

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบหืดของผู้ปกครองเด็กโรคหอบหืด โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบหืดระหว่างผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนกับผู้ปกครองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยสรุปรวบรวมสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. โรคหอบหืดในเด็ก
2. พฤติกรรมของผู้ปกครองที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กโรคหอบหืด
3. แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
4. โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก

โรคหอบหืดในเด็ก

ความหมายของโรคหอบหืด

โรคหอบหืด (asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมเป็นผลจากปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันซึ่งมีอิมมูโนโกลบูลินชนิดอี (Immunoglobulin E [IgE]) เป็นแอนติบอดี (antibody) ที่สำคัญเมื่อ IgE ทำปฏิกิริยากับสิ่งก่อภูมิแพ้ (allergen) ที่จำเพาะต่อกัน ทำให้มีการหลั่งสารตัวกลาง (mediator) เช่น ฮิสตามีน (histamine) ลิวโคไตรอินส์ (leukotrienes) มีการเพิ่มของมาสต์เซลล์ (mast cell) อีโอซิโนฟิลล์ (eosinophil) ที ลิมโฟซัยท์ (T Lymphocyte) กระบวนการอักเสบนี้ทำให้หลอดลมหดเกร็งและเกิดอาการหอบหืด (ชลิรัตน์ ติรกวัดเนชัย, 2544; สมชาย โลหะนะกุล, 2545; Liu, Spahn, & Leung, 2004; Weiss & Wright, 2004)

อาการหอบหืดหมายถึงภาวะที่มีอาการไอ แน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หายใจมีเสียงหวีด (wheezing) เหนื่อยหอบหรือหายใจลำบาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลากลางคืนหรือเวลาเช้ามืด และทำให้เยื่อผนังหลอดลมของเด็กมีความไวต่อสารภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าเด็กปกติ อาการเหล่านี้จะเกิดขึ้นทันทีเมื่อได้รับสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดโรค และอาจหายไปได้เองหรือหายไปเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม (ชลีรัตน์ คิเรกวัฒนชัย, 2544; สมชาย สุนทรโลหะนะกุล, 2545; Liu, Spahn, & Leung, 2004; Weiss & Wright, 2004) นอกจากนั้นอาการหอบหืดยังมีอาการเป็นๆ หายๆ (Liu, Spahn, & Leung, 2004)

สาเหตุของโรคหอบหืดในเด็ก

โรคหอบหืดเกิดขึ้นจาก 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค (inducer) ประกอบด้วยปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการเกิดโรค คือทำให้บุคคลนั้นมีภาวะแพ้ (atopy) ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายสร้าง IgE ในปริมาณสูงผิดปกติต่อสิ่งก่อภูมิแพ้ และพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคประมาณร้อยละ 50-60 เนื่องจากการสร้าง IgE และกระบวนการอักเสบเกี่ยวข้องกับไซโตไคน์ (cytokines) หลายตัว ทำให้หลอดลมมีความไวต่อสิ่งก่อภูมิแพ้หรือมีปฏิกิริยาไวเกิน (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2537; มุขิตา ตระกูลทิวากร, 2544) ปัจจัยต้นเหตุ (causal factors) ได้แก่สารก่อภูมิแพ้ซึ่งพบได้ภายในอาคาร เช่น ไรฝุ่น ฝุ่นบ้าน เชื้อรา แมลงสาบ น้ำลายปัสสาวะหรืออุจจาระของแมว สุนัขในบ้าน สารก่อภูมิแพ้ภายนอกอาคาร เช่น เกสรดอกไม้ ดอกหญ้าหรือวัชพืช เด็กที่ได้รับสารก่อภูมิแพ้เป็นประจำจะมีโอกาสเป็นโรคหอบหืดได้มาก (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2537; มุขิตา ตระกูลทิวากร, 2544) ปัจจัยเสริม (contributing factors) ได้แก่ การติดเชื้อทางเดินหายใจโดยเฉพาะในเด็กเล็ก การได้รับควันบุหรี่ มลพิษทางอากาศทั้งภายในและภายนอกอาคาร เด็กที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยกว่าปกติ (มุกดา หวังวีรวงศ์, 2537; มุขิตา ตระกูลทิวากร, 2544)

สาเหตุสำคัญที่กระตุ้นให้เด็กที่เป็นโรคหอบหืดมีอาการหอบหืดกำเริบเฉียบพลัน (triggers) และอาจมีอาการรุนแรงมากขึ้นคือ ไรฝุ่นซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคหอบหืดร้อยละ 85 มีอาการหอบหืดจากอุจจาระของตัวไรฝุ่น (Mudd, 1995) นอกจากนั้นสาเหตุจากสิ่งที่แพ้หรือสิ่งที่ทำให้ระคายเคืองหรือสิ่งกระตุ้นต่างๆ ทั้งภายในอาคารและภายนอกอาคาร สิ่งกระตุ้นภายในอาคาร เช่น ฝุ่นบ้าน ฝุ่นจากที่นอน หมอน ผ้าห่ม ผ้าผืน ฝุ่นแป้ง ตุ๊กตาที่มีขน กลิ่นบางชนิด เช่น กลิ่นน้ำหอม กลิ่นน้ำยาทำความสะอาดบ้าน กลิ่นน้ำยาทำความสะอาดสุขภัณฑ์ กลิ่นสี กลิ่นรูป กลิ่นยาฆ่าแมลง อาหารบางชนิด เชื้อรา แมลงสาบ ขน รังแค น้ำลาย ปัสสาวะหรืออุจจาระของสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน

สิ่งกระตุ้นภายนอกอาคาร ได้แก่ เกสรดอกไม้ หญ้าหรือวัชพืช สารพิษในอากาศ เช่น โอโซน ไซยาเนต ยาฆ่าแมลง ผงซักฟอก ออกไซด์ของไนโตรเจนซัลเฟอร์ สารไฮโดรคาร์บอน ควันทากท่อไอเสียรถ ควันท่อไฟ สารเคมี และโอโซนที่มาจากโรงงานอุตสาหกรรม เมื่อเด็กโรคหอบหืดสูดดมสารเหล่านี้เข้าไปจะเกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ (มุกดา หวังวิรวงศ์, 2537; มุขิตา ตระกูลทิวากร, 2544; อรทัย จิรพจนานุกรักษ์ และมนตรี ตูจันดา, 2542; Kabessch & Mutius, 2002) และสาเหตุอื่นๆ ได้แก่ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งไวรัสตัวสำคัญได้แก่ซินไซเซียล (Respiratory syncytial virus [RSV]) (Chiocca, 1994) นอกจากนี้ไวรัสไข้หวัดใหญ่ (Parainfluenza) และไรโนไวรัส (Rhinovirus) ก็เป็นสาเหตุทำให้ติดเชื้อทางเดินหายใจด้วยเช่นกัน เชื้อเหล่านี้จะกระตุ้นให้มีไวรัสที่มีปฏิกิริยาเฉพาะกับอิมมูโนโกลบูลินอี แอนติบอดี (virus-specific IgE antibody) ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดการหลั่งสารตัวกลาง (mediator release) และมีการตอบสนองต่อสิ่งก่อภูมิแพ้ ทำให้มีการหลั่งสารตัวกลางการอักเสบเพิ่มขึ้นและทำให้หลอดลมหดรัดเกร็งมีอาการหอบหืดได้ ในเด็กเล็กที่ป่วยเป็นโรคหลอดลมฝอยอักเสบจากการติดเชื้อ RSV จะมีโอกาสเป็นโรคหอบหืดได้ (มุกดา หวังวิรวงศ์, 2537; อรทัย จิรพจนานุกรักษ์ และมนตรี ตูจันดา, 2542; Kabessch & Mutius, 2002) อาหารบางชนิดก็ทำให้เกิดอาการแพ้และเกิดอาการหอบหืดเฉียบพลันได้ เช่น นม ไข่ขาว ถั่วลิสง ผงชูรส อาหารทะเล กุ้ง ผลไม้แห้ง สุรา เบียร์ ไวน์ (มุกดา หวังวิรวงศ์, 2537; มุขิตา ตระกูลทิวากร, 2544; อรทัย จิรพจนานุกรักษ์ และมนตรี ตูจันดา, 2542; Kabessch & Mutius, 2002)

นอกจากนี้ยังมีสาเหตุสำคัญอื่นๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความเครียด ความวิตกกังวล โกรธ ซึมเศร้า ตกใจ ตื่นเต้น แม้แต่การหัวเราะหรือร้องไห้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงอารมณ์อาจทำให้มีการหายใจเร็วมากเกินไป ร่างกายมีการระบายอากาศเร็วเกินไปส่งผลให้ร่างกายมีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ออกมากเกินไป ภาวะนี้ทำให้ทางเดินหายใจตีบแคบลงได้ (มุกดา หวังวิรวงศ์, 2537; มุขิตา ตระกูลทิวากร, 2544; อรทัย จิรพจนานุกรักษ์ และมนตรี ตูจันดา, 2542; Kabessch & Mutius, 2002) การเปลี่ยนแปลงของอากาศอย่างรวดเร็ว เช่น สภาพอากาศที่มีความชื้นสูง ความกดอากาศสูง อากาศร้อนจัดเป็นเย็นจัด หรืออากาศเย็นจัดเป็นร้อนจัด การเปลี่ยนแปลงอากาศเช่นนี้จะทำให้หลอดลมเกิดการหดเกร็งและเกิดอาการหอบได้อย่างเฉียบพลัน (มุกดา หวังวิรวงศ์, 2537; มุขิตา ตระกูลทิวากร, 2544; อรทัย จิรพจนานุกรักษ์ และมนตรี ตูจันดา, 2542) และหลังการออกกำลังกายอย่างหนักประมาณ 6 นาทีขึ้นไป หลอดลมจะขยาย สมรรถภาพของปอดจะมีการเปลี่ยนแปลงโดยปริมาณอากาศในการหายใจออกใน 1 นาที (forced expiratory volume in one second [FEV₁]) เพิ่มขึ้น หลอดลมจะมีการหดเกร็งตามมา FEV₁ จะลดลง หลังจากหยุดออกกำลังกายสมรรถภาพของปอดจะกลับคืนสู่ภาวะปกติประมาณ 30-45 นาที ซึ่งยังไม่ทราบกลไกการเกิดที่แน่ชัด แต่อาจเกิดจากการหายใจเร็ว ทำให้น้ำถูกขับออกจากทางเดินหายใจและการ

เปลี่ยนแปลงของออสโมลาริตี (osmolality) ในหลอดลม (เสาวนีย์ จำเดิมเผด็จศึก, 2542) บางทฤษฎีเชื่อว่าปอดจะหลั่งสารเคมีบางชนิดระหว่างการออกกำลังกาย เช่น ฮีสตามีน อเซติลโคลีน ซึ่งสารเหล่านี้จะทำให้หลอดลมหดเกร็ง และพบว่าในเด็กเล็กการออกกำลังกายอย่างหนักทำให้มีอาการหอบหืดเฉียบพลันได้เร็วกว่าเด็กโต (อรัญญ์ จิรพจนานุกรักษ์ และ มนตรี ผู้จินดา, 2542) ยาและสารเคมีบางชนิด เช่น เมตาโคลีน ฮีสตามีน อเซติลโคลีน เมื่อได้สูดดมละอองยาเหล่านี้จะทำให้หลอดลมหดเกร็งทันที ส่วนแอสไพรินอาจเกิดอาการหอบหืดได้หลังจากการได้รับยา (มุกดา หวังวิรวงศ์, 2537; มุขिता ตระกูลทิวากร, 2544; อรัญญ์ จิรพจนานุกรักษ์ และมนตรี ผู้จินดา, 2542; Kabesch & Mutius, 2002)

อาการและอาการแสดงของโรคหอบหืดในเด็ก

อาการของโรคหอบหืดในเด็กที่เกิดขึ้นจะมีอาการไอ เหนื่อยหอบ หายใจลำบาก หายใจมีเสียงหวีด โดยเฉพาะอย่างยิ่งตอนหายใจเข้าหรือหายใจออกแรงๆ มักมีอาการหอบเหนื่อยซ้ำๆ หลายๆ ครั้ง และส่วนใหญ่มักเกิดในเวลากลางคืนหรือเช้านี้ อาการดีขึ้นเองหรือหลังจากได้รับยาขยายหลอดลม และมักเกิดขึ้นตามหลังการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจหรือหลังออกกำลังกาย หรือได้รับสารระคายเคืองหรือสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการแพ้ ถ้าเด็กที่มีอาการเรื้อรังนานๆ จะมีหน้าอกโป่ง (คณะกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรกระบบหายใจและโรคภูมิแพ้ในเด็ก, 2544; เสาวนีย์ จำเดิมเผด็จศึก, 2542; Liu, Spahn, & Leung, 2004)

การประเมินระดับความรุนแรงของอาการหอบหืดในเด็กเล็กทำได้ยาก เนื่องจากเด็กเล็กไม่สามารถบอกหรือสื่อสารกับผู้ดูแลถึงอาการเจ็บป่วยของตนได้ การประเมินอาการจึงมีความสำคัญอย่างมาก (ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, 2547) องค์การอนามัยโลกร่วมกับ NHLBI (National Lung and Blood Institute) ในประเทศไทยได้สร้างเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของอาการหอบหืดแบบเฉียบพลันตามแนวทางสากลที่องค์การอนามัยโลกเป็น 4 ระดับ (WHO อ้างใน ชลีรัตน์ ดิเรกวัฒนชัย, 2547) ได้แก่ โรคหอบหืดที่มีระดับอาการหอบหืดเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยจะมีอาการหอบหืดน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ มีอาการกำเริบเป็นช่วงสั้นๆ มีอาการหอบหืดในตอนกลางคืนต่ำกว่า 2 ครั้งต่อเดือน และในช่วงที่ไม่มีอาการหอบหืดจะมีสมรรถภาพปอดปกติ ปริมาตรลมที่เป่าออกทั้งหมดด้วยความเร็ว แรงและนานที่สุดใน 1 ครั้ง (peak respiratory flow [PEF]) หรือปริมาณอากาศในการหายใจออกใน 1 นาที (forced expiratory volume in one second [FEV₁]) $\geq 80\%$ ระดับอาการรุนแรงน้อย ผู้ป่วยมีอาการหอบหืดมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์แต่ไม่ได้มีอาการหอบหืดทุกวัน อาการกำเริบอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอน มีอาการหอบหืดในตอนกลางคืนมากกว่า 2

ครั้ง ต่อเดือน และใช้ยาพ่นขยายหลอดลม (β -agonist) ชนิดออกฤทธิ์สั้นทุกวัน PEF หรือ $FEV_1 \geq 80\%$ ระดับอาการรุนแรงปานกลาง ผู้ป่วยจะมีอาการหอบหืดทุกวัน อาการกำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอน มีอาการหอบหืดในตอนกลางคืนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์และใช้ยาพ่นขยายหลอดลม (β -agonist) ชนิดออกฤทธิ์สั้นทุกวัน PEF หรือ $FEV_1 > 60\% - < 80\%$ ระดับอาการรุนแรงมาก ผู้ป่วยจะมีอาการหอบตลอดเวลา มีอาการกำเริบและหอบหืดกลางคืนบ่อยมาก กิจกรรมต่างๆของผู้ป่วยจะถูกจำกัดด้วยอาการหอบ PEF หรือ $FEV_1 \leq 60\%$ (ปกิต วิชยานนท์, เกลิมชัย บุญยะสิทธิ์พรณ, อัญชลี เข้มศรีกุล, จิตลัดดา ดีโรจน์วงศ์ และ ไพศาล เลิศฤดีพร, 2543) หรือสามารถประเมินความรุนแรงจากอาการทางคลินิกคืออาการเล็กน้อย จะมีอาการไอ หายใจมีเสียงหวีดเบาๆ หายใจไม่ลำบากมาก สามารถพูดได้เป็นประโยคได้ไม่ลำบาก อาการปานกลางจะมีอาการไอตลอดเวลาหรือไอถี่ หายใจมีเสียงหวีดดัง หายใจลำบากอย่างชัดเจน สามารถพูดได้เพียงประโยคสั้นๆ อาการรุนแรง จะมีอาการกระสับกระส่าย ภาวะเหนื่อยมาก หายใจไม่ได้ยินเสียงหวีด หายใจลำบากมาก บางครั้งต้องหายใจเป็นเฮือกๆ เหนื่อยมากจนพูดได้เป็นคำๆ อาจมีอาการหน้าซีด เหงื่อออกมาก ริมฝีปากคล้ำ (พรทิพย์ ศิริบุญรัตน์พัฒนา, 2544)

สรุปได้ว่าอาการสำคัญของโรคหอบหืดคืออาการไอ หายใจเหนื่อยหอบ หายใจมีเสียงหวีด มักเป็นๆหายๆ และมีความรุนแรงของอาการแตกต่างกัน อาจมีอาการรุนแรงคือหายใจลำบากและหายใจล้มเหลวได้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของเด็กและครอบครัวเป็นอย่างมาก

ผลกระทบของโรคหอบหืดต่อเด็กและครอบครัว

โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่มีผลต่อเด็กทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ พัฒนาการ และคุณภาพชีวิตของเด็ก และครอบครัวของเด็กดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวเด็ก

1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เด็กที่มีอาการหอบหืดบ่อยๆจะทำให้สมรรถภาพของปอดลดลงโดยที่สัดส่วนของปริมาณอากาศในการหายใจออกใน 1 นาที (forced expiratory volume in one second [FEV_1]) และปริมาตรสูงสุดของอากาศจากการหายใจออกที่เร็วและแรง 1 ครั้ง (forced vital capacity [FVC]) ลดลง (Strunk et al., 2006) ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง (Juniper, 2003) อาจมีอาการรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวและเสียชีวิตได้ (อรุณวรรณ พุทธิพันธุ์ และกัลย์ กาลวันตวานิช, 2545) อาการหอบหืดทำให้เด็กมีความสามารถในการทำกิจกรรมหรือเล่นลดลง (Juniper, 2003) ทำให้รบกวนการนอนและทำให้เด็กขาดการออกกำลังกาย ขาดเรียน (Gustafsson, Watson, Davis, & Rabe, 2006; Maier, Arrighi, Morray, Llewlynn, &

Redding, 1998) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของการหายใจขณะจับหืด หลอดลมจะตีบแคบทำให้อากาศเข้าปอดได้แต่ออกจากปอดน้อยลงเกิดภาวะขาดออกซิเจน (hypoxemia) ภาวะขาดออกซิเจนอาจรุนแรงจนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory failure) ได้ อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะที่มีอากาศในช่องเยื่อหุ้มปอด (pneumothorax) มีภาวะ pneumomediastinum ร่วมด้วย (ปกติ วิชยานนท์, 2543; สมรัก รังคกุลนุวัฒน์, 2548) การได้รับยารักษาโรคหอบหืดประเภทสเตียรอยด์ในขนาดสูงๆ เป็นเวลานานจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็กได้ (Allen, 2002; Skoner, et al., 2000) รวมทั้งเด็กที่มีภาวะหอบหืดและหายใจลำบากบ่อยๆ ก็มีผลทำให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้าและอาจทำให้มีการติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจบ่อยและมีอาการรุนแรง ภาวะติดเชื้อก็มีผลทำให้มีภาวะหายใจลำบากเช่นกัน (ชลีรัตน์ ฉิเรกวัฒนชัย, 2542)

1.2 ผลต่อจิตใจเด็ก โรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่ทราบว่าจะเกิดอาการหอบขึ้นได้เมื่อใด เป็นโรคที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจ เด็กจะเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เครียด รู้สึกความมีคุณค่าของตนเองลดลงและเมื่อเกิดความรู้สึกเหล่านี้เด็กก็จะมีอาการหอบหืดได้ อีก เด็กที่มีอาการหอบจะรู้สึกว่าตนเองแตกต่างจากคนอื่น เด็กจะอาจมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา (Halfon & Newacheck, 2000) เด็กพยายามที่จะดำเนินชีวิตให้ปกติมากที่สุด บางเวลาเด็กจะรู้สึกว่าตนเองเป็นบุคคลภายนอกที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมและจะรู้สึกโดดเดี่ยว หม่นหมอง หมดหวัง โกรธ และกลัว (Rydstrom, Englund, & Sandman, 1999) เด็กที่มีภาวะหายใจลำบากเป็นอาการที่ตกอยู่ในภาวะอันตราย เด็กจะมีความเครียดและความวิตกกังวล กลัวเป็นอย่างมาก (Calam, Gregg, Simpson, Morris, Woodcock, & Custovic, 2003) นอกจากนี้ผู้ปกครองบางคนอาจจะแสดงออกโดยปกป้องและตามใจเด็กมากเกินไป ทำให้เด็กมีความอดทนน้อย ขาดความมั่นใจในตนเอง ปรับตัวต่อสถานการณ์สิ่งแวดล้อมได้ยาก (Halfon & Newacheck, 2000)

1.3 ผลกระทบด้านพัฒนาการ เด็กโรคหอบหืดมักถูกจำกัดกิจกรรมเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย ทำให้เด็กไม่ค่อยได้ทำกิจกรรมหรือเล่นกับเพื่อนๆ และมักถูกผู้ปกครองหรือครูไม่อนุญาตให้เล่นหรือทำกิจกรรมมากเพราะกลัวว่าจะมีอาการหอบหืดเฉียบพลันได้ ทำให้มีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม (Wong & Whaley, 1995)

1.4 ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก โรคหอบหืดมีผลกระทบต่อพัฒนาการด้านร่างกายและจิตใจเด็กมากที่สุดทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กเหล่านี้ลดต่ำลง (Chiang, 2005)

2. ผลกระทบต่อผู้ปกครอง เนื่องจากผู้ปกครองเป็นผู้ดูแลและอยู่ใกล้ชิดเด็กมากที่สุด ผู้ปกครองมักจะกลัว เครียดและวิตกกังวลอาการของเด็กที่ตกอยู่ในภาวะหายใจลำบาก (Parker-Oliver, 2005) ภาวะไม่แน่นอนของอาการหอบหืดส่งผลให้ครอบครัวมีความเครียดสูงถึงขั้นมีผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและมีผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว (Gaioni,

Fisher, & Struck; Halfon & Newacheck, 2005) ผู้ปกครองมีความเครียด วิตกกังวล (Brown et al., 2006; Englund, Rydstrom, & Norberg, 2001; Wright et al., 2004) มีชีวิตอยู่กับความรู้สึกไม่แน่นอน และมีความทุกข์เนื่องจากจำเป็นต้องดูแลเด็กอย่างใกล้ชิดและไม่ทราบว่าอาการหอบหืดจะเกิดขึ้นเวลาใดในแต่ละวัน (Englund et al., 2001) รมกวนการนอนของผู้ปกครอง (Wright et al., 2004) ผู้ปกครองบางคนดูแลตนเองลดลง ความผูกพันในครอบครัวลดลง (Svavarsdottir & Rayens, 2005) นอกจากนั้นยังมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจในครอบครัวเพราะครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตรเพิ่มมากขึ้นตลอดจนต้องขาดงานเพื่อดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด (Laforest et al., 2004; Englund et al., 2001) เมื่อเด็กนอนรักษาในโรงพยาบาลครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา เสียเวลาทำงานที่ต้องคอยดูแลเด็ก ทำให้ขาดรายได้ (Parker-Oliver, 2005)

จะเห็นได้ว่าโรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย จิตใจของเด็กและผู้ปกครอง ตลอดจนเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างมาก ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงต้องมีการป้องกันไม่ให้เกิดอาการหอบหืดในเด็ก เพื่อลดการเกิดอาการหอบหืดลงซึ่งอาจทำให้เด็กมีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถลดปัญหาต่างๆ ดังที่กล่าวมาได้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมและการสอบถามผู้ปกครองพบว่ายังมีผู้ปกครองที่ยังป้องกันอาการหอบหืดในเด็กไม่เหมาะสมซึ่งจะมีผลทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการหอบหืดในเด็กได้

ปัญหาของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก

เด็กที่ป่วยด้วยโรคหอบหืดซึ่งเป็นโรคเรื้อรังต้องการการดูแลจากผู้ปกครองอย่างมาก ที่ผ่านมายังมีเด็กโรคหอบหืดได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม เช่น ผู้ปกครองไม่ได้ดูแลให้เด็กได้รับยารักษาอาการหอบหืดต่อเนื่องร้อยละ 38.3 ดูแลเด็กให้ได้รับยารักษาโรคหอบหืดไม่ถูกต้องร้อยละ 20.7 ให้เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีสิ่งกระตุ้นการเกิดอาการหอบหืดร้อยละ 47.7 เด็กอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีบุหรี่ร้อยละ 24.4 (Warman, Silver, & Wood, 2006) ผู้ปกครองพร่องความรู้ในการดูแลเด็กโรคหอบหืด (Fadzil & Norzila, 2002; Lee, Brugg, Phan, & Woodin, 2007) นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ปกครองมีความสามารถในการตัดสินใจการดูแลเด็กไม่มากนัก เช่น การประเมินอาการหอบหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้มีอาการหอบหืด ผู้ปกครองไม่ได้ตระหนักว่าเด็กโรคหอบหืดที่ออกกำลังกายต้องใช้ยาเพิ่มขึ้น เป็นต้น สาเหตุดังกล่าวจึงทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้อง ไม่เหมาะสม (Meng & McConnell, 2002)

ส่วนในประเทศไทยถึงแม้ว่าผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดและพฤติกรรมการดูแลเด็กอยู่ในระดับสูง (สุริพร แซ่เฮง และสุกัลยา คุณกิตติ, 2541; รัตนาวดี ขอนตะวัน, 2545)

แต่ยังมีผู้ปกครองส่วนหนึ่งที่มีพฤติกรรมการดูแลไม่ถูกต้องไม่เหมาะสม (รัตนาวดี ขอนตะวัน, 2545; สุกัญญา สร้างนอก, 2543; สุริพร แซ่เฮง และสุกัลยา คุณกิตติ, 2541) เช่น ดูแลสิ่งแวดล้อมไม่ถูกต้อง (สุกัญญา สร้างนอก, 2543) การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อลดสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดอยู่ในระดับต่ำ (รัตนาวดี ขอนตะวัน, 2545; สุริพร แซ่เฮง และสุกัลยา คุณกิตติ, 2541) ผู้ปกครองมีการรับรู้ไม่ถูกต้องบางส่วน เช่น รับรู้ว่าขนสัตว์ ฝุ่นในบ้าน ควันบุหรีไม่ใช่สิ่งกระตุ้นทำให้เกิดอาการหอบหืด ยังใช้เครื่องนอนที่เป็นนุ่น รับรู้ว่ายาพ่นป้องกันอาการหอบหืดอันตราย ไม่กล้าพ่นยาให้เด็กทุกวัน (สุริพร แซ่เฮง และสุกัลยา คุณกิตติ, 2541) และผู้ปกครองยังรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กไม่มากพอ มารดาร้อยละ 31.25 ไม่มั่นใจว่าบุตรแพ้อะไร ร้อยละ 30 ไม่มั่นใจในการดูแลเรื่องการสังเกตและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืดและการติดเชื้อทางเดินหายใจ ร้อยละ 28.75 ไม่มั่นใจในการดูแลเรื่องการหลีกเลี่ยงควันบุหรีและควันพิช ร้อยละ 13.5 ไม่เคยให้ทำอะไรนอกจากให้ยาเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 10 ไม่เคยดูแลบุตรในการเล่นหรือออกกำลังกายเลย และร้อยละ 22.5 ไม่มั่นใจเรื่องการดูแลบุตรขณะมีอาการหอบหืด มารดาส่วนใหญ่จะรู้สึกกลัวและตกใจจนทำอะไรไม่ถูกและให้ยายายหลอดลมเพียงอย่างเดียวแต่ไม่ทราบว่าควรจะทำอย่างไรต่อไป (กิตติมา สำราญไชยธรรม, 2541)

จะเห็นได้ว่าปัญหาของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กที่สำคัญคือยังมีพฤติกรรมการดูแลเด็กที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้ในการดูแลเด็ก ไม่กล้าหรือไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลเด็กเหล่านี้ และจากการที่ผู้วิจัยได้สอบถามผู้ปกครองถึงปัญหาในการดูแลเด็กโรคหอบหืดที่โรงพยาบาลเชิงรสายประชาชนุเคราะห์ในปีพ.ศ. 2548 พบว่าผู้ปกครองมีความรู้ในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กอยู่ในระดับดี แต่ผู้ปกครองยังมีพฤติกรรมการดูแลเด็กเหล่านี้ไม่เหมาะสมซึ่งอาจเนื่องมาจากความไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก ดังนั้นเพื่อให้เด็กเหล่านี้มีอาการหอบหืดลดลง ลดการเข้ารักษาด้วยอาการหอบหืดที่โรงพยาบาล ลดการใช้ยารักษาโรคหอบหืด เด็กมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติ เช่นเดียวกับเด็กคนอื่นๆ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และยังลดภาระของผู้ปกครองในการดูแลเด็กลง ผู้ปกครองจึงควรมีความมั่นใจในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กซึ่งอาจจะทำให้พฤติกรรมการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

พฤติกรรมของผู้ปกครองที่ถูกต้องเหมาะสมในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก

การรักษาโรคหอบหืดในเด็กที่ดีควรป้องกันการเกิดอาการหอบหืด ในเด็กต้องให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลโดยให้ความรู้และจัดแผนการดูแลรักษาแก่ผู้ปกครองในการที่จะ

ประเมินความรุนแรงของอาการหอบหืด การให้ยาขยายหลอดลม การประเมินผลการรักษาและการพาเด็กไปพบแพทย์ ส่วนระยะเรื้อรังรักษาโดยการให้ยาขยายหลอดลม การให้ยาต้านการอักเสบและการป้องกันการเกิดอาการหอบหืดโดยการควบคุมปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด (ปกิต วิชยานนท์, เฉลิมชัย บุญยะสิทธิ์พรณ, อัญชลี เชียงศรีกุล, จิตลัดดา ศิโรจน์วงศ์ และไพศาล เลิศฤดีพร, 2543) โดยเฉพาะอย่างยิ่งเด็กอายุ 1-6 ปี เป็นวัยที่ต้องการการดูแลปกป้องจากผู้ดูแลมาก เนื่องจากยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้มากนักและเป็นวัยที่มีความกลัวเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์แปลกใหม่หรืออาการเจ็บป่วย (Wong & Whaley, 1995) จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ปกครองควรมีพฤติกรรมป้องกันการเกิดอาการหอบหืดในเด็กอายุ 1-6 ปี ดังนี้

การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด

ผู้ปกครองควรทราบว่าอะไรเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เด็กมีอาการหอบหืด เมื่อทราบว่าเด็กแพ้สิ่งใดแล้วจะต้องพยายามหลีกเลี่ยงสิ่งนั้นๆ เพื่อป้องกันไม่ให้เด็กมีอาการหอบหืดเกิดขึ้นและควรปฏิบัติดังนี้

1. ไม่เลี้ยงสัตว์เลี้ยงที่มีขนไว้ในบ้าน เช่น สุนัข แมว นก เป็นต้น หลีกเลี่ยงการใช้หรือสัมผัสกับผลิตภัณฑ์ที่มาจากสัตว์ เช่น หนังสัตว์ แปรังขนนก ฝ้ายขนนก ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะมีสารก่อภูมิแพ้ที่เป็นสาเหตุชักนำให้เกิดอาการหอบหืดได้ (ปกิต วิชยานนท์ และคณะ, 2543; อรทัย จิรพงศานานุรักษ์ และมนตรี ตูจินดา, 2542; Morgan et al., 2004)

2. จัดบ้านให้โล่ง สะอาดอยู่เสมอ โดยเฉพาะจัดห้องนอนเด็กให้มีของน้อยชิ้น เพื่อความสะดวกต่อการทำความสะอาด ซึ่งควรปฏิบัติดังนี้

- 2.1 จัดห้องนอนเด็กให้โล่ง โปร่งสบาย แสงแดดส่องถึงและเช็ดถูห้องนอนด้วยผ้าชุบน้ำทุกวัน ไม่กวาดหรือปัดฝุ่นเพราะจะทำให้ฝุ่นฟุ้งกระจายและดูแลให้เด็กอยู่ห่างจากบริเวณที่กำลังทำความสะอาด (Morgan et al., 2004)

- 2.2 ไม่ใช่หมอน ที่นอน ฝ้ายห่ม หรือเครื่องนอนอื่นๆที่ทำด้วยขนหรือขนสัตว์ อาจแก้ไขด้วยการหุ้มด้วยพลาสติกหรือใช้ชนิดที่ทำด้วยใยสังเคราะห์หรือฟองน้ำ โดยเฉพาะการคลุมที่นอนด้วยผ้าคลุมที่นอนเส้นใยแน่นจะป้องกันไรฝุ่นได้ดี (อรทัย จิรพงศานานุรักษ์ และมนตรี ตูจินดา, 2542) นำที่นอนตากแดดบ่อยๆ ซักผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนด้วยน้ำร้อนประมาณ 60 องศาเซลเซียส สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อฆ่าตัวไรฝุ่น ส่วนผ้าห่ม ผ้าคลุมเตียงควรซัก 2 สัปดาห์ต่อครั้ง (Morgan et al., 2004) ทำความสะอาดผ้าปูที่นอนด้วยน้ำร้อนเป็นระยะๆ (ปกิต วิชยานนท์ และ คณะ, 2543)

2.3 หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องเรือนหรือของเล่นที่สะสมฝุ่น เช่น ตุ๊กตามิخن หนังสือพรม เป็นต้น (ปกิต วิชยานนท์ และ คณะ, 2543; Morgan et al., 2004)

3. หลีกเลี่ยงการจัดอาหารที่เด็กรับประทานแล้วเกิดอาการแพ้หรืออาการหอบหืดให้แก่เด็ก

4. สังเกตว่าเด็กแพ้ยาชนิดใดบ้างและแจ้งให้แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ทราบในการตรวจรักษาทุกครั้ง

5. กำจัดซากแมลงสาบภายในบ้านเพราะเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการหอบหืดได้ (Kuster, 1996; Morgan et al., 2004)

6. ดูแลให้เด็กอยู่ในสถานที่ปลอดโปร่ง สะอาด อากาศถ่ายเทดี ไม่ให้เด็กอยู่ในบริเวณที่มีสารระคายเคืองหรือก่อให้เกิดอาการแพ้ เช่น ควันไฟ ควันบุหรี่ ควันท่อไอเสีย กลิ่นน้ำหอม กลิ่นน้ำยาทำความสะอาดห้องน้ำ กลิ่นน้ำยาทำความสะอาดพื้น กลิ่นยากันยุง ฝุ่นละออง เกสรดอกไม้ (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา, 2544; Morgan et al., 2004)

7. ดูแลไม่ให้เด็กได้สัมผัสสภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลงเร็วเกินไป ดูแลให้เด็กสวมเสื้อผ้าให้อบอุ่นเมื่อมีอากาศเย็น เนื่องจากความเย็นอาจกระตุ้นให้เด็กมีอาการหอบหืดได้ (พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา, 2544)

การดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรงเป็นสิ่งสำคัญที่จะป้องกันไม่ให้เด็กมีอาการหอบหืด ผู้ปกครองควรปฏิบัติดังนี้

1. ดูแลเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการหอบหืด โดยดูแลดังนี้

รักษาความสะอาดปากและฟันเพื่อลดและป้องกันการติดเชื้อในช่องปากลงไปทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้กับผู้ที่ป่วย (ทิฆัมพร มัจฉาชีพ, ชมชื่น ทักษาศาสตร์, และ ชูทิมา อนันตชัย, 2542)

หลีกเลี่ยงการพาเด็กไปในสถานที่แออัด (ปกิต วิชยานนท์ และคณะ, 2543; Chiocca, 1994)

ดูแลเด็กไม่ให้สัมผัสกับสารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่เป็นหวัด เช่น น้ำมูก เสมหะ โดยดูแลเด็กไม่ให้ใช้ของใช้ เช่น เสื้อผ้า ผ้าเช็ดตัว ผ้าเช็ดหน้าร่วมกับผู้อื่น (ปกิต วิชยานนท์และคณะ, 2543; Chiocca, 1994)

ให้เด็กหยุดไปโรงเรียนหรือสถานรับเลี้ยงเด็กเมื่อเด็กมีอาการหวัดหรือเป็นไข้หวัดจนกว่าเด็กจะมีอาการดีขึ้น (ปกิต วิชยานนท์, 2543; Chiocca, 1994)

ดูแลเด็กให้มีสุขภาพแข็งแรงอยู่เสมอ ด้วยการจัดให้เด็กได้รับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนทั้งปริมาณและครบทุกหมู่ (ปกิต วิชยานนท์, 2543; Chiocca, 1994)

ควรพาเด็กไปฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (ปกิต วิชยานนท์, 2543; Chiocca, 1994)

2. เด็กที่ทำตามคำสั่งได้ให้สอนวิธีการหายใจเพื่อให้อากาศเข้าปอดมากที่สุดจะทำให้ปอดขยายเต็มที่โดยวิธีแรกเป็นการใช้กล้ามเนื้อกระบังลมในหายใจโดยให้เด็กยืนตัวตรง ไหล่ไม่ห่อวางฝ่ามือทั้งสองซีกกันบนหน้าท้อง สูดหายใจเข้าทางจมูกให้หน้าท้องป่องออกแล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ ยาวๆ หน้าท้องจะค่อยๆยุบลง และวิธีที่สองเป็นการหายใจด้วยทรวงอกด้านข้างเพื่อเพิ่มความสามารถในการเคลื่อนไหวทรวงอกให้มากขึ้น ช่วยขับเสมหะโดยให้เด็กวางมือบนด้านข้างของทรวงอกส่วนล่าง แล้วหายใจเข้า หายใจออกเหมือนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลม วิธีที่สามเป็นการใช้กล้ามเนื้อทรวงอกส่วนบนในการหายใจโดยวางมือบนหน้าอกใต้กระดูกไหปลาร้า ใช้ปลายนิ้วมือกดลงเบาๆ หายใจให้ทรวงอกส่วนบนขยายตัวแล้วค่อยๆ หายใจออกช้าๆ จนทรวงอกส่วนนี้ยุบให้มากที่สุด (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2549)

3. การดูแลเด็กในการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วันและให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของเด็ก เด็กโรคหอบหืดออกกำลังกายได้ดีในที่ที่มีอากาศชื้นและอบอุ่น ควรเลือกการออกกำลังกายที่ทำให้มีอาการหอบหืดน้อย เด็กโรคหอบหืดอายุ 1-6 ปีสามารถออกกำลังกายได้หลายประเภท เช่น การเดิน กระโดด วิ่ง เต้นแอโรบิก ว่ายน้ำในน้ำอุ่น เล่นเครื่องเล่นต่างๆ ซึ่งผู้ปกครองอาจต้องชักชวนให้เล่นหรือร่วมเล่นกับเด็กและอาจต้องมีสิ่งจูงใจในการเล่นด้วย (พันทิพา สิริรัตนันท์, 2549) การออกกำลังกายก็เป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยให้สมรรถภาพร่างกายเด็กแข็งแรง เมื่อออกกำลังกายสม่ำเสมอก็จะทำให้ระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบหายใจทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกายโดยเฉพาะกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจแข็งแรงขึ้นทำให้ลดการเกิดอาการหอบหืด ลดการใช้ยาขยายหลอดลม (ไพศาล เลิศฤดีพร และ พันทิพา สิริรัตนันท์, 2549; Holloway & Ram, 2006) เด็กควรได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตามการออกกำลังกายอาจทำให้เกิดอาการหอบหืดกำเริบได้ถ้าออกกำลังกายด้วยวิธีไม่เหมาะสม ดังนั้นการดูแลเด็กในการออกกำลังกายผู้ปกครองควรปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

3.1 ดูแลเด็กให้ได้รับยาควบคุมอาการหอบหืดตามแผนการรักษาของแพทย์เป็นประจำหรือควรขอคำแนะนำจากแพทย์ในการให้เด็กออกกำลังกาย (ปกิต วิชยานนท์, 2543; ไพศาล เลิศฤดีพร และ พันทิพา สิริรัตนันท์, 2549)

3.2 พ่นยาขยายหลอดลมก่อนเริ่มออกกำลังกายประมาณ 15-30 นาทีก่อนออกกำลังกาย (ปกิต วิชยานนท์ และ คณะ, 2543; ไพบาส เลิศฤดีพร และ พันทิพา สิริรัตนันท์, 2549)

3.3 ดูแลเด็กในการอบอุ่นร่างกาย (warm up) โดยการเคลื่อนไหวร่างกายเบาๆ หรือ การยืดเกร็งกล้ามเนื้อ ประมาณ 10-15 นาทีก่อนออกกำลังกายและให้ค่อยๆ ผ่อนคลาย (cool down) โดยการออกกำลังกายเบาๆ และช้าลงเรื่อยๆ ประมาณ 5 นาทีไม่หยุดออกกำลังกายทันที ควรใช้เวลาออกกำลังกายทั้งหมดประมาณ 20-60 นาทีต่อเนื่องกัน (ปกิต วิชยานนท์ และคณะ, 2543; ไพบาส เลิศฤดีพร และ พันทิพา สิริรัตนันท์, 2549; Asthma foundation of Victoria, 2005)

3.4 เมื่อเด็กมีอาการหอบต้องให้เด็กหยุดทันทีและพ่นยา 1 ครั้ง หลังจากนั้นรอประมาณ 4 นาที ถ้าไม่มีอาการหอบจึงเริ่มออกกำลังกายใหม่ (Asthma foundation of Victoria, 2005)

3.5 ถ้าหลังพ่นยา 1 ครั้งแล้ว อาการหอบยังไม่หาย หรือถ้าออกกำลังกายแล้วยังมีอาการหอบอีก ต้องให้เด็กหยุดออกกำลังกายทันทีและพาเด็กไปพบแพทย์ (ไพบาส เลิศฤดีพร และ พันทิพา สิริรัตนันท์, 2549; Asthma foundation of Victoria, 2005)

3.6 ดูแลไม่ให้เด็กออกกำลังกายถ้ายังไม่สามารถควบคุมอาการหอบหืดได้ เด็กยังมีอาการหอบหืดอยู่ มีอาการหวัดหรือไข้หวัด วัดสมรรถนะปอดมีค่าปริมาตรลมที่เป่าออกทั้งหมดด้วยความเร็ว แรงและนานที่สุดใน 1 ครั้ง (peak expiratory flow [PEF]) ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของค่ามาตรฐาน (ไพบาส เลิศฤดีพร และ พันทิพา สิริรัตนันท์, 2549; Asthma foundation of Victoria, 2005)

4. การดูแลด้านจิตใจของเด็ก การเปลี่ยนแปลงอารมณ์เป็นสิ่งที่อาจกระตุ้นให้เด็กมีอาการหอบหืดได้ ควรให้ความรัก ความอบอุ่น แต่ไม่ตามใจหรือปกป้องมากเกินไปและให้เด็กรู้จักการช่วยเหลือตนเองตามความสามารถของเด็ก (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พัฒนา, 2544; สุเมธ สุวัชรังกูล, 2546)

การปฏิบัติตามแผนการรักษา

การให้ยาเพื่อป้องกันอาการหอบที่ให้ผลดีต้องให้เมื่อเด็กเริ่มมีอาการหอบหืดในระยะแรก เช่น อาการไอ แน่นหน้าอก ผู้ปกครองควรดูแลการให้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา ดังนี้

1. เตรียมยาให้พร้อมใช้และเก็บไว้ในที่สามารถใช้ได้ทันทีที่เด็กมีอาการหอบหืดและศึกษาเกี่ยวกับยาที่เด็กใช้ ได้แก่ ชื่อ ปริมาณที่ใช้ เวลาที่ให้ วิธีการให้ รวมทั้งอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ (ศิริกุล สมนึก, 2541; Wong & Whaley, 1983)

2. ตรวจสอบยาให้ถูกต้อง ต้องแน่ใจว่ายาที่เด็กใช้ เช่น ยาขยายหลอดลมชนิดรับประทาน ยาที่ใช้สำหรับพ่นหรือสูดดม มีขนาด และช่วงเวลาที่ให้พอเหมาะกับเด็กในการควบคุมอาการหอบ ไม่ใช้ยาที่แพทย์ไม่ได้สั่งเพราะเด็กอาจจะแพ้ยาได้ นอกจากนั้นต้องสังเกตเครื่องหมายเตือนยาใกล้หมดและสังเกตสีของยาทุกครั้งก่อนให้ยาเพราะยาอาจหมดอายุ ผู้ปกครองควรเก็บยาในที่ปลอดภัยและพ้นมือเด็ก ไม่ให้ยาถูกแสงและความชื้น (ศิริกุล สมนึก, 2541)

3. ให้ยาชนิดพ่นหรือสูดดมอย่างถูกวิธี ยาชนิดพ่นหรือสูดดมเป็นยาขยายหลอดลมที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากละอองยาสามารถเข้าสู่ทางเดินหายใจและออกฤทธิ์ได้โดยตรง ทำให้ออกฤทธิ์ได้รวดเร็ว ซึ่งวิธีการพ่นยาที่ถูกต้องมี 3 วิธี คือ

1.1 การพ่นแบบฝอยละออง (nebulizer) เป็นการพ่นยาโดยต่อกระเปาะใส่ยากับท่อออกซิเจนหรือท่ออากาศและต่อกระเปาะอีกด้านเข้ากับหน้ากากสำหรับพ่นยาแล้วให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกตามปกติ แต่การพ่นยาดังนี้จะต้องใช้ออกซิเจนช่วยในการพ่นยา เครื่องมือและยามีราคาแพงกว่าวิธีอื่น และมักใช้ในผู้ป่วยที่รับการรักษาในสถานพยาบาลหรือใช้ในผู้ป่วยที่มีผู้ปกครองที่มีความชำนาญเท่านั้น (ศิริกุล สมนึก, 2541; สุเมธ สุวัชรกุล, 2546)

2.2 การพ่นยาแบบพ่นสูด (metered-dose inhaler [MDI]) เป็นการพ่นยาโดยใช้การจับคันยาด้วยความเร็ว ซึ่งสามารถให้เด็กพ่นยาดังนี้ที่บ้านได้โดยการช่วยเหลือของผู้ปกครอง โดยถือหลอดพ่นยาในแนวตั้ง เขย่าหลอดยาแรงๆ ประมาณ 4-5 ครั้ง เปิดฝาครอบออกให้ส่วนที่ละอองยาจะพ่นออกอยู่ด้านล่าง ถือหลอดยาอยู่บริเวณด้านหน้าปาก ห่างประมาณ 2 นิ้วมือ หายใจออกเบาๆ ให้หมดหลอด กดหลอดยาพ่นแรงๆ จนมีละอองยาออก 1 ครั้งพร้อมกับสูดลมหายใจเข้าช้าๆ จนสุดเต็มปอด กลั้นหายใจประมาณ 10 วินาที (นับ 1-10 ในใจ) ก่อนที่จะหายใจออก ถ้าแพทย์สั่งให้ใช้ยา 2 ครั้ง ให้รอประมาณ 1 นาทีก่อนจะพ่นยาอีกครั้ง ตามขั้นตอนเดิม ในกรณีที่ใช้อุปกรณ์ช่วยสูด ให้เปิดฝาครอบกระบอกยา ถ้ากระบอกยาไว้ในอุ้งมือ เขย่ากระบอกยาแรงๆ ในแนวตั้ง ต่อกระบอกยากับอุปกรณ์ช่วยสูด โดยให้กระบอกยาดังขึ้นในแนวตั้งเสมอ ใช้ริมฝีปากอมรอบบริเวณที่เป็นที่สูดยา ของอุปกรณ์ช่วยสูดให้สนิท ต้องมั่นใจว่า บริเวณที่สูดยาอยู่ระหว่างฟัน โดยที่ลิ้นและฟันไม่ปิดกั้นทางเดินของยา ถ้าใช้ชนิดหน้ากาก (face mask) ให้หน้ากากครอบปากและจมูกให้สนิท หรือถ้าใช้กระบอกสูดยา (spacer) โดยให้เด็กอมปากกระบอก กดยาให้ละอองยาเข้าไปในอุปกรณ์ช่วยสูด 1 ครั้ง ถ้าเป็นเด็กโตที่เข้าใจคำสั่งให้หายใจเข้าธรรมชาติอย่างช้าๆ และไม่ต้องกลั้นหายใจหลังจากสูดยา ในเด็กเล็กให้หายใจเข้า-ออก ธรรมชาติอย่างช้าๆ จนแน่ใจว่ายามาก ซึ่งไม่ควรน้อย

กว่า 4-5 ครั้งต่อการพ่นยา 1 ครั้ง ถ้าต้องการกดยามากกว่า 1 ครั้ง ให้รอไม่น้อยกว่า 1 นาทีก่อนจะพ่นยาอีกครั้งตามขั้นตอนเดิม (ศิริกุล สมนึก, 2541; สุเมธ สุวัชรังกุล, 2546)

3.3 การสูดยาผงละเอียดจากกระบอกยา (dry power inhaler) เป็นการพ่นยาโดยการสูดยาเข้าโดยตรง ซึ่งสามารถใช้ยาเองที่บ้านได้ ผู้ปกครองสามารถช่วยเหลือเด็กในการพ่นยาโดยเปิดฝาครอบออก หมุนกระบอกยาให้ดังคลิกแล้วหมุนกลับที่เดิม นำส่วนปากขวดเข้าปากพร้อมสูดหายใจเข้าทางปากช้าๆ กลั้นหายใจให้นานที่สุดแล้วจึงนำขวดยาออกจากปาก แล้วค่อยๆ ผ่อนลมหายใจออกช้าๆ อาจทำซ้ำได้อีกครั้งใน 2-5 นาที (พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒนา, 2544; สุเมธ สุวัชรังกุล, 2546) ดูแลให้เด็กบ้วนปากด้วยน้ำสะอาดหลังพ่นยา (สุเมธ สุวัชรังกุล, 2546)

4. ทำความสะอาดชุดอุปกรณ์ช่วยสูดเมื่อสกปรกโดยล้างด้วยสบู่หรือน้ำยาล้างจาน แล้วล้างด้วยน้ำธรรมดา ปล่อยให้แห้งสนิท ต้องระวังไม่ให้ผนังด้านในของอุปกรณ์ช่วยสูด เกิดรอยขีดข่วน อุปกรณ์ช่วยสูดต้องแห้งสนิทก่อนใช้ทุกครั้ง ไม่ควรล้างอุปกรณ์ช่วยสูดมากกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นอกจากสกปรกจริงๆ เด็กที่ได้รับยาพ่นขยายหลอดลม ผู้ปกครองควรสังเกตอาการหลังจากพ่นยา ส่วนยาพ่นชนิดผงละเอียด ให้ใช้ผ้าสะอาดหรือกระดาษเช็ดหน้าทำความสะอาด ห้ามล้างด้วยน้ำสบู่ (ศิริกุล สมนึก, 2541)

5. สังเกตอาการข้างเคียงของยา เช่น หัวใจเต้นเร็วผิดปกติ ใจสั่น อาเจียน (สุเมธ สุวัชรังกุล, 2546)

การดูแลเมื่อเด็กเริ่มมีอาการผิดปกติ

การป้องกันไม่ให้เกิดอาการหอบหืดรุนแรง ผู้ปกครองควรสังเกตและให้การดูแลเด็กเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติดังนี้

1. สังเกตอาการเตือนซึ่งมักจะเกิดขึ้นก่อนที่เด็กจะมีอาการหอบหืดประมาณ 6 ชั่วโมง เช่น เด็กมีน้ำมูกใส ไอ มีไข้ต่ำๆ มีอาการคันระคายเคือง มีผื่น โดยเฉพาะบริเวณคอหรืออก นอนหลับไม่สนิท ไม่สบายท้อง เบื่ออาหาร ผู้ปกครองต้องขจัดปัญหาต่างๆ ก่อนที่เด็กจะมีอาการหอบหืดขึ้น (Cambell & Glasper, 1995)

2. ผู้ปกครองต้องสังเกตและประเมินความผิดปกติซึ่งอาจมีอาการรุนแรงแตกต่างกันซึ่งในภาวะปกติอัตราการหายใจในเด็กอายุ 1-5 ปีไม่เกิน 40 ครั้งต่อนาที เด็กอายุ 6 ปีไม่เกิน 30 ครั้งต่อนาที จังหวะการหายใจสม่ำเสมอ ไม่มีเสียงผิดปกติ ไม่มีอกบวมหรือชายโครงบาน หลับได้สนิท สีผิวริมฝีปากมีสีแดงหรือชมพู ชีพจรเต้นต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที (Wong & Whaley, 1995) ผู้ปกครองสามารถประเมินอาการหอบหืดในเด็กโดยการสังเกตอาการเหนื่อยหอบ ท่านอน การพูด ระดับ

ความรู้สึกตัว ลักษณะและอัตราการหายใจ การใช้กล้ามเนื้อในการหายใจ เสียงหวีด (Wheezing) ความเร็วของชีพจร สีผิว (สมรค์ รังคกุลนุวัฒน์, 2548) เด็กที่มีอาการหอบหืดเล็กน้อยจะมีอาการหายใจเร็ว เหนื่อยหอบขณะเดิน นอนราบได้ ไอ มีเสียงหวีดเบาๆ ขณะหายใจออก สามารถพูดได้ เป็นประโยชน์ได้ไม่ลำบาก อาจมีอาการกระวนกระวายได้ ขณะหายใจออกไม่มึนหรือชายโครงไม่บาน ชีพจรเต้นต่ำกว่า 100 ครั้งต่อนาที อาการหอบหืดปานกลางจะมีอาการหายใจเร็วเพิ่มขึ้น เหนื่อยหอบขณะพูดหรือในเด็กเล็กจะร้องไห้เสียงเบาสั้น เด็กมักจะลุกนั่งมากกว่านอน ไอตลอดเวลาหรือไอถี่ หายใจมีเสียงหวีดดัง พูดเป็นวลีหรือเป็นประโยคสั้นๆ กระวนกระวาย หายใจอึดหรือชายโครงบาน ชีพจรเต้นเร็วประมาณ 100-120 ครั้งต่อนาที อาการหอบหืดรุนแรงจะมีอาการหายใจเร็วมากกว่า 40 ครั้งต่อนาทีในเด็กเล็ก และมากกว่า 30 ครั้งต่อนาทีในเด็กโต เหนื่อยหอบขณะพักหรือในเด็กเล็กจะไม่ดูคนม เด็กมักจะนั่งเอนตัวไปข้างหน้า หายใจมีเสียงหวีดดัง พูดเป็นคำๆ กระวนกระวายมาก หายใจอึดหรือชายโครงบาน ชีพจรเต้นเร็วมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ถ้ามีอาการรุนแรงมากขึ้นเด็กจะกระสับกระส่าย กระวนกระวายมาก หายใจไม่ได้ยินเสียงหวีด หายใจลำบากมาก ถ้ามีอาการรุนแรงมากๆ เด็กต้องหายใจเป็นเฮือกๆ หน้าซีด เหงื่อออกมาก ริมฝีปากคล้ำ ดังนั้นผู้ปกครองต้องสามารถประเมินอาการหอบหืดได้ตั้งแต่เด็กเริ่มมีอาการหอบหืดเพียงเล็กน้อยเพื่อสามารถดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืดที่รุนแรงมากขึ้น (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544; สมชาย สุนทร โลหะนะกุล, 2545; สมรค์ รังคกุลนุวัฒน์, 2548)

3. เมื่อเด็กเริ่มมีอาการหอบหืดผู้ปกครองต้องดูแลเพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืดที่รุนแรงโดยผู้ปกครองควรปฏิบัติในการดูแลดังนี้

พาเด็กออกจากสิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการหอบหืดทันที (ประไพพิศ สิงหเสม, 2545)

ให้ยาขยายหลอดลมทันทีเมื่อเด็กเริ่มมีอาการเตือนก่อนมีอาการหอบหืดตามแผนการรักษาของแพทย์ (Cambell & Glasper, 1995)

ให้จิบน้ำอุ่นเพราะจะช่วยให้เสมหะอ่อนตัวและถูกขับออกได้ง่ายขึ้น (Cambell & Glasper, 1995)

เด็กโตพอฟังคำสั่งได้ควรสอนให้ไออย่างมีประสิทธิภาพโดยให้หายใจเข้าลึกๆ กลั้นหายใจนิดหนึ่งแล้วไอออกมาอย่างแรงจะทำให้เสมหะถูกขับออกได้มากขึ้น (ประไพพิศ สิงหเสม, 2545)

หยุดให้ยาแก้แพ้หรือยาแอนตี้ฮิสตามีน (antihistamine) ในขณะที่เด็กมีอาการหอบหืดเนื่องจากจะทำให้เสมหะแห้ง เหนียวและทำให้ทางเดินหายใจอุดตันได้ (Cambell & Glasper, 1995)

ดูแลให้เด็กสงบ ไม่ร้องไห้คืนโดยจัดให้เด็กนอนท่าหัวสูงหรืออุ้มเด็กพาดบ่า เพราะจะทำให้ปอดขยายได้ดีกว่าการนอนท่าอื่นและจัดให้เด็กได้นอนพักในที่ที่มีอากาศปลอดโปร่ง ระบายสงบ ปลอดภัย อยู่ดูแลเด็กอย่างใกล้ชิด ดูแลความสุขสบายด้านร่างกาย (Foster, Hunsberger, & Anderson, 1989; Wong & Whaley, 1983)

ถ้าอาการหอบไม่ดีขึ้นอาจจะต้องพ่นยาขยายหลอดลมซ้ำได้ 3 ครั้ง แต่ละครั้งให้ห่างกัน 20 นาที หรือให้ยาตามแผนการรักษาและไม่ควรพ่นยาเกินขนาด

อาการหอบยังไม่ทุเลา ผู้ปกครองต้องพาเด็กมาตรวจรักษาในสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านโดยเร็ว (ปกติ วิชาชนนธ์, 2543; Cambell & Glasper, 1995)

สรุปได้ว่า การป้องกันอาการหอบหืดในเด็กอายุ 1-6 ปีที่สำคัญผู้ปกครองควรจัดหรือหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เด็กเกิดอาการแพ้ซึ่งจะทำให้เด็กเกิดอาการหอบหืด การดูแลสุขภาพ การดูแลเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ

การส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมดูแลและป้องกันอาการหอบหืด

จากการศึกษาการส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมดูแลและป้องกันอาการหอบหืดให้ถูกต้องเหมาะสมอยู่หลายวิธีดังนี้

การสอนโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการเยี่ยมชมบ้าน ดังการศึกษาของนัทธมนต์ สายสอน (2544) เกี่ยวกับการเปรียบเทียบผลของการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาเด็กโรคหอบหืดอายุ 1-6 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียวและกลุ่มมารดาที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการเยี่ยมชมบ้าน 3 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ ร่วมกับการให้การพยาบาลตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลเด็กโรคหอบหืดมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียวและกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์เพียงอย่างเดียวมีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กสูงกว่าก่อนการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์

การสอนร่วมกับการพยาบาลตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็มร่วมกับการให้การดูแลที่บ้าน ดังการศึกษาของอรพรรณ แสนใจวุฒิ (2544) เกี่ยวกับผลการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลและพฤติกรรมดูแลตนเองของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด โดยใช้แนวคิดของ Orem (1995) กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาและเด็กวัยเรียนจำนวน 15 คู่ โดย

การประเมินปัญหาในการดูแลเด็กของมารดาและปัญหาในการดูแลตนเองของเด็ก หลังจากนั้นสอน และฝึกทักษะกิจกรรมการดูแลตนเองแก่มารดาและเด็กในส่วนที่ยังมีปัญหา ซึ่งกิจกรรมนี้เป็นการ ให้การดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องจำนวน 4 ครั้งและวัตถุประสงค์การดูแลบุตรของมารดาในสัปดาห์ที่ 9 ของการเยี่ยมบ้าน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ดูแลที่ได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลเด็กวัย เรียนโรคหอบหืด มีคะแนนพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหอบหืดสูงกว่าก่อนการได้รับการพัฒนา ความสามารถในการดูแลเด็กโรคหอบหืด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

การสอนตามแผนการสอนโดยมีคู่มือการดูแลเด็กประกอบการสอนดังการศึกษาของ ประไพพิศ สิงหเสน (2545) เกี่ยวกับผลการใช้โปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมดูแล บุตรของมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างคือมารดาเด็กโรคหอบหืดอายุ 3-6 ปี จำนวน 60 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มที่ได้รับการสอนตาม โปรแกรมการสอนที่สร้างขึ้นจำนวน 30 รายและกลุ่ม ที่ได้รับคู่มือการดูแลบุตรโรคหอบหืดเพื่อนำไปศึกษาเองเพียงอย่างเดียวจำนวน 30 ราย โดยการ สอนตามโปรแกรมนั้นเป็นการสอนเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 3-5 คนและมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ภายในกลุ่ม ซึ่งเนื้อหาการสอนประกอบด้วย สาเหตุและปัจจัยเสี่ยงของโรค อาการและอาการแสดง การรักษา การจัดการอาการหอบ การป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดอาการหอบ การใช้ยา หลัง การสอน ได้ให้คู่มือการดูแลเด็กโรคหอบหืดเพื่อให้มารดานำไปศึกษาที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย ใช้แบบสอบถามวัดความรู้และพฤติกรรมก่อนและหลังการสอน 4 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการสอนเป็นกลุ่มตาม โปรแกรมการสอน มีความรู้และพฤติกรรมดูแลบุตร โรคหอบหืดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับหนังสือคู่มือเพียงอย่างเดียวและกลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติจาก พยาบาลประจำการ

การให้ความรู้โดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ดังการศึกษาของสุสันหา ยิ้มแย้ม, อัญชญา โตศิลากุล และสุธิตา ล่ามช้าง (2544) เกี่ยวกับผลการให้ความรู้ร่วมกับการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ ต่อความรู้และการปฏิบัติของผู้ดูแลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีที่เข้า รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้แนวคิดการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ของเบนดูรา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 20 ราย โดยการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ประเมิน โดยการสังเกตพฤติกรรมแบบมีส่วนร่วม พบว่าคะแนนความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการ ป้องกันการติดเชื้ออวัยวะในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวีหลังการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์สูงกว่า ก่อนการเสนอตัวแบบสัญลักษณ์

จากการศึกษางานวิจัยจะเห็นได้ว่า การส่งเสริมให้ผู้ปกครองได้มีพฤติกรรมดูแลและ ป้องกันอาการหอบหืดในเด็กโรคหอบหืดที่เหมาะสมมีความสำคัญอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัย

ต่างๆที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ปกครองซึ่งส่งผลต่อการควบคุมอาการหอบหืดและภาวะสุขภาพของเด็กตามไปด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการหอบหืดของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองจะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหอบหืดเหมาะสมหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการโดยสามารถจำแนกปัจจัยได้เป็น 2 ด้าน คือด้านเด็กและด้านผู้ปกครองมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยด้านผู้ปกครอง

1. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครอง จากการศึกษาของเคอ มองติกนี และลาชาไรท์ (De Montigny & Lacharite, 2005) เกี่ยวกับการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการวิเคราะห์แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองโดยศึกษารายงานการวิจัยจำนวน 60 งานวิจัย พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองสามารถบอกได้ถึงความเชื่อในความสามารถของผู้ปกครองที่จะปฏิบัติกิจกรรมในดูแลเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ ค่านชัย (2540) และการศึกษาของจันทร์เพ็ญ ศักดาเพชรศิริ (2545) พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดามากที่สุดโดยมารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลบุตรดีกว่ามารดาที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ เช่นเดียวกันกับการศึกษาของกิตติมา สำราญไชยธรรม (2541) เกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะการดูแลบุตรโรคหอบหืดของมารดา พบว่ามารดาที่มีสมรรถนะแห่งตนสูงจะมีพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคหอบหืดได้ดีกว่า และการศึกษาของศิริกาญจนา เอกศิริไตรรัตน์ (2543) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคหอบหืด ความเชื่อมั่นในความสามารถของตน การสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรโรคหอบหืดพบว่ามารดาที่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองสามารถดูแลบุตรโรคหอบหืดได้ดีกว่ามารดาที่ไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของแซนเดอร์ และวูลเลย์ (Sander & Woolley, 2004) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติของมารดาในการดูแลเด็กอายุ 2-8 ปี พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาเช่นเดียวกัน ($r=.41$) จากผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับความเชื่อของแบนดูรา (Bandura) ซึ่งเชื่อว่าปัจจัยสำคัญที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ คือการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)

2. เพศ มารดามักเป็นผู้ดูแลเด็กเมื่อมีอาการหอบหืด (Sterling & Peterson, 2003) ทั้งบิดา มารดาจะรับรู้อาการเจ็บป่วยของเด็กโรคหอบหืดในภาวะที่เด็กมีความเจ็บป่วยรุนแรง มารดาจะเป็นสื่อกลางในการสื่อสารระหว่างครอบครัวในด้านสุขภาพของเด็ก (Svavarsdottir & Rayens, 2003)

3. อายุ ผู้ปกครองที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่จะมีวุฒิภาวะ สามารถแก้ปัญหาได้ดี ดังการศึกษาของสุกัญญา สร้างนอก (2543) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัยก่อนเรียนที่ป่วยเป็นโรคหอบหืดพบว่าอายุของมารดาเป็นปัจจัยทำนายที่สามารถทำนายพฤติกรรมในการดูแลบุตรวัยก่อนเรียน โรคหอบหืดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ ด่านชัย (2540) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในการดูแลบุตรและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพบุตรในมารดาที่มีบุตรวัย 1-3 ปี พบว่ามารดาที่เป็นผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพบุตรได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อย นอกจากนั้นยังมีการศึกษาของพรนิกาย โสภค (2536) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรป่วยโรคกลุ่มอาการเนฟโฟติกพบว่าอายุของมารดาที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มีพฤติกรรมดูแลบุตรได้ดีกว่ามารดาที่มีอายุน้อย

4. ระยะเวลาในการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่มีอยู่เดิม ผู้ที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนจะมีความชำนาญในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ดังการศึกษาของกมลทิพย์ ด่านชัย (2540) และกิตติมา สาราญไชยธรรม (2541) พบว่ามารดาที่มีประสบการณ์การดูแลบุตรมาก่อนมีพฤติกรรมดูแลบุตรดีกว่ามารดาที่ไม่เคยมีประสบการณ์

5. การรับรู้เกี่ยวกับโรคของเด็กของผู้ปกครอง ผู้ปกครองที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เด็กเป็นอยู่จะมีพฤติกรรมดูแลเด็กดีกว่าผู้ปกครองที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคต่ำ ดังการศึกษาของสุกัญญา สร้างนอก (2543) พบว่ามารดาที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคหืดสูงมีการปฏิบัติในการดูแลบุตรโรคหอบหืดได้ดีกว่ามารดาที่รับรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดต่ำ

6. ระดับการศึกษา ผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะการหาความรู้ในการนำไปปฏิบัติดูแลเด็กได้ดีกว่า ดังการศึกษาของสุกัญญา สร้างนอก (2543) พบว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาสูงดูแลบุตรโรคหอบหืดได้ถูกต้องมากกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาต่ำ

7. ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว จากการศึกษาของศิริกาญจนา เอกศิริไตรรัตน์ (2543) พบว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวดีจะมีความสามารถในการดูแลบุตรโรคหอบหืดได้ดีกว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลทิพย์ ด่านชัย (2540) พบว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวสูงมีพฤติกรรมดูแลบุตรอายุ 1-3 ปี ดีกว่ามารดาที่มีรายได้ครอบครัวต่ำ

ปัจจัยด้านเด็ก

1. ระดับความรุนแรงของโรค จากการศึกษาของวารุณี รัตนาวาร (2544) เกี่ยวกับอิทธิพลของพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาและปัจจัยพื้นฐานต่อภาวะความรุนแรงของโรคหอบหืดในเด็กอายุ 1-5 ปี พบว่าพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาทุกด้าน ได้แก่ พฤติกรรมด้านการป้องกันโรค พฤติกรรมด้านการดูแลและการจัดการเมื่อเด็กเกิดอาการหอบหืด พฤติกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมด้านการแสวงหาและการยอมรับ เมื่อเด็กมีอาการรุนแรงมารดาจะดูแลด้านต่างๆมากแต่เมื่ออาการเด็กดีขึ้นการดูแลของมารดาจะลดลง

2. อายุเด็ก เด็กโรคหอบหืดที่มีอายุน้อยมักมีอาการหอบหืดได้บ่อยและรุนแรงกว่าเด็กโต ดังการศึกษาของวารุณี รัตนาวาร (2544) พบว่าอายุของเด็กเป็นปัจจัยสำคัญต่อภาวะความรุนแรงของโรคซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา

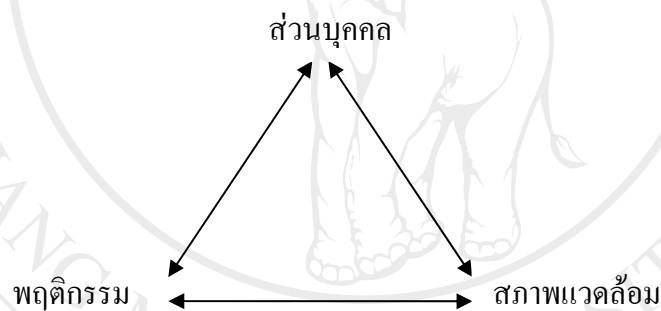
จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กได้แก่ อายุและความรุนแรงในภาวะความเจ็บป่วยของเด็ก ในด้านผู้ปกครองได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา การรับรู้เกี่ยวกับโรค ระยะเวลาในการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมของผู้ปกครอง ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอย่างมาก ถึงแม้ในการป้องกันอาการหอบหืดนั้นผู้ปกครองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืดและพฤติกรรมการดูแลเด็กอยู่ในระดับสูง (สุริพร แซ่เฮง และสุกัลยา คุณกิตติ, 2541; รัตนาวดี ขอนตะวัน, 2545) แต่ยังไม่มั่นใจในการตัดสินใจช่วยเหลือเด็ก มักจะรีบพาเด็กส่งโรงพยาบาลทันทีโดยไม่ได้ช่วยเหลือเบื้องต้นก่อน (รัตนาวดี ขอนตะวัน, 2545) การตัดสินใจในการดูแลเด็กได้ไม่ดีเท่าที่ควร เช่น การประเมินอาการหอบหืด การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด ผู้ปกครองไม่ได้ใช้ยาเพิ่มขึ้นในเด็กโรคหอบหืดที่ออกกำลังกาย สาเหตุดังกล่าวจึงทำให้เด็กได้รับการดูแลที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม (Meng & McConnell, 2002)

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าถึงแม้ได้ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองด้วยวิธีการต่างๆ ทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ในการดูแลป้องกันอาการหอบหืดในเด็กสูงขึ้นมา แต่เมื่อไม่มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองหรือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการเกิดพฤติกรรมไม่มากพอก็อาจทำให้ผู้ปกครองไม่สามารถตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดูแลและป้องกันอาการหอบหืดในเด็กได้ถูกต้องเหมาะสมได้ และถ้าผู้ปกครองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงก็อาจจะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กดีขึ้นตามไปด้วยดังการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1986; 1997) ซึ่งอาจจะนำมาปรับใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองให้มีความมั่นใจและปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กให้ดียิ่งขึ้นได้

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

แนวคิดและทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) เป็นแนวคิดที่แบนดูรา (Bandura, 1997) พัฒนาจากแนวคิดพื้นฐานของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social learning theory) ซึ่งเชื่อว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดขึ้นหรือเปลี่ยนแปลงเนื่องจาก 3 ปัจจัยที่กำหนดซึ่งกันและกันและกันคือ ปัจจัยด้านพฤติกรรม ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ และปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งได้แก่ ปัญหา ชีวิตภาพ เช่น ลักษณะของร่างกาย ระบบการรับรู้ ระบบประสาท และสิ่งภายในอื่น ๆ ที่มีผลต่อการเรียนรู้และการกระทำ เช่น ความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง เป็นต้น กับดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1. ภาพแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัยที่กำหนดซึ่งกันและกัน

หมายเหตุ. แหล่งที่มา. จาก Social foundations of thought and action: A social cognitive theory (p.24) by A. Bandura, 1986, New Jersey, Prentice-Hall.

การรับรู้สมรรถนะเป็นปัจจัยส่วนบุคคลหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมซึ่งแบนดูราได้ให้ความหมายของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ว่าเป็นการตัดสินใจที่ตัดสินความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะหรือเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997) การรับรู้สมรรถนะเป็นการคาดหมายของบุคคลในความสามารถของตนเองซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่กำลังเผชิญอยู่ บุคคลอาจมีสมรรถนะแห่งตนไม่ต่างกันแต่อาจแสดงออกต่อสถานการณ์ที่เผชิญแตกต่างกัน ถ้าบุคคลที่มี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกันและในสถานการณ์ที่ต่างกัน อาจจะแสดงพฤติกรรมแตกต่างกัน ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพการแสดงออกจึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในสถานการณ์นั้นๆ หรือมีการรับรู้ว่าคุณเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ก็จะมี ความอดทน อุตสาหะ ไม่ท้อถอย และจะประสบผลสำเร็จในที่สุด การที่บุคคลแสดงพฤติกรรมใดขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ

1. ความความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectancies) หมายถึงความคาดหวังของบุคคลเกี่ยวกับผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ถ้าหากรับเอาพฤติกรรมนั้นๆ มาปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่คาดหวังจะสามารถเกิดได้ 3 รูปแบบดังนี้

ผลลัพธ์ด้านร่างกาย (Physical) ในเชิงบวก เช่น ความสุขสบาย และในเชิงลบ เช่น ความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย เป็นต้น

ผลลัพธ์ด้านสังคม (social expectancies) ในเชิงบวก เช่น การเป็นที่ยอมรับหรือได้รับความสนใจของสังคม การได้ชื่อเสียง อำนาจ หรือเงินตอบแทน และในเชิงลบ เช่น การไม่เป็นที่ยอมรับหรือไม่เป็นที่สนใจจากสังคม การถูกลงโทษ เป็นต้น

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการประเมินตนเองต่อพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (self-evaluative reactions to one's own behavior) ในเชิงบวก เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจ ความพึงพอใจ การเห็นคุณค่าในตนเองในเชิงลบ เช่น ความรู้สึกด้อย ไม่พอใจในตนเอง เป็นต้น

2. ความเชื่อในสมรรถนะ (efficacy beliefs) หมายถึง ถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะมีพฤติกรรมหรือกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้และคาดว่าจะเกิดผลลัพธ์ที่ตนเองคาดหวังไว้ก็จะมี ความพยายามที่จะมีพฤติกรรมนั้นๆ ทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังไว้ ปัจจัยนี้เชื่อว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริง

บุคคลจะสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการมีพฤติกรรมหรือการกระทำกิจกรรม ใดๆอย่างหนึ่งนั้น เกิดจากการเรียนรู้ที่ได้มาจากแหล่งสนับสนุน 4 แหล่ง (Bandura, 1997) ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) การประสบความสำเร็จทำให้บุคคลมีความมั่นใจและเชื่อว่าเขาสามารถที่จะกระทำได้ การประสบความสำเร็จในแต่ละครั้งจะสร้างความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตน ความล้มเหลวจะทำให้ความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนลดลง โดยเฉพาะความล้มเหลวที่ปรากฏขึ้นก่อนที่จะมีการสร้างความเชื่อมั่นในตนเองอย่างถาวร แต่ถ้าบุคคลประสบความสำเร็จได้อย่างง่ายดาย บุคคลนั้นจะมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนอย่างรวดเร็วและความเชื่อมั่นนั้นจะถูกขัดขวางได้อย่างง่าย ๆ ถ้าเกิดความล้มเหลวขึ้น แต่ก็ยังมีโอกาสที่จะพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ถ้ามีการส่งเสริมให้มีการ

ฝึกทักษะที่เพียงพอที่จะทำให้ประสบความสำเร็จได้ดีพร้อมๆกับการได้รับแรงเสริม ทำให้รับรู้ว่าคุณมีความสามารถ ส่งผลให้มีสมรรถนะแห่งตนในที่สุดเช่นกัน (Bandura, 1997)

2. การสังเกตผู้อื่นประสบผลสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกันหรือได้เห็นตัวแบบ (vicarious experience) ตัวแบบมีอิทธิพลมากในการถ่ายทอดคุณค่า ทักษะ รูปแบบของความคิดและพฤติกรรมซึ่งตั้งใจให้เกิดขึ้น การเสนอตัวแบบ ตัวแบบที่เสนอควรมีลักษณะคล้ายคลึงและแสดงในสถานการณ์แบบเดียวกับผู้สังเกต เพื่อให้ผู้สังเกตเกิดความคาดหวังถึงผลของการกระทำของตนที่จะเกิดขึ้น ความคาดหวังดังกล่าวจะส่งผลถึงการตัดสินใจของผู้สังเกตในการที่จะแสดงหรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้นๆ กระบวนการเสนอตัวแบบจะต้องมีการเสนอตัวแบบที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจและอยากจะทำตาม ผู้สังเกตจะมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงนั้นมีความเหมาะสมและตัวแบบซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนสามารถมีพฤติกรรมนั้นได้ ตนเองก็น่าจะสามารถที่จะมีพฤติกรรมนั้นได้เช่นกัน ตัวแบบมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล 3 ด้าน คือ ช่วยให้ผู้บุคคลเรียนรู้พฤติกรรมใหม่ๆ หรือทักษะใหม่ๆ ยับยั้งการเกิดพฤติกรรม และช่วยให้เกิดการแสดงออกในพฤติกรรมที่ได้เรียนรู้มาแล้วหรือแสดงพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากที่ไม่ค่อยได้แสดงออก เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมตามตัวแบบจะเกิดผลของการกระทำหรือผลกระทบตามมา ถ้าพฤติกรรมที่ทำตามตัวแบบได้รับการเสริมแรงทางบวก ผู้สังเกตจะแสดงพฤติกรรมนั้นบ่อยครั้งขึ้น แต่ถ้าได้รับการเสริมแรงทางลบหรือการลงโทษบุคคลนั้นจะมีโอกาสที่จะไม่แสดงพฤติกรรมนั้นอีก (Bandura, 1986) ตัวแบบที่ใช้ในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมี 2 ประเภท คือ

ตัวแบบที่มีชีวิตจริง (life-model) คือตัวแบบที่บุคคลสามารถสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง ลักษณะของตัวแบบควรเป็นบุคคลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งในด้านอายุ เพศ เชื้อชาติ ฐานะทางสังคมและเศรษฐกิจ จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นมีความเหมาะสมและสามารถกระทำได้ เพราะบุคคลนั้นมีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง และทำให้เขาเกิดความรู้สึกว่าเขาก็น่าจะทำเช่นนั้นได้ (Bandura, 1986)

ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (symbolic model) เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆที่ประกอบด้วยภาพและเสียง ได้แก่ ภาพยนตร์ สไลด์ แถบบันทึกเสียง วิทยุทัศน์ โทรทัศน์ การ์ตูน สถานการณ์จำลอง เป็นต้น (Bandura, 1986)

การที่บุคคลจะเกิดการเรียนรู้โดยการสังเกตจากตัวแบบนั้น ประกอบด้วย 4 กระบวนการดังต่อไปนี้ (Bandura, 1986)

1) กระบวนการตั้งใจ (intentional processes) กระบวนการตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่าบุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบ ซึ่งปัจจัยของตัวบุคคลที่มีผลต่อกระบวนการตั้งใจ ได้แก่ ทักษะทางสังคม แนวคิดดั้งเดิม การเห็นคุณค่าของพฤติกรรมที่ตัวแบบได้แสดงออก เป็นต้น

2) กระบวนการเก็บจำ (retention processes) กระบวนการเก็บจำเป็นการที่บุคคลจะต้องการแปลงข้อมูลที่ตัวแบบได้แสดงออกไปเป็นรูปแบบสัญลักษณ์ ซึ่งอาจจะอยู่ในรูปของหลักการและแนวความคิด โดยการจัดระบบโครงสร้างทางปัญญาเพื่อให้ง่ายต่อการจดจำ

3) กระบวนการกระทำ (production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้มาเป็นการกระทำ

4) กระบวนการจูงใจ (motivational processes) การที่บุคคลเกิดการเรียนรู้แล้วจะแสดงออกถึงพฤติกรรมหรือไม่ขึ้นอยู่กับกระบวนการจูงใจ

ตัวแบบที่นำมาเสนอนั้นควรเลือกตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกตในด้าน เพศ เชื้อชาติ และทัศนคติ จะทำให้ผู้สังเกตมั่นใจได้ว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกมานั้นเหมาะสม และผู้สังเกตจะรู้สึกว่าเขาน่าจะทำได้เนื่องจากตัวแบบมีลักษณะคล้ายคลึงกับตน ตัวแบบอาจเป็นผู้มีชื่อเสียงในสายตาผู้สังเกต แต่ถ้ามีชื่อเสียงมากเกินไปผู้สังเกตอาจมีความรู้สึกว่าการกระทำของตัวแบบนั้นเขาไม่น่าจะกระทำตามได้ ตัวแบบควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต มีลักษณะที่เป็นกันเองและอบอุ่น และควรแสดงให้เห็นว่าตัวแบบแสดงพฤติกรรมนั้นแล้วได้รับการเสริมแรง หรือได้รับผลลัพธ์ที่ต้องการ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

สำหรับวิธีการสร้างตัวแบบมีดังนี้ (สม โภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2536)

1) ต้องมีการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ของผู้สังเกต
2) ค้นหาและรวบรวมความรู้ที่จะนำมาทำเป็นเนื้อหาในตัวแบบ เพื่อให้ผู้สังเกตได้เรียนรู้และคาดหวังผลลัพธ์ของการกระทำเช่นเดียวกับตัวแบบ

3) กำหนดตัวแบบโดยคัดเลือกตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต
4) จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้อให้บุคคลมีการเรียนรู้ในพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกับพฤติกรรมของตัวแบบ

5) กำหนดพฤติกรรมของตัวแบบโดยตัวแบบต้องแสดงพฤติกรรมในระดับความสามารถที่ใกล้เคียงกับผู้สังเกตจึงจะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าตนเองมีพฤติกรรมที่ตัวแบบกระทำนั้นเป็นสิ่งที่เขาจะสามารถทำได้

6) กำหนดผลกรรมที่ตัวแบบได้รับโดยการเสริมแรงกับตัวแบบ เมื่อตัวแบบสามารถแสดงพฤติกรรมที่ต้องการเพื่อให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าถ้าตนมีพฤติกรรมดังเช่นตัวแบบแล้วก็น่าจะได้รับการเสริมแรงเช่นเดียวกับตัวแบบ

7) การเสนอตัวแบบควรให้ตัวแบบแสดงพฤติกรรมจากง่ายไปหายาก แสดงอย่างละเอียด มีขั้นตอนชัดเจน และง่ายต่อการเลียนแบบ

8) การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญซึ่งพฤติกรรมนั้นต้องสังเกตเห็นได้หรือวัดได้โดยใช้ผู้ตรวจสอบตั้งแต่สองคน สามารถสังเกตและเห็นตรงกันว่าพฤติกรรมนั้นเกิดหรือไม่เกิด มีความเป็นไปได้หรือไม่

3. การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาจเกิดขึ้นได้หรือมีการเปลี่ยนแปลงได้ จากการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลอื่น โดยแสดงความรู้สึกเชื่อมั่นในความสามารถของเขา ทำให้เขามีความเชื่อว่าเขามีความสามารถที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมในการที่จะกระทำกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายได้ การชักจูงด้วยคำพูดเพียงอย่างเดียวอาจจะมีข้อจำกัดคือ จะมีผลเพียงระยะสั้นๆ และมีผลต่อการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนได้ไม่มากนัก แต่ก็สามารถช่วยเสริมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ถ้าเป็นการประเมินในแง่บวกภายในขอบเขตของความเป็นจริง นอกจากนี้ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ความเชี่ยวชาญของผู้ชักจูง ความรู้สึกไว้วางใจต่อผู้ชักจูง แรงจูงใจให้มีการกระทำพฤติกรรม รวมทั้งสถานการณ์นั้นๆ ด้วย การชักจูงจะใช้ได้ผลดีควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยเป็นค่อยไปให้เกิดความสำเร็จเป็นลำดับขั้นพร้อมกับใช้คำพูดชักจูงจะได้ผลดีในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997)

4. ความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective states) บุคคลจะตัดสินใจในสมรรถนะแห่งตน บุคคลต้องได้รับอิทธิพลจากสภาวะทางด้านร่างกายและจิตใจ สภาวะด้านร่างกายหมายถึง การตอบสนองของร่างกายที่แสดงออกเมื่อเผชิญภาวะเครียดหรือถูกคุกคาม ในขณะที่บุคคลมีภาวะสุขภาพดี จะทำให้บุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ในทางกลับกันถ้าบุคคลมีภาวะสุขภาพไม่ดีหรืออยู่ในภาวะเจ็บป่วย เช่น ความเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ภาวะไม่สุขสบาย มีความเจ็บปวด จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลง สภาวะด้านอารมณ์ก็เช่นเดียวกัน ถ้ามีการตอบสนองอารมณ์ด้านบวก เช่น มีความพึงพอใจ มีความสุข รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ก็จะส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ถ้าบุคคลนั้นมีความทุกข์ วิตกกังวล มีความเครียด กลัว และมีความโศกเศร้าก็จะทำให้การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำลงเช่นกัน (Bandura, 1997)

การประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่ได้เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ภายหลังจากการเรียนรู้จากแหล่งสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ข้อมูลที่ได้จากการเรียนรู้นี้จะผ่านกระบวนการทางปัญญาเพื่อทำการเลือกข้อมูลที่ตนสนใจและชั่งน้ำหนักว่าข้อมูลจากแหล่งใดที่น่าเชื่อถือมากที่สุดหรือสำคัญที่สุด รวมทั้งการผสมผสานข้อมูลเหล่านี้เพื่อใช้ในการตัดสินใจว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และคาดหวังผลลัพธ์ที่ตนจะได้รับจะส่งผลให้บุคคลนั้น

ตัดสินใจลงมือกระทำและจะมีความเพียรพยายาม มุมานะ ทุ่มเทในการมีพฤติกรรมหรือกระทำสิ่งนั้นต่อไปเพื่อให้บรรลุตามผลที่กำหนดไว้ (Bandura, 1997)

กล่าวโดยสรุปว่าพฤติกรรมของบุคคลเกิดจาก 3 ปัจจัยคือ บุคคล สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรม ทั้ง 3 ปัจจัยนี้จะกำหนดซึ่งกันและกัน การรับรู้สมรรถนะก็อยู่ในปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรม การที่จะให้บุคคลมีการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ต้องมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อให้บุคคลนั้นมีความมั่นใจในความสามารถของตนและตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมนั้นๆ โดยใช้แหล่งสนับสนุนทั้ง 4 แหล่ง ประกอบด้วย 1) ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (enactive mastery experience) 2) การสังเกตผู้อื่นประสบผลสำเร็จในการเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกันหรือได้เห็นตัวแบบ (vicarious experience) 3) การใช้คำพูดชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจา (verbal persuasion) 4) ความพร้อมทางร่างกายและอารมณ์ (physiological and affective state)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

ปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีหลายปัจจัยซึ่งมีการศึกษาของแคลลาแกน (Callaghan, 2006) ได้ศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลของปัจจัยพื้นฐานต่อพฤติกรรมสุขภาพ สมรรถนะแห่งตน การดูแลตนเองในผู้ใหญ่ พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองของผู้ใหญ่ ได้แก่ เพศ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เชื้อชาติ ศาสนา และการปฏิบัติเป็นกิจวัตร ส่วนในผู้ปกครองนั้นกิตติมา สารานูไชยธรรม (2541) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรของมารดา พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา และผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดด้วย 1-5 ปี พบว่าประสบการณ์ในการดูแลบุตรประเมินได้จากระยะเวลาเจ็บป่วยของบุตร มารดาที่มีบุตรมีอาการหอบหืดมานานจะมีประสบการณ์การดูแลและมีความมั่นใจในสมรรถนะแห่งตนได้มากกว่ามารดาที่มีบุตรมีอาการหอบหืดในระยะเวลาที่สั้นกว่า อายุของมารดา มารดาที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่เต็มที่จะมีวุฒิภาวะ มีประสบการณ์ที่ช่วยพัฒนาทักษะด้านสังคมและสติปัญญาและการแก้ไขปัญหาที่ดี ภาวะสุขภาพของเด็กยังมีผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของมารดา ถ้าเด็กมีอาการหอบหืดไม่รุนแรงมาก มารดาจะมีความมั่นใจในการดูแลบุตรส่งผลให้การรับรู้สมรรถนะในการดูแลบุตรสูงขึ้นตามไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสมทรง คำฝ่าย (2541) เกี่ยวกับผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมทารก พบว่าประสบการณ์การดูแลเด็ก อายุ ระดับการศึกษาของมารดา จำนวนบุตร และยังพบว่าระดับความยากง่ายของกิจกรรมการดูแลทารกเป็นปัจจัยที่มีผลต่อ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในมารดาได้ จึงพอจะสรุปได้ว่าปัจจัยที่สำคัญที่อาจส่งผลต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานะทางสังคมและวัฒนธรรม ประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมและภาวะสุขภาพของเด็ก ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อการวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้นมี 2 ประการ คือความแตกต่างของลักษณะสังคมและวัฒนธรรม เพราะการสร้าง ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตนเป็นกระบวนการประเมินตนเองที่มีการเลือก การพิจารณาและการผสมผสานของข้อมูลที่บุคคลได้รับจากแหล่งต่างๆ เพื่อใช้ในการตัดสินใจของตนเอง เช่น สังคมที่เน้นที่ตัวบุคคล บุคคลก็จะให้ความสำคัญต่อตัวเองสูง ในกระบวนการประเมินตนเองจึงให้ความสำคัญของสมรรถนะแห่งตนสูง ส่วนสังคมที่เน้นความสำคัญของกลุ่ม เน้นการยอมรับของกลุ่ม และมีการพึ่งพาซึ่งกันและกัน ซึ่งพบในสังคมคนเอเชีย บุคคลในสังคมจะมีความอ่อนน้อมถ่อมตน จะส่งผลต่อการประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการประเมินสมรรถนะตนเองต่อหน้าผู้อื่น (ทัศน ประสบกิตติคุณ, 2544ก) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้และนำไปใช้การวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองและการจับคู่ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อให้เกิดความแตกต่างระหว่างทั้งสองกลุ่มให้น้อยที่สุดเท่าที่จะทำได้

ผลการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ปกครอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาที่ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโดยใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไม่มากนักแต่ก็เชื่อว่าถ้าผู้ปกครองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแล้วจะมีพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ดีขึ้นตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ดังเช่นการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจแต่กำเนิด ซึ่งศึกษาในมารดาจำนวน 30 ราย โดยวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการดูแลบุตรก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การบันทึกสุขภาพและจดหมายกระตุ้นเตือน โดยวัดการรับรู้สมรรถนะของมารดาและพฤติกรรมการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 ของโปรแกรม พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้สมรรถนะของมารดาและพฤติกรรมการดูแลบุตรเพิ่มขึ้น (สมพร โชติวิทย์ธารากร, 2543) การศึกษาเกี่ยวกับผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการดูแลทารก ซึ่งได้ศึกษาในมารดาจำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติจำนวน 10 ราย และกลุ่มที่ได้รับการเตรียมให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกจำนวน 10 ราย โดยได้รับการ

ส่งเสริม 4 วิธี คือ การให้มารดาประสบความสำเร็จโดยฝึกหัดการดูแลทารกด้วยตนเอง การดูตัวแบบในการดูแลทารกในหนังสือคู่มือการดูแลทารก การใช้คำพูดชี้แนะ ชักจูง ชมเชย ให้กำลังใจในการดูแลทารก และการให้มารดาระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลทารก โดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง 3 วันผลการศึกษาพบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับการเตรียมให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกมีพฤติกรรมดูแลทารกถูกต้องเหมาะสมกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเตรียมให้มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (สมทรง เค้าฝาย, 2540)

ส่วนในต่างประเทศมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการฝึกพฤติกรรมเด็กของครอบครัวเด็กอายุ 2 ปีที่มีปัญหาทางพฤติกรรมเพื่อประเมินการเพิ่มของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความเครียด และการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กในด้านบวกของผู้ปกครอง ซึ่งศึกษาในผู้ปกครองและเด็กวัยหัดเดิน 46 คู่ โดยแบ่งออกเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการฝึกหัดของผู้ปกครองในการฝึกพฤติกรรมเด็กและกลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรม วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมและติดตามหลังการเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือนและ 1 ปี พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 3 เดือนสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองเพิ่มขึ้นและยังคงเดิมหลังติดตามผลอีก 1 ปี (Tucker, Gross, Fogg, Delany, & Lapporte, 1998) และยังมีการศึกษาเกี่ยวกับกลยุทธ์ในการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของมารดาในการนวดทารกที่ดาบอดซึ่งศึกษาในมารดาและทารกจำนวน 6 คู่ โดยสอนมารดาในการนวดทารกตามสื่อวีดิทัศน์ที่ละรายที่บ้าน ได้บันทึกภาพ เสียงการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง และการปฏิบัติกิจกรรมไว้ หลังจากนั้นมีการเข้ากลุ่มเพื่อสอบถามถึงการปฏิบัติ แลกเปลี่ยนความคิด ให้ดูสื่อวีดิทัศน์ก่อนและหลังสอนนวด ประเมินโดยการสังเกตจากเทปบันทึกภาพและเสียง พบว่าก่อนสอนการนวดมารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกในด้านลบร้อยละ 100 หลังการสอนนวดมารดาร้อยละ 79 มีปฏิสัมพันธ์กับทารกดีขึ้น ทำให้สื่อสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกดีขึ้น มารดาที่มีความมั่นใจและสามารถในการสื่อสารกับทารกได้มากขึ้น (Lappin, 2006)

งานวิจัยดังกล่าวได้มีการศึกษาถึงการส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีพฤติกรรมดูแลเด็กที่ดีขึ้นและจากการศึกษาแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของเบนดูราทำให้ทราบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลอย่างยิ่ง การมีความรู้ความสามารถอาจจะไม่สามารถช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จได้ ถ้าหากบุคคลนั้นขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะใช้ความรู้ ความสามารถนั้น อาจส่งผลให้ความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ค่อยๆ ทยอยลงไป ในทางตรงกันข้ามถ้าหากบุคคลนั้นมีความมั่นใจในความสามารถตนเองก็จะส่งผลให้บุคคลนั้นนำความรู้ ความสามารถที่มีอยู่ออกมาใช้ได้มากยิ่งขึ้นและจะส่งผลให้ประสบผลสำเร็จที่สุด (Bandura, 1997)

อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาที่นำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการดูแลเด็กโรคหอบหืดแล้วการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองไม่แตกต่างจากแนวทางปฏิบัติตาม

มาตรฐานเดิม ดัชนีการศึกษาของแฮนสัน (Hanson, 1998) เกี่ยวกับการส่งเสริมสมรรถนะและทักษะการจัดการหอบหืดของผู้ปกครองซึ่งศึกษาในผู้ปกครองเด็กโรคหอบหืดจำนวน 303 คน ประเทศเม็กซิโก โดยแบ่งกลุ่มควบคุมจำนวน 152 คน ที่ได้รับการฝึกทักษะตามมาตรฐานการให้ความรู้จากแนวปฏิบัติสำหรับการวินิจฉัยและการรักษาโรคหอบหืด (Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Asthma [NIH]) กลุ่มทดลองจำนวน 151 คน ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนตามแนวคิดของเบนดูราโดยให้ความรู้ตามคู่มือ 3 ครั้งคือ 3-4 วันแรกที่เข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นอีก 2 และ 6 เดือนนับจากครั้งแรก และใช้กรอบวิธีที่ประสบความสำเร็จในการดูแลเด็กโรคหอบหืดเป็นผู้ฝึกทักษะ ประเมินสมรรถนะและการจัดการหอบหืดของผู้ปกครองเป็นระยะคือ ครั้งแรกที่เข้าร่วมโปรแกรม หลังจากนั้นประเมินเดือนที่ 6, 12 และ 24 ตามลำดับ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองทั้ง 2 กลุ่มเพิ่มขึ้นและไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะตามมาตรฐานและกลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน แต่แฮนสันได้วิเคราะห์ว่ามีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ โปรแกรมที่นำมาทดลองอาจไม่เพียงพอ ในแบบวิจัยไม่ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยให้ผู้ปกครองเด็กทุกรายเข้าร่วม โปรแกรม กลุ่มควบคุมได้รับโปรแกรมอื่นมาก่อน กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมไม่ได้วัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทำให้กลุ่มตัวอย่างบางรายอาจมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมาก่อนแล้ว

แนวคิดสมรรถนะแห่งตนเชื่อว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมใดๆ บุคคลนั้นจะมีความพยายามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆตามที่ตนคาดหวังไว้ได้และจากที่ผ่านมามีการศึกษาถึงการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กน้อย มีเพียงการศึกษาหาความสัมพันธ์ของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองและพฤติกรรมดูแลเด็กโรคหอบหืด ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมาสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กตามแนวคิดของเบนดูราโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 ด้าน คือการเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ การนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ที่ผู้แสดงมีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ปกครองเด็กโรคหอบหืด โดยเสนอเรื่องราวโดยตัวแบบจะเล่าประสบการณ์ความสำเร็จเกี่ยวกับการป้องกันอาการหอบหืด การแสดงวิธีการพ่นยา การดูแลเด็กในการออกกำลังกาย พร้อมกับการพูดคุยจูงใจ โน้มน้าว ชี้แนะและให้กำลังใจ และให้นำไปทดลองใช้ในการป้องกันอาการหอบหืด และการนำเสนอตัวแบบสัญลักษณ์จะทำให้สามารถจดจำวิธีการดูแลเด็กได้ดีกว่าวิธีอื่น (นันทานุ่นงาม, 2544; พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541; สุสัณหา อิมแฉ่ม, อัญชญา โดศิตากุล และสุธิศา ล่ามช้าง, 2544; Wilson & O' Leary, 1980) ร่วมกับการประเมินความพร้อมด้านร่างกาย อารมณ์ก่อนการดำเนินกิจกรรมในการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองตลอดจนการให้

คำชี้แนะ จูงใจ ให้กำลังใจก็จะทำให้ผู้ปกครองมีความมั่นใจและทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลเด็กที่ดีขึ้น โดยเฉพาะการจัดการอาการหอบและการดูแลการออกกำลังกายซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ปกครองไม่มั่นใจในการกระทำมากที่สุด เมื่อผู้ปกครองมีพฤติกรรมดูแลเด็กได้ดีขึ้น จะส่งผลให้เด็กมีอาการหอบที่ลดลง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและห้องฉุกเฉินลดลง มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้ภาระการดูแลของผู้ปกครองลดลง และค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคลดลงไปด้วย ดังนั้นการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนอาจช่วยให้ผู้ปกครองเด็กโรคหอบหืดมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก

โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองเด็กโรคหอบหืด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้าง โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กโรคหอบหืดอายุ 1-6 ปี ตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์เพื่อประเมินความพร้อมในการเข้าร่วมโปรแกรม การสังเกตผู้อื่นประสบความสำเร็จเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจและต้องการทำตาม ให้มีประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองเมื่อก่อนได้ดูตัวอย่างได้ดูตัวแบบแล้วสามารถปฏิบัติตามตัวแบบได้ก็จะมี ความมั่นใจและเชื่อว่าตนเองสามารถที่จะกระทำได้และประสบความสำเร็จ และการใช้คำพูดชักจูงชี้แนะด้วยวาจาโดยผู้วิจัยพูดสนับสนุน ชี้นำกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำให้บรรลุเป้าหมายได้ โดยเริ่มจากให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมครั้งละ 5-8 คน แต่ละกลุ่มจะเข้าร่วมโปรแกรม 4 ครั้งโดยนัดแต่ละครั้งห่างกัน 1 สัปดาห์เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสลองปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันอาการหอบหืดที่บ้านใช้เวลาครั้งที่ 1 และ 2 ประมาณ 60 นาทีเพื่อเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ดูสื่อวีดิทัศน์แสดงความคิดเห็นและซักถาม (Yalom, 1975) ครั้งที่ 3 ใช้เวลาประมาณ 15 นาทีเพื่อพูดคุยซักถามการปฏิบัติและพูดสนับสนุน ให้กำลังใจ ชมเชยทางโทรศัพท์ และนัดครั้งที่ 4 ประเมินพฤติกรรม การป้องกันอาการหอบหืดของผู้ปกครอง

ขั้นตอนของการเข้าร่วมโปรแกรม

ในการเข้าร่วมโปรแกรมนั้นการนัดพบครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยซักถามถึงภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ สังเกตสีหน้า ท่าทาง การพูดคุยของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึงความวิตกกังวล ซักถามความรู้สึกวิตกกังวลที่มีอยู่ ถ้ากลุ่มตัวอย่างยังไม่พร้อมผู้วิจัยจะนัดเข้าร่วมโปรแกรมอีกครั้ง ถ้ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมก็ให้เข้าร่วมโปรแกรมโดยเริ่มจากการกล่าวทักทายและนำเข้าสู่เรื่องการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กและให้กลุ่มตัวอย่างเล่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กอายุ 1-6 ปี และกล่าวชมเชยการปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จนั้นๆ เพื่อนำมาสนับสนุนให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันอาการหอบหืดได้ดีขึ้น หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดูตัวแบบจากวีดิทัศน์ที่นำเสนอการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กอายุ 1-6 ปี ซึ่งผู้วิจัยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างคือมารดาของเด็กโรคหอบหืด โดยให้ตัวแบบแสดงพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกันอาการหอบหืด โดยตัวแบบจะแสดงวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันอาการหอบหืดในเด็กเกี่ยวกับวิธีการหลีกเลี่ยงหรือควบคุมสิ่งทีกระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด ได้แก่ การดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ หลีกเลี่ยงการเลี้ยงสัตว์เลี้ยงไว้ในบ้าน หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำมาจากผลิตภัณฑ์ที่มาจากหนังหรือขนสัตว์ หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้เกิดอาการแพ้และทำให้มีอาการหอบหืด การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กนอนในห้องที่มีสารที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบหืด ได้แก่ การทำความสะอาดบ้านและห้องนอนเด็ก การเลือกใช้เครื่องนอนที่ไม่ก่อให้เกิดอาการหอบหืดและการทำความสะอาดเครื่องนอน การกำจัดตัวไรฝุ่น การดูแลสุขภาพ ได้แก่ การบริหารการหายใจ การดูแลเด็กในการออกกำลังกาย การดูแลด้านจิตใจ การดูแลการใช้ยารักษาโรคหอบหืดในเด็ก และการดูแลเด็กเมื่อเริ่มมีอาการผิดปกติ ได้แก่ การสังเกตอาการเตือนก่อนเกิดอาการหอบหืด การประเมินความรุนแรงของอาการหอบหืดและการดูแลที่เหมาะสมเมื่อเริ่มมีอาการหอบหืด ได้รับผลกระทบหรือผลจากการปฏิบัติคือบุตรมีอาการหอบหืดลดลง เปรียบเทียบกับตัวแบบที่มีพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องเหมาะสมและได้รับผลกระทบหรือผลจากการปฏิบัติคือบุตรมีอาการหอบหืดบ่อยและรุนแรง เพื่อให้ผู้สังเกตคิดและตัดสินใจในการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดในบุตรของตน การนำเสนอจะใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังสิ้นสุดการสังเกตตัวแบบแล้ว ผู้วิจัยพูดสนับสนุนให้ผู้ปกครองทดลองปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันอาการหอบหืด ชมเชยเมื่อผู้ปกครองประสบความสำเร็จในการปฏิบัติกิจกรรม ให้กำลังใจเมื่อผู้ปกครองยังไม่สามารถทำได้พร้อมกับพูดชักจูงให้ปฏิบัติกิจกรรมต่อไปให้สำเร็จ ซึ่งให้เห็นถึงผลดี

จากการมีการป้องกันอาการหอบหืดที่เหมาะสมและผลเสียถ้าหากไม่ได้มีการป้องกันอาการหอบหืดที่เหมาะสม และพุดจูงใจโน้มน้าวและให้ผู้ปกครองได้ปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นที่บ้าน

นัดครั้งที่ 2 ผู้วิจัยซักถามกลุ่มตัวอย่างถึงภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจและสังเกตสีหน้า ท่าทาง การพูดคุยของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึงความวิตกกังวล ซักถามความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลที่มีอยู่ สอบถามผลการปฏิบัติตามกิจกรรมการป้องกันอาการหอบหืดและความมั่นใจในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก หากกลุ่มตัวอย่างพบปัญหาและอุปสรรค ผู้วิจัยชี้แนะแนวทางการแก้ไข ให้กำลังใจ หรือกล่าวชมเชยเมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้ดีแล้ว และเสนอตัวแบบสื่อวีดิทัศน์ให้กลุ่มตัวอย่างชมอีกครั้งถ้ากลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมการป้องกันอาการหอบหืดได้ ร่วมกับการสนับสนุนด้วยคำพูดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงสมรรถนะแห่งตนที่เพิ่มขึ้น เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามกิจกรรมในการป้องกันอาการหอบหืดอย่างเหมาะสมและสม่ำเสมอ

นัดครั้งที่ 3 ผู้วิจัยติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์โดยสอบถามถึงผลการปฏิบัติตามตัวแบบและคำแนะนำของผู้วิจัยและผู้วิจัยชี้แนะ ชมเชย ให้กำลังใจและเน้นย้ำถึงผลดีจากการมีการป้องกันอาการหอบหืดที่เหมาะสมและผลเสียถ้าหากไม่ได้มีการป้องกันอาการหอบหืดที่เหมาะสม โน้มน้าวให้มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องต่อไป

ในการนัดครั้งที่ 4 ผู้วิจัยซักถามกลุ่มตัวอย่างถึงภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจและสังเกตสีหน้า ท่าทาง การพูดคุยของกลุ่มตัวอย่างที่แสดงถึงความวิตกกังวล ซักถามความรู้สึกรู้สึกวิตกกังวลที่มีอยู่ สอบถามผลการปฏิบัติตามกิจกรรมการป้องกันอาการหอบหืดและความมั่นใจในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก หลังจากนั้นอภิปรายกลุ่มเรื่องการปฏิบัติตามกิจกรรมการป้องกันอาการหอบหืดตลอด 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา หากกลุ่มตัวอย่างพบปัญหาและอุปสรรค ผู้วิจัยจะชี้แนะแนวทางแก้ไข ให้กำลังใจในการปฏิบัติต่อไป หรือกล่าวชมเชยเมื่อก่อนกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติดีแล้วเปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาเพิ่มเติมและมีการสนับสนุนด้วยคำพูด เน้นย้ำถึงผลดีจากการมีการป้องกันอาการหอบหืดที่เหมาะสมและผลเสียถ้าหากไม่ได้มีการป้องกันอาการหอบหืดที่เหมาะสม เพื่อโน้มน้าวให้กลุ่มตัวอย่างตั้งใจที่จะปฏิบัติในการดูแลบุตร โรคหอบหืดต่อไป

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคหอบหืดเป็นโรคที่เกิดจากการอักเสบหลอดลม เยื่อผนังหลอดลมมีการตอบสนองต่อสารที่ก่อให้เกิดอาการหอบหืดและอาจเกิดอาการหอบหืดหลังได้รับสารหรือสิ่งกระตุ้น ส่งผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจของเด็กและครอบครัว ดังนั้นสิ่งที่สำคัญคือต้องป้องกันการเกิดอาการหอบหืดในเด็กเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะเด็กโรคหอบหืดอายุ 1-6 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ต้องพึ่งพา

ผู้ปกครองในการป้องกันไม่ให้เกิดอาการหอบหืด การที่จะทำให้ผู้ปกครองสามารถป้องกันอาการหอบหืดได้อย่างเหมาะสมมากขึ้นนั้นผู้ปกครองต้องมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองว่าสามารถป้องกันอาการหอบหืดในเด็กได้ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) มาสร้างโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยอาศัยแหล่งสนับสนุน 4 แหล่งคือ 1) การประเมินความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ปกครองก่อนได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก 2) การเสนอตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้ปกครองเด็กโรคหอบหืด 3) การสนับสนุนให้ผู้ปกครองมีประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในการป้องกันอาการหอบหืดเพื่อเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนมากขึ้น 4) การชักจูงหรือชี้แนะด้วยวาจาเพื่อให้ผู้ปกครองได้มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันอาการหอบหืดและปฏิบัติกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องและกล่าวถึงผลลัพธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันอาการหอบหืดที่เหมาะสมและไม่เหมาะสม เมื่อผู้ปกครองรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีขึ้นก็จะมี ความมั่นใจในตนเองมากขึ้นอาจทำให้พฤติกรรมในการปฏิบัติการป้องกันอาการหอบหืดในเด็ก ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น