกิดทักษะที่ได้ฝึกปฏิบัติในการดูแลเด็กที่เป็นโรคหอบหืดได้อย่างถูกต้อง