

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเด็ก ผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล บุคลากรสุขภาพในชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียนในตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี และเพื่อศึกษาผลของการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งผู้วิจัยได้สรุปรวบรวมสาระสำคัญจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 2.1 โรคหอบหืดในเด็ก
- 2.2 การดูแลและการป้องกันอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน
- 2.3 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำแบบมีส่วนร่วมของชุมชน
- 2.4 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำ
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 โรคหอบหืดในเด็ก

2.1.1 ความหมายของโรคหอบหืด (Definition of Asthma)

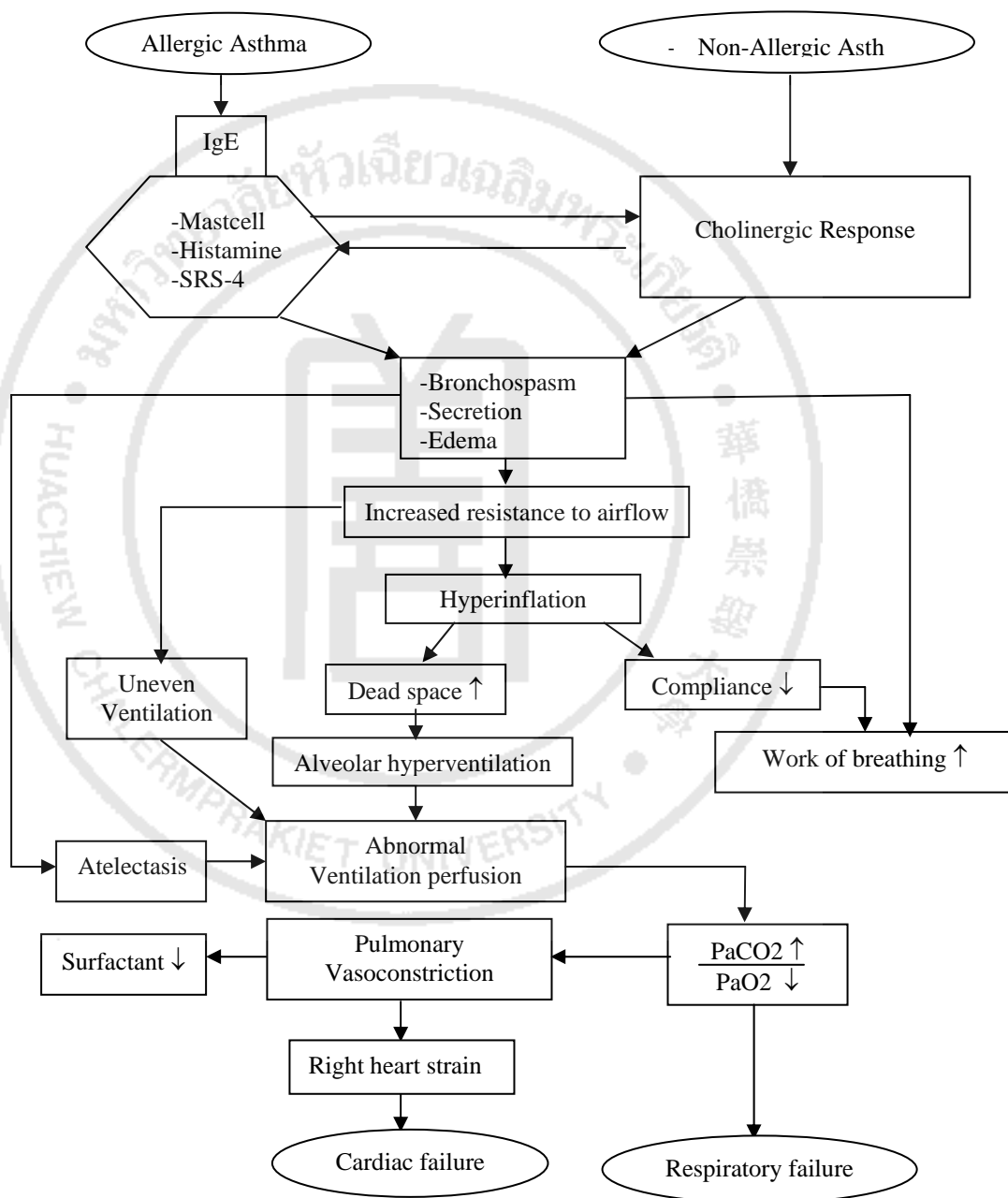
โรคหอบหืด (Asthma) หมายถึง โรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลม ซึ่งกลไกการเกิดโรคหอบหืดในเด็กไม่แตกต่างจากในผู้ใหญ่ โดยการอักเสบของหลอดลมมีผลทำให้เยื่อผนังหลอดลมของเด็กมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสารภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าเด็กปกติ ทำให้เกิดการตีบแคบ หดเกร็ง และเกิดการบวมของเยื่อบุหลอดลม (ปกิต วิชยานนท์ และคณะ. 2543 ; มุกดาหวังวีรวงษ์. 2543 ; National Heart, Lung, and Blood Institute World Health Organization. 1995 ; National Heart, Lung, and Blood Institute. 2002)

2.1.2 พยาธิสภาพของโรคหอบหืด

จากการศึกษาต่าง ๆ พบว่า เมื่อมีอาการหอบหืดจะมีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสรีรวิทยา คือ มีกลไกทางภูมิคุ้มกันวิทยา เริ่มตั้งแต่มีสารก่อภูมิแพ้เข้าสู่ทางเดินหายใจ เรียกว่า หอบหืดจากสารก่อภูมิแพ้ (Allergic Asthma) และโรคหืดที่มีสาเหตุอื่น ๆ เช่น การติดเชื้อ ความผิดปกติทางอารมณ์ การออกกำลังกายมากเกินไปหรือสิ่งระคายเคืองเรื้อรัง เรียกว่า หอบหืดที่ไม่ได้เกิดจากสารก่อภูมิแพ้ (Non-allergic Asthma) จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของการอุดกั้นทางเดินหายใจในโรคหืด พบว่า ในขณะที่มีอาการหอบหืดทางเดินหายใจของเด็กจะมีขนาดเล็กลง เนื่องจากกล้ามเนื้อเรียบของหลอดลมหดเกร็งตัว ผนังหลอดลมบวม มีการคั่งของเลือดในหลอดเลือด มีน้ำคั่งระหว่างเซลล์และมีการขับมูกที่เหนียวติดแน่นกับหลอดลม ซึ่งการตีบแคบของหลอดลมนี้ทำให้แรงต้านของทางเดินหายใจเพิ่มขึ้น (Pauwels & Snashall. 1986 : 6-18) นอกจากนี้ จะพบว่าเกิดลักษณะไม่สม่ำเสมอของทางเดินหายใจอันเนื่องมาจากการบวมของผนังหลอดลมและเสมหะในหลอดลม เป็นเหตุให้อากาศที่ผ่านไปในบริเวณนั้นเปลี่ยนจากไหลตรง ๆ มาเป็นการไหลวน ทำให้แรงต้านของทางเดินหายใจเพิ่มมากขึ้นไปอีก เด็กไม่สามารถหายใจออกได้อย่างปกติ ส่งผลให้ระดับลมที่อยู่ในปอดหลังจากหายใจออกธรรมดา (Functional Residual Capacity, FRC) และลมที่อยู่ในปอดหลังจากหายใจออกเต็มที่ (Residual Volume, RV) มีค่าเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากทางเดินหายใจบางส่วนจะปิดก่อนที่ลมจะออกหมด เป็นเหตุให้มีอากาศเหลือค้างในถุงลมและค่าปริมาตรของลมที่เป่าออกอย่างรวดเร็วและแรงจนหมดหลังจากหายใจเข้าเต็มที่ (Forced Vital Capacity, FVC) ลดลง ภาวะดังกล่าวทำให้เกิดการขยายของทรวงอก และถ้าอยู่ในภาวะนี้นาน ๆ และรุนแรงอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของทรวงอกถาวรได้ เกิดลักษณะที่เรียกว่า ออกถัง (Barrel Chest) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กเล็กที่กระดูกซี่โครง (Rib Cage) ยังไม่ค่อยแข็งแรงและเจริญเต็มที่ (Kendig & Chernick. 1983 : 560 ; แนวทาง การรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก. 2548) ในขณะที่มีอาการหอบหืด ความสมดุลระหว่างการระบายอากาศและการกำซาบของอากาศมีความไม่สม่ำเสมออย่างมาก ทำให้เกิดภาวะเลือดพร่องออกซิเจน (Hypoxemia) ซึ่งพบในระยะแรก ๆ จากภาวะดังกล่าว จะกระตุ้นให้ร่างกายหายใจเร็วขึ้นและขับคาร์บอนไดออกไซด์ออกมาก เกิดการพร่องคาร์บอนไดออกไซด์ (Hypocapnia) เป็นผลทำให้เกิดภาวะต่างจากการหายใจ (Respiratory Alkalosis) และถ้าอาการหอบรุนแรงมากขึ้น หลอดลมตีบแคบมากขึ้น ภาวะการระบายอากาศลดลงร่วมกับภาวะพร่องออกซิเจน ทำให้คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง เกิดภาวะกรดจากการหายใจ (Respiratory Acidosis) เลือดจะเข้าสู่เนื้อเยื่อน้อยลง ก่อให้เกิดภาวะแลคติก แอซิดอสิส (Lactic Acidosis) ซึ่งเกิดขึ้นได้จากภาวะพร่องออกซิเจนอยู่แล้ว อันเป็นสาเหตุให้คือต่อขยายหลอดลมและหัวใจหยุดเต้นจนถึงแก่ชีวิตได้ (แนวทางการรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับ

ผู้ป่วยเด็ก. 2548) จากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาของโรคหืดดังกล่าวอาจสรุปได้ดังต่อไปนี้ (แผนภูมิที่ 2.1)

แผนภูมิที่ 2.1
พยาธิสรีรวิทยาของโรคหอบหืด



ที่มา : ไพบูลย์ พาณิชยการ. (2526 : 34) ; Satter. (1985 : 98)

2.1.3 การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหอบหืด (Classification of asthma by severity)

ประเทศไทยใช้แนวทางการรักษาพยาบาลโรคหอบหืดขององค์การอนามัยโลกร่วมกับสถาบันโรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจและโรคเลือดของสหรัฐอเมริกา เนื่องจากสะดวกและเป็นสากล โดยมีการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคออกเป็น 4 ระดับ คือ (National Heart, Lung and Blood Institute. 2002 ; ปกิต วิชาชนนัท และคณะ. 2543)

ระดับที่ 1 ระดับมีอาการนานๆ ครั้ง หรือมีอาการเป็นครั้งคราว (Intermittent)

ระดับที่ 2 ระดับมีอาการน้อย หรือมีอาการรุนแรงน้อย (Mild persistent)

ระดับที่ 3 ระดับปานกลาง หรือมีอาการรุนแรงปานกลาง (Moderate persistent)

ระดับที่ 4 ระดับรุนแรง หรือมีอาการรุนแรงมาก (Severe persistent)

อาการและอาการแสดงที่ใช้ในการแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดในเด็กแสดงในตารางที่ 2.1

ตารางที่ 2.1

การแบ่งระดับความรุนแรงของโรคหอบหืดตามลักษณะอาการแสดงก่อนการรักษา (Classification Of Asthma Severity By Clinical Features Before Treatment)

Step 1 : Intermittent
<ul style="list-style-type: none"> - อาการหอบน้อยกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง - อาการกำเริบช่วงสั้น ๆ - จำนวนครั้งของการหอบในเวลากลางคืนต่ำกว่า 2 ครั้งต่อเดือน - PEV_1 หรือ $PEF \geq 80\%$ ของค่ามาตรฐาน ($PEV_1 \geq 80\%$ predicted or $PEF \geq 80\%$ of personal best) - ค่าความผันผวน $< 20\%$ (PEF or PEV_1 variability $< 20\%$)
Step 2 : Mild persistent
<ul style="list-style-type: none"> - อาการหอบมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ แต่ไม่ได้เป็นทุกวัน - อาการกำเริบอาจมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอน - จำนวนครั้งของการหอบในเวลากลางคืนมากกว่า 2 ครั้งต่อเดือน - PEV_1 หรือ $PEF \geq 80\%$ ของค่ามาตรฐาน ($PEV_1 \geq 80\%$ predicted or $PEF \geq 80\%$ of personal best) - ค่าความผันผวน 20-30% (PEF or PEV_1 variability $< 20\%$)

Step 3 : Moderate persistent
<ul style="list-style-type: none"> - อาการหอบทุกวัน - อาการกำเริบมีผลต่อการทำกิจกรรมและการนอนของผู้ป่วย - จำนวนครั้งของการหอบในเวลากลางคืนมากกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์ - ใช้ β_2-agonist ชนิดสูดออกฤทธิ์สั้นทุกวัน (Daily use of inhaled short-action ใช้ β_2-agonist) - PEV_1 หรือ PEF 60-80% ของค่ามาตรฐาน (PEV_1 60-80% predicted or PEF 60-80% of personal best) - ค่าความผันผวน $> 30\%$ (PEF or PEV_1 variability $> 30\%$)
Step 4 : Severe persistent
<ul style="list-style-type: none"> - อาการหอบตลอดเวลา - อาการกำเริบบ่อยมาก - อาการหอบกลางคืนบ่อยมาก - กิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยถูกจำกัดด้วยอาการหอบ - PEV_1 หรือ PEF $\leq 60\%$ ของค่ามาตรฐาน ($PEV_1 \leq 60\%$ predicted or PEF $\leq 60\%$ of personal best) - ค่าความผันผวน $> 30\%$ (PEF or PEV_1 variability $> 30\%$)

2.1.4 ปัจจัยเลี้ยงหรือสิ่งกระตุ้นที่เป็นสาเหตุของอาการหอบหืดซ้ำ

จากการศึกษา พบว่า โรคหอบหืดมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. พันธุกรรม (Genetics of Asthma) พบว่า ครึ่งหนึ่งของเด็กที่เป็นโรคหอบหืดมาจากครอบครัวที่มีประวัติเป็นโรคภูมิแพ้หรือโรคหอบหืดและส่วนมากจะพบในครอบครัวทางมารดา (มุกดา หวังวีระวงศ์. 2539 ; ภาสกร ศรีทิพย์สุโข. 2544 ; Ellis. 1993 ; Walters et al. 1995) นอกจากนี้ ยังพบว่าเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 10 ปี เด็กชายจะเป็นโรคหอบหืดมากกว่าเด็กหญิง (Tuchinda et al. 1987 ; National Heart, Lung, and Blood Institute. 2002)

2. สารก่อภูมิแพ้ (Allergen) และมลพิษ (Pollution) ในสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้าน/ภายนอกบ้าน (Indoor Environment/Outdoor Environment) สารบางอย่างในสิ่งแวดล้อมอาจเป็นตัวกระตุ้นให้เด็กบางคนที่มีความไวต่อการแพ้ภัยมีการสร้างปฏิกิริยาภูมิต่อต้านต่อสารนั้นขึ้นมา ซึ่งได้แก่ สารพิษในอากาศ เช่น ออกไซด์ของไนโตรเจน ซัลเฟอร์ สารไฮโดร-คาร์บอน และโอโซนที่มาจากโรงงานอุตสาหกรรม มลภาวะของอากาศ ตัวไรฝุ่น ฝุ่นบ้าน ฝุ่นจากที่นอน

หมอน ผ้าห่ม ผ้าม่าน ฝุ่นแป้ง ฝุ่นตามถนนหรือโรงงาน ฝุ่นตามมีขนปุย ละอองเกสรดอกไม้ หญ้า เชื้อรา ขนและรังแคสัตว์ เช่น สุนัข แมว ไก่ เป็ด นก แมลงสาบ ควั่นจากท่อไอเสียรถยนต์ น้ำมันรถ สารเคมี ควั่นไฟ โดยเฉพาะควั่นบุหรี่ ทำให้มีโอกาสเกิดอาการหอบหืดบ่อยครั้งขึ้น กลิ่นบางชนิด เช่น กลิ่นดอกไม้ กลิ่นน้ำหอม กลิ่นน้ำยาทำความสะอาดบ้าน กลิ่นสี กลิ่นอาหาร กลิ่นของรูป กลิ่นสเปรย์ กลิ่นยาฆ่าแมลง เมื่อสูดดมหายใจเข้าไปจะเกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยเด็กมีอาการหอบหืดขึ้นได้

ดังนั้น เมื่อเด็กคนนั้นได้รับสารนั้นเป็นจำนวนมาก ๆ และเป็นเวลานาน ๆ ปฏิกริยาดังกล่าวก็จะทำให้เด็กเกิดอาการของโรคหอบหืดขึ้นได้ (National Heart, Lung, and Blood Institute. 2002 ; ภาสกร ศรีทิพย์สุโข. 2544 ; Simkins. 1998 ; Reinke and Hoffman. 2002)

3. สาเหตุอื่น ๆ

3.1 การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ (Respiratory Infection) ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหอบหืดกำเริบนั้นมักจะพบว่ามีอาการติดเชื้อทางเดินหายใจร่วมด้วยถึงร้อยละ 10-50 (สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. 2546) เชื้อที่มักเป็นสาเหตุสำคัญต่อการกระตุ้นอาการหอบหืด คือ เชื้อไวรัส

3.2 การเปลี่ยนแปลงของอากาศอย่างรวดเร็ว (Weather Changes) เช่น อากาศร้อนจัด เปลี่ยนเป็นอากาศเย็นจัด หรืออากาศเย็นจัดเปลี่ยนเป็นอากาศร้อนจัดเกินไป การเปลี่ยนแปลงของอากาศดังกล่าวนี้เป็นสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กเกิดอาการหอบหืดขึ้นได้

3.3 การออกกำลังกายที่ไม่ถูกต้องหักโหมเกินไปจนรู้สึเหนื่อย จะทำให้เกิดอาการจับหืด (Asthma Attack) ซึ่งเรียกอาการจับหืดที่เกิดภายหลังการออกกำลังกายว่า อาการจับหืดหลังออกกำลังกาย โดยเชื่อว่ากลไกการเกิดภาวะนี้เกี่ยวข้องกับกระบวนการแลกเปลี่ยนน้ำและความร้อนของเยื่อทางเดินหายใจ โดยการออกกำลังกายจะทำให้สูญเสียความร้อนออกจากร่างกายและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเคมีบางอย่างผิดปกติ ขณะเดียวกันความเย็นของเยื่อทางเดินหายใจ ทำให้แมสเซลล์ (Mast Cell) หลังเมื่อออกมา เป็นสาเหตุให้หลอดลมตีบ เกิดอาการหอบหืดขึ้นได้ และยังพบว่า ความเย็นและการเปลี่ยนแปลงของภาวะความดันออสโมซิสของเยื่อทางเดินหายใจ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการหดเกร็งของหลอดลม นอกจากนี้ อาจเกิดจากความไม่สมดุลในการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติพาราซิมพาธิคก็จะมีผลต่อประสาทเวกัส โดยทำให้ตัวรับของประสาทเวกัสออกฤทธิ์มากเกินไปเป็นสาเหตุให้เกิดอาการหอบหืดหลังออกกำลังกาย

3.4 การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (Extreme Emotional Expression) เช่น เครียด กลัว เศร้า โศกเสียใจ โกรธ โมโห หงุดหงิด วิตกกังวล ไม่สบายใจ ตื่นเต้นดีใจ หัวเราะ หรือร้องไห้ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์เหล่านี้ อาจทำให้เกิดการหายใจถี่ ร่างกายมีการระบายอากาศที่เร็วและมี

ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายน้อยเกินไป (Hypocapnia) การเกิดภาวะเช่นนี้ทำให้ทางเดินหายใจตีบแคบลง (Airway Narrowing) ซึ่งเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดอาการของโรคหอบหืดขึ้น

3.5 อาหาร อาหารบางชนิดพบว่าทำให้เกิดอาการของโรคหอบหืดได้ เช่น ไข่ นม ผงชูรส อาหารทะเล กุ้ง ผลไม้แห้ง เป็นต้น

3.6 การสูดดมละอองยาหรือสารเคมีบางชนิด เช่น เมตาโคลีน ฮิสตามีน ซึ่งพบในยาฆ่าแมลง ผงซักฟอก สารแต่งสีสิ่งเหล่านี้จะทำให้หลอดลมหดเกร็งทันที

2.1.5 การซักประวัติและการตรวจร่างกายเด็กโรคหอบหืด (History Taking and Physical Examination)

1. การซักประวัติ (History Taking)

การซักประวัติเป็นวิธีการที่สำคัญที่สุดในการวินิจฉัยโรคหอบหืด สิ่งที่จะต้องซักได้แก่ อาการที่นำก่อนมีอาการหอบ เช่น อาการไอ เหนื่อยง่าย แน่นหน้าอกหรือเป็นหวัด ช่วงเวลาที่เกิดอาการ ปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ ที่ทำให้มีอาการหอบครั้งนั้น ๆ และประวัติการเป็นหอบหืดของบุคคลในครอบครัว

2. การตรวจร่างกาย (Physical Examination)

ในขณะที่เด็กไม่มีอาการ การตรวจร่างกายอาจจะอยู่ในสภาวะปกติทั้งหมด ทำให้การวินิจฉัยทำได้ยาก อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการ ซึ่งจะช่วยให้สามารถวินิจฉัยได้ง่ายขึ้น

ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มีอาการหอบหืดซ้ำ (Recurrent Wheezing) มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป ควรคำนึงถึงหอบหืดด้วย โดยเฉพาะในกรณีที่มีประวัติเสี่ยงและต้องวินิจฉัยแยกโรคที่มีเสียงวี๊ดเกิดตามหลังหลอดลมอักเสบหรือการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนล่าง อาการวี๊ดอาจจะหายไปเองได้เมื่ออายุมากขึ้น

3. การตรวจพิเศษเพื่อสนับสนุนการวินิจฉัย (Extra Examination)

1. การตรวจภาพรังสีทรวงอก ไม่จำเป็นต้องทำทุกครั้ง แต่จะทำเมื่อ
 - 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดครั้งแรก
 - 2) ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา
 - 3) สงสัยว่าผู้ป่วยเป็นโรคอื่น เช่น โรคปอดอักเสบ หรือ วัณโรค เป็นต้น
 - 4) ต้องการวินิจฉัยภาวะแทรกซ้อนของโรคหอบหืด เช่น ลมในช่องเยื่อหุ้มปอด

2. การวัดสมรรถภาพการทำงานของปอด (lung function test / Pulmonary function test)

1) เพื่อดูว่าภาวะการอุดกั้นของหลอดลมดีขึ้นหลังจากได้รับยาขยายหลอดลมหรือไม่ (Reversible Airway Obstruction) โดยวัดด้วยสไปโรมิเตอร์ (Spirometer)

2) เพื่อดูค่าความผันผวน (Peak flow variability) โดยการวัดด้วย Peak Flow Meter ซึ่งถ้าค่าดังกล่าวมากกว่าร้อยละ 20 จะช่วยสนับสนุนการวินิจฉัยโรคหอบหืด

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยซักประวัติตรวจร่างกายและการวัด Peak Flow Meter เมื่อผู้ป่วยมารับบริการที่คลินิกเด็ก

4. การวินิจฉัยโรคหอบหืดในเด็ก โดยวินิจฉัยแยกโรคจากการติดเชื้อในทางเดินหายใจ เช่น ไข้หวัด หลอดลมอักเสบ ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขนาดใหญ่ เช่น ครูป อดอักเสบ วัณโรค สิ่งแปลกปลอม ภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจขนาดเล็ก เป็นต้น

2.2 การดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน

เนื่องจากโรคหอบหืดเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งมีระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกันตามลักษณะอาการ สภาพร่างกายและจิตใจ แต่มีเป้าหมายที่จะทำให้เด็กสามารถควบคุมและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำให้ประสบความสำเร็จ (Goals for Management of Asthma) (ปกิต วิชยานนท์ และคณะ. 2543 ; National Heart, Lung and Blood Institute. 2002 ; chrer et al. 1993 ; แนวทางการดูแลรักษาและป้องกันโรคหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก. 2548) ซึ่งเป้าหมายของการดูแลรักษาพยาบาลเด็กโรคหอบหืดมีดังนี้

1. สามารถควบคุมอาการให้เกิดขึ้นน้อยที่สุดหรือไม่ให้มีอาการทั้งกลางวันและกลางคืน
2. การป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค
3. ไม่มีอาการจับหืดเฉียบพลันจนต้องเข้ารับการรักษาตัวที่ห้องฉุกเฉินและในโรงพยาบาล
4. เด็กสามารถร่วมกิจกรรมประจำวันทีปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้รวมถึงการออกกำลังกาย
5. ให้มีสมรรถภาพการทำงานของปอดปกติหรือใกล้เคียงปกติ
6. เกิดผลข้างเคียงจากยาน้อยที่สุด

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคหืดในเด็กแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ยาบรรเทาอาการ (Reliever) เป็นยาที่มีฤทธิ์ป้องกันและรักษาอาการหืดเกร็งของหลอดลมที่เกิดขึ้น โดยไม่มีผลต่อการอักเสบที่เกิดขึ้นในผนังหลอดลม ยาในกลุ่มนี้จะใช้รักษาอาการจับหืดโดยเฉพาะช่วงที่มีอาการหอบหืด

2. ยาที่ใช้ในการควบคุมอาการ (Controller) เป็นยาที่มีฤทธิ์ด้านการอักเสบ ลดการอักเสบ การบวมของผนังหลอดลม การใช้ยาในกลุ่มนี้ต่อเนื่องกันเป็นเวลานานจะทำให้ควบคุมอาการของโรคได้ และลดการกำเริบของโรค ยาในกลุ่มนี้จึงเป็นยาหลักในการรักษาโรคหืดเรื้อรังซึ่ง ได้แก่

1) คอร์ติโคสเตียรอยด์เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงสุด กลไกการออกฤทธิ์ช่วยลดการอักเสบของผนังหลอดลมโดยขัดขวางการสร้าง Mediators และ Cytokines ต่าง ๆ และทำให้ β_2 -Adrenergic Receptors ในหลอดลมทำงานดีขึ้น ช่วยลดความไวของหลอดลม การใช้ยาประเภทนี้แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

- กินหรือฉีด (System Form) ใช้สำหรับขณะมีอาการเฉียบพลัน หรือในผู้ป่วยโรคหืดเรื้อรังระดับรุนแรงมาก ซึ่งควบคุมโดยการใช้ยาหลายชนิดแล้วไม่ได้ผล อาจพิจารณาให้กินขนาดน้อยที่สุดที่ควบคุมอาการได้

- ชนิดสูด (Inhalation Form) เป็นยาหลักในการรักษาโรคหืดเรื้อรัง (Persistent Asthma) ยานี้จะได้ผลต่อเมื่อใช้ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือนขึ้นไป และควรมีการประเมินผลการรักษาเป็นระยะ ๆ

2) β_2 -agonist ชนิดออกฤทธิ์ยาว (Long – Acting β_2 -Agonist, LABA) มีทั้งชนิดสูดและกิน ออกฤทธิ์อย่างน้อย 12 ชั่วโมง นอกจากออกฤทธิ์ขยายหลอดลมแล้วยังมีฤทธิ์ด้านการอักเสบด้วย แต่การใช้ยาชนิดนี้ควรใช้ร่วมกับชนิดสูด ไม่แนะนำให้ใช้ยาเป็นยาเดี่ยวในการรักษาโรคหืดเรื้อรัง

3) Sustained-release Theophylline มีประสิทธิภาพน้อยกว่า LABA มีฤทธิ์ขยายหลอดลมและอาจมีฤทธิ์ด้านการอักเสบได้ อาจพิจารณาใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษาโรคหืดที่มีอาการรุนแรงน้อย แต่มีข้อควรระวังในการใช้ เนื่องจากต้องปรับขนาดยาให้ได้ระดับยาในเลือดให้เหมาะสมและเกิดผลข้างเคียงได้ง่าย ยาชนิดนี้ยังมี Drug Interaction กับยาตัวอื่น ๆ หลายชนิด แม้จะสามารถแบ่งเม็ดยากินได้ แต่ห้ามบดหรือเคี้ยว เพราะจะทำให้ยาแตกตัวและดูดซึมเร็วจนเกิดผลข้างเคียงที่อันตรายได้

4) Leukotriene Modifier เป็นยาต้านการอักเสบชนิดกิน ออกฤทธิ์ด้านการสังเคราะห์ Leukotriene หรือแย่งจับที่ Leukotriene Receptor อาจพิจารณาใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษาโรคหืดที่มีอาการรุนแรงน้อย

5) Sodium Cromoglycate เป็นยาต้านการอักเสบชนิดพ่นสูด แต่มีประสิทธิภาน้อยกว่า Corticosteroid อาจพิจารณาใช้เป็นยาเดี่ยวในการรักษาโรคหืดที่มีอาการรุนแรงน้อย โดยต้องใช้อนุสูดอย่างน้อยวันละ 3-4 ครั้ง และรอผลการรักษาใน 6-8 สัปดาห์

ในปัจจุบันประเทศไทยได้มีหลักเกณฑ์ในการดูแลรักษาพยาบาลเด็กโรคหอบหืดตามแนวทางการรักษาพยาบาลโรคหอบหืดขององค์การอนามัยโลกร่วมกับสถาบันโรคหัวใจ โรคระบบทางเดินหายใจและโรคเลือดของประเทศสหรัฐอเมริกาประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ (ปกติ วิชา นนท์ และคณะ. 2543 ; National Heart, Lung and Blood Institute. 2002 ; มุกดา หวังวิรุวงศ์. 2537)

1. การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อที่จะนำมาซึ่งความร่วมมือในการรักษาพยาบาลระหว่างแพทย์/พยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เช่น การจัดกิจกรรมให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ
2. การสอน การฝึกทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพต่าง ๆ ในเรื่องของการเข้าใจถึงพยาธิสภาพของโรค การดูแลช่วยเหลือเด็กเวลาที่เกิดอาการหอบหืด วิธีป้องกันการเกิดอาการหอบหืด วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ทั้งยาสูด ยาพ่น ยากินขนาดต่าง ๆ การบริหารปอดอย่างถูกวิธี การไอและการหายใจที่ถูกต้อง ตลอดจนการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรคหอบหืด การประเมินและการบันทึกติดตามระดับความรุนแรงของโรคด้วยอาการของโรค และการวัดการทำงานของปอด
3. การหลีกเลี่ยงและการควบคุมสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการของโรค
4. การวางแผนและการจัดการรักษาพยาบาลโดยทางยาที่เหมาะสมในการรักษาพยาบาลระยะยาว การวางแผนการรักษาพยาบาลจับหืดเฉียบพลัน
5. การดูแลรักษาพยาบาลทางด้านจิตใจ
6. การติดตามการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอ

การป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็ก

วิธีการดูแลรักษาโรคหอบหืดที่ดีที่สุด คือ การดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำ ซึ่งทีมสุขภาพอันประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ควรให้ความรู้กับมารดา/ผู้ดูแลถึงปัจจัยที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการและนอกจากนี้ ทีมสุขภาพควรวางแผนการรักษาอย่างเป็นขั้นตอนและอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยแต่ละรายและอาจต้องปรับเปลี่ยนแผนการดูแลรักษาพยาบาลให้เหมาะสม นอกจากนี้การดูแลที่จะป้องกันเพื่อลดการเกิดอาการในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดแล้วจะมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการให้น้อยที่สุด

การป้องกันอาการหอบหืดซ้ำ มีขั้นตอนที่สำคัญ ดังนี้

1. การค้นหาและหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น (Identify And Avoid Triggers)
2. การให้ความรู้กับมารดา/ผู้ดูแลอย่างเหมาะสม
3. การเฝ้าระวังและติดตามผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

ซึ่งแนวทางในการปฏิบัติของมารดา/ผู้ดูแลในการดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำมีดังนี้ (ตารางที่ 2.2)

ตารางที่ 2.2

วิธีการดูแลป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำจากสารก่อภูมิแพ้

สารก่อภูมิแพ้และสารระคายเคือง	วิธีการป้องกัน
<p>ไรฝุ่นบ้าน</p> <p>การสัมผัสหรือสูดละอองตัวไรฝุ่นเข้าสู่ระบบการหายใจในช่วงวัยทารก มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหอบหืดให้เน้นกำจัดไรฝุ่นในห้องนอนหรือห้องที่เด็กเข้าไปอยู่เป็นเวลานานๆ ในแต่ละวัน เช่น ห้องนั่งเล่นหรือห้องดูทีวี</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ซักרוןผ้าปูเตียง ผ้าคลุมที่นอน ปลอกหมอนข้างและผ้าห่มในน้ำร้อนที่มีอุณหภูมิสูงกว่า 55 องศาเซลเซียส นานมากกว่า 30 นาที (การนำเครื่องนอนเหล่านี้ไปผึ่งแดดอย่างเดียวไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอในการกำจัดไรฝุ่น) - ใช้ผ้าใยสังเคราะห์ที่ผลิตพิเศษเพื่อหุ้มเครื่องนอนป้องกันตัวไรฝุ่น - หลีกเลี่ยงการปูพรมในห้องนอน - หลีกเลี่ยงการใช้เครื่องเรือนหรือของเล่นที่ประกอบด้วยขนนุ่มหรือสำลี และการใช้ผ้าหรือขนสัตว์หุ้ม - ทำความสะอาดม่านและของเล่นที่มีขนด้วยความร้อนเป็นระยะๆ - ในปัจจุบันมีสารเคมีเพื่อป้องกันตัวไรฝุ่น แต่ยังไม่เป็นที่ยอมรับถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัย

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

สารก่อภูมิแพ้และสารระคายเคือง	วิธีการป้องกัน
<p>ควันบุหรี่</p> <p>ผู้ป่วยอาจสูดดมควันที่เกิดจากการสูบบุหรี่ของผู้อื่น ซึ่งพบว่าควันบุหรี่เป็นปัจจัยสำคัญที่เพิ่มอัตราการเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิแพ้ในเด็ก (โดยเฉพาะเด็กเล็ก ๆ) รวมทั้งจะทำให้เด็กที่เป็นโรคหืดมีอาการรุนแรงมากขึ้นได้</p>	<ul style="list-style-type: none"> - หลีกเลี่ยงการสัมผัสควันบุหรี่ ทั้งทางตรงและทางอ้อมให้มากที่สุด - ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลเด็กหรือผู้ใกล้ชิดที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ควรบสูบบุหรี่และไม่ควรสูบบุหรี่ในห้องที่มีเด็กอยู่ด้วยอย่างเด็ดขาด
<p>สารก่อภูมิแพ้จากแมลงสาบ</p> <p>ซากหรือสะเก็ดแมลงสาบที่อาศัยอยู่ในบ้านเป็นสารก่อภูมิแพ้ในเด็กที่สำคัญรองจากตัวไรฝุ่น (จากผลการทดสอบภูมิแพ้ทางผิวหนัง)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ควรทำความสะอาดบ้านเรือนให้สะอาดอยู่เสมอ - ภาชนะเก็บเศษอาหารควรมีฝาปิดให้มิดชิด - ควรกำจัดขยะและเศษอาหารภายในบ้านทุกวัน - อย่าปล่อยให้ น้ำขังในที่ต่าง ๆ เช่น ในอ่างน้ำ ขาตู้กับข้าว ที่ล้างจาน เพราะแมลงสาบชอบอยู่ในบริเวณเหล่านี้ - อาจพิจารณาใช้ยาฆ่าแมลง หรือให้ผู้เชี่ยวชาญมาจัดแมลงในบ้านเป็นระยะ ๆ
<p>สารก่อภูมิแพ้จากละอองเกสร ดอกหญ้า และสปอร์เชื้อรา</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ละอองเกสรเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยาก - การปิดประตูหน้าต่างเพื่อป้องกันละอองเกสรจากภายนอกในฤดูที่มีการกระจายตัวของเกสรมาก เช่น ช่วงเดือนตุลาคมถึงกุมภาพันธ์ของทุกปี อาจช่วยลดอัตราการสัมผัสละอองเกสรได้ - การติดเครื่องปรับอากาศ เครื่องฟอกอากาศที่เป็นระบบการกรองฝุ่นและทำลายเชื้อโรค อาจลดปริมาณละอองเหล่านี้ได้บ้าง

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

สารก่อภูมิแพ้และสารระคายเคือง	วิธีการป้องกัน
	<ul style="list-style-type: none"> - ปรับปรุงแก้ไขบริเวณที่มีน้ำขังเป็นประจำ ซึ่งอาจเป็นแหล่งของเชื้อราในบ้าน เช่น ในห้องน้ำและห้องครัว - อาจใช้ยาพ่นฆ่าหรือกันเชื้อราในบริเวณที่มีเชื้อราอยู่มาก
<p>สารก่อภูมิแพ้จากขนสัตว์ สัตว์เลี้ยงหรือขนสัตว์บางชนิด เช่น สุนัข แมว กระต่ายหรือหนู อาจเป็นสารก่อภูมิแพ้ได้ในผู้ป่วยบางราย</p>	<ul style="list-style-type: none"> - วิธีที่ดีที่สุด คือ งดเลี้ยงสัตว์ต่าง ๆ เหล่านี้หรืออย่างน้อยที่สุดควรกันออกไปจากห้องหรือที่พักผ่อนเป็นประจำ - ในกรณีที่ต้องเลี้ยงไว้ในบ้านและไม่สามารถกำจัดได้ ควรอาบน้ำสัตว์เลี้ยงเหล่านี้เป็นประจำทุกสัปดาห์เป็นอย่างน้อย และไม่ควรถูกผู้ป่วยเล่นคลุกคลีใกล้ชิด
<p>ควันไฟจากการใช้เตาถ่าน ก๊าซ หรือสารก่อระคายเคืองในบ้านอื่นๆ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ควรใช้เตาที่มีควันภายนอกบ้านในที่ที่มีอากาศถ่ายเทที่ดี - หลีกเลี่ยงการใช้สารจำพวกยาพ่นสเปรย์หรือน้ำยาเคลือบมันที่ไม่จำเป็นภายในบ้าน
<p>การเป็นหวัด หรือการติดเชื้อไวรัสในทางเดินหายใจ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ส่งเสริมให้มีโภชนาการที่ดี มีสุขภาพแข็งแรง - หลีกเลี่ยงการส่งเด็กไปอยู่สถานที่ที่มีเด็กอยู่อย่างแออัด - หลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่มีการหวัด หรือการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ - ควรให้วัคซีนบางชนิด เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ อาจจะช่วยป้องกันการกระตุ้นให้เกิดอาการหืดได้

ตารางที่ 2.2 (ต่อ)

สารก่อภูมิแพ้และสารระคายเคือง	วิธีการป้องกัน
การออกกำลังกาย	<ul style="list-style-type: none"> - ไม่ควรงดเว้น และควรส่งเสริมโดยอยู่ภายใต้การดูแลและรับคำแนะนำจากแพทย์ที่ดูแลรักษาอย่างเหมาะสม - อาจพิจารณาให้ยาสูดขยายหลอดลม ชนิด short-acting หรือ long-acting β_2 agonist หรือยา cromolyn sodium สูดก่อนออกกำลังกาย 15-30 นาที จะช่วยป้องกันการจับหืดเนื่องจากการออกกำลังกายได้ - การฝึกออกกำลังกายให้มีช่วงอบอุ่นร่างกายก่อน ประมาณ 6-10 นาที อาจลดอาการหืดได้เช่นกัน

2.3 บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกัน

การเกิดอาการหอบหืดซ้ำแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

การป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำมีผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายส่วน สำหรับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงประกอบด้วยพยาบาลในโรงพยาบาล พยาบาลในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข และคณะกรรมการหมู่บ้านซึ่งแต่ละส่วนมีบทบาทดังนี้

2.3.1 พยาบาล

ประกอบด้วยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลคลินิกเด็ก พยาบาลกุมารเวชกรรม และพยาบาลเวชกรรมสังคม ซึ่งพยาบาลแต่ละงานให้บริการตามบทบาทหน้าที่ดังนี้ (เกณฑ์การกำหนดตำแหน่งในสายงานที่เกี่ยวกับการพยาบาล. 2540 : 8-10 ; สมจิต หนูเจริญกุล. 2546)

1. พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (สมจิต หนูเจริญกุล. 2546) เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่สามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการอย่างสมบูรณ์ วินิจฉัยปัญหาสุขภาพในชุมชน ให้การบำบัดทั้งโดยวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา ประเมินผลลัพธ์ของการจัดการดูแลผู้ป่วยแต่ละบุคคลที่มีปัญหาเจ็บป่วยทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง นอกจากนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องทำกิจกรรม

สร้างสุขภาพและป้องกันโรคในการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชนในสถานที่ต่าง ๆ โดยทำงานอิสระหรือร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขา เช่น ผู้สูงอายุ เด็ก ผู้ใหญ่ ครอบครัว สุขภาพจิตและจิตเวช เป็นต้น

การดูแลในระดับปฐมภูมิของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนต้องสะท้อนถึงความหลากหลายตามระยะพัฒนาการของประชาชน วิถีดำเนินชีวิต โครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม และครอบครัว การปฏิบัติจะต้องแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจและไวต่อความต้องการของครอบครัวและชุมชน ต้องร่วมมือกับเจ้าหน้าที่อื่น ๆ ทั้งในและนอกระบบสุขภาพ ส่งต่อและรับการส่งต่อผู้ป่วยทั้งจากโรงพยาบาลมาดูแลต่อที่บ้านและการส่งต่อผู้ป่วยจากหน่วยปฐมภูมิไปยังโรงพยาบาลได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติในส่วนใหญ่มักจะเป็นการให้บริการที่บ้านและในชุมชน โดยเป้าหมายของการให้บริการ คือ บุคคลในครอบครัว หรือครอบครัวหรือชุมชนในภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันทั้งสุขภาพดีและเจ็บป่วย ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มอายุและสะท้อนถึงความเป็นจริงทางด้านจิตสังคม เศรษฐกิจและการเมือง จะต้องมีความสามารถในการแก้ปัญหา สามารถปฏิบัติงานได้อย่างอิสระ พึ่งพาบุคลากรอื่นอย่างเหมาะสม แก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ มีความเป็นผู้นำ มีความสามารถในการจัดการ โดยใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ อย่างคุ้มค่า สามารถจัดโครงการ จัดกิจกรรมต่าง ๆ ในนามของชุมชนและต้องอาศัยข้อมูล การแปลข้อมูลและงานวิจัยต่าง ๆ มาใช้ปรับปรุงคุณภาพการบริการ

2. พยาบาลในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีบทบาทหน้าที่ประเมินสถานะความรุนแรงของการเจ็บป่วย ตัดสินใจให้การปฐมพยาบาล การใช้เครื่องมือ อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย ตลอดจนเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยเพื่อแก้ไขสถานการณ์ได้ทันท่วงที นอกจากนี้ยังต้องส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษาพยาบาลไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

3. พยาบาลคลินิกเด็ก มีบทบาทหน้าที่คัดกรองผู้เข้ารับบริการตามภาวะสุขภาพ ประเภทความเจ็บป่วยและความรุนแรงของโรค ช่วยแพทย์ในการตรวจรักษาทั่วไป ให้การพยาบาลก่อนและหลังการตรวจรักษาปฐมพยาบาลในรายที่เกิดอาการรุนแรง หรือมีภาวะเสี่ยงรุนแรง หรือมีภาวะเสี่ยงอันตรายต่อชีวิตเฉียบพลัน ให้คำปรึกษาแนะนำ แนะนำแก่ผู้รับบริการ ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ รวมทั้งในรายที่ได้รับการส่งต่อจากหน่วยงานของโรงพยาบาลหรือหน่วยงานในเครือข่าย ซึ่งเป็นผู้ที่มีปัญหารุนแรง ยุ่งยากซับซ้อนด้วยการใช้เทคนิคการให้การปรึกษาให้เหมาะสมกับภาวะแวดล้อม อาการหรือภาวะแทรกซ้อน

4. พยาบาลกุมารเวชกรรม มีบทบาทหน้าที่ให้การพยาบาลครอบคลุมและต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ปฏิบัติกิจกรรมการรักษาตาม

แผนการรักษาของแพทย์ เฝ้ารอวังอันตรายและภาวะแทรกซ้อน แก้ไขปัญหาที่เกิดจากภาวะการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเพื่อบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมานของผู้เจ็บป่วย สอน แนะนำ ให้คำปรึกษาผู้ป่วย ญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพและการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้สามารถกลับไปดูแลตนเองและครอบครัวได้ รวมถึงการส่งต่อข้อมูลที่ผู้ป่วยได้รับในโรงพยาบาลไปถึงทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง

5. พยาบาลเวชกรรมสังคม มีบทบาทหน้าที่เฝ้ารอวัง ค้นหาผู้ป่วย ผู้พิการ ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ ตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาภายใต้ระเบียบและหลักเกณฑ์หรือกฎที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ติดตามให้การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย ผู้พิการ หรือผู้มีปัญหาด้านสุขภาพที่บ้าน ให้การปรึกษาสุขภาพแก่ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ อบรมการรักษา การปฐมพยาบาลขั้นพื้นฐานและการใช้สมุนไพรแก้อาสาสมัครสาธารณสุขและประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ให้บริการแบบผสมผสานด้านการรักษาโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง ติดตามเยี่ยมบ้านในรายที่จำเป็น ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระดับบุคคลและครอบครัวทุกกลุ่มอายุทั้งในสถานบริการและบริการในชุมชน ให้บริการเชิงรุก ได้แก่ การดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน ให้ความรู้และความมั่นใจแก่ประชาชนในการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ร่วมมือกับชุมชนและหน่วยงานอื่น ๆ ในการวิเคราะห์ วางแผน ดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ยังรับข้อมูลการดูแลรักษาจากหน่วยงานต่างๆ ในโรงพยาบาล เพื่อการวางแผนดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุข

2.3.2 อาสาสมัครสาธารณสุข

มีหน้าที่ความรับผิดชอบดังนี้ (บทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุข. 2547 : 78-79)

1. เป็นผู้สื่อข่าวสารสาธารณสุขระหว่างเจ้าหน้าที่และประชาชน
2. เป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในเรื่องต่างๆ ได้แก่ การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อประจำท้องถิ่น
3. เป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชน ได้แก่ การส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยและการติดตามดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อมาจากสถานบริการ
4. จัดทำศูนย์ข้อมูลข่าวสารของหมู่บ้าน ถ่ายทอดความรู้และจัดกิจกรรมตามปัญหาของชุมชน
5. เฝ้ารอวังและป้องกันปัญหาสาธารณสุขในหมู่บ้าน เช่น ติดตามเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีเพื่อตรวจสุขภาพตามกำหนด
6. เป็นผู้นำในการบริหารจัดการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน

7. เป็นแกนนำในการชักชวนเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขของชุมชน และพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยใช้กระบวนการดำเนินงานในชุมชนและรวมกลุ่มในการพัฒนาสังคม ด้านต่าง ๆ

8. คู่มือสิทธิประโยชน์ด้านสาธารณสุขของประชาชนในหมู่บ้าน โดยเป็นแกนนำในการประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบล กระตุ้นให้มีการวางแผนและดำเนินงานเพื่อพัฒนางานสาธารณสุขของหมู่บ้าน

2.3.3 คณะกรรมการหมู่บ้าน

มีบทบาทหน้าที่ดังนี้ (องค์การบริหารส่วนตำบล. 2549 : ออนไลน์)

1. ป้องกันและระงับโรคติดต่อในชุมชน
2. จัดทำแผนเพื่อพัฒนาท้องถิ่น
3. คຸ້ມครองดูแลและบำรุงรักษาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมในท้องถิ่น
4. ปรับปรุงแหล่งชุมชนแออัดและการจัดการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย
5. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของราษฎรในการพัฒนาท้องถิ่น
6. ส่งเสริมการสาธารณสุข การอนามัยครอบครัวและการรักษาพยาบาล

นอกจากนี้ยังต้องร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพในการดำเนินการด้านสุขภาพของประชาชนในชุมชน เพื่อป้องกันและควบคุมโรคในชุมชนเมื่อมีโรคระบาดและการดำเนินการในภาวะปกติ

2.4 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำ

2.4.1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

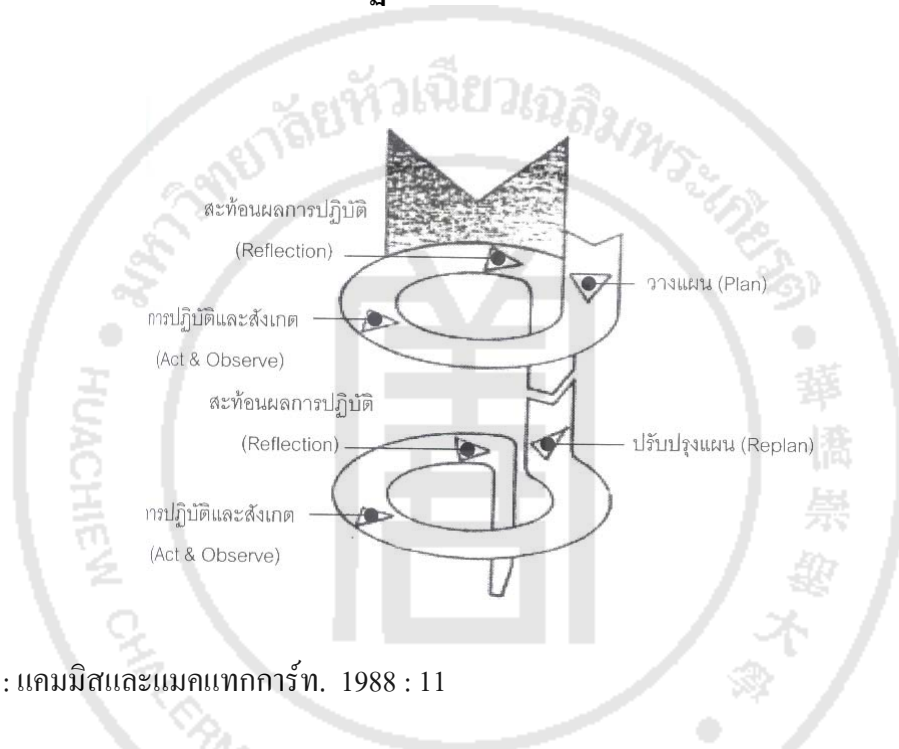
การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาสังคม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน จุดเน้นของการวิจัย คือ การแก้ปัญหา (Problem Solving) และเป็นการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ที่เป็นจริงในขณะนั้น (Lauri. 1982) การวิจัยเชิงปฏิบัติการจึงเป็นรูปแบบการสืบสวน การสะท้อนการปฏิบัติของตนเอง (Self-Reflective Enquiry) ที่กระทำร่วมกันของผู้มีส่วนร่วมในสถานการณ์ทางสังคม เพื่อหาหลักการเหตุผลและวิธีการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้รูปแบบหรือแนวทางไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน และในขณะเดียวกันก็เป็นการพัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับ

การปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับภาวะของสังคมและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง (Kemmis & McTaggart, 1988)

กระบวนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกการ์ท มีดังนี้ (Kemmis & McTaggart, 1988 ; องอาจ นัยพัฒน์. 2548 : 342-346) (ภาพที่ 2.1)

ภาพที่ 2.1

วงจรกิจกรรมการวิจัยเชิงปฏิบัติการตามแนวคิดของเคมมิสและแมคแทกการ์ท



ที่มา : เคมมิสและแมคแทกการ์ท. 1988 : 11

กระบวนการดำเนินงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 4 ขั้นตอนหลักคือ (ก) วางแผนเพื่อไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดี (Planning) (ข) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) (ค) สังเกตการณ์ (Observation) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลง และ (ง) สะท้อนกลับ (Reflection) กระบวนการรวมทั้งผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น และปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (Re-Planning) และดำเนินการเช่นนี้ต่อไปเรื่อย ๆ ความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการวิจัยหลักที่หมุนเคลื่อนไปเป็นวัฏจักรเป็นเสมือนแหล่งที่ก่อให้เกิดความรู้เชิงปฏิบัติการและกลไกการนำความรู้ที่ได้รับไปใช้แก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการวิจัยแต่ละขั้นตอนมีรายละเอียดดังนี้

1. การวางแผน (Planning) เป็นการกำหนดแนวทางปฏิบัติการไว้ก่อนล่วงหน้า โดยอาศัยการคาดคะเนแนวโน้มของผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไขตามประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมของผู้วางแผน ภายใต้การ

ใคร่ครวญไตร่ตรองถึงปัจจัยสนับสนุนและขัดขวางความสำเร็จในการแก้ไขปัญหารวมทั้งสถานการณ์เงื่อนไขอื่น ๆ ที่แวดล้อมปัญหาอยู่ในเวลานั้น โดยทั่วไปการวางแผนจะต้องคำนึงถึงความยืดหยุ่น ทั้งนี้เพื่อจะได้สามารถปรับเปลี่ยนให้เข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งอาจไม่เป็นที่ตามเงื่อนไขหรือยากต่อการควบคุมให้เป็นไปในทางที่พึงปรารถนาได้ กิจกรรมที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการจะต้องประกอบด้วยกิจกรรมที่ส่งผลต่อการแก้ไขปัญหได้ในระดับหนึ่งและเป็นกิจกรรมที่มีความสอดคล้องกลมกลืนกับบริบททางด้านสังคมวัฒนธรรม การเมือง และอื่น ๆ ที่เป็นอยู่ในสถานการณ์เวลานั้น

2. **การปฏิบัติการ (Action)** เป็นการลงมือดำเนินงานตามแผนที่กำหนดไว้อย่างระมัดระวังและควบคุมการปฏิบัติให้เป็นไปตามที่ระบุไว้ในแผน อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริงการปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้มีโอกาสพลิกผันหรือแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขและข้อจำกัดในเวลานั้นได้ ด้วยเหตุนี้แผนการปฏิบัติการที่ดีจะต้องเป็นเพียงแผนทดลองหรือแผนชั่วคราว ซึ่งเปิดช่องทางให้ผู้ปฏิบัติสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามเงื่อนไขในขณะนั้นและต่อเนื่องเป็นพลวัตภายใต้การใช้ดุลยพินิจตัดสินใจ

3. **การสังเกตการณ์ (Observation)** เป็นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการและผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงานที่ได้ลงมือกระทำ รวมทั้งสังเกตปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการดำเนินงานที่วางไว้ ตลอดจนประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติว่ามีสภาพหรือลักษณะอย่างไร เพื่อจะได้เป็นแนวทางสำหรับสะท้อนกลับกระบวนการและผลการปฏิบัติที่จะเกิดขึ้นตามมา

4. **การสะท้อนกลับ (Reflection)** เป็นการหวนระลึกถึงการกระทำจากการสังเกตอย่างครุ่นคิด ไตร่ตรองในเชิงวิพากษ์กระบวนการและผลการปฏิบัติงานตามแผนที่วางไว้ ตลอดจนการใคร่ครวญเกี่ยวกับปัจจัยสนับสนุนและปัจจัยขัดขวางการพัฒนา รวมทั้งประเด็นปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นว่าเป็นไปตามที่พึงประสงค์หรือไม่ กลยุทธ์หนึ่งที่จะช่วยให้การสะท้อนกลับได้ผล ได้แก่ การอภิปรายซักถามในลักษณะวิพากษ์วิจารณ์หรือประเมินผลการปฏิบัติงานระหว่างบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวิจัยภายใต้การยึดมั่นต่อเป้าหมายของกลุ่มซึ่งจะนำไปสู่การรื้อถอน (Deconstruction) แนวคิดความเชื่อและการปฏิบัติงานอย่างเดิม ไปสู่การฟื้นฟูหรือปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน ซึ่งใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทบทวนและวางแผนปฏิบัติการในวงจรกระบวนการวิจัยในรอบหรือเกี่ยวข้องต่อไป

การนำแนวคิดของการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน จึงเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง ผู้วิจัย บุคลากรสุขภาพ อสม. ผู้ดูแลเด็กหอบหืดซ้ำ และคณะกรรมการหมู่บ้านตั้งแต่การวิเคราะห์สภาพปัญหา สาเหตุ และสร้าง

ความตระหนักตลอดจนค้นหาแนวทางวิธีการแก้ไข ดำเนินการและหาข้อสรุปร่วมกัน เมื่อได้แนวทางหรือรูปแบบในการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำแล้ว ก็ยังต้องร่วมกันค้นหาวิธีการประเมินผลสำเร็จที่ได้จากการปฏิบัติการ ทั้งการประเมินความรุนแรงของโรคหอบหืดการเปลี่ยนแปลงทางปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดหอบหืด การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันแก้ไข โดยบุคลากรสุขภาพและผู้วิจัยเป็นผู้คอยให้คำแนะนำ และเป็นผู้ร่วมสังเกต เก็บรวบรวมข้อมูล และเสนอผลวิเคราะห์ข้อมูลให้ประชาชนได้ทราบเพื่อหาแนวทางแก้ไขและพัฒนาต่อไป

2.4.2 การป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) (วนิดา วีระกุล, 2547)

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถนำมาใช้ในการป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำในเด็กวัยก่อนเรียนได้เนื่องจากแนวคิดนี้ เกิดขึ้นมาจากปัญหาของความล้มเหลวในการดำเนินการพัฒนาในอดีต ซึ่งเน้นให้ความสำคัญกับบทบาทของคนภายนอกชุมชน โดยละเลยศักยภาพและความสามารถของคนภายในชุมชน

การมีส่วนร่วมของชุมชน หมายถึง กระบวนการซึ่งบุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วมรับผิดชอบในเรื่องสุขภาพอนามัย และสวัสดิการของตนเองและของชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ โดยเน้นหนักในเรื่องพัฒนาความรู้ ความสามารถของประชาชนในการพัฒนาชุมชนของตนเอง การที่ประชาชนในชุมชนมีความตระหนักในปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของตนเอง ตลอดจนสามารถวิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปัญหา มีความสามารถในการแยกแยะได้ว่าวิธีการแก้ไขปัญหาใดประชาชนสามารถแก้ไขได้ วิธีการใดนอกเหนือความสามารถของชุมชน ก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไขปัญหานั้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2549)

หลักการของการสร้างส่วนร่วมที่สำคัญ คือ (อลิศรา ชูชาติ นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และวิไลวรรณ โภยแก้วพริ้ง, 2538)

1. การมีส่วนร่วมเป็นวิธีการที่ได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับสภาพท้องถิ่น ความต้องการและเจตคติของประชาชน
2. ถ้าประชาชนมีส่วนร่วมในการคิดค้นปัญหาและแผนการพัฒนาแล้ว จะทำให้ประชาชนยอมรับแผนงาน โครงสร้างการพัฒนานั้น ๆ แต่อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติ การมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนงาน การดำเนินงานและประเมินผลเกิดขึ้นน้อยมาก

3. หลักการประชาธิปไตยพื้นฐาน คือ การที่ประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่นของตนเอง

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาหรือในการแก้ปัญหาต่าง ๆ จะเปิดโอกาสให้สมาชิกของชุมชนได้ระบุปัญหา และความจำเป็นพื้นฐานของชุมชน เสนอแนะ และเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ร่วมดำเนินการตามแนวทางที่ตัดสินใจ พยายามใช้ทรัพยากรในชุมชนทั้งในแง่กำลังคน วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณและการใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสมให้เกิดประโยชน์สูงสุด ประกอบกับการสนับสนุนจากฝ่ายรัฐ และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคนให้มีขีดความสามารถพึ่งตนเอง (Self Reliance) ได้อย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม การบรรลุเป้าหมายของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมนั้น บุคคลที่มีส่วนร่วมทั้งประชาชน รัฐ หรือเอกชน จำเป็นจะต้องอาศัยทักษะพื้นฐานสำคัญ 3 ประการคือ ทักษะในการแก้ปัญหา (Problem Solving Skill) ทักษะในการสื่อสารข้อมูลข่าวสาร (Communication Skill) และทักษะในการทำงานเป็นทีม (Team Building Skill) เพราะทักษะดังกล่าว จะช่วยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ก่อให้เกิดพลังอย่างยิ่ง นำไปสู่การเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม อันเป็นแนวทางการศึกษาเพื่อประชาชนหรือชุมชน (อสิศรา ชูชาติ นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และวิไลวรรณ โกยแก้วพริ้ง, 2538) มีรายงานการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของแกนนำหรือกลุ่มเป้าหมายในชุมชนใน โครงการสุขภาพต่าง ๆ จะช่วยเพิ่มขีดขั้นความสำเร็จของโครงการ ทั้งนี้เพราะการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อให้เกิดการพึ่งตนเองและการพัฒนาที่ยั่งยืน (Hildebrandt, 1994) นอกจากนี้โครงการสุขภาพในระดับชุมชนได้ชี้ให้เห็นว่า การดำเนินงานควรจะเป็นความร่วมมือกันระหว่างทีมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุข และสมาชิกในชุมชน โดยเฉพาะในสองกลุ่มหลังควรจะมีส่วนร่วมเป็นผู้กระทำ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมศักยภาพในการพึ่งตนเองของแต่ละชุมชน (Corcega . 1992)

2.4.3 ขั้นตอนในการดำเนินงานเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

สามารถแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นเตรียมการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

- วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนได้ค้นหาปัญหาของชุมชนเอง ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของประชาชนในการแก้ปัญหา และตัดสินใจว่าจะรับหรือไม่รับ โครงการพัฒนาที่เข้ามาในชุมชน

- กิจกรรมที่ดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ของรัฐกับประชาชนจะต้องมีการติดต่อพบปะกัน เพื่อปรึกษาหารือ ค้นหาผู้นำและแกนนำในชุมชน เก็บข้อมูลและแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารของประชาชน

2. ขึ้นวางแผนร่วมกับชุมชน

- วัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถวางแผนในการดำเนินการค้นหาทรัพยากร เทคโนโลยีที่หาได้ในชุมชน และวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสภาพท้องถิ่น
- กิจกรรมที่ดำเนินงาน เจ้าหน้าที่ออกไปพบประชาชนที่เป็นผู้นำ แกนนำในชุมชน ค้นหาผู้นำที่สามารถร่วมโครงการได้ และพัฒนาผู้นำขึ้นมาร่วมกันวางแผนดำเนินงาน

3. ขึ้นดำเนินงานตามแผน

- วัตถุประสงค์ เพื่อดำเนินงานตามแผนให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน ประชาชนเป็นผู้ดำเนินงานและควบคุมงานเอง
- กิจกรรมที่ดำเนินงาน ประชาชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมทุกครั้ง มีการกำหนดการติดตาม ควบคุม กำกับงาน และมีการมอบหมายให้ชุมชนดำเนินการเอง

4. ขึ้นควบคุมกำกับและการประเมินผล

- วัตถุประสงค์ เพื่อรวบรวมผลการดำเนินงานทุกขั้นตอน ค้นหาปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ วางแผนควบคุมกำกับงาน กำหนดหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับ
- กิจกรรมที่ดำเนินงาน คือ จัดระบบข้อมูลข่าวสาร มีการพบปะปรึกษาหารือเพื่อการประเมินผล ปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานเป็นระยะ ๆ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมากำหนดแนวทางในการพัฒนากระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อป้องกันหอบหืดซ้ำในเด็กก่อนวัยเรียน ซึ่งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีดังนี้

2.5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการหอบหืดซ้ำของผู้ดูแลเด็ก

ลัดดา อิ่มทองใบ (2543) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลและป้องกันการกลับเป็นซ้ำโรคหอบหืดของบุตรอายุ 1-5 ปี พบว่า ปัจจัยนำที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตร ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคหอบหืด ทักษะติดต่อการดูแลบุตร ความเชื่อในศักยภาพของตนเอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ถึงผลดีและอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ และตัวแปรที่มีอิทธิพลในการร่วมกันทำนายพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ปัจจัยเสริม คือ การรับรู้ถึงผลดีและ

อุปสรรคของการปฏิบัติตนตามคำแนะนำ การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยตัวแปรทั้ง 5 ตัว สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาได้ร้อยละ 60.40

กัญญา วันชัยนาวิน (2541) ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเด็กนักเรียนโรคหอบหืดที่มีการควบคุมโรคต่างกันภายใต้แนวคิดของแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (1987) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพถูกต้อง ยกเว้นการปฏิบัติตัวเมื่อเกิดอาการเริ่มต้นของอาการหอบ การพ่นยาขยายหลอดลมก่อนออกกำลังกายที่ต้องใช้แรงมาก และการบริหารการหายใจเพื่อให้ปอดแข็งแรงยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมโรคดีมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ควบคุมโรคไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการควบคุมโรคหอบหืด คือ การได้รับการสอนเกี่ยวกับโรคหอบหืดและการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

2.5.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการมีส่วนร่วม

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2546) ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันการเกิดการบาดเจ็บในบริเวณที่อยู่อาศัยของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนริมทางรถไฟ เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร โดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองภายใต้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัย พบว่า ผู้มีส่วนร่วมประกอบด้วย พยาบาลครอบครัว ผู้ดูแลเด็ก สมาชิกในครอบครัวที่เป็นบุคคลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน ผู้ปฏิบัติงานภาครัฐและเอกชน ขั้นตอนการเกิดการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การประเมินปัจจัยเสี่ยง 2) การวิเคราะห์การรับรู้ของผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการบาดเจ็บในเด็กวัยก่อนเรียน และการวิเคราะห์บทบาทของบุคลากรสุขภาพในการป้องกันการบาดเจ็บ 3) การพัฒนากลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อการป้องกันการบาดเจ็บในบริเวณที่อยู่อาศัยให้แก่เด็กวัยก่อนเรียน และ 4) การประเมินผลการพัฒนากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อการป้องกันการบาดเจ็บในบริเวณที่อยู่อาศัย กิจกรรมที่เกิดจากกระบวนการกลุ่มมีทั้งกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมเด็ก ผู้ดูแล บุคลากรสุขภาพ กิจกรรมการจัดการสิ่งแวดล้อมเสี่ยงและกิจกรรมการปรับปรุงบริการสุขภาพ ภายหลังจากดำเนินกิจกรรมปรากฏว่าผู้ดูแลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการบาดเจ็บให้แก่เด็กมากขึ้น ใช้วิธีการเลี้ยงดูเด็กที่สอนมากกว่าลงโทษ จัดการผลิตภัณฑ์ที่อันตรายและสิ่งแวดล้อมในและนอกบ้านมากขึ้น ยังผลให้เด็กมีอุบัติการณ์การเกิดการบาดเจ็บในบริเวณที่อยู่อาศัยลดลง บุคลากรสุขภาพให้ความสำคัญกับกิจกรรมการป้องกันสุขภาพมากขึ้น มีการพัฒนากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันขยายไปยังชุมชนอื่น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้ปลอดภัย เฝ้าระวังปัจจัยที่อาจส่งผลให้เด็กเกิดการบาดเจ็บในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขสามารถแสดงศักยภาพด้านการป้องกันสุขภาพได้นอกเหนือจากบทบาทเดิม

สมจิตนา คำพินิจ (2549) ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุให้แก่เด็กนักเรียนในโรงเรียนราชินี กรุงเทพมหานคร โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเช่นกัน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องประกอบด้วยเด็กนักเรียน ผู้ปกครอง ครูประจำชั้น ครูวิชาสุขศึกษา ครูสอนวิชาพลานามัยและครูฝ่ายปกครอง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ตำรวจจราจร นักการภารโรงโดยทุกฝ่ายได้ร่วมกันสะท้อนคิดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในนักเรียนโรงเรียนราชินี จนกระทั่งเกิดรูปแบบการป้องกันอุบัติเหตุ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการป้องกันอุบัติเหตุที่ชัดเจน ประกอบด้วยการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนที่เป็นสื่อสัมพันธ์ระหว่างครู เด็ก ผู้ปกครองในการป้องกันอุบัติเหตุ การใช้สื่อของจริงในการสอนเด็ก เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำ การสอดแทรกเนื้อหาความปลอดภัยในการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้อง การนำเหตุการณ์จริงในโรงเรียนและเหตุการณ์รอบตัวมาสร้างจิตสำนึกในการอบรมช่วงเคารพธงชาติ การเฝ้าระวังจุดเสี่ยงที่เป็นอันตรายให้แก่เด็ก เช่น บันได ใต้ถุนโรงเรียน เป็นต้น และการขอความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการย้ำเตือนพฤติกรรมความปลอดภัยให้เด็ก ภายหลังการพัฒนาารูปแบบ พบว่า อัตราการเกิดอุบัติเหตุในโรงเรียนลดลงอย่างเห็นได้ชัด

ฟลานน์ (Flynn and Other. 1994) ได้วิจัยในโครงการเมืองนำอยู่ด้วยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการในกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนโดยใช้ City Net Healthy City เป็นรูปแบบในการพัฒนาความเป็นผู้นำของชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหา ปรากฏว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีการจัดตั้งกรรมการจากบุคคลที่เป็นตัวแทนในส่วนต่าง ๆ ของชุมชน คณะกรรมการได้รับโอกาสให้สะท้อนปัญหาและพูดคุยเกี่ยวกับความมั่นคงชุมชน กระบวนการส่วนใหญ่ใช้การเสวนา (Dialogue) ในการทำให้เกิด “ความตระหนัก” (Conscientization) เพื่อวิจารณ์และวิเคราะห์ถึงมูลเหตุแท้จริงในสถานการณ์หนึ่ง ๆ ภายใต้บริบทที่เป็นจริงของสังคม มีการกำหนดปัญหา รวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ดำเนินการติดตามความก้าวหน้า รวมทั้งประเมินผลเพื่อการค้นพบและการวางแผนในการดำเนินงานต่อไปอย่างต่อเนื่อง

ทรงสุดา ไตรปรกรณ์ (2545) ได้ศึกษาถึงการนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปประยุกต์ใช้แก้ไขปัญหาคาระเสพสารเสพติดในกลุ่มเยาวชน โดยผ่านกระบวนการวิเคราะห์สถานการณ์ การวางแผน การปฏิบัติและการประเมินผลปรากฏว่า แนวคิดการมีส่วนร่วมช่วยกระตุ้นชุมชนให้ตื่นตัวในการพูดคุย แสดงความคิดเห็นร่วมกันถึงปัญหามากยิ่งขึ้น มีการวางแผนและกำหนดวิธีปฏิบัติร่วมกัน แต่พบว่ากระบวนการในการแก้ไขปัญหายังขาดความต่อเนื่องจริงจัง จึงไม่สามารถทำให้เกิดความตระหนักในปัญหาได้อย่างแท้จริง

มณีนรัตน์ ปัจจะวงษ์ (2543) ได้ประยุกต์กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการศึกษารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กในชุมชน

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นในชุมชนยังคงมีการปฏิบัติแยกกันเป็นส่วน ๆ ระหว่างเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อสม. และมารดา/ผู้ดูแลเด็ก ยังไม่มีลักษณะการประสานงานร่วมกันทั้ง 3 ฝ่ายอย่างชัดเจนนัก แต่ผลจากกระบวนการวิจัย ได้ช่วยเพิ่มอำนาจให้คนในหมู่บ้าน โดยชุมชนได้เรียนรู้ร่วมกัน และสะท้อนความคิดเห็นต่อสิ่งที่กระทำอยู่ในปัจจุบัน ทำให้เกิดการสร้างจิตสำนึก และมีการพัฒนาความสามารถในการศึกษาปัญหาและหาแนวทางไขปัญหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจชนิดเฉียบพลันให้กับผู้ร่วมวิจัย

เรฟกิน (Rifkin. 1990) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการสุขภาพของประเทศฮ่องกง ฟิลิปปินส์และอินโดนีเซีย พบว่า ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการกระตุ้นให้ชุมชนมีส่วนร่วม ได้แก่ 1) มุมมองของผู้บริหารโครงการ ถ้าผู้บริหารมีมุมมองว่าชุมชนยังขาดบริการสุขภาพ แนวโน้มของโครงการก็มักจะเป็นการจัดหาบริการทางด้านกายภาพและเทคโนโลยี 2) บุคลากรในวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ที่ไม่เข้าใจมุมมองและความคาดหวังของประชาชน เพราะประชาชนไม่ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพเหมือนกับปัญหาปากท้อง มองว่าการให้บริการสุขภาพเป็นหน้าที่ของรัฐบาลและควรเป็นงานของเจ้าหน้าที่ ไม่ใช่หน้าที่ของประชาชน และ 3) ระบบการให้บริการสุขภาพ เป็นการผูกขาดสำหรับวิชาชีพแพทย์ ถ้าคนไข้มีความเห็นไม่ตรงกับแพทย์และไม่ทำตามคำแนะนำจะถูกเรียกว่าไม่ให้ความร่วมมือ ซึ่งเป็นความคิดที่ตรงข้ามกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้ประมวลมานั้นสามารถสรุปได้ว่าการพัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อการดูแลและป้องกันอาการหอบหืดซ้ำของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชนนั้นสามารถนำวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวิจัยครั้งนี้ได้ซึ่งน่าที่จะก่อให้เกิดผลผลกระทบเชิงบวกด้านสุขภาพที่ช่วยให้เด็กที่มีอาการหอบหืดซ้ำลดลงและนำไปสู่การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง ผู้ดูแลเด็ก บุคลากรสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนตลอดจนเกิดรูปแบบการดูแลและป้องกันการเกิดอาการหอบหืดซ้ำของเด็กก่อนวัยเรียนในชุมชน ตำบลท่ามะกา อำเภอท่ามะกา จังหวัดกาญจนบุรี ที่มีประสิทธิภาพได้

แผนภูมิที่ 2.2

กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

