วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2566
Research and Development Health System Journal
Vol.16 No.3 Sep - Dec 2023

ประสบการณ์การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้ของผู้ดูแล

CAREGIVER'S EXPERIENCE IN PRESCHOOL CHILDREN WITH UNCONTROLLED ASTHMA

Received: June 01, 2023
Revised: October 31, 2023
Accepted: November 09, 2023

กานต์รวี โบราณมูล[1], ศิราณี อิ่มน้ำขาว[1*]

Gantrawee Boranmoon[1], Siranee Imnamkhao[1*]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้ของผู้ดูแล

รูปแบบและวิธีวิจัย : วิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 15 ราย ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กโรคหืด อายุระหว่าง 3 - 6 ปี ที่อยู่ในกลุ่มควบคุมโรคไม่ได้ตามเกณฑ์ของ GINA guideline รับการรักษาในคลินิกโรคหืด โรงพยาบาลมหาสารคาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์

ผลการศึกษา : ผู้ดูแลให้ความหมายของโรคหืดเป็นโรคภูมิแพ้ ติดเชื้อทางเดินหายใจรุนแรงน่ากลัวและเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ เกิดจากการแพ้สิ่งต่างๆ รับรู้และจัดการเมื่อมีอาการไอ เป็นหวัดและมีหอบ จมูกบาน เชื่อว่าการพบแพทย์ตามนัดสม่ำเสมอ และการดูแลให้เด็กแข็งแรง หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นจะหายขาด แต่การดูแลโดยเฉพาะการพ่นยาแตกต่างกันมาก หลายรายไม่มั่นใจ ส่งผลให้อาการกำเริบรุนแรงและเกิดความกังวลมาก กลัวเด็กเสียชีวิต การจัดการที่คิดว่าทำได้ยาก คือ การลดสิ่งกระตุ้นและต้องการให้มีการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การพยาบาลต้องประเมินตามสภาพการณ์จริงของแต่ละครอบครัว เพื่อนำสู่ความเข้าใจที่ถูกต้องของผู้ดูแล ครอบครัว เพื่อการจัดการดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแล, เด็กก่อนวัยเรียนโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้

[1] วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding author E-mail: siranee@smnc.ac.th

Abstract:

Objective: To study the experience of caregivers in preschool children with uncontrolled asthma.

Methods: This was a qualitative study conducted from January to August 2021. The sample consisted of 15 caregivers of preschool children with uncontrolled asthma. Semi-structured interviews were used and analyzed using content analysis that passed inspection by experts.

Results: Caregivers understood asthma as an allergy, a severe respiratory infection, a scary and genetic disorder , resulting from genetics and allergies. They recognized and managed symptoms such as cough, cold, and wheezing. They believed that regular medical appointments and care to maintain children's health and avoid triggers were crucial. However, caregiver management, particularly regarding inhaler use, varied considerably, leading to exacerbation and increased anxiety about the risk of death. They considered reducing triggers to be challenging and required support from family and community. Nursing professionals needed to assess each family's situation to provide accurate information and support.

Conclusion: Caregivers have various understandings and approaches to asthma management, particularly inhaler use. Therefore, it is essential to provide standardized information and support to caregivers of preschool children with asthma to improve asthma management and avoid exacerbation.

Keywords: experience of caregiver, preschool children with uncontrolled asthma

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2566
Research and Development Health System Journal
Vol.16 No.3 Sep - Dec 2023

บทนำ

โรคหืด (asthma) เป็นโรคเรื้อรังที่พบมากในเด็กทั่วโลก จากการศึกษาสถานการณ์ในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยเด็กโรคหืดประมาณ 1.519 ล้านคน[1] เด็กที่เป็นโรคหืดเกือบทุกรายล้วนได้รับผลกระทบต่อตัวเด็ก และครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคมในระยะยาว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้[2] จากการศึกษาวิจัยหลายฉบับ พบว่า เด็กโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้ มักมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่าเด็กทั่วไป และส่งผลกระทบต่อพ่อ แม่ ผู้ปกครองที่ต้องขาดงาน เพื่อมาดูแลบุตรหลานที่เจ็บป่วย[3]

โรคหืดเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถ “ควบคุมโรคได้” (controlled) ดังนั้น เป้าหมายในการรักษาโรคหืดในปัจจุบันจึงมุ่งให้เด็กโรคหืดสามารถควบคุมโรคได้ (controlled) โดยใช้เกณฑ์การประเมินการควบคุมโรคซึ่งแบ่งระดับการควบคุมโรคออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ควบคุมโรคไม่ได้ (Uncontrolled) ควบคุมโรคได้บางส่วน (Partly controlled) และควบคุมโรคได้ (controlled) โดยการควบคุมโรคได้ หมายถึง ผู้ป่วยเด็กโรคหืดต้องไม่มีอาการหอบหืดในช่วงเวลากลางวันหรือมีอาการน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ไม่มีอาการหอบหืดในช่วงเวลากลางคืนจนรบกวนการนอนหลับ ทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ ไม่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกาย ไม่มีการใช้ยาขยายหลอดลมหรือมีการใช้ยาน้อยกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์ และมีสมรรถภาพปอดเป็นปกติ[4] โดยเน้นการรักษาด้วยยา ควบคู่ไปกับการสร้างความร่วมมือกับเด็กโรคหืด และผู้ดูแลในการประเมินและกำกับติดตามการควบคุมโรค การจัดการกับอาการหอบที่เหมาะสม รวมทั้งการจัดการปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบ แม้ว่าในปัจจุบันการดูแลรักษาเด็กโรคหืดได้พัฒนาให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น แต่ยังพบว่า เด็กโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้ยังมีสูง[5] สำหรับจังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีเด็กโรคหืดมีอาการหอบจนต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 32.91 และมีเด็กมาพ่นยาที่โรงพยาบาลมากกว่า 2 ครั้งใน 1 ปี ถึงร้อยละ 39.22[6]

โรคหืดเป็นโรคเรื้อรังที่พบมากเป็นอันดับ 1 ของกลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาสารคาม และพบปัญหาว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหืดยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคหืด ทำให้การดูแลเบื้องต้นขณะมีอาการหืดกำเริบไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยเด็กโรคหืดจึงมีความเสี่ยงต่ออาการหืดกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และในโรงพยาบาล โดยจากข้อมูลในปี 2557-2559 พบว่า จำนวนครั้งของการพ่นยาจากอาการหืดกำเริบที่ห้องฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 405, 578 เป็น 702 ครั้งต่อปี ตามลำดับ[6] และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหืดเป็นการศึกษาเชิงปริมาณในประเด็นของการสร้างโปรแกรมการดูแลเด็กโรคหืด ประเมินความรู้ ความเข้าใจและทักษะปฏิบัติ แต่เนื่องจากเด็กก่อนวัยเรียน ความสามารถในการดูแลตนเองยังต้องอาศัยผู้ดูแล นอกจากนี้ ด้วยสรีระของปอดยังไม่แข็งแรง และการดูแลตนเองของเด็กยังทำได้ไม่เต็มที่ การดูแลเรื่องการป้องกัน และดูแลเมื่อเกิดอาการจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยผู้ดูแลในการดูแล

สุขภาพในแต่ละระยะของการจับหืด การศึกษาเชิงปริมาณที่ผ่านมาสะท้อนการรับรู้ และการปฏิบัติตนในการดูแลเด็ก เป็นไปตามโปรแกรม แต่กลับพบว่า เด็กก่อนวัยเรียนยังมีปัญหาของอาการที่ควบคุมโรคไม่ได้ การศึกษาเชิงคุณภาพเป็นการศึกษาเชิงลึกสำหรับกลุ่มเด็กโรคหืดกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ จะสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทของผู้ดูแลในแต่ละบริบทครอบครัว และอาการของเด็กแต่ละราย ปัญหาและปัจจัยรอบด้านของเด็กและครอบครัวที่มีความแตกต่างกัน จะนำมาซึ่งข้อมูลของประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิด เป็นกลุ่มแรกที่ต้องดูแลเด็กก่อนส่งถึงบุคลากรทางการแพทย์ในมิติต่างๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้โดยตรงจากผู้มีประสบการณ์ตรงในการประเมินอาการ การตัดสินใจในการให้การดูแลเมื่อเด็กมีอาการแสดงแต่ละระยะตามการรับรู้และประสบการณ์ของตนเอง อันจะเป็นสิ่งที่สะท้อนถึงข้อมูลที่สอดคล้องกับการประเมินเชิงปริมาณที่ผ่านมาได้ ซึ่งมีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพเกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ในการนำประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลที่ได้จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มาใช้เพื่อประกอบการพัฒนาคุณภาพการบริการที่สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของผู้ดูแล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการควบคุมโรคที่แท้จริง อันจะเป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาเด็กโรคหืดต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืดกลุ่มควบคุมโรคไม่ได้ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลมหาสารคาม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 15 ราย โดยใช้เกณฑ์คัดเข้าศึกษาได้แก่ เป็นผู้ดูแลเด็กโรคหืดอายุระหว่าง 3-6 ปี ที่อยู่ในกลุ่มควบคุมโรคไม่ได้ตามเกณฑ์ของ GINA guideline ที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคหืดโรงพยาบาลมหาสารคาม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2564 โดยเป็นผู้ดูแลที่สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารได้เป็นปกติ และยินดีเข้าร่วมวิจัย เกณฑ์การคัดออกได้แก่ เป็นผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่พบว่า มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังที่รุนแรง เช่น โรคปอดแฟบ โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคหัวใจ เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยผู้สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาแนวคิดของเชาว์ ที่กล่าวถึงภาระของผู้ดูแลที่ต้องดูแลเด็กโรคหืดเป็นที่ครอบคลุมด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจของผู้ดูแลเด็กป่วย[7]

2. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 24 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1) ด้านความหมายของโรค ได้แก่ มุมมองโรคหืดในความเข้าใจของผู้ดูแลเมื่อกล่าวถึงโรคหืดและเหตุผลของการให้ความหมาย

2) ด้านการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค ได้แก่ (1) การรับรู้ถึงสาเหตุของการเกิดโรคหืด (2) การรักษา เหตุผลของการรับรู้ในแต่ละประเด็นที่ให้ข้อมูล (3) ปัจจัยที่ทำให้อาการของเด็กแย่ลงและการรับรู้อาการแสดง (4) การรับรู้ปัจจัยหรือสิ่งที่ทำให้อาการของเด็กดีขึ้น (5) การรับรู้อาการหอบ การสังเกตอาการเตือนก่อนเกิดอาการหอบ (6) การดูแลเบื้องต้นและการส่งต่อ

3) ด้านการจัดการกับอาการหอบของเด็ก ได้แก่ (1)การจัดการที่บ้านเพื่อลดอาการหอบ (2) การช่วยเหลือของสมาชิกในครอบครัว (3)การดูแลเด็กโรคหืดในมุมมองที่ผู้ดูแลทำได้ดีที่สุด พร้อมเหตุผล

4) ด้านอุปสรรคของการควบคุมอาการกำเริบของโรค ได้แก่ (1) สิ่งที่กังวลมากที่สุดเกี่ยวกับอาการหอบของเด็ก พร้อมเหตุผล (2) ปัญหาอุปสรรคของการดูแลเด็กโรคหืดของผู้ดูแลและครอบครัว (3) ปัญหาที่ทำให้เด็กยังมีอาการหอบบ่อยๆ 4) ประวัติของการสูบบุหรี่ของคนในครอบครัว พร้อมการจัดการ 5) ความยากลำบากในการใช้ยาที่เด็กใช้ ประวัติการหยุดยา เพิ่มยาเองของผู้ดูแล 6) สิ่งกระตุ้นอาการหอบที่คิดว่าไม่สามารถจัดการได้/จัดการได้ยาก 7) คนในชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เป็นสิ่งที่ทำให้เด็กอาการไม่ดี หรือกระตุ้นให้เด็กอาการกำเริบ/ปัญหาในชุมชนที่ทำให้เด็กมีอาการหอบที่ไม่สามารถจัดการได้ สิ่งที่เป็นอุปสรรค 8) การมาพบแพทย์ตามนัด

5) ด้านความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด ดังนี้ (1) ความคาดหวังต่อการดูแลรักษาเด็ก (2) ความต้องการการสนับสนุนจากหน่วยงาน บุคคล ชุมชนในการให้ความช่วยเหลือเพื่อช่วยให้เด็กดีขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการหาค่า IOC : Index of item objective congruence ของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสัมภาษณ์ คำนึงถึงความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ ได้ค่า IOC ภาพรวม เท่ากับ 0.8 และนำไปทดลองสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคหืดวัยก่อนเรียนที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง 10 ราย นำมาปรับปรุงจนได้ข้อมูลครบถ้วนแล้ว จึงนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบสามเส้าในประเด็นการเปรียบเทียบ และตรวจสอบความแน่นอนของข้อมูล โดยนำข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ (Data Triangulation) ได้แก่ การสัมภาษณ์ผู้ดูแล การให้ข้อมูลของพยาบาลประจำคลินิกโรคหืดที่ให้

การดูแลเด็ก และติดตามเด็กมาเปรียบเทียบข้อมูล ความสอดคล้องเพื่อตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ก่อนดำเนินการวิเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยเสนอเอกสารต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) โดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืดจำนวน 15 ราย ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้า เนื่องจากข้อมูลมีการอิ่มตัว ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 45-60 นาที โดยการบันทึกเสียงทุกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยคำนึงถึง ความน่าเชื่อถือของเนื้อหา ความเหมาะสม โดยตรวจสอบข้อมูลแบบหลักสามเส้า (triangulation) การวิเคราะห์ข้อมูลแล้วนำข้อค้นพบมาเปรียบเทียบและหาข้อสรุปร่วมกัน (Multiple Analyst Triangulation) และสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เลขที่ IRB SNC.007 เมื่อวันที่ 23 เมษายน 2564 และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลมหาสารคาม เลขที่ MSKH_REC 64-02-030 เมื่อวันที่ 22 กันยายน 2564 คณะผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมอย่างเคร่งครัดในทุกระยะของการดำเนินการ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาประสบการณ์การดูแลเด็กก่อนวัยเรียนโรคหืดที่ควบคุมโรคไม่ได้ของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ เป็นมารดา รองลงมาเป็นยายของผู้ป่วยเด็กโรคหืด มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สำเร็จการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา

เมื่อสังเคราะห์ในประเด็นต่างๆ ที่สำคัญของประสบการณ์ของผู้ดูแล สามารถอธิบายตามการสะท้อนของผู้ให้ข้อมูลโดยมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

ความหมายโรคหืดในมุมมองของผู้ดูแล ผู้ดูแลให้ความหมายใน 3 ความหมาย คือ

ภูมิแพ้ที่น่ากลัว รุนแรงถึงชีวิต

ผู้ดูแลคิดว่า เป็นโรคภูมิแพ้ที่มีความรุนแรง มีอาการหายใจไม่ออก ทำให้หวาดกลัวว่าลูกจะเสียชีวิต ดังบทสัมภาษณ์ของผู้ดูแล **“**เป็นโรคตาย่าน (น่ากลัว) เป็นโรคที่รุนแรง จากภูมิแพ้ แพ้ฝุ่นควัน อากาศเย็น น้ำเย็น ขนแมว เพราะเวลาเจอฝุ่น เจอฝน จะไอจาม มีน้ำมูก หอบขึ้น**”** *Interview CG 1*

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 16 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - ธันวาคม 2566
Research and Development Health System Journal
Vol.16 No.3 Sep - Dec 2023

ติดเชื้อทางเดินหายใจ จับหืดเมื่ออากาศเปลี่ยน

ผู้ดูแลบางส่วนเห็นว่า เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจเท่านั้น แต่ที่มีอาการจับหืดเพราะอากาศเปลี่ยน จึงทำให้เด็กมีอาการรุนแรง ดังบทสัมภาษณ์ของผู้ดูแล “เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เป็นหวัดไอจาม อากาศเปลี่ยน เพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้ไอ หายใจหอบ” *Interview CG 12*

กรรมพันธุ์โรคภูมิแพ้

“ตา ยาย พ่อ แม่เป็น ลูกก็เป็น คิดว่าเป็นโรคทางกรรมพันธุ์ ภูมิแพ้ ฝุ่น ควันบุหรี่ อากาศเย็น เพราะเวลาได้รับ มักมีอาการไอ จาม หายใจหอบ ” *Interview CG 3*

การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหืดกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้

การรับรู้ถึงสาเหตุโรคหืดกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ในมุมมองของผู้ดูแล ผู้ดูแลสะท้อนและอธิบายเกี่ยวกับการรับรู้ถึงสาเหตุโรคหืดของเด็กว่าเกิดจาก 2 สาเหตุ ดังนี้

ภูมิแพ้หลายๆ สิ่ง

ผู้ดูแลรับรู้ว่าเด็กมีอาการแพ้สิ่งต่างๆ ทั้งอากาศ น้ำดื่ม กลิ่น ฝุ่น ควันไฟ เช่น “แพ้อากาศเย็น ขนแมว มักจะมีไอ จาม” *Interview CG 1* “ จากได้น้ำกินเย็น กินไอติม กลิ่นน้ำหอม จะมีอาการหอบเกิดขึ้น” *Interview CG 6* “ข้างบ้านเผาขยะ ลูกมักจะไอเมื่อสัมผัสควันไฟ” *Interview CG 5*

เป็นนำเชื้อ นำแนว (กรรมพันธุ์)

“กะหว่าเป็นนำแนวมันนั่นล่ะ พ่อมันตอนน้อยๆ กะเป็นโรคหอบแบบนี้ หมอกะว่าเป็นจากพ่อแม่พาเป็น” *Interview CG 14*

การรับรู้อาการแสดงที่บอกว่าเด็กเป็นโรคหืด

ผู้ดูแลได้สะท้อนและอธิบายว่า เด็กจะมีอาการไอ ระคายคอ เป็นหวัด มีน้ำมูก มีอาการหายใจหอบและจมูกบาน ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ที่ว่า “เริ่มจากมีน้ำมูก ไอ ต่อมาคอเริ่มบุ๋ม จมูกบาน แสดงว่า หืดกำเริบมากแล้ว”

ความเชื่อในแนวทางการรักษาของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ผู้ดูแลเด็กทุกคนมีความเชื่อว่า โรคหืดเป็นโรคที่รักษาหาย หากมาตรวจตามแพทย์นัดอย่างต่อเนื่อง ดูแลเด็กให้มีร่างกายแข็งแรง และหลีกเลี่ยงสิ่งที่เกิดภูมิแพ้ ดังตัวอย่างบทสัมภาษณ์ที่ว่า “หาย รักษาหาหมอ และดูแลดีๆ” และ “หาย รักษาต่อเนื่อง หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะทำให้หอบ”

การดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบรุนแรง

ผู้ดูแลได้สะท้อนให้เห็นถึงแนวทางที่หลากหลาย และแตกต่างกันซึ่งสามารถสรุปได้ ดังนี้ การพ่นยาฉุกเฉินให้เด็กเพียงอย่างเดียว การพ่นยาฉุกเฉินแล้วสังเกตอาการ ถ้าไม่ดีขึ้นจะพาเด็กไปโรงพยาบาล หรือโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือที่เบอร์ 1669 และการพ่นยาฉุกเฉินแล้วพาเด็กไปโรงพยาบาลทันที โดยมีผู้ดูแล ร้อยละ 40 ยังไม่ทราบว่า หากเด็กมีอาการรุนแรงต้องประสานขอความ

ช่วยเหลือจากหน่วยงานใด ส่วนวิธีการพ่นฉุกเฉินสรุปได้เป็น 3 วิธี ดังนี้ 1) พ่นยา 3 กด พ่นทุก 15 นาที หลังพ่นยาถ้ายังหอบอยู่ จะพามาโรงพยาบาล หรือโทรศัพท์แจ้ง 1669 2) พ่นยาฉุกเฉิน 4 กด 3 ชุด พ่นทุก 20 นาที ถ้าไม่ดีขึ้นจะมาโรงพยาบาล หรือโทรศัพท์แจ้ง 1669 และ 3) พ่นยาฉุกเฉิน 2 ชุด ถ้าไม่ดีขึ้นจะมาโรงพยาบาล ดังตัวอย่างคำพูดจากการสัมภาษณ์ที่ว่า “พ่นยาฉุกเฉิน สังเกตดูต่อถ้าไม่หาย พามาโรงพยาลบาล” เป็นต้น ซึ่งพบว่า มีเด็กจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.67 หลังการพ่นยามีอาการรุนแรงจนต้องส่งต่อโรงพยาบาล

ด้านการจัดการกับการอาการหอบของเด็ก แบ่งเป็น 2 ลักษณะดังนี้

การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อดูแลเด็ก ได้แก่ การทำความสะอาดบ้าน และที่นอนของเด็ก และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ดังตัวอย่างจากการสัมภาษณ์ที่ว่า “ทำความสะอาดบ้านไม่ให้มีฝุ่น เอาที่นอนออกตาก 1 ครั้ง/สัปดาห์” และ “ไม่ให้ญาติสูบบุหรี่ในบ้าน หรือหลีกเลี่ยง ควันบุหรี่ ให้ญาติออกไปสูบบุหรี่ที่ทุ่งนา” เป็นต้น

การดูแลเด็กโรคหืดที่ผู้ดูแลเชื่อว่าทำได้ดีที่สุด คือ การดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาด การหลีกเลี่ยงสิ่งที่เด็กแพ้ การพ่นยาให้เด็กตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามแพทย์นัด ซึ่งผู้ดูแลเชื่อว่าวิธีการเหล่านี้ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลทำได้ดีที่สุด เพราะเป็นสิ่งที่สามารถควบคุมและจัดการได้ด้วยตนเอง ดังตัวอย่างคำพูดจากการสัมภาษณ์ที่ว่า “การพ่นยารักษา และมาตามนัดไม่ขาด”

อุปสรรคของการควบคุมอาการกำเริบของโรค

1. **ความกังวลเกี่ยวกับอาการหอบของเด็ก** ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ได้อธิบาย และสะท้อนว่าสิ่งที่กังวลมากที่สุดเกี่ยวกับอาการของเด็กมี 3 เรื่อง คือ 1) อาการหอบที่รุนแรงจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ออกซิเจน กลัวว่าลูกจะเป็นอันตราย 2) อาการจับหืดไม่ทราบว่าจะเกิดตอนไหน โดยเฉพาะการหอบกลางคืน เพราะทำให้ลำบากในการพามาโรงพยาบาล กลัวช่วยเหลือไม่ทัน 3) กลัวการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ เพราะทำให้เด็กหอบมากขึ้น ดังตัวอย่างคำพูดจากการสัมภาษณ์ที่ว่า “กังวลเรื่องหายใจหอบมาก อกบุ๋ม ทำให้ต้องใส่ท่อทางปากและให้ออกซิเจน กลัวลูกอาการหนัก” เป็นต้น

2. **ไม่สามารถจัดการได้หรือจัดการได้ยาก** ผู้ดูแลได้อธิบายว่า การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่เป็นอุปสรรคที่สำคัญที่สุด รองลงมา คือ ปัจจัยเสี่ยงจากคน และสิ่งแวดล้อมในชุมชน เช่น เด็กติดเชื้อโรคหวัดจากเพื่อนในโรงเรียน คนในหมู่บ้านเผาขยะ ผู้ดูแลบางส่วนยังมีความลำบากในการมาตรวจตามนัด เนื่องจากบ้านอยู่ไกล เดินทางลำบาก ในช่วงสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระบาด ผู้ดูแลบางส่วนเลือกที่จะไม่พาเด็กมาตรวจ แต่เลือกวิธีการรับยาทางไปรษณีย์แทน นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีความยากลำบากในการให้ยาเด็ก คือ การพ่นยาให้เด็กทุกวัน โดยมีผู้ดูแลเด็กบางส่วนลืมพ่นยา บางครั้งพ่นยาไม่ถูกวิธี เพราะเด็กงอแงไม่ให้ความร่วมมือ

ดังตัวอย่างคำพูดจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลที่ว่า “มีความลำบากบ้าง คือ การทำงานยุ่งจนลืมพ่นยาให้ลูกในบางวัน”

ความต้องการการสนับสนุนของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ผลการวิจัย พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความต้องการการสนับสนุน เพื่อให้การดูแลเด็กมีประสิทธิภาพ ดังนี้

การสนับสนุนจากชุมชนที่เกี่ยวข้อง สิ่งที่ผู้ดูแลต้องการให้ชุมชนช่วยเหลือ และสนับสนุนเพื่อช่วยในการดูแลเด็กโรคหอบหืดสรุปได้ 3 ข้อ ดังนี้

1. ต้องการให้ร้านค้าในชุมชนไม่ควรขายน้ำหวานเย็นๆ ให้เด็ก

2. ต้องการให้ผู้ปกครองที่มีลูกเป็นไข้ ไอ มีน้ำมูก ดูแลลูกที่บ้านก่อน ไม่ควรให้มาโรงเรียน ส่วนคุณครูที่โรงเรียนอยากให้ช่วยดูแล โดยแยกเด็กที่เป็นโรคหืดไม่ให้ใกล้ชิดกับเด็กที่เป็นหวัด

3. ต้องการให้คนในชุมชนช่วยกันลดการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง ไม่ก่อไฟให้เกิดควันไฟในหมู่บ้าน

อภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคหืดกลุ่มที่ควบคุมโรคไม่ได้ ให้ความหมายของโรคหืดส่วนใหญ่ที่พบว่า เป็นโรคภูมิแพ้ที่รุนแรง น่ากลัว อันตรายถึงชีวิต สะท้อนถึงการรับรู้ในด้านของความกังวล หวาดกลัว ตื่นตระหนกของผู้ดูแลเมื่อเด็กมีอาการกำเริบ เกิดจากการที่เด็กเจ็บป่วยแล้วจะมีอาการรุนแรง หายใจลำบาก การแสดงออกของเด็กคล้ายคนใกล้ตาย หายใจไม่ออก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า ผู้ปกครองเด็กมีการรับรู้อาการ และความเชื่อเกี่ยวกับโรคหอบหืด[7] ที่พบว่าผู้ปกครองเด็กกล่าวถึงการที่เด็กแสดงออกถึงการหายใจลำบาก ปอดเกิดภูมิแพ้ที่รุนแรง เป็นสิ่งที่กระตุ้นให้ผู้ปกครองทราบถึงความรุนแรง และทำให้คิดว่า เด็กอาการหนัก เกิดความกังวล และเร่งรีบในการให้การดูแลเบื้องต้น แต่การดูแลเป็นไปในรูปแบบที่หลากหลายแตกต่างกัน ตามการรับรู้ของผู้ปกครอง ซึ่งส่งผลสะท้อนให้เห็นภาพของการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคหืดครอบคลุมในประเด็นที่สำคัญในบริบทของพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(อีสาน) ที่พบว่า

โรคหืดเป็นนำเชื้อ นำแนว (เกิดจากกรรมพันธุ์) คิดแบบคนภาคอีสานว่า พ่อแม่ พี่น้อง ปู่ย่าตายายเป็น เด็กก็เลยเป็น ทำยังไงก็เป็นเพราะญาติพี่น้องเป็น เกิดจากการแพ้สิ่งต่างๆ สะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กว่าสาเหตุของโรคหืดเกิดจากปัจจัยทางกรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับสาเหตุของโรคหืดที่เกิดจากปัจจัยของตัวผู้ป่วย และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พันธุกรรมเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดโรคหืดและโรคภูมิแพ้ และปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดโรค ได้แก่ สารก่อภูมิแพ้ต่างๆ เช่น ไรฝุ่น ขนหรือรังแคสัตว์ เศษและขี้แมลงสาบ เชื้อรา ละอองเกสร หญ้า วัชพืช มลพิษ

ทางอากาศ ควันบุหรี่ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องหรือกระตุ้นให้เกิดโรคหอบหืด ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัส สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง ควันบุหรี่ ควันรถ เป็นต้น[8]

ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้อาการเด็กเมื่อเริ่มมีอาการไอ ระคายคอ จาม เป็นหวัด มีน้ำมูก และมีอาการหอบ และจมูกบาน แสดงว่า ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคหืด เป็นผลมาจากการได้รับคำแนะนำจากพยาบาลประจำคลินิกหอบหืดของโรงพยาบาล และมีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก ซึ่งเป็นสิ่งที่ดี เนื่องจากมีการศึกษาวิจัยพบว่าความรู้เรื่องโรคหอบหืดและการรักษาโรคหอบหืดนี้ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลต้องสร้างความรู้ความเข้าใจ เพื่อที่จะสามารถควบคุมอาการกำเริบของโรคให้ลดน้อยลงได้ ลดความไวของหลอดลมต่อสิ่งกระตุ้น ทำให้ลดอาการกำเริบ (Asthmatic attack) และไม่ต้องมารับการรักษาฉุกเฉินหรือนอนโรงพยาบาล สัมพันธ์กับการศึกษาผลสัมฤทธิ์ การรักษาหอบหืดในเด็ก ณ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ ที่พบว่า เด็กที่เข้าคลินิกโรค หอบหืดอย่างง่าย (Easy Asthma Clinic: EAC) ที่ได้รับความรู้จะมีอัตราการมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน และอัตราการนอนโรงพยาบาลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[9]

ผู้ดูแลเชื่อว่า การมาพบแพทย์ตามนัดต่อเนื่องสม่ำเสมอ และการดูแลเด็กให้มีร่างกายที่แข็งแรง หลีกเลี่ยงสิ่งที่เกิดภูมิแพ้หรือสารกระตุ้น เด็กจะหายขาดจากอาการหืดที่เป็นอยู่ เป็นความเชื่อเชิงบวกที่ก่อให้เกิดผลดี เด็กได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง แต่ต้องย้ำให้เข้าใจว่า เป็นโรคที่ไม่หายขาดแต่สามารถลดการกำเริบได้ จากผลการวิจัยจะเห็นว่า อุปสรรคของการมาตรวจตามนัดที่ผู้ดูแลสะท้อนให้ทราบ คือ บางรายไม่ได้พาเด็กมาพบแพทย์ตามนัด เนื่องจากบ้านอยู่ไกล เดินทางลำบาก ถ้าฝนตกในวันนัดก็ไม่ได้มา และในช่วงสถานการณ์ของโรคโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ระบาด ผู้ดูแลบางส่วนเลือกที่จะไม่พาเด็กมาตรวจ แต่เลือกวิธีการรับยาทางไปรษณีย์แทน เป็นข้อมูลที่สะท้อนถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องวางแผนในการติดตาม ดูแลให้มาตรวจตามนัด ตามบริบทและปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ในรูปแบบที่หลากหลายเพิ่มขึ้น เช่น การใช้ระบบออนไลน์ในการตรวจส่งยาทางไปรษณีย์ หรือการส่งต่อเพื่อรับบริการติดตามในสถานพยาบาลใกล้บ้าน

ส่วนแนวทางในการดูแลเมื่อเด็กมีอาการหอบรุนแรง พบว่า มีแนวทางที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะการพ่นยาซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการรับรู้บางรายไม่ถูกต้อง ทักษะไม่ได้ เข้าใจผิด ได้แก่ การพ่นยาฉุกเฉิน ผู้ดูแลบางส่วนไม่ทราบว่า หากเด็กมีอาการรุนแรงต้องประสานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานใด ส่วนวิธีการพ่นยาฉุกเฉินมีหลายวิธี และแตกต่างกัน

จากพฤติกรรมการดูแลดังกล่าว เป็นการดูแลที่แตกต่างกันตามการรับรู้ความรุนแรง และความเชื่อของผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลเสียต่อการกำเริบ และการเกิดอาการที่รุนแรงของเด็กได้ เนื่องจากโรคหืดมีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม เมื่อได้รับสารก่อภูมิแพ้จะมีอาการไอมาก หายใจมีเสียงวี๊ดแน่นหน้าอก หายใจหอบเหนื่อย[10] อาการเหล่านี้ หากได้รับยาสูดพ่นสเตียรอยด์ร่วมกับยาขยายหลอดลมชนิดรับประทานอย่างต่อเนื่อง และได้รับการพ่นยาอย่างถูกต้องจะช่วยให้เด็กสามารถ

ควบคุมอาการของโรคได้ดี และเนื่องจากเด็กช่วงอายุ 1-6 ปี เป็นช่วงวัยที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ทั้งหมด การทำกิจกรรมต่างๆ ส่วนใหญ่จะอยู่ในความควบคุมของผู้ดูแล ทำให้โอกาสในการสัมผัสกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ ของเด็กที่ทำให้เกิดอาการหอบน้อยสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้[11]

ด้านการจัดการกับการอาการหอบของเด็ก แบ่งเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

การจัดการสิ่งแวดล้อมที่บ้านเพื่อดูแลเด็ก คือ การทำความสะอาดบ้าน และที่นอนของเด็ก และการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่

การดูแลเด็กโรคหืดที่ผู้ดูแลเชื่อว่าทำได้ดีที่สุด คือ การดูแลความสะอาดบ้านเรือน การดูแลสิ่งแวดล้อม หลีกเลี่ยงสิ่งที่เด็กแพ้ การพ่นยาตามแพทย์สั่ง และการมาตรวจตามนัด เนื่องจากการดูแลเด็กด้วยวิธีต่างๆ เหล่านี้ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถควบคุมและจัดการได้ด้วยตัวเอง และการที่เด็กมีประสบการณ์อาการหอบกำเริบตั้งแต่อายุ 1-3 ปี อาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมากขึ้น จึงสามารถปฏิบัติหรือจัดการในการดูแลเด็กโรคหืดได้ดี ดังการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์จะสามารถประเมินและจัดการอาการหอบได้ดี[2] และผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดี ซึ่งมารดาจะมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรอย่างใกล้ชิด และเป็นสื่อกลางในการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง สมาชิกในครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กได้มากที่สุด[12] ดังการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหืด วัย 1-5 ปี พบว่า มารดาส่วนใหญ่ จะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพเด็กโรคหืด อยู่ในระดับมาก ซึ่งบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการในดูแลเด็ก โรคหืดให้เจริญเติบโต และพัฒนาการตามวัย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข[13]

ด้านอุปสรรคของการควบคุมอาการกำเริบของโรค แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

สิ่งที่ผู้ดูแลกังวลมากที่สุดเกี่ยวกับอาการหอบของเด็ก คือ 1) อาการหอบที่รุนแรง ทำให้ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ และให้ออกซิเจน กลัวลูกจะเป็นอันตราย 2) อาการจับหืดไม่ทราบจะเกิดตอนไหน กลัวช่วยเหลือไม่ทันแล้วจะเกิดอันตราย โดยเฉพาะการหอบกลางคืน ทำให้ลำบากในการพามาโรงพยาบาล 3) กลัวการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ และทำให้เด็กหอบมากขึ้น กลัวลูกอาการหนัก ความรุนแรงของโรคหืดเป็นปัจจัยหนึ่งที่อาจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวเด็กป่วยโรคหืด เนื่องจากความรุนแรงของโรคหืดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลาตามสภาพแวดล้อม หรือการสัมผัสสิ่งกระตุ้นต่างๆ ระดับความรุนแรงของโรคหืด ในผู้ป่วยแต่ละรายอาจเปลี่ยนไปได้ตามระยะเวลาที่ ผ่านไปร่วมกับการรักษาที่ได้รับและการดูแล[14]

ปัญหาอุปสรรคที่ไม่สามารถจัดการได้หรือจัดการได้ยาก คือ การมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ เด็กติดหวัดจากเพื่อนที่โรงเรียน คนในหมู่บ้านเผาขยะ การมีฝุ่นละอองตามถนนในหมู่บ้านมาก และเด็กแอบไปซื้อน้ำหวานเย็นในชุมชนกินเอง พฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืดมีความสำคัญ

ต่อเด็กโรคหืดอย่างมาก ผู้ดูแลเด็กโรคหืดจะมีพฤติกรรมการจัดการดูแลดีขึ้นอยู่กับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม[15] มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด กล่าวถึงพฤติกรรมการจัดการของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก ($r = 0.319$, p-value < 0.01) ทั้งนี้ หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการจัดการที่เหมาะสมจะส่งผลให้เด็กโรคหืดสามารถควบคุมอาการหอบ และดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างผาสุก แต่หากผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อพฤติกรรม การจัดการดูแลเด็กโรคหืดในควบคุมอาการของโรคจะส่งผลทำให้อาการของโรคหืดมีความรุนแรงขึ้น จนกระทั่งต้องเข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉินหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง[16] จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในบางรายที่ต้องทำงาน และดูแลเด็กไปด้วย และสมาชิกในครอบครัวไม่ลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ และชุมชนไม่ให้ความสำคัญกับการสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม ก็เป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดการกำเริบของโรคหืดในเด็กได้มากขึ้น จึงต้องการการสนับสนุนจากครอบครัว และชุมชน

ความยากลำบากของผู้ดูแลในการให้ยาเด็ก คือ มีความลำบากกับการที่ต้องพ่นยาควบคุมอาการหอบหืดให้เด็กทุกวัน บางครั้งทำงานยุ่งหรือเร่งรีบไปทำภารกิจอื่นๆ ทำให้ลืมพ่นยา ความรู้ของผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการในการดูแลสุขภาพ ความรู้เรื่องโรคหืดเป็นความรู้เกี่ยวกับโรคหืด และอาการของโรคหืด (disease) สิ่งกระตุ้นให้เกิดโรคหืด และการจัดการ (triggers) การรักษาและการใช้ยา (treatment) และอาการกำเริบของโรคหืด (exacerbation)[17] สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การปฏิบัติตัวในการดูแลเด็กของบิดามารดาที่ไม่เหมาะสมเกิดจากความรู้ที่ไม่เพียงพอในการดูแลเด็กโรคหืด ซึ่งการขาดความรู้เรื่องโรคหืดของผู้ดูแลบางรายส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการหอบได้ ทำให้เกิดอาการกำเริบที่รุนแรงขึ้น ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และต้องเข้ารับบริการในแผนกฉุกเฉินเพิ่มขึ้น และเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้นจนถึงแก่ชีวิต[18]

ด้านความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด

ความต้องการการสนับสนุนจากชุมชนที่เกี่ยวข้อง มี 3 ข้อที่สำคัญ คือ 1) ต้องการให้ร้านค้าในชุมชนไม่ควรขายน้ำหวานเย็นๆ ให้เด็ก 2) ต้องการให้ผู้ปกครองเด็กในห้องเรียนที่มีลูกเป็นไข้ ไอ มีน้ำมูก ไม่ควรให้มาโรงเรียน ส่วนคุณครูที่โรงเรียนอยากให้ช่วยแยกเด็ก ไม่ให้เด็กโรคหืดอยู่ใกล้ชิดเด็กที่เป็นหวัด 3) ต้องการให้คนในชุมชนช่วยกันลดฝุ่นละออง ไม่ก่อไฟให้เกิดควันไฟในหมู่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า หากผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรม การจัดการในการควบคุมอาการของโรคได้ การสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมที่ดี ส่งเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่ดี[19] และพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลจะส่งเสริมให้เด็กโรคหืดสามารถควบคุมอาการของโรคหืดได้ดี อาจขึ้นกับปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม[15]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลเป็นข้อมูลพื้นฐาน เรื่องของประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหืดที่สะท้อนมุมมองจากประการณ์จริงที่หลากหลาย ในการปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลที่ต้องประเมินผู้ป่วยเด็ก และครอบครัวอย่างเป็นองค์รวม ตามสภาพการณ์จริงของแต่ละครอบครัว เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการของครอบครัว และการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็ก ให้บุคคลากรทางสุขภาพตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างความเข้าใจในการประเมินความรุนแรงของโรคหืดในเด็ก เพื่อให้ผู้ดูแลเข้าใจ และมีพฤติกรรมการจัดการดูแลเด็กป่วยโรคหืดได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้เด็กสามารถ ควบคุมอาการของโรคได้ดีขึ้น

2. การให้ความรู้ และสร้างความเข้าใจในเรื่องการพ่นยาในเด็กโรคหืดของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถพ่นยาได้ถูกต้องตามแนวปฏิบัติ หรือสามารถให้การดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้โดยจัดทำสื่อการสอน หรือจัดทำนวัตกรรมการพ่นยา เผยแพร่ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ หรือโซเชียลมีเดีย (social media) เพราะเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นสื่อกลางให้ผู้ดูแลเด็กโรคหืดได้มีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นต่างๆ ผ่านอินเทอร์เน็ตได้ ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีหลากหลายช่องทางเลือก เหมาะสมกับรูปแบบการใช้ชีวิตในปัจจุบันของผู้ดูแล และสามารถศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเองได้ตลอดเวลา เช่น เฟซบุ๊ก (face book) ยูทิวบ์ (you tube) อินสตาแกรม (instagram) ติ๊กต๊อก (tiktok) ทวิตเตอร์(twitter) และไลน์ (line) เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. สุวัฒน์ เบญจพลพิทักษ์. ผลลัพธ์ทางคลินิกทางคุณภาพชีวิตและทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลระยะยาวในผู้ป่วยเด็กโรคหืดของประเทศไทย [Internet].2554 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: http:// www.tnrr. in.th/?page=result_search&record_id=10427590.
2. Nookong, A., Payakkaraung, S., Pongsaranuntaku, Y., & Chudapongse, S. Caregivers' Management for Children with Asthma. Journal of Nursing Science 2012; 30 (1): 49-60.
3. Cheezum, R. R., Parker, E. A., Sampson, N. R., Lewis, T. C., O'Toole, A., Patton, J., et al.Nightwatch: Sleep Disruption of Caregivers of Children With Asthma in Detroit. Journal of Asthma & Allergy Educators 2013; 4(5): 217-225.
4. GINA guideline, C. Global strategy for asthma management and prevention. 2011[Internet]. [cited 2021 June 3]. Available from: http://guidelines.gov/content.aspx?id=37283.
5. ญาดา สมานชัย. การประเมินผลการมาพ่นยาขยายหลอดลมที่ห้องฉุกเฉินในผู้ป่วยเด็กของโรงพยาบาล วาปีปทุม จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2557. วารสารอายุรศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2557; 2(2): 30- 37.

6. สายพิณ ฤทธิโคตร.ผลลัพธ์การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหืดของโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม 2564; 18 (1): 167-177.
7. Chou,K.R. Care giver burden: A concept analysis. Journal of Pedriatric Nursing 2000; 15(6): 198-407.
8. Zaraket R, Al - Tannir MA, Bin Abdulhak AA, Shatila A, Lababidi H. Parental perceptions and beliefsabout childhood asthma: a cross-sectional study. Croat Med Journal [Internet]. 2011 [cited 2022 June 3]; 52 (5): 637-43. Available from: https://www. ncbi. nlm. nih. gov/ pmc/ articles/ PMC 3195973/.
9. แก้วกาญจน์ เสือรัมย์. การพยาบาลเด็กที่มีความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2564.
10. อัญชลี จันทร์สว่างภูวนะ. ผลสัมฤทธิ์การรักษาหอบหืดในเด็ก ณ โรงพยาบาลบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2559; 25(5): 846-852.
11. อภิชาติ คณิตทรัพย์ และคณะ. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก. กรุงเทพมหานคร: บริษัทยูเนียนอุตราไวโอเร็ต จำกัด; 2555.
12. พัชรี วัฒนชัย และคณะ. ความรุนแรงของโรคหืด พฤติกรรมการจัดการของครอบครัวและการควบคุมอาการของโรคหืดในเด็กของผู้ดูแลในครอบครัว. พยาบาลสาร 2559; 43 (2): 1-12.
13. Wathanachaporn, P., Aree, P., & Lamchang, S. Asthma severity, family management behavior and asthma symptom control in children among family caregivers.Nursing Journal 2015;43 (2): 1-12.
14. Rattanarat, K. Mothers' behavior in care of asthma children 1-5 years, Lang Suan Hospital, Chumphon Province [Master's thesis] Phetchaburi: Phetchaburi Rajabhat University; 2012.
15. สมบูรณ์ จันทร์สกุลพร และคณะ. ตำราโรคหืด พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์ห้างหุ้นส่วนจำกัด; 2556.
16. Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L.Continued development of the family management style framework. Journal of Family Nursing 2012; 18 (1): 11-34.
17. อรอนงค์ ชาวส้าน และคณะ. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการของผู้ดูแลเด็กโรคหืด. พยาบาลสาร 2563; 47 (3): 27-39.
18. Sattabud, M. Asthma knowledge, level of control and quality of life in asthmatic children at Lahansai hospital. Journal of Medicine 2017; 42 (3): 40-46.
19. Zhao, J., Shen, K., Xiang, L., Zhang, G., Xie, M., Bai, J., & Chen, Q. The knowledge, attitudes and practices of parents of children with asthma in 29 cities of China: a multi-center study. Biomedcentral Pediatrics [Internet]. 2013 [cited 2022 July 3]; 30 (20) [1-6]. Available from: https://bmcpediatr. biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2431-13-20.