

บทที่ 2



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลทารกป่วยด้วยโรคปอดอักเสบของมารดา ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยโดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. โรคปอดอักเสบในเด็ก
2. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กวัยทารก
3. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้
4. พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาทารกโรคปอดอักเสบ
5. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาทารกโรคปอดอักเสบ
6. การมีส่วนร่วมของครอบครัว
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. โรคปอดอักเสบในเด็ก

ปอดอักเสบ เป็นโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กที่พบบ่อยและมีความรุนแรงที่สุดเนื่องจากเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายที่สำคัญในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเด็กวัยทารก (สุกรี สุวรรณจุฑะ, 2540; WHO, 1996) อาการของโรคมักจะเกิดขึ้นภายหลังจากมีการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น เช่น ไข้หวัดนำมาก่อน (Kids Health, 1999) หากได้รับการดูแลไม่ดีเชื้อก็จะลุกลามไปยังอวัยวะส่วนปลายของระบบหายใจที่อยู่ใกล้เคียง ทำให้เกิดภาวะปอดอักเสบขึ้น

1.1 พยาธิสรีรวิทยาของโรคปอดอักเสบ

ในภาวะปกติของระบบหายใจตั้งแต่ larynx ลงมาจนถึง terminal lung unit จะเป็นบริเวณที่ปลอดเชื้อและระบบหายใจจะมีกลไกในการที่จะป้องกันไม่ให้สิ่งแปลกปลอมโดยเฉพาะเชื้อโรคเข้าสู่หลอดลมส่วนปลายหรือถุงลมปอดได้หลายวิธี (สุภรี สุวรรณจุฑะ, 2542; ธีรชัย ฉันทโรจน์ศิริ, 2544; Carl, 1997) กลไกในการป้องกันเหล่านั้นได้แก่

1. จมูก จะมีการกรองผ่านของเชื้อโรคและฝุ่นละอองไม่ให้เข้าสู่ทางเดินหายใจส่วนปลาย
2. บริเวณกล่องเสียงจะมี epiglottal reflex เพื่อที่จะป้องกันการสำลักเข้าสู่ปอด
3. ถ้าหากมีการสูดสำลักสิ่งต่าง ๆ เข้าสู่ทางเดินหายใจ ร่างกายจะมี cough reflex เพื่อขับสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ให้ออกจากร่างกายโดยการไอ
4. ระบบหายใจจะมี mucus-secreting cell และ ciliated cell ช่วยขับ mucus เพื่อที่จะจับและขับเอาเชื้อโรคออกจากร่างกาย
5. ในกรณีที่มีเชื้อโรคพลัดหลงเข้าสู่ถุงลมปอด ก็จะถูกกำจัดโดย alveolar macrophage
6. แบคทีเรียที่เข้าสู่ปอดจะถูก neutralize โดย local immune substance ในปอด
7. สิ่งแปลกปลอมต่างๆ ในปอดที่ถูกกำจัดแล้วจะถูกลำเลียงผ่าน lymphatic system เพื่อขับออกจากร่างกาย

เพราะฉะนั้นเมื่อ defense mechanism ต่าง ๆ เหล่านี้เสียไป แม้จะเป็นบางส่วน ก็จะทำให้เชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายก่อโรคขึ้นได้ โดยที่การอักเสบของปอดในระบบแรกจะเริ่มมี edematous fluid และเม็ดเลือดขาวไหลเข้าสู่ alveoli ต่อมาจะมี macrophage เข้ามาที่บริเวณที่มีการอักเสบเพื่อกำจัดเชื้อเหล่านี้และเพื่อขับออกสู่ระบบน้ำเหลือง ปอดอักเสบส่วนนี้ก็จะเริ่มมีภาวะ consolidation ทำให้ vital และ compliance ของปอดลดลงและเลือดที่ไหลผ่านปอดส่วนนั้นจะไม่มี การแลกเปลี่ยนก๊าซซึ่งกันและกันกับถุงลมปอด ทำให้เกิดมี right-to-left shunt และ ventilation perfusion mismatching ซึ่งจะให้มีภาวะ hypoxia ตามมา

การอักเสบอาจจะเกิดเฉพาะบางส่วนของเนื้อปอด เช่น ใน lobar pneumonia หรือกระจายทั่วไปในเนื้อปอด (bronchopneumonia) หรือ interstitial pneumonia เช่น ในกรณีของ viral pneumonia หรือการสูดสำลักสารเคมี (chemical aspiration) เป็นต้น การอักเสบอาจเริ่มจากเนื้อปอด หรืออาจจะลุกลามมาจากส่วนบนของทางเดินหายใจ (bronchogenic spread) หรืออาจเกิดผลตามหลังการอักเสบของส่วนอื่นของร่างกาย หรือจากการติดเชื้อในกระแสเลือด

(septicemic spread) ก็ได้ ภาวะปอดอักเสบในเด็กโดยเฉพาะเด็กวัยทารกและในผู้ใหญ่มีข้อแตกต่างกันหลายประการ (ฉันทโรจน์ศิริ, 2544; Carl, 1997; Charles, 2002) ได้แก่

1. ในเด็กเล็ก โครงสร้างของทางเดินหายใจขณะที่ cartilage tissue ยัง form ได้ไม่ดี ทำให้มีโอกาสเกิด collapse ได้ง่าย จากการกดเบียดของโครงสร้างข้างเคียง
2. จำนวน mucus gland ในทางเดินหายใจของเด็กมีมากกว่าในผู้ใหญ่และส่วนประกอบทางเคมีก็ต่างกัน อาจทำให้การสร้าง mucous เพิ่มขึ้นไปทำให้เกิดการอุดตันของทางเดินหายใจได้มากขึ้น
3. ทางเดินหายใจในเด็กโดยเฉพาะเด็กวัยทารกจะมีขนาดเล็กเนื่องจากเด็กตัวเล็กและส่วนปลายๆ ก็จะมีเล็กเมื่อเปรียบเทียบกับขนาดของ central airway ในเด็กเล็กกับผู้ใหญ่ ดังนั้น ถ้ามีพยาธิสภาพในทางเดินหายใจ เช่น การบวม การมีเสมหะ หรือมูกในท่อทางเดินหายใจ หรือมี inflammatory debris ก็อาจจะมีการอุดตันของ bronchus หรือ bronchiole ทำให้เกิด atelectasis หรือ air trapping ได้ dynamic ของการหายใจจะถูกรบกวนได้ง่ายและรุนแรงในเด็ก และ collateral ventilation จะเกิดขึ้นได้ยากกว่าในผู้ใหญ่ จึงมีผลทำให้เกิด atelectasis ของส่วนปลายของ bronchiole ในเด็กได้บ่อยกว่าในผู้ใหญ่

1.2 สาเหตุการเกิดโรคปอดอักเสบ

สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย เชื้อไวรัสที่พบบ่อยในทารก ได้แก่ Respiratory syncytial virus (RSV) ซึ่งทำให้เกิดอาการรุนแรงในทารกมากที่สุด มักระบาดในฤดูหนาว รองลงมา คือ เชื้อ Parainfluenza virus type 2 และ 3 พบได้ตลอดทั้งปี ไม่สัมพันธ์กับการระบาดของโรคปอดอักเสบ มีบ้างที่เกิดจากเชื้อ Adrenovirus ถ้าเกิดจากเชื้อนี้มักจะทำให้เกิดอาการรุนแรงและเสียชีวิตได้ มักพบในฤดูหนาว เชื้อแบคทีเรียที่มักพบว่าเป็นสาเหตุของปอดอักเสบในเด็ก ได้แก่ Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus, Hemophilus influenzae, Streptococcus pyogenes (gr. A), mycoplasma pneumoniae, Klebsiella pneumoniae, แต่เชื้อที่เป็นสาเหตุและพบบ่อยที่สุดได้แก่ เชื้อ Streptococcus pneumoniae ซึ่งพบได้ทุกกลุ่มอายุ แต่เชื้อที่ทำให้มีอาการรุนแรงและทำให้ทารกเสียชีวิตมากที่สุด คือ Staphylococcus aureus (Bernstein & Shelov, 1996; Carl, 1997)

1.3 การติดต่อของโรคปอดอักเสบ

โรคปอดอักเสบจะติดต่อทางระบบหายใจ ซึ่งเชื้อจะเข้าสู่ระบบหายใจเด็กโดยการหายใจเอาเชื้อโรคที่แพร่กระจายอยู่เข้าไปโดยตรงจากการไอ จาม รดกัน ของผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ หรือการคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคหวัดหรือโรคระบบทางเดินหายใจ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

1.4 อาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ

โรคปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อไวรัส มักมีอาการเกิดขึ้นช้า ๆ ไม่รุนแรงเท่าปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย โดยทั่วไปเด็กเล็กมักจะมีสุขภาพดีและมีอาการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนนำมาก่อน กล่าวคือ จะมีอาการน้ำมูกใส ๆ ไหล มีไข้ต่ำ ๆ อาจมีไอหรือเสียงแหบ นำมาก่อนหลายวัน จากนั้นจะมีอาการไอแห้ง ๆ มีไข้สูงปานกลาง แต่บางรายอาจมีไข้สูงมากได้ หายใจเร็ว ฟังเสียงปอดได้ยินเสียง Rhonchi หรือ Wheeze และเสียงหายใจเบาลง เคาะปอดได้ยินเสียงโปร่ง และจะฟื้นได้ภายใน 7 วัน และไม่มีผลเสียตามมา อย่างไรก็ตามก็อาจเป็นสาเหตุการตายของทารกบางคนได้

โรคปอดอักเสบที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย จะพบว่าทารกจะเริ่มต้นด้วยอาการไข้หวัดเล็กน้อยมาก่อน 2-3 วัน แล้วมีไข้สูงทันที (39.5- 40.5 องศาเซลเซียส) หาวสั้น ไอมาก หายใจเร็ว หายใจหอบ หรือหายใจลำบาก ซึ่งถ้าเป็นมากจะหายใจแรงจนชายโครงนูน ปีกจมูกบาน และไข้จะสูงตลอดเวลา เห็นได้ชัดในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ถ้ามีอาการป่วยอย่างรุนแรง จะมีอาการซึมลง ไม่อยากอาหาร ไม่รับประทานอาหารหรือน้ำ อาจมีอาการชักได้ บางคนอาจมีเสียงหายใจที่ผิดปกติ หายใจเสียงดัง พบริมฝีปาก เล็บมือเล็บเท้าเขียว และมีอาการกระสับกระส่าย ในเด็กบางคนอาจไม่มีอาการไอ แต่จะมีอาการซึมลง ดูดนมและน้ำน้อยลงมาก บางรายมีอาการอาเจียน เจ็บหน้าอก (Kids Health, 2004) ซึ่งหากพบอาการดังกล่าว ต้องนำเด็กพบแพทย์ทันที (WHO, 2002)

1.5 การดูแลรักษาในผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ

การดูแลโดยทั่วไป เป็นการดูแลเด็กให้ได้รับสารน้ำและอาหารอย่างเพียงพอโดยแนะนำให้เด็กดื่มน้ำมาก ๆ หรือดื่มนมบ่อย ๆ กรณีเด็กมีอาการหายใจ เร็ว หอบ หรือมีไข้สูง ควรให้สารน้ำทดแทนโดยการกินหรือการให้ทางหลอดเลือดดำ โดยการดูแลอย่างถูกต้องของเจ้าหน้าที่ ส่วนการให้อาหารควรให้รับประทานครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง รวมทั้งกระตุ้นให้ดื่มน้ำหรือนมมาก ๆ เพื่อป้องกันการ

คั่งค้างของเสมหะหรือน้ำมูกที่อุดกั้นทางเดินหายใจและให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกง่าย รวมทั้งพยายามหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับควันบุหรี่ ควันไฟ ซึ่งจะทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อทางเดินหายใจและทำให้ขับมูกออกทางเดินหายใจมากกว่าปกติ (สุภรี สุวรรณจุฑะ, 2540; Brewis, 1993)

การรักษาตามอาการ กรณีมีไข้พิจารณาให้ยาลดไข้แก่เด็ก ส่วนกรณีมีอาการไอก็ให้ยาแก้ไอร่วมกับแนะนำให้ดื่มน้ำบ่อยๆ แต่ไม่แนะนำให้ยาแก้ไอในเด็กเล็ก รวมถึงในรายที่ปอดบวมไม่รุนแรงองค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้กินยาปฏิชีวนะ 5-7 วัน (WHO, 1994) และมีการติดตามประเมินผลการรักษาต่อเนื่องเพื่อประเมินอาการหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ แต่ถ้าพบเด็กมีอาการรุนแรงและหนักขึ้นให้ส่งต่อไปโรงพยาบาล ส่วนในรายที่เป็นปอดบวมรุนแรง ปอดบวมในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือนจะต้องนำไปรับการรักษาในโรงพยาบาลเพราะต้องให้ยาปฏิชีวนะชนิดฉีด หรืออาจต้องใช้ออกซิเจนช่วยในการหายใจ หรือใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมด้วย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546; Bernstein and Shelov, 1996)

1.6 ภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรียมักมีภาวะแทรกซ้อนได้บ่อยกว่าปอดอักเสบจากสาเหตุอื่น ภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยได้แก่ (สุภรี สุวรรณจุฑะ, 2540)

1. น้ำในช่องเยื่อหุ้มปอด พบได้บ่อยที่สุด
2. หนองในช่องเยื่อหุ้มปอด
3. มีลมและหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด เป็นผลจากการอักเสบอย่างรุนแรงของปอด ทำให้มีการทำลายเนื้อปอดเป็นถุงหรือเป็นฝี แล้วแตกทะลุเข้าไปในช่องเยื่อหุ้มปอด เด็กจะมีอาการเจ็บหน้าอกและเหนื่อยหอบขึ้นในทันที เชื้อ staphylococcus ทำให้ปอดมีลมและแตกออกได้
4. เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ จะมีอาการเจ็บหน้าอกบริเวณเหนือหัวใจและทรวงอกส่วนล่าง (presordium) ซึ่งจะเป็นมากขึ้นเมื่อขยับตัวหรือไอ ในรายที่มีน้ำในช่องเยื่อหุ้มหัวใจมาก อาจมีแรงดันสูงชันกว่าปกติ
5. อาจพบ sepsis, meningitis และ atelectasis ตามมา

1.7 ปัจจัยส่งเสริมที่ก่อให้เกิดโรคปอดอักเสบในเด็ก

ปอดอักเสบเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคปอดอักเสบในเด็ก ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญคือ

1. ปัจจัยด้านตัวเด็ก ซึ่งเกี่ยวข้องกับ อายุของเด็ก น้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าปกติ การไม่ได้รับนมมารดา ภาวะขาดสารอาหาร การได้รับวัคซีนไม่ครบ (กานดา วัฒนโนภาส และคณะ, 2538; สุภรี สุวรรณจุฑะ, 2540; WHO, 1994; UNICEF, 1998)

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แออัด มีควัน มีพ่อ แม่หรือบุคคลในบ้านสูบบุหรี่ ทำให้เกิดการระคายเคืองและการทำลายเยื่อทางเดินหายใจและจะกระตุ้นปฏิกิริยาของร่างกาย ทำให้ทางเดินหายใจหดเกร็ง และเพิ่มการขั้บมูกในทางเดินหายใจ ส่งผลให้กลไกความต้านทานโรคของระบบทางเดินหายใจในเด็กมีประสิทธิภาพลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจได้ง่าย หรือการที่มีบุคคลในครอบครัวป่วยเป็นโรกระบบทางเดินหายใจทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคปอดอักเสบหรือโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจได้เพิ่มขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2546; Bethea, 1998)

3. ปัจจัยด้านการเลี้ยงดู พบว่า การเกิดโรคปอดอักเสบในเด็ก สัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูของมารดาหรือผู้ดูแลหรือแบบแผนการเลี้ยงดูบุตรของมารดาหรือผู้ดูแล

จากการศึกษาของ กานดา วัฒนโนภาส และคณะ (2540) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อโรคเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า ปัจจัยสำคัญได้แก่การอยู่กันอย่างแออัด ภาวะขาดสารอาหาร การที่เด็กได้รับภูมิคุ้มกันไม่ครบตามเกณฑ์ การสูบบุหรี่ของคนในบ้านหรือการมีการติดเชื้อโรคทางเดินหายใจของคนในครอบครัว รายได้ การศึกษาของมารดา การมีบุตรตั้งแต่ 3 คนขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ มิตรภานนท์ อ่างถึงใน สังวาล เจริญรบ (2540) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็ก พบว่า ปัจจัยที่สำคัญได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร เด็กมีโรคประจำตัว น้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม และที่สำคัญคือการศึกษาของมารดาในการดูแลบุตรไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของอ้อมจิตร ว่องวานิช (2534) และเกศรินทร์ ไทยศรีวงศ์ และคณะ (2539) และการศึกษาที่น่าร่องของ ศิราณี อิ่มน้ำขาว (2548) ที่ศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรกระบบทางเดินหายใจหรือโรคปอดอักเสบ เกี่ยวข้องกับการดูแลบุตรของมารดาหรือผู้ดูแล

จากการศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก ดังกล่าว จึงอาจกล่าวได้ว่า โรคปอดอักเสบเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้โดยขึ้นอยู่กับพฤติกรรม การเลี้ยงดู หรือการปฏิบัติกิจกรรมของมารดาในด้านการดูแลสุขภาพเด็ก ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องกับ การดูแลให้เด็กได้รับภูมิคุ้มกันตามวัย ให้ได้รับนมแม่หรืออาหารที่ครบถ้วนเหมาะสมตามวัย เพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหาร และการป้องกันโรคโดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลให้เกิดโรครวมทั้งเมื่อเจ็บป่วยแล้วก็สามารถปฏิบัติตัวในการดูแลบุตรได้ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความรุนแรงของโรค

1.8 การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ

เมื่อผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบ มีอาการ ไข้ ไอ หอบ รุนแรงจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะเป็นบุคลากรที่สำคัญที่จะให้การดูแลผู้ป่วยเด็ก ให้มีการฟื้นหายจากภาวะวิกฤตินี้ เพราะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็กมากที่สุด ดังนั้นนอกจากจากจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบอย่างดีแล้ว ยังต้องมีความสามารถในการเป็นผู้สังเกตที่ดี ตลอดจนการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กได้ผลดี ปราศจากภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้คือ (ศรีพรรณ กันธวัช, 2533; เสริมศรี สันตติ, 2545; Ball & Bindler, 1992)

1. ดูแลให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยไม่มีภาวะอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือเขียวบริเวณปลายมือปลายเท้า โดยปกติวัยทารกจะมีอัตราการหายใจอยู่ในช่วง 40- 60 ครั้งต่อนาที ถ้าพบว่าในเด็กอายุ 2 เดือน - 1 ปี หายใจมากกว่า 50 ครั้ง และเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 เดือน หายใจมากกว่า 60 ครั้งต่อนาที แสดงถึงภาวะหายใจเหนื่อยหอบ ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาของแพทย์ เพื่อป้องกันภาวะพร่องออกซิเจน โดยประเมินค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen saturation) ไม่ควรต่ำกว่าร้อยละ 90 (Ball & Bindler, 1992)

2. ดูแลให้ร่างกายได้รับน้ำอย่างเพียงพอ คือวันละ 150 ซีซี /กิโลกรัม /วัน เพื่อป้องกันภาวะขาดน้ำ เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจะมีการสูญเสียน้ำ จากการหายใจหอบ หายใจเร็วหรือมีไข้สูง นอกจากนี้ผู้ป่วยมักมีเสมหะมาก หากได้รับน้ำไม่เพียงพอ เสมหะจะเหนียวและไอขับออกลำบาก ดังนั้นจึงควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยดื่มน้ำมาก ๆ หรืออาจเป็นนมก็ได้ หากผู้ป่วยมีอาการหอบมาก อาเจียน มีอาการแสดงของภาวะขาดน้ำ ต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำและอาหารที่มีเกลือแร่ที่เพียงพอและเหมาะสม ถ้าทารกมีภาวะขาดน้ำมากต้องดูแลให้ได้สารน้ำตามแผนการรักษาของแพทย์

โดยดูแลมิให้ได้รับสารน้ำเกิน เนื่องจากจะมีโอกาสเกิดภาวะน้ำเกิน ทำให้เกิดภาวะ Pulmonary edema ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนซึ่งเป็นอันตรายและทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น (เสริมศรี ลันตติ, 2545)

3. ดูแลให้ได้รับอาหารให้เพียงพอ เนื่องจากทารกจะสูญเสียพลังงานไปมากกับอาการไข้ หายใจเร็ว หอบ ในช่วงที่ทารกหายใจเหนื่อยหอบ แพทย์อาจให้งดอาหารและน้ำทางปาก แต่เมื่ออาการดีขึ้น เสมหะลดลง อัตราการหายใจลดลงสู่ระดับปกติ ควรให้อาหารและน้ำโดยเริ่มจากให้ทารกดื่มน้ำ เมื่อรับได้ดีไม่มีการสำลักหรือหายใจลำบากจึงควรเริ่มให้อาหารครั้งละน้อย ๆ และค่อย ๆ เพิ่มความเข้มข้นขึ้นเรื่อย ๆ เช่น จากน้ำเป็นนม และข้าวต้ม ข้าวสวดยตามลำดับ (ศรีพรรณ กันธวัง, 2533)

4. ดูแลให้ได้รับการระบายการคั่งค้างของเสมหะ เนื่องจากการคั่งค้างของเสมหะในปอด เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยโดยเฉพาะเด็กทารกไม่สามารถไอเพื่อขับเสมหะออกได้อย่างมีประสิทธิภาพเหมือนกับผู้ใหญ่ ในเด็กเล็กที่มีเสมหะในลำคอและมีน้ำมูกในจมูกมากจะเกิดการอุดตันของทางเดินหายใจได้ ทำให้หายใจไม่สะดวก คุณนอนไม่ได้ มีอาเจียนหลังคุณนม ควรช่วยเหลือโดยการเคาะปอดและใช้ลูกสูบยางแดงดูดเสมหะในจมูกและปากออกให้โล่งทุกครั้งก่อนที่จะให้นมหรืออาหาร โดยพยาบาลต้องเน้นและสอนให้มารดาสามารถปฏิบัติได้ เพื่อให้การช่วยเหลือและดูแลบุตรต่อเนื่องเมื่อกลับบ้านได้

5. ดูแลเพื่อป้องกันภาวะชักจากไข้สูง โดยการวัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินอุณหภูมิของร่างกาย ถ้าพบว่ามีไข้ อุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ดูแลให้เช็ดตัวลดไข้ด้วยน้ำอุ่นรวมทั้งสอนให้มารดาเห็นความสำคัญของการเช็ดตัวลดไข้และสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง ดูแลให้ทารกดื่มน้ำมาก ๆ ให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ ถ้าอุณหภูมิร่างกายสูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส จะต้องให้ยาลดไข้ร่วมด้วย และประเมินไข้ซ้ำหลังจากให้ยา 30 นาที หากไข้ยังไม่ลดให้เช็ดตัวต่อ และสามารถให้ยาลดไข้ซ้ำได้เมื่อครบ 4 ชั่วโมง หากไข้ยังไม่ลดลง

6. ดูแลป้องกันการเกิดอาการข้างเคียงของยา และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรค โดยสังเกตอาการแสดงและปฏิกิริยาตอบสนองต่อการรักษา รวมทั้งอาการนำของภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและรุนแรง เช่น ภาวะปอดแฟบ มีน้ำหรือหนองในช่องเยื่อหุ้มปอด เพื่อให้การดูแลและการให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงที (Ball & Bindler, 1992)

7. ป้องกันการเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบ โดยการให้คำแนะนำมารดาในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค โดยการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การป้องกันการแพร่กระจายโรค และการดูแลบุตรเมื่อเกิดการเจ็บป่วยโดยใช้สื่อการสอนที่เหมาะสม เพื่อให้มารดามีความรู้ ความ

เข้าใจ และสามารถนำความรู้ดังกล่าวไปเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ถูกต้องและเหมาะสม

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น นอกจากพยาบาลจะให้การพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาตามสภาพที่เกิดขึ้นแล้ว ยังจำเป็นต้องประเมินเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรค เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันมิให้เกิดการเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็กได้อีกด้วย

2. การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กวัยทารก

การเจริญเติบโต (Growth) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงด้านกายภาพ (Physical) ที่มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะของร่างกาย (morphologic) ชีวเคมี (biochemical) และสรีรภาพ (physiologic) อย่างซับซ้อน ซึ่งจะปรากฏชัดเจนในช่วงวัยเด็ก (มาลี วิทยารัตน์, 2545; Rudolph, 1994)

พัฒนาการ (Development) เป็นการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพหรือประสิทธิภาพของการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของร่างกาย (นิตยา คชภักดี, 2541) พัฒนาการเป็นกระบวนการเรียนรู้ของวุฒิภาวะ (สุรัตน์ สิรินนทกานต์, 2537; Betz, Hunsberger & Wright, 1995) เป็นกระบวนการที่มีความละเอียด ซับซ้อนต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มปฏิสนธิและสิ้นสุดเมื่อเสียชีวิต (Ashwill & Droske, 1997) โดยมีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทั้งด้าน ร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เด็กแต่ละคนจะมีพัฒนาการเร็วหรือช้าต่างกันบ้างตามสภาพความแตกต่างทางพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องอาศัยการเจริญเติบโตเป็นองค์ประกอบ ซึ่งเด็กแต่ละคนจะมีความพร้อมทางวุฒิภาวะเป็นรูปแบบเฉพาะของแต่ละคน (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544)

เด็กวัยทารก (Infancy period) หมายถึงวัยตั้งแต่แรกเกิด ไปจนถึง 1 ปี ในวัยนี้จะแบ่งเป็น 2 ระยะ คือวัยทารกแรกเกิด ซึ่งหมายถึง เด็กตั้งแต่อายุแรกเกิดจนถึงอายุ 1 เดือนและเด็กวัยทารก ซึ่งหมายถึงเด็กที่มีอายุ ตั้งแต่ 1 เดือนจนถึง 1 ปี (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544 อ้างถึงใน อรพรรณ ลีอนุวัชชัย, 2534) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้จะเป็นการศึกษาเด็กวัยทารกที่มีอายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 1 ปี

เด็กวัยทารกซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการ เป็นวัยที่อ่อนแอกว่าวัยอื่น เนื่องจากสภาพร่างกายของเด็กวัยทารกยังไม่สามารถพัฒนาระบบ

ภูมิคุ้มกันของร่างกายได้สมบูรณ์ได้เต็มที่ จึงทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือเกิดการเจ็บป่วยได้ง่ายกว่าเด็กวัยอื่น รวมทั้งจากสภาพร่างกายที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือหรือดูแลตนเองได้จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแลตนเองทั้งหมด จึงทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อและเกิดการเจ็บป่วยได้มากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งพบว่าเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยและตายสูงในเด็กวัยทารก ซึ่งอัตราการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กจะเป็นไปตามระเบียบแบบแผนและเป็นลำดับขั้น การเจริญเติบโตนี้อาจจะเร็วหรือช้ากว่าบ้างขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์ สิ่งแวดล้อม และการเลี้ยงดู หากเด็กวัยทารกได้รับการเลี้ยงดูไม่เหมาะสม เช่น ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วนตามความต้องการ หรือในเด็กทารกที่มารดามีพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรไม่เหมาะสมทำให้เกิดการเจ็บป่วยบ่อย โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ก็อาจส่งผลให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่างๆ ในช่วงต่อไปอายุช้าหรือไม่เหมาะสมกับวัยได้

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการเลี้ยงดูบุตรในวัยทารกเป็นช่วงเวลาที่สำคัญที่สุด ที่จะส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กวัยทารก เพราะฉะนั้นหากการเจริญเติบโตในระยะนี้เสียไปเนื่องจากการเลี้ยงดูที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม ทารกจะมีปัญหาทางด้าน ร่างกาย และสติปัญญา ซึ่งจะสามารถแก้ไขได้น้อย หรือแก้ไขไม่ได้เลยในระยะต่อมา (เพ็ญศรี พิชัยสนธิ, 2528)

เด็กวัยทารกเป็นวัยที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องอาศัยบุคคลใกล้ชิดเป็นผู้ตอบสนองและให้การช่วยเหลือ ซึ่งบุคคลที่ใกล้ชิดกับเด็กทารกมากที่สุดก็คือมารดา(พะยอม อิงคตานุวัฒน์, 2534) โดยมารดาจะทำหน้าที่ตอบสนองความต้องการด้านต่างๆ ดูแลให้ความรัก ความอบอุ่น ความมั่นคงปลอดภัย และทะนุถนอมให้เหมาะสมตามความต้องการของทารก ซึ่งการดูแลสุขภาพทารกนั้น อรพรรณ ลีอนุชวณิช (2534) กล่าวว่าวัยนี้เป็นวัยที่มีความสำคัญมากที่สุดที่ทารกจะต้องได้รับการเลี้ยงดูที่ถูกต้องและเหมาะสม เพราะ

- 1) ทารกเป็นวัยแห่งการเจริญเติบโตที่รวดเร็วมากทั้งพัฒนาการทางร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม ทารกควรได้รับการตอบสนองที่เพียงพอเพื่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการทุกด้าน
- 2) ทารกมีความต้องการความช่วยเหลือและพึ่งพาผู้อื่นสูง เพราะยังไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ทั้งทางด้าน สรีระวิทยา จิตวิทยา จึงจำเป็นต้องช่วยเหลือทุกด้าน ทั้งด้านอาหาร ความอบอุ่น ความปลอดภัย และการสนับสนุนด้านอารมณ์จากบุคคลอื่น
- 3) สภาพร่างกายทารกมีความต้านทานต่อเชื้อโรค และสภาพแวดล้อมต่ำ จึงต้องการดูแลเอาใจใส่ที่ถูกต้องและใกล้ชิด

4) ทารกยังไม่สามารถสื่อความรู้สึก ความต้องการได้ชัดเจนจึงต้องการการดูแลที่อบอุ่น เข้าใจ และให้กำลังใจ

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า นอกจากปัจจัยด้านกรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดูของมารดาถือเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็ก ซึ่งพัฒนาการของเด็กวัยทารกมีด้วยกันหลายด้าน ดังนี้คือ (รัชนี ลาขโรจน์, 2536; ประกายแก้ว ประพุดดิ้อย, 2540; โสภภาพรณ รัตนัย, 2543; ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2545)

1) พัฒนาการด้านการเคลื่อนไหว เมื่ออวัยวะต่างๆ พัฒนาขึ้น ทารกจะมีการเคลื่อนไหวได้ตามใจปรารถนามากขึ้น โดยทารกอายุ 1 เดือนในท่านอนหงายจะอยู่ในท่า Tonic neck ในท่านอนคว่ำจะสามารถยกคางให้พ้นจากพื้นได้ชั่วคราว ทารกจะมองตามแสงและใช้สายตามากขึ้น เมื่ออายุ 2 เดือน ในท่านอนคว่ำทารกสามารถยกศีรษะได้ประมาณ 45 องศากับแนวนราบ ถ้าจับนั่งจะยกศีรษะได้ชั่วคราว แล้วศีรษะจะตกไปข้างหน้า การเคลื่อนไหวส่วนใหญ่ของทารกจะทำได้เองหรือมีทักษะตามวัย โดยพัฒนาการจากคว่ำเป็นเดินได้เมื่อเด็กทารกมีอายุประมาณ 1 ปี

2) พัฒนาการของประสาทสัมผัส โดยวัยทารกจะมีพัฒนาการของประสาทสัมผัส ทั้ง 5 ชนิด คือ การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรู้รส และการรับรู้การสัมผัส

2.1 การมองเห็น ทารกแรกเกิดสามารถมองเห็นแสงได้ เมื่ออายุ 1 เดือน ตาจะจับดูของที่ผ่านมาในขอบเขตของสายตา และมองตามของหรือวัตถุได้น้อยกว่า 90 องศา เมื่ออายุ 2 เดือน การมองจะจับตาจ้องวัตถุ ไฟกั้ววัตถุ สายตามองตามบุคคลที่เคลื่อนไหวไปมาอยู่ข้างหน้า อายุ 4 เดือนสามารถมองตาม 180 องศา อายุ 6 เดือนมองเห็นวัตถุทั้งในระยะไกลและใกล้ ใช้ทั้ง 2 ตาประสานกันได้ดี

2.2 การได้ยิน ทารกแรกเกิดสามารถได้ยินเสียงแต่แยกไม่ได้ว่าเป็นเสียงอะไรและมาจากไหน ทารก 1 เดือน อาจจำเสียงพ่อ แม่ได้ เมื่ออายุประมาณ 3 เดือนทารกสามารถรู้ว่าเสียงมาจากไหน และเมื่ออายุประมาณ 5-6 เดือนจะสามารถแยกเสียงได้

2.3 การได้กลิ่น ทารกแรกเกิดสามารถได้กลิ่น แต่ไม่สามารถแยกชนิดของกลิ่นได้ เมื่ออายุมากขึ้นจะสามารถเริ่มแยกกลิ่นได้เมื่ออายุ 2- 3 เดือน

2.4 การรู้รส ทารกแรกเกิดสามารถรู้รสได้ แต่ไม่ชัดเจน การรู้รสจะชัดเจนขึ้นเมื่ออายุประมาณ 2- 3 เดือน

2.5 การรับรู้การสัมผัส ระยะแรกคลอด ประสาทสัมผัสที่ผิวหนังเป็นประสาทที่พัฒนาดีที่สุดในกลุ่มประสาทรับสัมผัสทั้งหมด สัมผัสที่อบอุ่นจากการโอบอุ้ม เป็นการสื่อความหมายของความรักและความเป็นมิตรที่ทารกสามารถเข้าใจได้ และในแต่ละช่วงอายุของเด็กวัยทารกต้องการสัมผัสโดยการกอดหรือโอบอุ้มจากมารดาหรือผู้ดูแล ซึ่งจะส่งผลต่อพัฒนาการด้านอารมณ์และจิตใจของเด็กด้วย

3) พัฒนาการด้านภาษา พัฒนาการด้านภาษาเป็นพัฒนาการที่ต้องอาศัย ความรู้คิด การรับรู้ และการเรียนรู้ผสมผสานเข้าด้วยกัน สำหรับทารกนั้นอวัยวะสัมผัสทั้งห้าจะเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้สมองรับรู้สิ่งต่างๆ รอบตัว และเกิดการเรียนรู้จากการได้รับสิ่งเร้าต่างๆ มากกระตุ้น ทารกแรกเกิดมีการร้องไห้นั้น เมื่ออายุ 1 เดือนนอกจากร้องไห้แล้วทารกเริ่มส่งเสียงอ้ออในลำคอ และเมื่ออายุ 2 เดือน ทารกจะเปล่งเสียงในลำคอแต่ยังฟังไม่เป็นภาษา อายุ 4 เดือน ส่งเสียงอ้ออ ได้ตอบ หัวเราะ ส่งเสียงแหลมรัวเวลาดีใจหรือสนุก อายุ 6 เดือน หันหาเสียงเรียก อายุ 9 เดือน หันตามเสียงเรียกชื่อ ฟังภาษา และเข้าใจสีหน้าท่าทางได้ อายุ 12 เดือน เรียกพ่อ แม่ หรือพูดคำโดดที่มีความหมาย 1 คำ ทำตามคำที่บอก มีท่าทางประกอบ

4) พัฒนาการด้านบุคลิกภาพ บุคลิกภาพเป็นลักษณะรวมของบุคคลที่ประกอบด้วย รูปร่าง หน้าตา ท่าทาง สีหน้า อารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ พัฒนาการด้านบุคลิกภาพของเด็กจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับพัฒนาการด้านอารมณ์ ในเด็กวัยทารกบุคลิกภาพที่จำเป็นต้องสร้างสรรค์ให้มีความไว้วางใจ ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อทารกได้รับการเลี้ยงดูด้วยความรักเอาใจใส่ ดูแลให้ได้รับการตอบสนองของความต้องการทุกด้านอย่างเหมาะสม ถ้าทารกได้รับการดูแลอย่างรักใคร่ทารกจะพัฒนาสู่วัยต่อไปอย่างมั่นคงและมีความไว้วางใจเพื่อนมนุษย์ ส่วนทารกที่ได้รับการดูแลแบบตรงกันข้าม ทารกจะเกิดการสำนึกของความไม่ไว้วางใจขึ้นแทน เมื่อเติบโตขึ้นจะมีความระแวง ไม่เป็นมิตร ไม่ไว้วางใจผู้อื่น ขาดความมั่นใจในตัวเอง มองโลกในแง่ร้าย

5) พัฒนาการด้านอารมณ์ แรกเกิดอารมณ์ของทารกที่แสดงออกหรือสังเกตได้มีเพียง 2 ประเภท คืออารมณ์สงบ และอารมณ์ตื่นเต้น ภายหลังจึงแยกแยะออกเป็นอารมณ์สุข อารมณ์ทุกข์ ทารก 1-2 สัปดาห์ ทารกจะร้องเมื่อหิว และมีอาการสะดุ้งเมื่อตกใจ เมื่ออายุ 4-8 สัปดาห์ ทารกจะร้องไห้เนื่องจากสาเหตุหลายสาเหตุ เช่น หิว เปียก หนาว ร้อน หรือเมื่อเจ็บป่วย และทำเสียงแสดงความพอใจและยิ้มได้ ถ้าผู้เลี้ยงดูสังเกตความแตกต่างได้จะเข้าใจความรู้สึกของทารกและสามารถตอบสนองความต้องการของทารกได้ และถ้าหากทารกได้รับการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ประเภทใด

ประเภทหนึ่งบ่อยๆ จะเกิดอารมณ์ประเภทนั้นเป็นนิสัยที่เรียกว่า พื้นอารมณ์ ซึ่งจะเป็นลักษณะของเด็กคนนั้นไปจนโต

6) **พัฒนาการด้านสังคม** พัฒนาการทางสังคมของทารกระยะ 2- 3 เดือนแรกของชีวิต แสดงออกโดยพฤติกรรม 3 อย่าง ได้แก่ การสบตา การส่งเสียงอ้ออ และการเลียนแบบ ซึ่งพฤติกรรมดังกล่าวบ่งบอกความต้องการของทารกที่จะติดต่อกับคนอื่น ทารกอายุ 1 เดือนจะสบตามารดาขณะที่ให้นม ทำให้มารดา เกิดความรู้สึกว่าทารกเป็นบุคคลที่ต้องการการเอาใจใส่ ทารกอายุ 6 สัปดาห์จะส่งเสียงอ้ออเป็นการเริ่มต้นติดต่อกับบุคคลอื่น พร้อมทั้งทำเสียงเลียนแบบเสียงที่ได้ยิน ทารกอายุ 3 เดือนถ้าเราจ้องมองเขาด้วยหน้าตาบึ้งตึง ทารกจะหยุดการเคลื่อนไหว แต่ถ้าเรายิ้มให้เขาจะยิ้มตอบ ถ้าเราทำเสียงล้อและเล่นด้วย เขาจะมีปฏิกิริยาตอบสนองมากขึ้นโดยการทำเสียงเล่นดังขึ้น และการเคลื่อนไหวร่างกายแสดงความตื่นเต้นมากขึ้นตามวัยไปด้วย ซึ่งเป็นการทำทารกตอบสนองต่อสังคม

กล่าวโดยสรุป การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กวัยทารกจะพัฒนาเหมาะสมตามวัยเพียงใด ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ทั้งปัจจัยด้านพันธุกรรม ซึ่งจะกำหนดโครงสร้างของร่างกายในระยะแรกของชีวิต ได้แก่ เพศ เชื้อชาติ และโรคทางพันธุกรรม ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ในขณะที่ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมจะมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและเตรียมความพร้อมในระยะต่อมา โดยเฉพาะปัจจัยสิ่งแวดล้อมหลังเกิด ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การเลี้ยงดูของมารดา ซึ่งเชื่อมโยงกับรูปแบบของสังคม วัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อ ในสังคมของผู้เลี้ยงดู ซึ่งปัจจุบันนักวิชาการได้ให้ความสำคัญกับอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมมากกว่าพันธุกรรม (Betz, Hunsberger & Wright, 1994) เป็นการแสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมในการเลี้ยงดูของมารดามีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการเจริญเติบโตพัฒนาการและภาวะสุขภาพเด็ก

3. แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้

พฤติกรรมการเรียนรู้ของมารดา

ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การเลี้ยงดูของมารดาจากเดิมที่ยังบกพร่องอยู่ไปเป็นพฤติกรรมใหม่ได้นั้น เกิดจากการให้ความรู้ ซึ่งจะเป็นปัจจัยขั้นแรก และจะเป็นส่วนประกอบในการสร้างหรือก่อให้เกิดทักษะในขั้นตอนต่อไป ทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้ซึ่งจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมารดา ซึ่งมีนักการศึกษาได้กล่าวถึงความหมายของการเรียนรู้ไว้ดังนี้

3.1 ความหมายของการเรียนรู้

Roger (1992) กล่าวว่า การเรียนรู้ เป็นกระบวนการทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ในเรื่องความรู้ ความคิด ความรู้สึก การปฏิบัติหรือพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากการฝึกฝน หรือประสบการณ์ของแต่ละบุคคล

Hamilton และ Ghatala (1994) กล่าวว่า การเรียนรู้ เป็นการเปลี่ยนแปลงเชิงสัมพันธ์ ที่เกี่ยวกับความรู้ของบุคคลหรือพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลจากประสบการณ์ที่ผ่านมา

อรนันท์ หาญยุทธ (2532) กล่าวว่า การเรียนรู้ เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และทักษะที่ค่อนข้างถาวร ซึ่งเป็นผลจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝนมาแล้ว

ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์ (2535) กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวรเป็นผลที่ได้จากประสบการณ์หรือการฝึกฝนมาแล้ว

ดังนั้นจึงกล่าวโดยสรุป ได้ว่า การเรียนรู้ หมายถึง กระบวนการที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร เพื่อตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือประสบการณ์และการฝึกฝนที่ผ่านมา โดยการเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่สำคัญ คือวุฒิภาวะและความพร้อม

3.2 กระบวนการเรียนรู้

การเรียนรู้จะเกิดขึ้นได้ต้องอาศัยองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการ คือสิ่งเร้า ผู้เรียน และการตอบสนอง (Gange อ้างถึงใน ฉลองชัย สุรวัฒนบุรณ, 2538) ซึ่งมีแต่ละองค์ประกอบดังนี้

3.2.1 สิ่งเร้า (Stimulus) หมายถึง สิ่งแวดล้อมใดๆ ก็ได้ อาจเป็นสถานการณ์ สิ่งของบุคคลที่มาปะทะสัมผัสกับผู้เรียน ถ้าเป็นการเรียนการสอน สิ่งกระตุ้น ได้แก่ อุปกรณ์การสอนทั้งหลาย เช่น หนังสือ คู่มือ ภาพยนตร์ โทรทัศน์ ภาพนิ่ง แผนภูมิ หุ่นจำลอง เป็นต้น

3.2.2 ผู้เรียน (Learner) หมายถึง ผู้ที่แสดงพฤติกรรมตอบสนองหลังจากได้รับสิ่งกระตุ้นจากสิ่งเร้านั้นๆ ในที่นี้ ไม่ได้หมายถึงแต่ผู้ที่ศึกษาในสถาบันเท่านั้น อาจเป็นใครก็ได้ เพราะที่จริงแล้วกระบวนการเรียนรู้ไม่ได้จำกัดอยู่ในวงการศึกษา หากแต่เกิดขึ้นตลอดเวลา นับตั้งแต่บุคคลเริ่มทำควมรู้จักกับสิ่งแวดล้อมเมื่อแรกเกิด การเรียนการสอนเป็นเพียงกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้ เป็นสิ่งผลักดันจากภายนอกที่จะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้เร็วขึ้น การเรียนรู้ได้ครอบคลุมตามเนื้อหาหรือตามขอบเขตที่กำหนดไว้ จัดเป็นการเรียนการสอนที่เป็นทางการหรือเป็นระเบียบแบบแผน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เรียน คือ มารดาทารกที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ซึ่งจะเป็นผู้แสดงพฤติกรรมตอบสนองหลังจากได้รับการเรียนรู้จาก การให้ความรู้เป็นรายบุคคล การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ รวมทั้งการเรียนรู้จากคู่มือการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคปอดอักเสบไปแล้ว

3.2.3 การตอบสนอง (Response) หมายถึงการกระทำหรือพฤติกรรมที่ผู้เรียนแสดงออกมาเมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า

นอกจากนี้ Redman (1976) ได้อธิบายถึงประเภทของการเรียนรู้ไว้ 3 ประเภท คือการเรียนรู้ด้านความคิด (Cognitive Learning) เจตคติ (Affective Learning) และทักษะปฏิบัติ (Learning of Psychomotor) ซึ่งการเรียนรู้ที่สมบูรณ์จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 3 ประเภท คือ

1) การตอบสนองในรูปของความรู้ ความคิด ความจำ การวิเคราะห์ วิจัย (Cognitive Domain) เป็นการเปลี่ยนแปลงจากการไม่รู้เป็นรู้

2) การตอบสนองในรูปของความรู้สึก เจตคติ ค่านิยม (Affective Domain) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากไม่ชอบเป็นชอบ โดยการแสดงออกทางสีหน้า เช่น ยิ้มแย้ม แจ่มใสหรือแสดงความสนใจสิ่งนั้น

3) การแสดงออกในรูปของพฤติกรรมเชิงทักษะ หรือการเคลื่อนไหวโดยการแสดงออกเป็นการกระทำ (Psychomotor Domain or Practice) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสิ่งที่ไม่เป็น เป็นทำเป็นหรือทำได้เร็วขึ้น คล่องแคล่วขึ้น เช่น การเล่นเกมที่เหมาะสมกับโรค การเลือกอาหารที่จะรับประทานได้เหมาะสม

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาการตอบสนองในรูปแบบพฤติกรรมเชิงทักษะ (Psychomotor Domain or Practice) คือพฤติกรรมในการดูแลทารกของมารดาที่บุตรป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ

กล่าวโดยสรุป การเรียนรู้และพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาทารกที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ นั้นมีความสัมพันธ์กัน กล่าวคือ พฤติกรรมสุขภาพเป็นผลของการเรียนรู้ตามพัฒนาการของบุคคลนั้นๆ ตั้งแต่แรกเกิดโดยมีการพัฒนาพฤติกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของตนเองหรือบุคคลที่ต้องดูแล หรืออาจกล่าวได้ว่า การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเป็นกระบวนการเรียนรู้ทางพฤติกรรมเช่นเดียวกับพฤติกรรมอื่นๆ ของบุคคล ระดับการพัฒนาและผลของการพัฒนาที่อยู่ในรูปพฤติกรรมจะเป็นอย่างไร ขึ้นอยู่กับกระบวนการเรียนรู้ และองค์ประกอบการเรียนรู้แต่ละด้าน และแต่ละเรื่องเป็นสำคัญ

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และการปฏิบัติ

การให้ความรู้

ความรู้ (Knowledge) คือข้อเท็จจริง หรือสิ่งที่บุคคลได้รับ ได้สัมผัสจากอวัยวะสัมผัส ของร่างกาย ในเรื่องใดเรื่องหนึ่งจากบุคคล สิ่งแวดล้อม หรือจากประสบการณ์ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมและการแสดงออก ความรู้ถือเป็นสิ่งเร้าชนิดหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ เป็นความสามารถทางสมองที่สามารถ รับรู้ และรักษาไว้ซึ่งเรื่องราวต่างๆ ที่บุคคลได้รับรู้ เข้าใจในสิ่งเร้าต่างๆ ที่ได้รับมา ซึ่งสามารถวัดได้จากการประเมินความรู้ โดยการซักถาม การใช้แบบสอบถาม การสังเกตพฤติกรรม การแสดงออก (กฤษณา คักดีศรี, 2530; พรรณี ข. เจนจิต, 2538) เนื่องจากความรู้ที่ได้รับทำให้เกิดการเรียนรู้ขึ้นได้นั่นเอง

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล เกิดจากการเรียนรู้ของบุคคลใน 3 ด้าน ดังนี้ คือ

3.3.1 ด้านความรู้ (Cognitive Domain) ได้แก่ การที่บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเกี่ยวกับการเรียนรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะสติปัญญา การใช้วิจารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจในระดับต่างๆ ตั้งแต่ระดับแรก ได้แก่ ความรู้ ต่อมาค่อยเพิ่มความสามารถในด้านความคิด และสติปัญญามากขึ้น เป็นความเข้าใจการประยุกต์ใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผลในที่สุด

3.3.2 ด้านอารมณ์ และความรู้สึก (Affective Domain) เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางด้าน จิตใจ หรือความเข้าใจที่ไม่เกี่ยวกับทางสติปัญญา เป็นการกำหนดคุณค่าของสิ่งเหล่านั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากไม่ชอบเป็นชอบ หรือจากชอบเป็นไม่ชอบ (ปราณี รามสูตร, 2528) เชื่อกันว่า ทักษะมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคล แต่ทัศนคติเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำนายการปฏิบัติได้ แต่ต้องพิจารณาร่วมกับนิสัย และบรรทัดฐานของบุคคลนั้นด้วย

3.3.3 ด้านทักษะ หรือการปฏิบัติ (Psychomotor Domain) พฤติกรรมด้านนี้เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ทางการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออก สามารถสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่ง ๆ กล่าวคือ เมื่อบุคคลได้รับความรู้ซึ่งอาจได้รับมาจากการฟัง การอ่าน การเขียน หรือการมองเห็น จะทำให้บุคคลพยายามทำความเข้าใจกับความรู้นั้น ๆ ซึ่งความเข้าใจนี้อาจแสดงออกหลาย ๆ ลักษณะ เช่น การพูด การแสดงความคิดเห็น การแสดงข้อสรุปหรือการคาดหวังอะไรจะเกิดขึ้นตามที่บุคคลนั้นเข้าใจ และตามสภาพการณ์ จากนั้นบุคคลจะนำความรู้ไปใช้ในการแก้ปัญหา มีการวิเคราะห์ปัญหาหรือสภาพการณ์ออกเป็นส่วน ๆ เพื่อทำความเข้าใจในแต่ละส่วนของสภาพการณ์

นั้น สามารถมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบนั้น แล้วนำส่วนประกอบเหล่านั้นมารวมกัน เข้าเป็นส่วนรวมที่มีโครงสร้างแน่ชัด แล้วนำความรู้ที่มีอยู่เดิมมารวมกับความรู้ใหม่ที่ได้รับ แล้วสร้าง เป็นแบบแผนการปฏิบัติ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทัศนคติของผู้ป่วย การให้ความรู้ทำให้ บุคคลนั้นมีความรู้ มีทัศนคติที่ดีในเรื่องนั้น แล้วยอมรับในการปฏิบัติตามในเรื่องนั้นได้ง่ายๆ

จากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ที่เกิดจากการเรียนรู้ดังกล่าวข้างต้น จึงอาจสรุปได้ ว่า พฤติกรรมของบุคคลสามารถเปลี่ยนแปลง และพัฒนาไปเรื่อย ๆ ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ เมื่อการ เรียนรู้สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติได้ การเรียนรู้อย่อม สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลได้

3.4 การให้ความรู้แก่มารดาเด็ก

การให้ความรู้แก่มารดา ซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ เหมาะสมนั้น เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการเรียนรู้ของมารดาหรือผู้เรียน ดังนี้ (Whitman, Graham, Gleit & Boyd, 1986; De Muth, 1989; Sundberg, 1989)

3.4.1 ปัจจัยด้านผู้เรียนหรือมารดา ปัจจัยด้านผู้เรียนที่มีผลต่อการเรียนรู้ มีดังนี้

1) สภาพร่างกาย ซึ่งในการสอนเพื่อให้ความรู้ ผู้สอนจำเป็นต้องประเมินสภาพ ร่างกายของมารดาว่าเหมาะสมหรือไม่ เช่นมารดาอยู่ในสภาพที่อ่อนเพลียมาก เนื่องจากอดนอนมา หลายคืน ผู้สอนต้องให้มารดาได้พักผ่อนให้เต็มที่ก่อน เมื่อหายจากสภาพอ่อนเพลียและประเมินแล้ว ว่ามารดามีความพร้อม จึงค่อยเริ่มต้นขั้นตอนการสอน

2) สภาพด้านอารมณ์และจิตใจ สภาพอารมณ์และจิตใจของมารดามีผลต่อ การเรียนรู้มาก เพราะหากมารดาอยู่ในภาวะที่มีความวิตกกังวลสูง หงุดหงิด หรือกลัวมาก จะ ขัดขวางกระบวนการรับรู้ ผู้สอนต้องประเมิน สาเหตุ ของสภาพอารมณ์ และจิตใจที่แปรปรวนของ มารดา ให้การดูแลและให้การช่วยเหลือเพื่อให้มารดา ลดความวิตกกังวล ความกลัว หรืออารมณ์ที่ หงุดหงิดลง รวมทั้งสร้างแรงจูงใจในการเรียนการสอน ให้มารดามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และ วางแผนการสอน

3) อายุ อายุมีผลต่อการรับรู้และความสามารถในการนำไปปฏิบัติ โดยมึ การศึกษาพบว่าความสามารถในการเรียนรู้จะถึงขีดสูงสุดเมื่ออายุ 20-35 ปี หลังจากนั้นความสามารถ จะลดลงเรื่อย ๆ (อารมณ์ ใจเที่ยง, 2537) ดังนั้นในการสอนจึงต้องเลือกเนื้อหาให้เหมาะสมกับผู้เรียน

4) การศึกษาและความรู้ที่เคยได้รับมาก่อน ผู้มีการศึกษาจะมีความคุ้นเคยต่อการเรียนรู้ ดังนั้นหากมารดามีการศึกษาหรือชอบศึกษาหาความรู้ เมื่อได้รับความรู้ใหม่ที่เกี่ยวข้องกันจะทำให้มารดาสามารถเข้าใจได้อย่างรวดเร็ว

3.4.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม สภาพแวดล้อมที่มีเสียงดังรบกวน แสงภายในห้องที่มีมืดหรือสว่างมากเกินไป อุณหภูมิที่ต่ำหรือสูงมาก มีกลิ่นรบกวน บริเวณห้องเรียนหรือสถานที่ให้ความรู้มีผู้คนพลุกพล่าน จะรบกวนการรับรู้และความสนใจของมารดาหรือผู้เรียนทำให้การรับรู้ได้ไม่ดี ดังนั้นในการจัดการเรียนหรือการให้ความรู้จำเป็นต้องจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้และการเรียนรู้ที่ดี

3.4.3 กระบวนการเรียนการสอน กระบวนการเรียนการสอนที่ทำให้มารดาเกิดการเรียนรู้ได้ดีนั้นประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังนี้ (Gessner, 1989; Sundberg, 1989)

1) การประเมินปัญหาและความต้องการที่จะเรียนรู้ของมารดา เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อกำหนดความต้องการด้านความรู้ของมารดาให้ชัดเจน

2) การประเมินความพร้อมของมารดา การประเมินความพร้อมของผู้เรียนเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้กระบวนการเรียนรู้ประสบความสำเร็จ นั่นคือ การพิจารณาถึงสภาพด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึง เจตคติ และทักษะต่างๆ ของมารดา นอกจากนี้พยาบาลควรมีหน้าที่กระตุ้นให้มารดามีความพร้อมที่จะเรียน ในการสร้างบรรยากาศการเรียนให้อบอุ่นเป็นกันเอง และยอมรับความเป็นบุคคลของมารดา (Smeltzer & Bare, 1992)

3) การวางแผนการสอน การสอนอาจจะทำให้โดยไม่ต้องเตรียมการสอนล่วงหน้า แต่การสอนมารดาหรือผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ผู้สอนควรมีการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์ของการเรียนรู้ การเลือกเนื้อหาที่จะสอน เลือกวิธีการสอน ซึ่งการให้ความรู้จะมุ่งเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมารดาทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านความรู้ เจตคติ และทักษะการปฏิบัติ (Sundberg, 1989) ซึ่งการสอนที่เตรียมการล่วงหน้า จะได้ผลดีกว่าการสอนไปตามเหตุการณ์เฉพาะหน้า เพราะสามารถให้ความรู้ได้ครบถ้วน สมบูรณ์ และมีความต่อเนื่อง

4) การดำเนินการสอน เป็นการปฏิบัติการสอนโดยให้เนื้อหาที่จัดเตรียมไว้แก่มารดาหรือผู้เรียน ซึ่งเนื้อหาที่ให้ต้องเป็นเนื้อหาที่สำคัญ มีความถูกต้องและทันสมัย เป็นเนื้อหาที่ผู้เรียนสนใจ สามารถเรียนรู้ได้โดยการจัดลำดับเนื้อหาจากง่ายไปหายาก และสิ่งที่มองเห็นเป็นรูปธรรมไปสู่สิ่งที่มองเห็นไม่เป็นรูปธรรม (บุญชม ศรีสะอาด, 2537; Rorden, 1987)

ซึ่งในการเรียนการสอนที่ผู้เรียนคือมารดาซึ่งเป็นผู้ใหญ่ควรมีหลักพิจารณาในการสอนผู้ใหญ่ ดังนี้คือ (พวงเพ็ญ ชุณหพราน, 2532)

- (1) มีการกระตุ้นและจูงใจผู้เรียนเพราะประสบการณ์ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน
- (2) การเรียนการสอนจะต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยเฉพาะความสามารถในการเรียนรู้และแผนในการเรียนรู้
- (3) การเรียนการสอนสิ่งใหม่ ๆ จะต้องคำนึงถึงความรู้และทัศนคติของผู้เรียน การสอนความรู้ใหม่ควรให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตซึ่งจะทำให้ผู้เรียนเรียนรู้ได้ดีกว่า ดังนั้นการนำสิ่งใหม่ๆ เข้ามาต้องศึกษาและผสมผสานปรับใช้กับของเดิม
- (4) การเสริมแรงทางบวก โดยใช้วาจาหรือข้อมูลย้อนกลับในทางที่ดี สิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้เรียนเพิ่มความพยายามมากขึ้น
- (5) การเรียนการสอนจะต้องเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกปฏิบัติ เป็นการช่วยผู้เรียนให้เก็บความรู้ไว้ได้นาน ซึ่งการปฏิบัติ คือ ผลจากการเรียนรู้
- (6) ผู้เรียนต้องมีส่วนร่วมในการเรียนรู้และทดลอง โดยไม่ได้เป็นผู้รับฟังอย่างเดียว เพราะการมีส่วนร่วมเป็นสิ่งสำคัญของกิจกรรมที่ทำให้เกิดการคิด การเลือก การทดสอบสิ่งที่ได้เรียนมา
- (7) ควรมีการแนะนำและฝึกหัด เพื่อให้เกิดการตอบสนองต่อการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ กิจกรรมที่ให้ผู้เรียนปฏิบัติ ควรมีความชัดเจน และในเรื่องยากควรแนะนำและมีการสาธิตก่อน
- (8) การจัดการเรียนการสอน ควรให้เกี่ยวข้องกับประสบการณ์และปัญหาของผู้เรียน ดังนั้นก่อนการสอนควรแจ้งวัตถุประสงค์และจูงใจก่อน รวมทั้งควรมีสื่อการเรียนที่เหมาะสม

5) **รูปแบบการสอน** รูปแบบการสอนสามารถกระทำได้หลายวิธี โดยวิธีที่นิยมปฏิบัติกันทั่วไปได้แก่ การสอนเป็นรายบุคคลและการสอนเป็นกลุ่ม สำหรับในงานวิจัยนี้ใช้รูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคล เนื่องจากเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนแตกต่างกันในด้านความสามารถ ความถนัด ความพร้อม และความสนใจ การช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ตามความสามารถและความสนใจแต่ละบุคคลจะทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ การสอนเป็นรายบุคคลยังเป็นวิธีการสอนที่สามารถให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้เรียนอย่างละเอียด ผู้เรียนสามารถซักถามให้เข้าใจอย่างถ่องแท้ ผู้เรียนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหา และความต้องการของตนมากที่สุด นอกจากนี้ผู้เรียนจะมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลผู้ทำการสอน และผู้สอนสามารถประเมินผลการสอนได้ทันที (Sundberg,

1989; Taylor, Lillis & Lemone, 1989) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบของการสอนหลายแบบ ดังต่อไปนี้

(1) การสอนแบบบรรยาย หมายถึง การสอนที่มุ่งให้ผู้สอนได้เตรียมศึกษาหาความรู้จากแหล่งวิชาการต่างๆ มาเป็นอย่างดี เพื่อนำมาอธิบายให้ผู้เรียนฟัง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อผู้เรียนได้รับฟัง รับรู้ เกิดความเข้าใจ มีการเรียนรู้ เปลี่ยนแปลง เจตคติและนำไปปฏิบัติ วิธีนี้สามารถให้ความรู้ได้สมบูรณ์ ครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหาและรายละเอียดได้มาก ประหยัดเวลา แต่การบรรยายเป็นการให้ความรู้ทางเดียวจึงอาจเกิดความเบื่อหน่ายได้ ดังนั้นจึงควรใช้วิธีอื่นประกอบการบรรยาย เช่น การซักถาม การสาธิต (Sunderg, 1989; Taylor, Lillis, & Lemone, 1989)

(2) การสอนแบบสาธิต หมายถึง การสอนแบบบรรยายประกอบการแสดงวิธีปฏิบัติพร้อมกันไป โดยแสดงวิธีปฏิบัติที่ถูกต้องให้ผู้เรียนดู โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ สามารถปฏิบัติได้และเกิดทักษะ เป็นวิธีที่เหมาะสมที่จะให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ต้องการทักษะ (Sundberg, 1989) โดยสอนแล้วควรฝึกปฏิบัติทันที เพราะหากปฏิบัติในช่วงเวลาที่ห่างกันจะทำให้ลืม แล้วนำความรู้ไปสัมพันธ์กับการปฏิบัติไม่ได้ (ศิริพร สิงหนตร, 2531) การสอนแบบสาธิตประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 อธิบายสิ่งที่จะสาธิตโดยละเอียด เมื่ออธิบายจบ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถาม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นสาธิต ผู้สาธิตแสดงขั้นตอนทีละขั้น ช้าๆ ให้ผู้เรียนทุกคนได้เห็นอย่างชัดเจน ขณะสาธิตอธิบายประกอบด้วยช้า ๆ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ซักถามและสาธิตซ้ำ ถ้าผู้เรียนไม่เข้าใจ

ขั้นตอนที่ 3 ให้มีการสาธิตย้อนกลับ ผู้สอนสังเกตขณะผู้เรียนฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งให้คำแนะนำในการปรับปรุง

การสาธิตจะประสบความสำเร็จนั้น ผู้สาธิตต้องมีความรู้ ความชำนาญ ใช้อุปกรณ์สาธิตได้อย่างคล่องแคล่ว ผู้สอนต้องมีแนวทางแก่ผู้เรียนในการสังเกตการณ์สาธิต ผู้เรียนสามารถมองเห็นการสาธิตได้ทั่วถึง ใช้เวลาสาธิตไม่เกิน 20-25 นาที และเมื่อสาธิตสิ้นสุดลงให้ผู้เรียนได้สาธิตย้อนกลับเพื่อประเมินผลการการสอน (Kelly & Lewis, 1987)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการสาธิตประกอบการสอน เพื่อให้ผู้เรียนซึ่งเป็นมารดาเกิดการเรียนรู้ทั้งทางด้านทักษะและความรู้ โดยแสดงให้เห็นตัวอย่าง เกี่ยวกับการการปฏิบัติในการดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ในเรื่อง การเช็ดตัวลดไข้ การเคาะปอด และการดูดเสมหะด้วยลูกสบยางแดง เพื่อให้มารดาได้เกิดการเรียนรู้ทางด้านทักษะ และความรู้จากการสังเกต การฟัง

การกระทำและการแสดง ซึ่งความรู้ดังกล่าวมารดาสามารถนำไปปฏิบัติต่อเรื่องที่บ้านได้ ทำให้การดูแลบุตรมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การฝึกปฏิบัติ เป็นการเรียนรู้ในการกระทำสิ่งต่าง ๆ โดยอาศัยความคิดรวบยอด โดยผู้เรียนจะเป็นผู้กระทำเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ในการที่จะทำให้นุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องมี ส่วนประกอบคือ ความรู้เป็นส่วนสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การฝึกปฏิบัติ ถ้าต้องการให้เป็นนิสัยจะต้องปฏิบัติสม่ำเสมอ โดยสรุปเป็นขั้นตอนได้ดังนี้ คือ รับรู้ ไตร่ตรอง ทดลองปฏิบัติจนเป็น นิสัย โดยก่อนการฝึกปฏิบัติผู้เรียนอาจจะได้รับการสอนเพื่อสาธิตวิธีการเพื่อให้เกิดการเลียนแบบ ผู้เรียนควรได้ฝึกปฏิบัติที่ทันที่ภายใต้การนิเทศของผู้สอน ในขณะที่ผู้เรียนฝึกปฏิบัตินั้น ผู้สอนจะ แนะนำและเสริมแรงด้วยคำพูด สิ่งที่ควรคำนึงในการปฏิบัติจนเกิดความชำนาญขึ้นอยู่กับความแตกต่างระหว่างบุคคล ทัศนคติ อายุ ความมั่นใจ ระยะเวลาในการปฏิบัติ การปฏิบัติซ้ำ และการให้ กำลังใจหรือเสริมแรง (สุดาพร วิรวงศ์, 2538)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความรู้กับมารดาเป็นรายบุคคล พร้อมด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะที่จำเป็นในการดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบหรือโรกระบบทางเดินหายใจ ในเรื่อง การเช็ดตัวลดไข้ การเคาะปอดและดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ คำแนะนำและคอยสนับสนุนให้กำลังใจมารดาอย่างใกล้ชิด เนื่องจากการฝึกปฏิบัติจริงจะทำให้มารดา เกิดการเรียนรู้ได้ดี เกิดความชำนาญและเกิดความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตร ของมารดาที่ถูกต้องเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

อย่างไรก็ดีในการสอนไม่ว่าแบบใดก็ตาม ผู้สอนต้องสอนให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและจดจำ ได้ดีซึ่งทำได้โดยใช้สื่อการสอนประกอบ การใช้สื่อจะช่วยนำเสนอข้อมูลไปสู่ผู้เรียน ช่วยเพิ่มพูนการ จดจำ ทำให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในข้อมูลที่เสนอ ไม่เกิดความเบื่อหน่าย ตั้งใจติดตามบทเรียน ผู้เรียนสามารถเรียนได้เร็วขึ้นและมากขึ้นในเวลาจำกัด โดยใช้สื่อการสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหา วัย ของผู้เรียน จำนวนผู้เรียน สภาพแวดล้อม และมีราคาต้นทุนต่ำในการผลิต สื่อที่เหมาะสมกับการสอน เป็นรายบุคคล ได้แก่ ภาพพลิก รูปภาพ ซึ่งต้องเป็นสื่อที่มีสาระตรงกับเนื้อหาที่จะสอน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้สื่อการสอน เป็นหนังสือคู่มือ และภาพพลิก ประกอบในการสอน หนังสือคู่มือ (Hand book) เป็นสื่อการสอนชนิดหนึ่ง ซึ่งจากความหมายของสื่อการสอน ที่ หมายถึง ตัวกลางที่นำความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน ทำให้การเรียนการสอนเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ วางไว้เป็นอย่างดี เพราะสื่อการสอนช่วยให้เข้าใจในสิ่งที่ป็นนามธรรมจากการที่สามารถถ่ายทอด ออกมาเป็นรูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น หนังสือคู่มือสามารถใช้ได้ทั้งเป็นสื่อหลัก และสื่อประกอบการสอน ช่วย ให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่ง กิดานันท์ มะลิทอง (2543) ได้ให้ความหมายของหนังสือคู่มือ (Hand

book) ว่าเป็นสื่อสิ่งพิมพ์สิ่งพิมพ์อื่น ๆ สามารถให้ความหมายต่อประสบการณ์เรียนรู้ของผู้ป่วยได้ โดยนำสื่อเหล่านี้ไปใช้เพื่อความรู้พื้นฐานและอ้างอิง

หนังสือคู่มือ เป็นสื่อการเรียนการสอนประเภทวัสดุสิ่งพิมพ์ มีข้อดีข้อเสีย ดังนี้คือ (กิดานันท์ มะลิทอง, 2543)

ข้อดี เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ดีที่สุด สามารถอ่านได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล เหมาะสำหรับการอ้างอิงหรือทบทวน เหมาะสำหรับการแจกเป็นจำนวนมาก และสะดวกในการแก้ไข อีกทั้งยังช่วยให้ผู้รับความรู้

ข้อเสีย ต้นทุนการผลิตค่อนข้างสูง ถ้าให้ได้สิ่งตีพิมพ์ที่มีคุณภาพดี บางครั้งข้อมูลล้าสมัยง่าย ต้องปรับปรุงอยู่เสมอ และผู้ไม่รู้หนังสือไม่สามารถอ่านได้

เนื่องจากหนังสือคู่มือเป็นสื่อการสอนชนิดหนึ่ง ซึ่งผู้สอนใช้ถ่ายทอดความรู้ เจตคติและทักษะไปสู่ผู้เรียน ดังนั้นการสร้างหนังสือคู่มือจึงใช้เป็นแนวทางการผลิตสื่อโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้คือ

- (1) เลือกเนื้อเรื่อง ศึกษาว่าเนื้อหาที่จะสอนเป็นอย่างไร
- (2) ประเมินผู้เรียน เพื่อทราบความต้องการและข้อจำกัดของผู้เรียน
- (3) กำหนดเนื้อหา วัตถุประสงค์ของหนังสือคู่มือว่าต้องการให้ผู้เรียนเรียนรู้ในประเด็นใดบ้าง ทำการรวบรวมและจัดหาเนื้อหา
- (4) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้เช่นเดียวกับกลุ่มเป้าหมาย แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนการจัดพิมพ์
- (5) นำไปใช้จริงเมื่อทดลองแก้ไขปรับปรุงแล้ว จนมีคุณภาพดีแล้วจึงไปเผยแพร่หรือใช้งานตามที่วางแผนไว้

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หนังสือคู่มือเรื่อง การป้องกันและการดูแลบุตรเมื่อป่วยเป็นโรคปอดอักเสบ เป็นสื่อในการประกอบการสอนซึ่งจะเป็นตัวกลางช่วยในการส่งข่าวสารความรู้ให้แก่มารดาในการศึกษาด้วยตนเอง เพื่อให้มารดาเกิดการเรียนรู้และเป็นแนวทางในการดูแลบุตร ในเรื่องการป้องกันโรคและดูแลบุตรเมื่อเกิดการเจ็บป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ภาพพลิก (Flip chart) เป็นทัศนวัสดุในชุดของภาพถ่าย ภาพวาด แผนภูมิ ซึ่งนำภาพหลาย ๆ ภาพ ที่เป็นเรื่องราวเดียวกันรวมไว้ด้วยกัน ภาพต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันในเนื้อหาตามลำดับ เหมาะในการติดตัวไปสอนในที่ต่าง ๆ การสอนทำได้โดยพลิกภาพไปด้านหลังทีละภาพ การจัดทำภาพพลิกอาจทำได้ด้วยกระดาษวาดเขียนชนิดบางหรือหนาก็ได้ นำมาเย็บติดกันเป็นเล่ม และ

ใช้กระดาษแข็งทำเป็นปกให้พอที่จะตั้งและแขวนได้ สำหรับขนาดภาพที่จะนำมาทำภาพพลิกนั้นอาจได้มาจากการเขียน การถ่ายภาพ หรือการขยายภาพ (จันทร์พิมพ์ สายสมร, 2532) โดยการทำภาพพลิกให้มีลักษณะที่ดีควรคำนึงถึง 1) การจัดวางภาพให้ได้สัดส่วน ชวนดู เข้าใจง่าย ให้ความหมายทันทีที่มองเห็น 2) ใช้ภาพง่าย ๆ คำอธิบายควรเป็นประโยคสั้น ๆ และง่ายขนาดของตัวอักษรมองเห็นชัดเจน และควรเป็นอักษรแบบเดียวกันทั้งหมด 3) ภาพควรเป็นภาพสี จำนวนภาพอยู่ระหว่าง 5-15 ภาพ แต่ละภาพควรเรียงลำดับต่อเนื่องกัน และ 4) ควรสรุปตอนท้ายของเรื่อง (ณรงค์ สมพงศ์, 2530: จันทร์พิมพ์ สายสมร, 2532: นที เกื้อกุลกิจการ, 2541)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างภาพพลิกประกอบการสอน เรื่อง โรคปอดอักเสบในเด็ก โดยภาพพลิกประกอบด้วยรูปและข้อความที่สอดคล้องกับแผนการสอน เพื่อช่วยให้มารดาของทารกที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบได้มองเห็นภาพและเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมในการเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้องเหมาะสมได้มากยิ่งขึ้น

6) การประเมินผล เป็นการประเมินว่าเมื่อสิ้นสุดการสอน ผู้เรียนได้รับความรู้หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้เพียงใด การประเมินพฤติกรรมด้านความรู้สามารถประเมินการโดยการสอบถามหรือทำแบบทดสอบ วัตถุประสงค์ด้านทักษะใช้การสังเกต การซักถาม ส่วนวัตถุประสงค์ด้านเจตคติจะประเมินผลและสังเกตได้ยาก เพราะเกิดขึ้นในจิตใจของผู้เรียน ต้องใช้เวลาในการสังเกตและประเมินผล หากประเมินผลแล้วพบว่าผู้เรียนไม่บรรลุตามวัตถุประสงค์ต้องรวบรวมข้อมูล หาสาเหตุแล้วเริ่มวางแผนการสอนใหม่ (Rorden, 1987)

กล่าวโดยสรุป การเรียนการสอนจะประสบความสำเร็จมากน้อยแค่ไหนขึ้นอยู่กับปัจจัย ทั้งตัวผู้เรียน ผู้สอน สิ่งแวดล้อม และรูปแบบของวิธีการสอนที่ต้องเหมาะสมกับผู้เรียน อย่างไรก็ตามการสอนเพียงครั้งเดียวนั้นไม่เพียงพอที่จะให้ผู้เรียนหรือมารดาเกิดการเรียนรู้ที่ดี ภายหลังจากการสอนผู้สอนต้องคอยติดตามกระตุ้นผู้เรียนเป็นระยะ ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนที่จะปฏิบัติในสิ่งที่ได้เรียน การเสริมแรงโดยการกำลังใจ เมื่อผู้เรียนกระทำได้ถูกต้อง และให้คำแนะนำในการปรับปรุงเมื่อผู้เรียนกระทำไม่ได้ไม่ครบถ้วน จะช่วยกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

4. พฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาทารกโรคปอดอักเสบ

พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าของมนุษย์ที่บ่งบอกถึงอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดหรือการรับรู้ของมนุษย์ต่อสิ่งเร้านั้นๆ (Murray & Zentner, 1989) หรือหมายถึง

กิจกรรมที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้น จะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การพูด การเดิน การคิด ความรู้สึก ความกลัว ความโกรธ ความสนใจ เป็นต้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2539) หรือหมายถึง การกระทำ ความรู้สึก ความคิดของบุคคล ซึ่งอาจสังเกตได้หรือไม่ได้ สิ่งที่สามารถสังเกตได้จะเป็นการกระทำ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร สิ่งที่ไม่สามารถสังเกตได้ จะเป็นความรู้สึก เช่น อารมณ์ ความคิด (ความรู้ ความเชื่อ) เจตคติ (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545) โดยเฉพาะเมื่อกล่าวถึงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยแล้วจะเห็นว่าในกระบวนการเกิดโรคของมนุษย์นั้นเกี่ยวข้องโดยตรงกับพฤติกรรมหรือสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดพฤติกรรมหรือการกระทำนั้น ๆ เป็นสำคัญ หรือเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงสุขภาพนั่นเอง ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมาย ของคำว่าพฤติกรรมสุขภาพไว้ค่อนข้างหลากหลาย คือ

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง คุณสมบัติส่วนบุคคลต่างๆ เช่น ความเชื่อ ความคาดหวัง แรงจูงใจ ค่านิยม การรับรู้ และองค์ประกอบด้านความรู้ ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล ซึ่งครอบคลุม ความรู้สึก อารมณ์ รวมทั้งแบบแผนที่ชัดเจนเป็นที่สังเกตได้ เกี่ยวข้องกับการรักษาสุขภาพ (Health maintenance) การกระทำให้สุขภาพกลับสู่ภาวะเดิม (Health restoration) และส่งเสริมสุขภาพ (Health improvement) (Gochman, 1982 อ้างถึงใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง กิจกรรมใดๆ ซึ่งบุคคลกระทำขึ้นโดยที่ในขณะที่นั้น หรือตนเองมีสุขภาพแข็งแรง การกระทำเหล่านั้นล้วนเป็นไปเพื่อป้องกันโรค หรือค้นหาให้พบโรคในขณะที่โรคไม่แสดงอาการออกมา (มัลลิกา มติโก, 2534)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ของบุคคลที่มีสุขภาพอนามัยสมบูรณ์เพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพซึ่งเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการปฏิบัติเพื่อให้ภูมิคุ้มกันโรค ตลอดจนไปรับบริการตรวจสุขภาพ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2539)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง พฤติกรรมหรือการปฏิบัติใดๆ ของปัจเจกบุคคล ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ ไม่ว่าจะโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม (หทัย ชิตานนท์, 2540)

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) หมายถึง การกระทำ ความรู้สึก ความคิดที่เกี่ยวข้องกับการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพดี การหายจากการเจ็บป่วย และการส่งเสริมสุขภาพ (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกุล, 2545)

ดังนั้น จึงอาจกล่าวสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำใดๆ ของบุคคล รวมทั้ง ความรู้สึก ความคิดของบุคคลที่จะดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดีไม่มีโรค โดยมีความเชื่อว่าการกระทำ หรือความคิดที่จะทำกิจกรรมนั้น ๆ จะทำให้ตนมีสุขภาพดีและไม่เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งการกระทำหรือ

ความคิดที่จะกระทำดังกล่าว ครอบคลุมทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง การป้องกันโรค รวมทั้งการรักษาสุขภาพและการกระทำให้สุขภาพกลับสู่สภาวะเดิม

เนื่องจากเด็กวัยทารกเป็นวัยที่ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มีข้อจำกัดทั้งในด้านพัฒนาการและการเจริญเติบโต การดูแลบุตรจึงเป็นบทบาทของมารดาซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดมากที่สุดหรือผู้ดูแล การดูแลบุตรที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมให้เด็กมีผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพได้ ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลในการส่งเสริมสุขภาพเด็กให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ทั้งในเรื่องการป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมทั้งการดูแลเด็กเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ก็คือ พฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแลนั่นเอง (จุฑามาศ เจริญผล, 2540)

การเลี้ยงดูของมารดาถือเป็นปัจจัยที่สำคัญยิ่งที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพเด็ก ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและแบบแผนการดูแลเด็กป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กและโรคปอดอักเสบ พบว่ามีแนวทางหรือแบบแผนในการดูแลเด็กป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันหรือโรคปอดอักเสบดังนี้ คือ

การเลี้ยงดูบุตรเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

1.1 ด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการมีอิทธิพลโดยตรงต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคและมีอาการรุนแรงในเด็ก โดยเฉพาะเด็กต่ำกว่า 5 ปี (UNICEF, 1998) ซึ่งในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบอัตราตายถึงร้อยละ 55 หรือประมาณ 6 ล้านคนที่มีสาเหตุการตายจากภาวะทุพโภชนาการ (WHO, 1995) โดยเด็กที่มีภาวะขาดสารอาหารจะทำให้พัฒนาการด้านร่างกายและสมองช้ากว่าปกติ และอาจเป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยด้านอื่นๆด้วย มีผลการศึกษาพบว่าเด็กที่เป็นปอดบวมมักมีอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อมีภาวะทุพโภชนาการ (ศิริวดี อิ่มน้ำขาว, 2548) ดังนั้นวัยเด็กซึ่งเป็นวัยที่มีความต้องการสารอาหารสูงทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ ในระยะ 6 เดือนแรก นมแม่จึงถือว่าเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก เพราะมีสารอาหารครบถ้วนและสามารถป้องกันโรคได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับเด็กที่ระบบภูมิคุ้มกันของโรคยังไม่สมบูรณ์ มีการศึกษาพบว่า อัตราการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ไม่ได้รับนมมารดาสูงกว่าในเด็กที่ได้รับนมมารดา (กานดา วัฒนภัส และคณะ, 2538) และจากการรายงานขององค์การยูนิเซฟ พบว่าอัตราตายจากโรคปอดบวมในเด็ก



อายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ไม่ได้รับนมมารดาจะสูงกว่าในเด็กที่ได้รับนมมารดาถึง 4 เท่า (UNICEF, 1998) ดังนั้นการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการเลี้ยงดูเด็กวัยทารก สำหรับมารดาที่ต้องทำงานนอกบ้านหรือมีเหตุผลอื่นที่ไม่สามารถให้นมแม่ได้ ควรพิจารณานมผสมให้เหมาะสมกับวัยทารก การให้อาหารเสริมควรเริ่มให้หลังจากเด็กกินนมแม่อย่างเดียวครบ 6 เดือน ซึ่งชนิดของอาหารเสริมที่จัดให้เด็ก รวมทั้งปริมาณหรือจำนวนมื้อต้องเหมาะสมกับเด็กในแต่ละวัย

1.2 การได้รับวัคซีน เด็กเป็นวัยที่อ่อนแอและเป็นวัยที่มีอันตรายสูงกว่าวัยอื่น สาเหตุเนื่องมาจากร่างกายยังไม่สามารถสร้างภูมิต้านทานโรคได้ดีและภูมิต้านทานโรคบางอย่างไม่สามารถถ่ายทอดจากมารดาได้ อีกทั้งภูมิคุ้มกันบางอย่างที่ได้จากมารดาจะมีระดับลดลง วัคซีนมีความจำเป็นในการสร้างภูมิต้านทานที่สำคัญ อ้อมจิตร ว่องวานิช (2535) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าเด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจและมีโอกาสเกิดโรคนี้นสูงกว่าเด็กที่ได้รับวัคซีนครบ สอดคล้องกับการศึกษาของ กานดา วัฒนภัส และคณะ (2532) ที่พบว่าในเด็กโรคปอดบวม มีประวัติได้รับวัคซีน คอตีบ ไอกรน และบาดทะยัก ไม่ครบ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าการดูแลให้เด็กได้รับวัคซีนถือเป็นปัจจัยในการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคที่สำคัญสำหรับในวัยทารกวัคซีนที่มีความสำคัญ คือ วัคซีน ป้องกันวัณโรค คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอหัด ใช้สมองอักเสบ ซึ่งต้องดูแลให้เด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์อายุ

2 ด้านการดูแลเพื่อป้องกันโรคโดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิด

2.1 การดูแลเด็กให้เหมาะสมกับสภาพอากาศ โดยเฉพาะในสภาพที่อากาศเปลี่ยนแปลงบ่อย เช่น กลางวันอากาศร้อนจัด กลางคืนอากาศเย็นจัด รวมทั้งการเปลี่ยนฤดู ควรดูแลให้ร่างกายเด็กอบอุ่นอยู่ตลอดเวลาด้วยการใส่เสื้อผ้าหนาๆ ห่มผ้าเวลานอน การอาบน้ำ หรือสระผม ควรเป็นน้ำอุ่น ควรอาบน้ำในช่วงสายและบ่าย และต้องรีบเช็ดตัวและผมให้แห้งทันที ให้ความสำคัญในการรักษาความสะอาดของปากของเด็ก ในเด็กเล็กควรใช้ผ้าชุบน้ำทำความสะอาด เด็กโตควรสอนให้แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง

2.2 การจัดบ้านและห้องนอนเด็กต้องสะอาด แสงแดดส่องถึง มีอากาศถ่ายเท สะดวกทั้งกลางวันและกลางคืน สภาพแวดล้อมภายในบ้านและรอบบ้านไม่ควรมีฝุ่นละอองฟุ้งกระจาย ไม่ควรมีควันทูหรือควันไฟภายในบ้าน

2.3 ไม่ควรนำเด็กไปในแหล่งชุมชนที่มีคนแออัด เช่น โรงมหรสพ ศูนย์การค้า เพราะอากาศไม่บริสุทธิ์และเด็กมีโอกาสได้รับเชื้อจากผู้ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจได้

2.4 ไม่ควรนำเด็กไปคลุกคลีกับผู้ป่วยติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจ เช่นโรคหวัดหรือปอดอักเสบ การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวเด็กมีโอกาสที่จะสูดดม หายใจเอาเชื้อโรค ที่แพร่กระจายอยู่ในอากาศ จากการไอ จามรดกันและจากการสัมผัสเสมหะ น้ำมูก น้ำลายและผู้ป่วย ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มเติมได้ง่ายและมีอาการรุนแรง (กระทรวงสาธารณสุข, 2537; NIAID, 1999) สอดคล้องกับการศึกษาของประเทศปาปัวนิวกินี พบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจส่วนใหญ่เกิดจากสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคระบบทางเดินหายใจ (กองวินโรค, 2536) ดังนั้นหากมีบุคคลในครอบครัวหรือมารดาเจ็บคอหรือเป็นหวัด ไม่ควรจูบลูก ไม่ไอ หรือจามรดลูก ไม่หายใจตรงหน้าเด็ก ควรล้างมือด้วยน้ำสบู่ทุกครั้งก่อนจับต้องสิ่งของที่ลูกใช้รับประทานอาหาร เพื่อไม่ให้เชื้อโรคไปสู่ตัวเด็ก (ชนิกา ตูจินดา, 2533 อ้างถึงใน มะลิวัลย์ ยามใสภา, 2537)

2.5 การหลีกเลี่ยงบุคคลที่สูบบุหรี่ การเกิดโรคปอดอักเสบมีสาเหตุหนึ่งที่เกิดจากการใกล้ชิดผู้สูบบุหรี่ (Kids Health, 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของนักศึกษาสาธารณสุขหลักสูตรนานาชาติ ที่ทำการศึกษาในประเทศปากีสถาน พบว่าเด็กที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนใหญ่มีปัจจัยจาก การมีบิดา มารดา สูบบุหรี่ (กองวินโรค, 2536) เนื่องจากเมื่อมีบุคคลสูบบุหรี่จะส่งผลให้เกิดควันบุหรี่ภายในบ้าน การสัมผัสควันบุหรี่ ควันไฟ ทำให้เกิดการระคายเคืองและการทำลายเยื่อทางเดินหายใจในเด็กและจะกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาของร่างกาย ทำให้ทางเดินหายใจหดเกร็งและเพิ่มการขับน้ำมูกในทางเดินหายใจ ทำให้กลไกในการต้านทานการเกิดโรคของระบบทางเดินหายใจลดประสิทธิภาพลง เสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจได้ง่าย (Bethea, 1998) ดังนั้นหากมีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ ควรแนะนำให้เลิกสูบบุหรี่เนื่องจากจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพเด็ก หากไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ควรแนะนำให้ออกไปสูบนอกบ้าน หรือนำบุตรให้ออกห่างจากการสัมผัสควันบุหรี่

3. การดูแลเมื่อบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจหรือโรคปอดอักเสบ

การดูแลบุตรเมื่อเจ็บป่วย มารดาต้องมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็ก ตั้งแต่เมื่อเริ่มเป็นหวัดเพราะการเป็นหวัดและไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมในระยะแรกจะนำไปสู่การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างได้ ที่พบบ่อยคือโรคปอดอักเสบ กองวินโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ ปี 2541 ได้ทำบทเรียนบริหารลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันในเด็ก เพื่อลดอัตราการเจ็บป่วยของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลง (กรมควบคุมโรค, 2541) สรุปได้ว่ามารดาสามารถจะดูแลบุตรได้ตามระยะอาการดังนี้

1. เมื่อบุตรมีอาการโรคหวัดและหายใจไม่เร็วกว่าปกติ ไม่มีชายโครงบวม สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ ถ้ามีไข้พิจารณาให้ยาลดไข้ ถ้าไข้สูงเกิน 3 วัน หรือถ้าไอนานเกิน 30 วันต้องพาไปพบแพทย์

2. ในรายที่มีอาการหายใจเร็ว โดยเด็กในขวบปีแรก อัตราการหายใจตั้งแต่ 50 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป แต่ไม่มีชายโครงบวม ต้องพาไปให้แพทย์ตรวจ ซึ่งแพทย์จะให้ยาปฏิชีวนะและยาลดไข้ไปรับประทานที่บ้าน ผู้ดูแลหรือมารดาต้องดูแลให้เด็กได้รับยาจนครบ 7 วัน หากเด็กมีไข้ต้องเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ซ้ำได้ทุก 4-6 ชั่วโมง และสังเกตอาการ หากพบว่าอาการเลวลง เช่น หายใจหอบ มีชายโครงบวม หายใจมีเสียงหวีดตอนหายใจเข้า ไม่กินนมหรือน้ำ ชักหรือซึมมาก ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล

ในขณะที่ดูแลอยู่ที่บ้านต้องรักษาร่างกายให้อบอุ่น ในรายที่เด็กเล็กดูนอนมต้องพยายามให้ดูนอนบ่อยๆ ในรายที่เด็กโตขึ้นให้อาหารอ่อน ย่อยง่าย ให้อบอุ่นๆ เพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอกับการเผาผลาญของร่างกาย เพราะในขณะที่มีไข้จะมีการเผาผลาญอาหารเพิ่มมากขึ้น ให้ดื่มน้ำมากกว่าเดิมและดูแลให้เด็กรับประทานอาหารมากขึ้นเมื่อหายป่วย เช็ดจมูกให้โล่ง ถ้ามีเสมหะในปากหรือจมูกให้ใช้ลูกสูบยางแดงดูดเอาเสมหะในจมูกและปากออกบ่อยๆ

นอกจากนี้ควรกระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อลดไข้และช่วยไม่ให้เสมหะเหนียวข้นอยู่ในทางเดินหายใจ ซึ่งจะทำให้ออมากขึ้น หากไอมากหรือไอมีเสมหะสามารถให้ดื่มน้ำมะนาวหรือน้ำผึ้งผสมน้ำอุ่น หรือใช้น้ำผึ้งผสมมะนาวป้ายลิ้นไว้จะช่วยให้ ในเด็กเล็กอาจมีโรคที่ตามมาภายหลังเป็นหวัด เช่น โรคท้องร่วงจากเชื้อไวรัส การให้การดูแลรักษา ในเด็กเล็กให้ดื่มนมตามปกติสลับกับน้ำเกลือแร่ เด็กโตงดอาหารที่เคยกินตามปกติโดยเฉพาะที่มีกากมากๆ ผลไม้ที่มีรสจัด ให้อาหารประเภทน้ำหรือมีกากน้อย เช่น โจ๊ก น้ำข้าว ข้าวต้ม และต้องได้รับน้ำเกลือแร่ทดแทนส่วนที่ร่างกายสูญเสียไป ต้องสังเกตลักษณะของอุจจาระว่าเหลวมากน้อยแค่ไหน จำนวนกี่ครั้ง มีมูกหรือเลือดปนหรือไม่ อาเจียนกี่ครั้ง ก่อนนำมาพบแพทย์ (มะลิวัลย์ ยามโสภณ, 2537) หากเด็กมีอาการอาเจียนให้ตะแคงหน้าไปข้างใดข้างหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลัก

ดังนั้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมและแบบแผนการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจหรือโรคปอดอักเสบ จึงอาจกล่าวได้ว่า แนวทางในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจหรือโรคปอดอักเสบได้ให้ความสำคัญกับการดูแลโดยการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการดูแลเมื่อเด็กเจ็บป่วย อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ WHO (1994) และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2546) ตามแบบบริบาลมาตรฐานการดูแลโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก ในกลุ่มอาการไข้หวัดและโรคปอดอักเสบ

โดยเฉพาะในกลุ่มอาการที่ไม่รุนแรง เป็นแบบแผนในการดูแลเด็ก ซึ่งผู้ดูแลสามารถให้การดูแลเบื้องต้นที่บ้านได้ ดังนี้ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2546; WHO, 1994)

การดูแลและแบบแผนการดูแลเด็กของผู้ดูแลหรือมารดา

การดูแลเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย

เด็กที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ ส่วนใหญ่เกิดจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนบนมาก่อน โดยเฉพาะไข้หวัดและยังมีปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่อาจส่งผลให้เกิดความรุนแรงและกลายเป็นโรคปอดบวมได้หากเด็กไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ดังนั้นการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบจึงจำเป็นต้องให้การดูแลตั้งแต่เริ่มเป็นไข้หวัด ซึ่งสามารถให้การดูแลคือ

การดูแลเมื่อเด็กมีไข้ ถ้าเด็กตัวร้อนให้ปฏิบัติดังนี้

1. ถ้าไข้ไม่สูงมาก เช่นวัดไข้ทางรักแร้ ไม่ถึง 38 องศาเซลเซียส หรือถ้าไม่มีปรอทให้ใช้วิธีคลำตัวเด็กแล้วรู้สึกตัวร้อน แสดงว่าเด็กมีไข้ ให้เด็กดื่มน้ำมาก ๆ และเช็ดตัวลดไข้ โดยใช้ผ้าชุบน้ำหรือน้ำก็อกธรรมดา ห้ามใช้น้ำเย็นหรือแอลกอฮอล์ เพราะจะทำให้เด็กหนาวสั่นไม่สบาย การเช็ดตัวให้ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำแล้วบิดพอหมาดๆ เช็ดตัวโดยเฉพาะรักแร้ หน้าผาก ซอกคอ แขน ขา ข้อพับต่าง ๆ การเช็ดต้องเช็ดค่อนข้างแรง จนผ้าชุบน้ำก็เปลี่ยนใหม่ ทำซ้ำ ๆ หลายครั้งเสร็จแล้วเช็ดตัวให้แห้ง เพื่อให้ผลดีขึ้นควรใช้ผ้าเช็ดตัว 2-3 ผืน และควรประเมินโดยวัดไข้ซ้ำทุก 4 ชั่วโมง
2. การเช็ดตัวลดไข้ อาจเช็ดตัวซ้ำได้ทุกชั่วโมง ถ้าเช็ด 2-3 ครั้งแล้วอาการไม่ดีขึ้น และไข้สูงกว่า 38 องศาเซลเซียส (ทางรักแร้) ควรให้ยาลดไข้ ยาลดไข้ในเด็กที่แนะนำให้ใช้คือยาพาราเซตามอลน้ำ ซึ่งใน 1 ชั่วโมง มียา 120 มิลลิกรัม ให้ในขนาด 10 มก/ กก/ ครั้ง โดยในเด็ก 2 เดือน - 1 ปี ให้ยาครั้งละ 1/4 - 1/2 ช้อนชา อายุ 1-3 ปีให้รับประทานครั้งละ 1 ช้อนชา โดยสามารถให้ซ้ำได้ ทุก 4-6 ชั่วโมง
3. ใส่เสื้อผ้าบาง ๆ อย่าห่อตัวเด็ก
4. ถ้าเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน ถ้ามีไข้ให้นำไปพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ควรรักษาเอง เพราะอาจมีอาการรุนแรง

การดูแลเมื่อเด็กมีอาการไอ

1. หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำเย็น ให้ดื่มน้ำอุ่นบ่อย ๆ เนื่องจากจะทำให้เสมหะอ่อนนุ่มและไอออกง่ายขึ้น
2. ในรายที่ไอมากอาจใช้ยากกลางบ้าน เช่น น้ำผึ้งผสมมะนาวป้ายลิ้น หรือน้ำผึ้งผสมน้ำอุ่น หรือขงน้ำผึ้งหรือน้ำหวานแล้วบีบมะนาว พอมีสบเปรี๊ยะ บ้วนให้กินแทนยาได้ หรือให้กินยาแก้ไอขององค์การเภสัชกรรมได้แก่ ยาแก้ไอขับเสมหะสำหรับเด็ก (Guaifenesin หรือ Ammonium carbonate) หรือยาแก้ไอเด็กเล็ก (Glyceryl guaiacolate) โดยก่อนให้ยาต้องอ่านฉลากให้ละเอียด และให้ยาตามขนาดอายุ สำหรับเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ไม่ควรให้ยารงับไอ (Coug suppressant) ทุกชนิดเนื่องจากจะทำให้เด็กไอไม่ออก อาจมีเสมหะค้างอยู่ในหลอดลมซึ่งอาจเป็นอันตรายได้
3. ในกรณี ที่เด็กมีเสมหะเหนียวมากไอออกยาก มารดาสามารถช่วยระบายเสมหะ โดยการเคาะปอดตามคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด และควรปฏิบัติ ก่อนการรับประทานนมหรืออาหาร หรือหลังรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง

การดูแลเมื่อมีน้ำมูก

1. ทำความสะอาดภายในจมูกเพื่อให้หายใจสะดวก โดยใช้น้ำมูกออกจากจมูก อาจใช้ไม้ฝ้านุ่มพันให้เป็นแท่งปลายแหลม หรือกระดาษนุ่มม้วนเป็นแท่ง ใสเข้าไปในช่องจมูกแล้วดึงน้ำมูกออก ในเด็กเล็กอาจใช้ลูกสูบยางแดงดูดน้ำมูก โดยก่อนดูดอาจใช้วิธีเคาะปอดเพื่อให้เสมหะออกง่ายขึ้น ในเด็กโตอาจสอนให้เด็กสั่งน้ำมูกเอง
2. ถ้าน้ำมูกแห้งให้ใช้น้ำเกลือหรือน้ำต้มสุกหยอดจมูกหยดเข้าไปในรูจมูกครั้งละ 1-2 หยด หรืออาจใช้ไม้พันสำลี จุ่มน้ำเกลือให้ชุ่มแล้วสอดเข้าไปในรูจมูกแต่ละข้าง ทำให้น้ำมูกอ่อนตัวลงแล้วจึงซับหรือเช็ดออก จะทำให้จมูกโล่งขึ้น ในเด็กโต การจิบน้ำอุ่นบ่อย ๆ ก็จะช่วยให้น้ำมูกโล่งได้
3. ไม่ควรให้ยาลดน้ำมูก โดยเฉพาะยา CPM (chopheniramine) ห้ามใช้ในเด็กเล็ก ที่อายุต่ำกว่า 1 ปี เพราะเสี่ยงต่ออาการข้างเคียงของยา เช่น เด็กอาจซึมมาก ชัก หรือกระสับกระส่าย (กรมควบคุมโรคติดต่อ 2542; Andrews & Daniel, 1997)
4. ไม่ควรให้รับประทานยาปฏิชีวนะในโรคหวัดเพราะอาจแพ้ยาหรือเชื้อโรคดื้อยา และยังไม่สามารถป้องกันโรคแทรกซ้อน ทั้งยังไม่ทำให้โรคหวัดหายเร็วขึ้น

การดูแลเกี่ยวกับการให้อาหารและน้ำ โดยดูแลให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันแข็งแรง โดยให้รับประทานอาหารและนมตามปกติในช่วงที่เจ็บป่วย และเพิ่มขึ้น

หลังจากอาการป่วยดีขึ้น ถ้าเด็กไม่ยอมรับประทาน ไม่ควรบังคับหรือฝืนใจ ควรให้ตามจำนวนที่ต้องการ เด็กที่มีอาการเจ็บคอ ควรให้อาหารอ่อน และค่อนข้างอุ่น ที่ละน้อยบ่อย ๆ การให้น้ำควรเพิ่มปริมาณน้ำดื่มหรือนมมารดาให้บ่อยครั้งขึ้น เนื่องจาก อาการไข้ หอบ ทำให้เด็กติดเชื้องูทางเดินหายใจมีภาวะขาดน้ำได้ การดื่มนมมารดาบ่อย ๆ หรือให้น้ำ น้ำซูป น้ำผลไม้ หรือนมเพิ่มขึ้นระหว่างมีไข้จะช่วยป้องกันภาวะ Dehydration ได้เป็นอย่างดี

การดูแลให้พักผ่อน โดยการสนับสนุนให้เด็กได้พักผ่อนและนอนหลับได้มากขึ้น ควรดูแลให้เด็กพักผ่อนอยู่ที่บ้าน จนมีอาการดีขึ้นแล้วจึงออกนอกบ้าน ไม่ให้โรงเรียน หรือสถานเลี้ยงเด็ก เพราะนอกจากจะได้พักผ่อนไม่เพียงพอแล้วยังเป็นการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่น

การดูแลรักษาความอบอุ่นของร่างกาย โดยใส่เสื้อผ้าให้หนาพอควร ห่มผ้าให้เวลานอน และหลีกเลี่ยงการสัมผัสอากาศที่หนาวเย็น เช่น การตากพัดลม

การดูแลสิ่งแวดล้อม โดยให้เด็กอยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้ดี แสงแดดส่องถึง ไม่พาเด็กไปสถานที่แออัด เพราะจะทำให้กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ สังกน้ำมูก บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิดมิดชิด ถ้าเด็กโตสอนให้เด็กปิดปาก จมูก เวลาเวลาไอหรือจาม แล้วล้างมือให้สะอาด

การสังเกตอาการผิดปกติและนำเด็กไปตรวจที่สถานบริการสาธารณสุข

1. ถ้าบุตรมีอาการโรคหวัดและหายใจไม่เร็วกว่าปกติ ไม่มีชายโครงบวม สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ ถ้ามีไข้ พิจารณาให้ยาลดไข้ ถ้าไข้สูงไม่ลดลงภายใน 3 วัน ต้องพาเด็กไปให้แพทย์ตรวจ
2. ในกรณีเด็กมีหายใจเร็ว โดยถือเกณฑ์ ในเด็กอายุต่ำกว่า 2 เดือน หายใจตั้งแต่ 60 ครั้งขึ้นไป ในเด็กอายุ 2- 12 เดือน ตั้งแต่ 50 ครั้งต่อนาทีขึ้นไป แต่ไม่มีชายโครงบวม ต้องพาไปให้แพทย์ตรวจ ซึ่งแพทย์จะให้ยาปฏิชีวนะและยาลดไข้มารับประทานที่บ้าน ผู้ดูแลต้องดูแลให้เด็กได้รับยาจนครบ 7 วันหรือตามคำสั่งแพทย์ หากมีไข้ต้องเช็ดตัวลดไข้และให้ยาลดไข้ทุก 4-6 ชั่วโมง
3. การสังเกตอาการของเด็กที่แสดงว่าเด็กมีอาการรุนแรงขึ้น อาจเป็นอาการนำของโรคปอดอักเสบ ได้แก่ ไข้สูงเกิน 3 วัน อาการไม่ดีขึ้นภายใน 1 อาทิตย์ เด็กไม่ยอมกินน้ำหรือนม มีอาการหายใจเร็วกว่าปกติ หายใจลำบาก หายใจชายโครงบวม หรือหายใจมีเสียงดังฮืดเวลาหายใจเข้าหรือเสียงหวีดเวลาหายใจออก เมื่อพบอาการดังกล่าว ต้องรีบนำเด็กไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือแพทย์ เพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป

การป้องกันโรคปอดอักเสบ

การป้องกันและควบคุมโรคปอดอักเสบ ถือเป็นมาตรการสำคัญยิ่ง โดยมีเป้าหมายหลักคือลด อัตราป่วยและอัตราตายจากโรคปอดอักเสบ ปอดอักเสบถือเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ นอกจากนี้ ปัจจัยการดูแลที่ถูกต้องตามมาตรฐานการดูแลของการบริบาลโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ พุทธิกรรมในการการดูแลบุตรที่ถูกต้องและเหมาะสมถือเป็นปัจจัยในการป้องกันการเกิดโรคที่สำคัญ ซึ่ง กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2546) ได้เสนอแนวทางในการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ (กลุ่มอาการโรคหวัดและปอดบวม) ไว้สำหรับผู้ดูแลดังนี้คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง

1.1 ควรเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะนมมารดามีภูมิคุ้มกันโรคที่สามารถลดอุบัติการณ์และอัตราตายได้ รวมทั้งให้อาหารเสริมตามวัย และดูแลให้เด็กได้รับอาหารครบ 5 หมู่ เพื่อให้เด็กมีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะ让孩子เสี่ยงต่อการเกิดโรคที่เป็นอันตรายและมีความรุนแรง ในเด็กที่ตายจากโรคปอดอักเสบพบว่ามีความทุพโภชนาการรุนแรงร่วมด้วยเสมอ นอกจากนี้ ควรประเมินภาวะโภชนาการ โดยควรชั่งน้ำหนักเด็กเป็นระยะ ดูแลให้เด็กมีน้ำหนักที่เหมาะสมกับเกณฑ์อายุ รวมทั้งดูแลให้เด็กออกกำลังกายตามสมควรในเด็กโต

1.2 การดูแลให้เด็กได้รับภูมิคุ้มกันตามวัยตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ซึ่งวัคซีนที่เด็กควรได้รับในขวบปีแรก คือ วัคซีน ป้องกัน คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอ หัด และไข้มองอักเสบ

2. การป้องกันโรคโดยการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยง

1. หลีกเลี่ยงไม่ให้เด็กคลุกคลีหรือใกล้ชิดกับบุคคลที่ป่วยเป็นหวัดหรือปอดอักเสบ โดยเฉพาะเด็กทารกจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย

2. ควรหลีกเลี่ยงมลภาวะที่เป็นพิษ เช่น ควันบุหรี่ ควันไฟ ควันจากท่อไอเสีย และหมอกควันจากในอากาศ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ในบริเวณที่มีทารกอยู่ใกล้ เพราะควันบุหรี่จะทำลายเซลล์เยื่อทางเดินหายใจ ทำให้เกิดการติดเชื้อได้ง่าย

3. จัดระบบระบายอากาศภายในบ้าน ให้มีอากาศถ่ายเทได้ดี ไม่มีควันในบ้าน เพราะจะมีการทำลายเยื่อทางเดินหายใจเช่นเดียวกับบุหรี่

4. ควรหลีกเลี่ยงจากอากาศหนาวเย็น โดยเฉพาะทารกอ่อนเดือนเพราะจะทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอักเสบได้ง่าย ฉะนั้นจึงควรให้ความอบอุ่นแก่เด็กโดยใส่เสื้อผ้าหนา ๆ เมื่ออากาศหนาว

5. ไม่ควรนำเด็ก ไปศูนย์การค้า โรงภาพยนตร์ หรือแหล่งที่มีคนแออัด เพราะจะทำให้เด็กเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

6. เมื่อลูกป่วยเป็นหวัด หรือเจ็บป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ไม่ควรให้เด็กไปแพร่เชื้อที่อื่น ควรเลี้ยงบุตรเองให้เด็กพักผอนที่บ้าน 2- 3 วัน ขณะที่มิใช่หรือไอบามาก ควรปิดปากและจมูกเวลาไอหรือจาม ด้วยผ้าเช็ดหน้าหรือกระดาษทิชชู

7. มารดาหรือผู้เลี้ยงดู ต้องรู้จักอาการเริ่มแรกของโรคปอดอักเสบ และต้องรีบนำมาปรึกษาแพทย์ ตั้งแต่เริ่มต้น เพื่อลดความรุนแรงของโรคและเพื่อให้เด็กได้รับการรักษาโดยเร็ว

ดังนั้นจากแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แนวคิด ของ WHO (1994) และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2546) ตามแบบบริหารมาตรฐานการดูแลโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก ในกลุ่มอาการไข้หวัดและโรคปอดอักเสบ ผู้วิจัยจึงได้สรุปเป็นแนวทางในการดูแลเด็กหรือพฤติกรรมในการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจหรือโรคปอดอักเสบ เป็น 2 ด้าน คือ 1) การป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพและการหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยง และ 2) การดูแลเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งจะใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้

สรุป พฤติกรรมในการดูแลบุตรเป็นปัจจัยส่งเสริมที่สำคัญในการเกิดโรคปอดอักเสบ ดังนั้นแนวทางในการป้องกันจึงขึ้นอยู่กับการศึกษาของบุคคลเป็นสำคัญ ในกลุ่มเด็กโดยเฉพาะเด็กวัยทารก ซึ่งยังไม่สามารถดูแลตนเองได้ จึงขึ้นอยู่กับการศึกษาของมารดา ถ้ามารดามีวิธีดูแลบุตรที่ถูกต้อง เช่น การดูแลในเรื่องส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง โดยการให้เด็กได้รับวัคซีนตามเกณฑ์ ไม่มีภาวะทุพโภชนาการ เลี่ยงบุตรโดยหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ก็ได้รับการดูแลตั้งแต่เริ่มแรกก็จะช่วยป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบได้เป็นอย่างดี ซึ่งจะส่งผลต่อเป้าหมายสาธารณสุขของประเทศไทย ที่ต้องการลดอัตราป่วยและอัตราตาย ในเด็กโรคปอดอักเสบให้น้อยลง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดา

พฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาหรือผู้ดูแล จะเกิดได้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลที่เป็นตัวชี้ทำให้เกิดการตัดสินใจหรือกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ดังนั้นความเชื่อจึงเป็นอิทธิพลหนึ่งในการชักนำ

ให้บุคคลประพฤติหรือปฏิบัติตามความรู้สึกนึกคิดของตน โดยเฉพาะการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Murray & Zentner, 1989) เช่น การศึกษาเกี่ยวกับความเชื่อเกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ ของ ประกริต ราชวัตร (2536) พบว่า มารดาในกลุ่มที่ทำการศึกษา มีความเชื่อว่าโรคหัดเป็นโรคที่ไม่อันตรายต่อสุขภาพ และไม่เห็นด้วยที่ว่าถ้าเป็นหัดบ่อยๆ จะทำให้เป็นหูดำหนวก ไซนัสอักเสบได้ และคิดว่าโรคติดเชื้อทางเดินหายใจเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และหลังเป็นแล้วจะทำให้เด็กมีร่างกายอ่อนแอ นอกจากนี้ปัจจัยในด้านเหล่านี้แล้ว ยังมีปัจจัยส่วนบุคคลอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาหรือผู้ดูแลคือ

1. **อายุของผู้ดูแลหรือมารดา** เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญและส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของบุคคล กล่าวได้ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต ที่จะส่งผลต่อแบบแผนการดูแลที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล และบุคคลที่มีอายุแตกต่างกันจะมีแบบแผนการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน ดังการศึกษาของ แฮริสและกูเติน (Haris & Guten, 1986 อ้างถึงใน ประกริต ราชวัตร, 2536) ที่พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคจะมีมากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น และจากการศึกษาของนิภา ปวีณเกียรติคุณ และพนิดา เซ็นนันท์ (2538) ที่ศึกษาเกี่ยวกับผลการเยี่ยมบ้านของนักศึกษาพยาบาล ที่มีต่อการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ของมารดาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก โดยมารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี จะมีการรับรู้ในระดับที่ต่ำกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ ประกริต ราชวัตร (2536) ที่พบว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า 30 ปี จะมีการเลี้ยงดูบุตรถูกต้องมากกว่ามารดาที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี และ รุ่งทิพย์ วีระกุล (2539) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับ โรค การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่า อายุของมารดา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรป่วยโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า อายุเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และอายุมีผลต่อประสบการณ์ และการรับรู้ของบุคคลซึ่งจะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม

ดังนั้นในงานวิจัยนี้ จึงถือว่า อายุของผู้ดูแลหรือมารดามีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรของผู้ดูแลหรือมารดา

2. **ระดับการศึกษา** การศึกษาจะช่วยให้บุคคลได้พัฒนาความรู้ ทักษะ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ และความเข้าใจในเรื่องต่างๆ ได้ดีขึ้น ทำให้บุคคลเหล่านั้นมีพฤติกรรมในการปฏิบัติที่ดี

โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูง จะมีการรับรู้ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้องและดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2539) ซึ่ง Whetstone, Olew & Anne (1989) กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษามาก จะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้มาได้มากกว่า มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล รู้จักใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรมทางสุขภาพได้ดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย

จากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้านการศึกษากับพฤติกรรมการดูแลเด็กของมารดาหรือผู้ดูแล เช่น การศึกษาของ วิลลา ผิวทอน (2537) ที่พบว่ามารดาที่มีการศึกษาสูงกว่าประถมการศึกษาจะให้ความร่วมมือพินำเด็กวัยเรียนไปรับภูมิคุ้มกันโรค มากกว่ามารดาที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา การศึกษาของ ชูศรี ดีวสกุล (2539) เรื่องพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่นำบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลลวธิระภูเกิด พบว่าระดับการศึกษาของมารดาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาด้านการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ เจตนา คันธาทิพย์ (2544) ที่ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงของทารก พบว่า ระดับการศึกษาของมารดาที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของมารดา ในด้าน ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงเห็นได้ว่า การศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลและส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและดูแลเมื่อเป็นโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ สาลินี คุ่มเปลี่ยน (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนความเชื่อทางด้านสุขภาพและพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัยขวบปีแรกที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ จังหวัดปราจีนบุรี พบว่ามารดาที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือสูงกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลบุตรถูกต้องกว่ามารดาที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา

ดังนั้น ในงานวิจัยนี้ จึงถือว่า ระดับการศึกษาของมารดาหรือผู้ดูแลมีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาหรือผู้ดูแล

3. ประสพการณ์เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรกระบบทางเดินหายใจหรือโรคปอดอักเสบ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาหรือผู้ดูแล เพราะประสพการณ์ในอดีตจะมีบทบาทสำคัญต่อพฤติกรรมการปฏิบัติของบุคคลในปัจจุบัน (Maimann et al., 1982) โดยพบว่า ความรู้หรือประสพการณ์เกี่ยวกับโรคจะมีผลต่อการรับรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคของบุคคล หมายถึงบุคคลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหรือมีที่ประสพการณ์เกี่ยวกับโรคมก จะมีการปฏิบัติในการป้องกันโรคได้ดีกว่าบุคคลที่มีความรู้หรือประสพการณ์เกี่ยวกับโรคน้อย (Sarafino, 1998) ดังนั้นผู้ดูแล

ที่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็กที่ป่วยมาก่อน จะทำให้เกิดการเรียนรู้ และมีทักษะในการปฏิบัติ ทำให้มีพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมกว่าผู้ที่ไม่มีความรู้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การดูแลเด็ก กับพฤติกรรมดูแลเด็ก ของมารดาหรือผู้ดูแล พบว่า มารดาหรือผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กมาก่อน จะมีความรู้ ความสามารถ และการปฏิบัติ ในการดูแลเด็กที่ดีกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน ดังเช่น การศึกษาของของ อังคณา จิราจินต์ (2530) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ ของมารดากับพฤติกรรมของมารดาเมื่อบุตรอุจจาระร่วง พบว่า ประสบการณ์การมีบุตรป่วยด้วยโรค อุจจาระร่วงที่แตกต่างกันจะทำให้มารดามีพฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงที่แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ สฤณี จันทร์หอม (2536) ที่ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยบางประการกับพฤติกรรมในการอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดาในครอบครัวกรรมกร ก่อสร้าง พบว่า ประสบการณ์ในการดูแลบุตรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลบุตรอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ การศึกษาของ เกศรินทร์ ไทยศรีวงศ์ และคณะ (2539) ที่ศึกษา เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก ของมารดาใน แหล่งก่อสร้าง พบว่ามารดาที่มีประสบการณ์ในการดูแลบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบ หายใจในเด็กหรือเคยรับรู้มาก่อน จะมีการปฏิบัติในการดูแลบุตรเมื่อบุตรป่วยได้ดีกว่า

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ จึงถือว่าประสบการณ์ในการดูแลบุตรโรคติดเชื้อระบบทางเดิน หายใจหรือโรคปอดอักเสบ มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดา

จากการศึกษาข้างต้น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลบุตรของ มารดาหรือผู้ดูแล ในด้าน อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์ในการดูแลบุตรของมารดา เป็น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาหรือผู้ดูแล จึงอาจเป็นตัวแปรแทรก ซ้อนที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาหรือผู้ดูแล ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงได้นำ ปัจจัยด้าน ระดับการศึกษา และประสบการณ์การดูแลบุตรโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจหรือโรค ปอดอักเสบ มาเป็นตัวควบคุมปัจจัยแทรกซ้อน เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษามีความคล้ายคลึง กันมากที่สุด

การประเมินพฤติกรรมดูแลบุตรของมารดาทารกโรคปอดอักเสบ

การประเมินพฤติกรรมทำให้สามารถเลือกเทคนิคในการปรับเปลี่ยน หรือการส่งเสริม พฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ต้องการ และเป็นการประเมิน ประสิทธิภาพของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

การประเมินพฤติกรรมสามารถประเมินได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) ซึ่งสามารถประเมินได้ดังนี้คือ

1. การประเมินโดยตรง ประกอบด้วย การสังเกตพฤติกรรม การสังเกตและบันทึก พฤติกรรมของตนเอง การสังเกตสามารถใช้ได้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหา หรือขาดทักษะในการอ่าน การพูด การฟังและการเขียนตอบ แต่การสังเกตอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่ถูกต้องตรงกับความเป็นจริง หรือไม่เป็นไปตามธรรมชาติของกลุ่มตัวอย่าง (Hawthorne effect) อีกทั้งการที่จะได้ข้อมูลครบถ้วน ตามที่ต้องการ จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาของการสังเกตที่ต่อเนื่อง ซึ่งยากที่จะได้ผลสรุปที่น่าเชื่อถือ

2. การประเมินทางอ้อม ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การรวบรวม ข้อมูลจากบุคคล การรายงานตัวเอง ซึ่งจะทำให้ได้ข้อมูลตรงตามประเด็นที่ต้องการ ข้อมูลที่รวบรวมได้ จึงง่ายในการประมวลผล หรือการวิเคราะห์ผล

จากการทบทวนวรรณกรรม ในการประเมินพฤติกรรม พบว่า จริยากร ดิษจินดา (2539) ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีของมารดา และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในเขตอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัด ระยอง ได้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมโดยการสัมภาษณ์ และการสังเกต สุภาวดี อเนก (2544) ศึกษา ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวม ใช้ แบบประเมินพฤติกรรม โดยใช้แบบสัมภาษณ์ นัทรมนต์ สายสอน (2544) ศึกษาผลของการสอนด้วย สื่อวีดิทัศน์และการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของมารดาในการ ดูแลเด็กโรคหอบหืด ได้ใช้แบบประเมินพฤติกรรมโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ปรียะดา ภัทรส์จจรธรรม (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด ใช้แบบประเมินพฤติกรรมโดยใช้ แบบสอบถาม และมลวิภา เสียงสุวรรณ (2547) ศึกษาผลของการเตรียมจำหน่ายเด็กโรคอุจจาระร่วง ฉียบพลันโดยใช้ทฤษฎีทางการพยาบาลของนิวมานต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ดูแล ได้ใช้แบบ ประเมินพฤติกรรมโดยใช้แบบสัมภาษณ์

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ในการประเมินพฤติกรรมสามารถประเมินได้ทั้งทางตรง คือการ สังเกต และการประเมินทางอ้อม โดยการสัมภาษณ์และการใช้แบบสอบถาม สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลทารกของมารดา ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิด ของ WHO (1994) และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2546) ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุม การดูแล ทารกเพื่อป้องกันโรคโดยการส่งเสริมสุขภาพและหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยง และการดูแลทารกเมื่อเกิด การเจ็บป่วย ซึ่งแบบประเมินพฤติกรรมใช้เป็นแบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์ตามข้อความที่กำหนด

คำตอบไว้ก่อนแล้ว โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งจะทำให้ข้อมูลไม่กระจัดกระจาย ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลน้อย และหากผู้ให้สัมภาษณ์ไม่เข้าใจคำถาม ผู้สัมภาษณ์สามารถทวนคำถามซ้ำ โดยปรับตามคำพูด หรือสำนวนเล็กน้อยแต่คงความหมายเดิมไว้ ตามความเหมาะสมกับผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละราย ทำให้คำตอบที่ได้ตรงตามประเด็นที่ต้องการ

5. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมและสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดาทารกโรคปอดอักเสบ

เป้าหมายสำคัญของการป้องกันและควบคุม โรคปอดอักเสบ คือ การที่บิดา มารดา ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กมีการกระทำหรือการปฏิบัติในเชิงป้องกันไม่ให้เกิดป่วยเป็นโรคปอดอักเสบหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจส่วนต้น เช่นโรคหวัดซึ่งเป็นอาการเริ่มต้นของโรคปอดอักเสบ หรือเมื่อมีการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจโดยเฉพาะการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจส่วนต้น เช่น เป็นหวัด บิดา มารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลก็สามารถให้การรักษาดูแลเบื้องต้นได้ถูกต้องเพื่อมิให้โรคมียุติความรุนแรงมากขึ้น จนลุกลามกลายเป็นโรคปอดอักเสบ ดังนั้นการที่มารดาหรือผู้ดูแลมีการกระทำในเรื่องดังกล่าวได้อย่างถูกต้อง จำเป็นจะต้องมีการเรียนรู้ และได้รับการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องการ โดยการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพของบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการป้องกันและควบคุมโรคปอดอักเสบในเด็ก

พยาบาลเป็นบุคลากรทางสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญทั้งในด้านการรักษาสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการฟื้นฟูสุขภาพให้กับบุคคล เพื่อให้บุคคลสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลที่อยู่ในความดูแลได้เหมาะสม โดยเฉพาะเด็กวัยทารกซึ่งยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยเฉพาะภาวะสุขภาพจากมารดาหรือผู้ดูแล ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการสอน การให้คำแนะนำ และส่งเสริมให้มารดาหรือผู้ดูแลมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ถูกต้องเหมาะสมโดยมีเป้าหมายหลักที่คุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กวัยทารก ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาทารกโรคปอดอักเสบ มีดังนี้คือ (พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา, 2544; Schulte, E., et al., 1997)

1. **บทบาทในการดูแล** เป็นบทบาทอิสระที่สามารถปฏิบัติได้เองตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยการช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีแก่เด็กวัยทารกทั้งในลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการดูแลเพื่อป้องกันอันตราย หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และการฟื้นคืนสู่สภาพเดิม โดยช่วยเหลือให้มารดาและครอบครัว

สามารถปรับตัวต่อภาวะและข้อจำกัดต่างๆ เป็นรายบุคคล กระตุ้นให้แสดงออกถึงความรู้สึก และให้ความสนใจ กระตุ้นให้มารดาเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และเกิดความร่วมมือในการรักษาพยาบาล รวมทั้งการกระตุ้นให้ผู้ปกครองหรือมารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตร โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นหลัก

2. **บทบาทด้านการวางแผนด้านการรักษาพยาบาล** เป็นบทบาทที่ต้องร่วมมือแพทย์และสหสาขาวิชาชีพอื่นในทีมรักษาพยาบาล โดยเฉพาะการรักษาโรคปอดอักเสบ บางครั้งจำเป็นต้องวางแผนในการดูแลร่วมกับวิชาชีพอื่นเช่น นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด รวมทั้งการวางแผนให้การพยาบาล โดยต้องประเมินสภาพเด็กเพื่อกำหนดความต้องการและปัญหา จัดลำดับความสำคัญ กำหนดวัตถุประสงค์ของการวางแผนให้สอดคล้องกับความต้องการของปัญหานั้น จึงจะทำให้การดูแลนั้นเป็นระบบ การรักษาพยาบาลมีประสิทธิภาพ ประหยัดค่าใช้จ่าย สิ้นเปลืองวัสดุให้น้อยที่สุด

3. **บทบาทด้านการป้องกันโรคและการส่งเสริมสุขภาพ** เป็นบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะการดูแลโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กซึ่งเกี่ยวข้องกับโรคหัดและโรคปอดอักเสบ ซึ่งเน้นมาตรการในเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดาเห็นความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค โดยการส่งเสริมสุขภาพเด็ก จะทำให้เด็กมีสุขภาพอนามัยที่ดี การป้องกันและการส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทที่สามารถปฏิบัติได้ทั้งในและนอกโรงพยาบาล เช่นการให้คำแนะนำมารดาในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การติดตามและสนับสนุนให้เด็กได้รับอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วนตามวัย การแนะนำให้มารดาหรือผู้ดูแลหลีกเลี่ยงจากปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดโรค การจัดสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ดูแลหรือมารดา เกิดความรู้ และทักษะในการดูแลบุตรเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่นการเช็ดตัวลดไข้ การดูแลเสมหะด้วยลูกสูบยางแดงเพื่อป้องกันเสมหะอุดตันทางเดินหายใจและความสุขสบายของผู้ป่วย

4. **บทบาทด้านการสอนและให้คำแนะนำ** โดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งการสอนจะเป็นวิธีการช่วยเหลือให้มารดาได้พัฒนาความรู้หรือทักษะ เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลบุตร ซึ่งในการสอนพยาบาลจำเป็นต้องประเมินความต้องการการเรียนรู้และความพร้อมของมารดา เนื้อหาที่จะสอน มีการวางแผนการสอนเป็นรายบุคคลหรือเป็นรายกลุ่มตามความเหมาะสมและตรงตามปัญหาที่แท้จริงของมารดาและครอบครัว

5. **บทบาทในการเป็นที่ปรึกษา** การที่เด็กเจ็บป่วย ทำให้มารดาเกิดความเครียดวิตกกังวล พยาบาลจำเป็นต้องใช้บทบาทของการเป็นที่ปรึกษาร่วม โดยการรับฟังและให้ข้อมูลที่

ชัดเจน สัมผัส และเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก โดยการให้ข้อมูลในการดูแลบุตรรวมทั้งทางเลือกในการปฏิบัติในการดูแลบุตรที่เหมาะสมกับมารดาแต่ละราย เพื่อให้มารดามีอิสระในการตัดสินใจด้วยตนเอง สามารถขอข้อมูล แนวทางเลือกต่างๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจในการแก้ปัญหา

6. **บทบาทด้านผู้ประสานงาน** เพื่อให้การรักษาพยาบาลครอบคลุมเป็นองค์รวม พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับทีมสุขภาพอื่นๆ ทั้งนี้เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด และเป็นผู้ให้บริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจึงต้องทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการติดต่อประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพอื่นและทำงานร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อร่วมกัน ช่วยเหลือ สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว โดยเฉพาะบทบาทของมารดาในการเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นสำคัญ

7. **บทบาทด้านการวิจัย** การดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก นอกจากจะต้องมีความรู้ ทักษะ และเจตคติที่ดีแล้ว พยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มในการพัฒนาสิ่งใหม่ ซึ่งต้องอาศัยการวิจัย ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยมาพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล และการบริหารงานการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจซึ่งถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ พยาบาลจึงต้องทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ในหน่วยงานอย่างเป็นระบบ ชี้บ่งถึงปัญหาทางการพยาบาลหรือปัญหาการบริการสุขภาพ ให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ กระทำหรือร่วมมือในการทำวิจัยทางคลินิก ศึกษางานวิจัยต่างๆ และนำมาประกอบในการกำหนดมาตรฐานการพยาบาล เพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ และนำผลวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงงานที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็ก

6. แนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ บิดา มารดา (Family participation / Involvement / Parent participation / Involvement)

การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผู้ใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษ ที่ตรงกับคำว่า Family participation หรือ Family Involvement (Pike, 1989 cited in Coyne, 1996) โดยมองภาพของการมีส่วนร่วมของบิดามารดามีลักษณะเป็นการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Parent participation as Family participation) การมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือการมีส่วนร่วมของบิดา มารดา (Parent participation) ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพเด็ก เป็นแนวคิดที่มีความสำคัญ และเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวางในการ

ดูแลรักษาพยาบาลเด็ก และเป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงสุดในการรักษาพยาบาลเด็ก (Coyne, 1996)

ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Family participation / Involvement)

ครอบครัวเป็นสถาบันพื้นฐานที่เล็กที่สุดของมนุษย์ มนุษย์ทุกคนเจริญเติบโตมาผ่านทางสถาบันครอบครัว การที่มนุษย์จะมีสุขภาพกาย จิต สังคมที่ดีนั้นต้องอาศัยครอบครัวที่มีสุขภาพดี (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537) ครอบครัวเป็นระบบสังคมที่มีศักยภาพสูงในการดูแลตนเองและสมาชิกของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งต้องรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพอนามัยและมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับสมาชิกของครอบครัว (มัลลิกา มัดโก, 2530)

ปัจจุบันครอบครัวเข้ามามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย และวิธีการที่ได้ผลดีที่สุด คือการที่ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กป่วย การให้บิดา มารดาหรือ บุคคลในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาลหรือดูแลเด็กป่วยถือเป็นหลักการสำคัญในการรักษาพยาบาลเด็ก ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว ไว้ดังนี้คือ

Fradd (1987) cited in Coyne (1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของบิดา มารดาในการมีส่วนร่วมในการดูแล รวมทั้งร่วมรับผิดชอบในการดูแลบุตร และการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีลักษณะเหมือนการมีส่วนร่วมของบิดา มารดา

Brownlea (1987) cited in Neil (1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับบิดา มารดา หรือการได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแล หรือการมีส่วนร่วมในการดูแลหรือการเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลบุตร

Hanson & Boyd (1996) ได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง การที่บิดา มารดา มีส่วนร่วมในการดูแล กระตุ้น ให้คำแนะนำ ชี้แนะ สอน ดูแลช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจในการดูแลบุตร

จากความหมายดังกล่าวจึงอาจสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัว หมายถึง ความสามารถของบิดา มารดาหรือสมาชิกในครอบครัวในการมีส่วนร่วมดูแล หรือมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแลบุตร หรือกระตุ้นให้กำลังใจ สนับสนุน ให้คำชี้แนะแนวทาง หรือได้รับอนุญาตให้มีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดูแลหรือเป็นการช่วยเหลือเด็กโดยตรง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในรูปแบบของการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง (Parent participation) ในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งนับเป็นหลักการสำคัญในการดูแลเด็กป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Evan, 1994; Newton, 2000) ซึ่งมีการยอมรับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในหลายประเทศ เช่น อังกฤษ แคนาดา ออสเตรเลีย และสหรัฐอเมริกา (Lima, Rocha, Scochi & Callery, 2001) โดยมีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของบิดา มารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ดังนี้คือ

Callery & Smith (1991) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง คือ การที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองได้มีส่วนร่วมต่อกิจกรรมการดูแลเด็กป่วยโดยตรง โดยเป็นกิจกรรมที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองได้ปฏิบัติในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยเป็นประจำ

Neill (1996) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง คือ การที่บิดา มารดาหรือผู้ปกครองได้เข้าร่วมหรือได้รับอนุญาตในการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจ หรือในการให้การดูแลเด็กป่วย หรือประเมินผลการดูแลเด็กป่วย หรือเป็นผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลเด็กป่วย

Schepp (1995) ได้กล่าวว่า การมีส่วนร่วมของบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง คือการที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลทั้งที่ บิดา มารดาหรือผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติใน 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (Participation in routine care) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล (Participation in technical sharing) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาหรือผู้ปกครองกับบุคลากรพยาบาล (Participation in information care) และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็ก (Participation in decision making)

Stull & Deatrck (1986) ได้กล่าวถึง การมีส่วนร่วมของบิดา มารดาหรือผู้ปกครอง ว่า บิดามารดาหรือผู้ปกครองปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมกิจกรรมการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยทางตรง ได้แก่ การดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ การดูแลด้านจิตใจเมื่อได้รับกิจกรรมการพยาบาล ทางอ้อมได้แก่ การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและทีมสุขภาพ

จะเห็นได้ว่าจากความหมายการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครองดังกล่าวมีการกล่าวถึงการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครองได้ปฏิบัติ (Callery & Smith, 1991; Schepp 1995; Neill ,1996) และการมีส่วนร่วมที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองที่ปรารถนาจะปฏิบัติ (Stull & Deatrck, 1986; Schepp ,1995) และองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ได้แก่ การมีส่วนร่วมของกิจกรรมที่ทำประจำ (Callery & Smith, 1991 ; Schepp ,1995) ด้านกิจกรรม

พยาบาล (Stull & Deatrck, 1986 ; Schepp ,1995) ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างบิดามารดาหรือผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล (Stull & Deatrck, 1986 ; Schepp ,1995) ด้านการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย (Schepp 1995; Neill ,1996) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ความหมายการมีส่วนร่วมของ Schepp (1995) เนื่องจากครอบคลุมทั้งประเภทและองค์ประกอบของการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครอง

แนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลของ Schepp

Schepp (1995) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองได้ปฏิบัติ (Parent actual participation) และปรารถนาที่จะปฏิบัติ (Parent preferred participation) ในการดูแลเด็กป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลในสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่มารดาหรือผู้ปกครองประสบเมื่อเด็กป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยสามารถจำแนกกิจกรรมต่างๆตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของบิดามารดาหรือผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลตามแนวคิดของ Schepp (1995) ดังรายละเอียดดังนี้คือ

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมที่ทำประจำ (Participation in routine care) หมายถึงการที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำให้กับเด็กป่วยในขณะที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยการเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลเด็กป่วยขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น การให้อาหารหรือการช่วยเหลือเด็กในการรับประทานอาหาร การอาบน้ำให้เด็กป่วยหรือการช่วยเหลือเด็กป่วยอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าให้เด็กและการเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้เด็กป่วย

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล (Participation in technical sharing) หมายถึงการที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเมื่อเด็กป่วยได้รับกิจกรรมพยาบาลต่างๆ ในขณะที่อยู่ดูแลเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยในระหว่างที่ได้รับการทำกิจกรรมการพยาบาลที่เป็นประจำ เช่น การวัดไข้ วัดความดันโลหิต หรือการตรวจร่างกาย การอยู่กับเด็กป่วยและช่วยเหลือเด็กป่วยระหว่างที่ได้รับการตรวจรักษา เช่น การให้สารน้ำ การเจาะเลือด การปลอบโยนเด็กป่วยระหว่างที่เด็กได้รับการตรวจรักษาที่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด การไปส่งเด็กในการตรวจพิเศษต่างๆ เช่น เอกซเรย์ รวมทั้งการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลที่ไม่ซับซ้อน เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การเคาะปอด การดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง เป็นต้น

3. การมีส่วนร่วม ด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูล ระหว่างบิดามารดาหรือผู้ปกครองและบุคลากรทางการแพทย์ (Participation in information care) หมายถึงการที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองได้มีโอกาสให้หรือรับข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยหรือการดูแลรักษาพยาบาลเด็กป่วยร่วมกับบุคลากรพยาบาล ในเรื่องการสอบถามเกี่ยวกับการตรวจหรือการรักษาที่เด็กป่วยได้รับ การให้บุคลากรทางแพทย์และพยาบาลอธิบายเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่เด็กได้รับ การอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโรค แนวทางป้องกันและการดูแลรักษา การได้รับแจ้งให้ทราบเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาลของเด็กป่วย และการได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กตามความเป็นจริง

4. การมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจการดูแลเด็กป่วย (Participation in decision making) หมายถึงการที่บิดามารดาหรือผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วย ในเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการตรวจและการรักษาที่บุตรได้รับ การเลือกบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้อธิบายกิจกรรมการรักษาพยาบาลแก่เด็กป่วยก่อนที่เด็กป่วยจะได้รับกิจกรรมนั้น ๆ การเป็นผู้เลือกบุคลากรในการดูแลเด็กป่วย การตัดสินใจว่าใครควรเยี่ยมเด็กป่วย การตัดสินใจในการดูแลหรือช่วยเหลือเด็กป่วยในกิจกรรมการพยาบาลที่สามารถทำได้หลังจากได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ เช่น การเช็ดตัวลดไข้ การเคาะปอด หรือการดูดเสมหะด้วยลูกสูบยางแดง เป็นต้น

จากแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ Schepp (1995) เป็นแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในภาวะที่เด็กเจ็บป่วยจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้บุคคลในครอบครัวได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็ก สำหรับการเจ็บป่วยของทารกที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ การส่งเสริมให้มารดาเด็กป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทั้ง 4 ด้านตามแนวคิดของ Schepp ในขณะที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาลอย่างมีแบบแผน มีโอกาสได้ฝึกทักษะโดยการได้ปฏิบัติจริง โดยมีพยาบาลคอยสนับสนุนให้ได้รับข้อมูลที่เพียงพอสำหรับการตัดสินใจ และให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดจะมีผลอย่างยิ่งต่อพฤติกรรมดูแลทารกที่ถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งข้อมูลหรือความรู้ที่ได้รับจากการแลกเปลี่ยนความรู้กับบุคลากรพยาบาลก็สามารถที่จะนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องเมื่อผู้ป่วยกลับไปบ้าน ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีของเด็กต่อไป

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งสามารถจำแนกได้เป็น 4 ด้าน คือ 1) ด้านเด็กป่วย ได้แก่ อายุ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาล 2) ด้านผู้ปกครอง ได้แก่ อายุ ความเป็นบิดาหรือมารดา อาชีพ เจตคติต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ความวิตกกังวล และกลไกการปรับตัว 3) ด้านบุคลากรพยาบาล ได้แก่ อายุ ตำแหน่งการทำงาน ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส สถานภาพการเป็นผู้ปกครอง เจตคติต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและการสื่อสาร และ 4) ด้านระบบบริการการพยาบาล โดยอธิบายได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านเด็กป่วย

1.1 อายุของเด็กป่วย อายุของเด็กป่วยมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล เด็กที่มีอายุน้อยมาก ๆ จะมีความต้องการพึ่งพาบุคคลอื่นมาก ทำให้ผู้ปกครองต้องให้การดูแลเด็กป่วยมาก จากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองเด็กป่วยจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่อายุน้อยมากกว่าเด็กป่วยอายุมาก (Schepp, 1992; Newton, 2000; Kristensson-Hallstrom, 2000) นอกจากนี้ผู้ปกครองของเด็กป่วยอายุน้อยปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำมากกว่าเด็กป่วยที่อายุมาก (Kristensson- Hallstrom, 1999; Balling & Mc Cubbin, 2001)

1.2 ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การศึกษาพบว่าระดับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองเกี่ยวข้องกับธรรมชาติของการเจ็บป่วยของเด็ก ได้แก่ ความเจ็บป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง และวิกฤต (Snowdon & Gitteb, 1989) การศึกษาพบว่าทั้งผู้ปกครองผู้ป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง และวิกฤต ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย แต่มีหลายการศึกษารายงานว่าผู้ปกครองจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังมากกว่าเด็กป่วยที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือ วิกฤต (Kristensson-Hallstrom, 1999; Balling & Me Cubbin, 2001)

1.3 ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล พบว่าผู้ปกครองจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากกว่าถ้าเด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนาน (Kristensson- Hallstrom & Elander, 1994; Casey, 1995)

1.4 จำนวนครั้งที่รับการรักษาในโรงพยาบาล มีการศึกษาพบว่าเด็กที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ช่วยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยมากขึ้น เนื่องจาก

ผู้ปกครองมีความคุ้นเคยกับโรงพยาบาล และกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่าง ๆ ที่เด็กป่วยได้รับ (Brow & Ritchie, 1990)

2. ปัจจัยด้านผู้ปกครอง

2.1 อายุของผู้ปกครอง เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล โดยผู้ปกครองที่มีอายุมากกว่าจะมีความเต็มใจในการดูแลเด็กป่วยมากกว่าผู้ปกครองที่มีอายุน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ปกครองที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะและความสามารถในการดูแลเด็กป่วยดีกว่า (Knafli & Dixon, 1984; Kristensson- Hallstrom, 1999)

2.2 ความเป็นบิดาหรือมารดา มารดาปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากกว่าบิดา (Shield, 2001)

2.3 อาชีพ การมีงานทำจะมีความสัมพันธ์ในทางลบกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำ โดยผู้ปกครองที่ไม่มีงานทำปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยด้านกิจกรรมที่ทำประจำมากกว่าผู้ปกครองที่มีงานทำ (Balling & Mc Cubbin, 2001)

2.4 เจตคติของผู้ปกครองต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง พบว่า ผู้ปกครองที่มีความเต็มใจในการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลจะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยได้ดีกว่าผู้ปกครองที่ไม่พอใจหรือปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย (Coyne, 1996) มีการศึกษาพบว่า การที่มีผู้ปกครองไม่ปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็ก เนื่องจากเป็นประสบการณ์ที่มีความเครียด ดังนั้นเจตคติของผู้ปกครองต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมีผลโดยตรงต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล (Coyne, 1995; Palmer, 1993; Schepp, 1994)

2.5 ความวิตกกังวลของผู้ปกครอง ความวิตกกังวลของผู้ปกครองเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็ก (Kristensson- Hallstrom, 1999) Skipper & Leonard (1968) ได้กล่าวถึงความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่เพิ่มขึ้นอาจมีผลต่อเด็กป่วย 2 ประการ ประการแรกความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นอาจมีผลให้ความสามารถของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยมีน้อยลง ประการที่สองระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มขึ้นอาจส่งผลให้เด็กมีระดับความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นด้วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dixon (1996) ที่พบว่าระดับความวิตกกังวลของผู้ปกครองที่สูงขึ้น จะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยและการตัดสินใจ เช่นเดียวกับระดับความวิตกกังวลที่ลดลง จะส่งผลให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากขึ้น (Schepp, 1991)

2.6 กลไกการปรับตัวของผู้ปกครองเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย (Kristensson- Hallstrom, 1999) มีการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองที่ใช้กลวิธีปรับตัวในการแก้ปัญหา เช่น การค้นหาข้อมูล ซึ่งจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยมากกว่าผู้ปกครองที่ใช้กลวิธีปรับตัวด้วยอารมณ์ เช่น หลีกหนี หรือการเหมินเฉย (La Montagne, Pawlik & Chiafery, 1992)

3. บุคลากรพยาบาล

3.1 คุณสมบัติของบุคลากรพยาบาล มีการศึกษาพบว่าคุณสมบัติของบุคลากรพยาบาลมีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น อายุ ตำแหน่งการทำงาน การศึกษา สถานภาพสมรส และสถานภาพการเป็นผู้ปกครอง ซึ่งมีการศึกษาพบว่า บุคลากรที่มีอายุมาก ตำแหน่งทางการพยาบาลสูง ระดับการศึกษาสูง แต่งงานแล้ว และมีประสบการณ์การเป็นผู้ปกครอง จะมีการยอมรับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลมากกว่าบุคลากรพยาบาลที่ไม่มีคุณสมบัติดังกล่าว (Gill, 1990)

3.2 เจตคติของบุคลากรพยาบาล Neill (1996) กล่าวว่าเจตคติของบุคลากรพยาบาลมีความเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล บุคลากรพยาบาลที่ไม่เห็นด้วยที่จะให้ผู้ปกครองดูแลเด็กป่วยจะเป็นอุปสรรคต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยของผู้ปกครอง ในทางตรงกันข้ามบุคลากรพยาบาลที่เห็นประโยชน์การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วย จะส่งเสริมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย (Gill, 1990; Evan, 1994)

3.3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโดยการยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางของบุคลากรพยาบาล ซึ่งอาจจะมีผลต่อการปฏิบัติการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล ปรัชญาของการดูแลเด็กป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง คือ บุคลากรพยาบาลเห็นว่าครอบครัวมีความสำคัญในการดูแลเด็กป่วย หากบุคลากรขาดความรู้ และขาดทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง จะรู้สึกยุ่งยากใจต่อความเข้าใจ ความต้องการของครอบครัวที่มีเด็กเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Brown & Ritchie, 1989)

3.4 การสื่อสาร Neill (1996) กล่าวว่า การสื่อสารระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาลเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมีความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง ผู้ปกครองมีความต้องการข้อมูลในการตัดสินใจในการดูแลเด็กป่วยระหว่างเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่บุคลากรพยาบาลมีข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาของเด็กป่วยน้อย และให้ข้อมูลแก่ผู้ปกครองน้อยในรูปแบบของการสื่อสารทางเดียว (Kristensson- Hallstrom, 1999)

4. ปัจจัยด้านระบบการพยาบาล ระบบบริการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งมุ่งให้การดูแลด้านร่างกาย และให้ความสนใจการดูแลด้านจิตใจของเด็กป่วยและผู้ปกครองน้อย ซึ่งอาจทำให้คำนึงถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยของโรงพยาบาลน้อย

การให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ข้อมูล หมายถึง ข้อเท็จจริงหรือสิ่งที่ถือหรือยอมรับว่าเป็นข้อเท็จจริงสำหรับใช้เป็นหลักอนุมานหาความจริงหรือการคำนวณ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2530) ข้อมูลจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับ เมื่อผู้รับนำข้อมูลนั้นไปประกอบการตัดสินใจและวางแผนเพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ (มะเดื่อ เสมอ, 2527)

การให้ข้อมูลทางสุขภาพ หมายถึง การให้รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและการกระทำผลที่คาดหวังจะได้รับจากการรักษาและบริการพยาบาล ตลอดจนวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง (Perry, 1981) การสอนหรือการให้ข้อมูลจะทำให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลมีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ ความเชื่อ ทศนคติ และการปฏิบัติ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) ข้อมูลสำหรับผู้ดูแลหรือญาติผู้ป่วย ได้แก่ รายละเอียดหรือคำอธิบายเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ เหตุผลในการให้การรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ วิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้อง รวมทั้งผลที่คาดหวังจะได้รับจากการรักษาและการพยาบาล ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแล คือข้อมูลที่ญาติต้องการ เพื่อให้เกิดความเข้าใจและความร่วมมือในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย (Perry, 1981)

การที่เด็กเจ็บป่วยจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จากการศึกษาพบว่า มารดาหรือผู้ดูแลต้องการที่จะได้รับข้อมูลที่ถูกต้องตรงความเป็นจริง ทั้งข้อมูลเกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยของบุตร ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่เด็กจะได้รับ ต้องการทราบว่าทำอะไรให้กับเด็กหรือมีส่วนช่วยเหลืออะไรเด็กได้บ้าง (Daley, 1984; Hick, 1990) นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาหรือผู้ดูแลต้องการการสนับสนุน ประคับประคองด้านจิตใจ ต้องการด้านบทบาทความเป็นมารดา ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลบุตรด้วยตนเอง และต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย (Kerischbanm, 1990; Neil, 2000) โดยจากการศึกษาพบว่ามารดาหรือผู้ดูแลต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยทั้งในด้านกิจกรรมที่ทำเป็นประจำให้กับเด็กป่วย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างมารดาและบุคลากรพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจดูแลเด็กป่วย (นิชกานต์ ไชยชนะ, 2545; Callery & Smith, 1991; Schepp 1995; Neill, 1996) ดังนั้นในการ

สนับสนุนความต้องการของมารดา โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยว่าสามารถจะมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในกิจกรรมอะไรได้บ้าง การให้ข้อมูลการมีส่วนร่วมของมารดาจะเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วย ซึ่งจะเป็นการตอบสนองความต้องการด้านบทบาทของมารดาในการดูแลบุตรขณะที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการที่มารดาคงไว้ซึ่งบทบาทของมารดาในการดูแลเด็กป่วยในด้านการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย โดยได้รับคำแนะนำหรือข้อมูลจากบุคลากรพยาบาลอย่างมีแบบแผน ทำให้มารดามีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถนำข้อมูลดังกล่าวไปปรับใช้ในการดูแลเด็กป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะกิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรถือว่าเป็นปัจจัยสนับสนุนที่จำเป็นและมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพเด็กวัยทารกซึ่งเป็นวัยที่ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแลหรือมารดา โดยการให้ข้อมูล ชี้แนะ สนับสนุน กระตุ้นให้กำลังใจ ทำให้มารดาเกิดความอบอุ่นใจ ตระหนักและยอมรับสภาวะการเจ็บป่วย มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปฏิบัติหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ถูกต้องและเหมาะสมได้

อย่างไรก็ดี การให้ข้อมูลกับมารดาหรือผู้ดูแลให้เกิดประโยชน์สูงสุด จะต้องมีความรู้และมีวิธีการให้เหมาะสมกับสภาพและสถานการณ์ โดยการให้ข้อมูลจะช่วยส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจ ทำให้บุคคลเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องสามารถประเมินแหล่งสนับสนุน ตัดสินใจ และเลือกวิธีการที่จะต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งเร้านั้นได้อย่างถูกต้อง (Lararus, 1997) โดยเฉพาะข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือการมีส่วนร่วมในการดูแลหรือช่วยเหลือเด็กป่วย จะต้องคำนึงถึงความเหมาะสมในเรื่องลักษณะเนื้อหาของข้อมูล ประสิทธิภาพในการให้ข้อมูล ลักษณะของผู้รับข้อมูลตลอดเวลาที่ให้ข้อมูล โดยมีผู้ศึกษาและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการให้ข้อมูลไว้หลายแนวทาง ดังนี้

1. ประเมินสภาวะอารมณ์ ความพร้อมต่อการรับรู้ ความสามารถที่จะรับข้อมูล ความต้องการข้อมูล และสาเหตุที่จะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลหรือความเครียดในการได้รับข้อมูล (Manley, 1988; Rasie, 1980)
2. สร้างสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูล เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ โดยใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยน แสดงความจริงใจ กริยาท่าทางแสดงความเป็นมิตร และให้ความสนใจผู้รับข้อมูลมากที่สุด (Manley, 1988)
3. ในการให้ข้อมูลควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย เป็นคำที่สั้นแต่มีความชัดเจน ไม่ควรใช้ศัพท์ทางการแพทย์เพราะจะทำให้ผู้รับข้อมูลไม่เข้าใจ (Susan, 1989)
4. การให้ข้อมูลต้องมีขั้นตอน ไม่สับสน พูดให้ช้าแต่ชัดเจน เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ซักถาม ผู้ให้ข้อมูลและผู้รับข้อมูลควรอยู่ในระยะห่างกันพอสมควร เพื่อให้การมองเห็นและการได้ยิน

ชัดเจน ขจัดสิ่งรบกวนอื่น ๆ การให้ข้อมูลโดยการเผชิญหน้าระหว่างผู้รับข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่ดี (Perry, 1981)

5. เปิดโอกาสให้ผู้รับข้อมูลได้ระบายความรู้สึกโดยผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รับฟังที่ดี เทคนิคการฟังมีส่วนสำคัญมาก เพราะแสดงถึงความสนใจของพยาบาลที่มีต่อผู้รับข้อมูล (Stanik, 1990)

6. ให้กำลังใจและให้การสัมผัสตามความเหมาะสม การสัมผัสเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นวิธีการช่วยสนับสนุนในการให้กำลังใจเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ถูกสัมผัสเกิดความพอใจ และมีการตอบสนองในทางบวก สามารถลดช่องว่างระหว่างบุคคล (Stanik, 1990)

7. การให้ข้อมูลเฉพาะส่วนที่จำเป็นและตรงกับความต้องการของผู้รับ เช่น ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยหรือส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่เหมาะสมและเป็นประโยชน์จะทำให้ผู้รับข้อมูลนำไปแนวทางปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม (Gibbon, 1980)

8. จัดสิ่งแวดล้อมและเสริมสร้างสิ่งแวดล้อมให้เป็นส่วนตัวเพื่อให้ผู้รับข้อมูลเกิดความรู้สึกมั่นใจและวางใจในขณะที่ให้ข้อมูล (Rasie, 1980)

กล่าวโดยสรุป การให้ข้อมูลในการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาล เป็นการส่งเสริมและสนับสนุนให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลบุตรขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของเด็กป่วย รวมทั้งยังเป็นการตอบสนองความต้องการของมารดาในด้านบทบาทของมารดาในขณะบุตรพักรักษาตัวในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามการให้ข้อมูลกับมารดาเด็กป่วยให้มีประสิทธิภาพสูงสุดจำเป็นต้องคำนึงถึงแนวคิดในการให้ข้อมูลที่ต้องปฏิบัติให้เหมาะสมเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับมารดาเด็กป่วย

บทบาทของพยาบาลกับการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของครอบครัว

พยาบาลเป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยเด็กทั้งในระยะเจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย ตลอดจนส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาสุขภาพเด็กให้ปลอดภัย และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวดังนี้ (พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์, 2537)

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพครอบครัว มีบทบาทดังนี้

- 1.1 การสร้างความมีส่วนร่วมของครอบครัวในเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กและสมาชิกของครอบครัวในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กได้
- 1.2 การพัฒนาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในเรื่องการสร้างสุขภาพเพื่อให้สุขภาพแข็งแรง โดยทุกๆ คนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพ
- 1.3 การพัฒนาบทบาทของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งอาจจะเป็นสามี ภรรยา พ่อ แม่ บุตร หลาน หรือญาติใกล้ชิด โดยพยาบาลจะต้องเตรียมบุคคลเหล่านี้ให้พร้อมก่อนผู้ป่วยจะกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่จำเป็นต้องดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ด้านการป้องกันความเจ็บป่วยและการเกิดโรค มีดังนี้

- 2.1 การดูแลครอบครัวที่อยู่ในภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ ทางกาย จิต สังคม ความเสี่ยงทางสุขภาพจากความเจ็บป่วยของสมาชิกของครอบครัว เช่น ครอบครัวที่มีบุตรปัญญาอ่อน หรือเจ็บป่วยเรื้อรัง พิกัดหรือมีการเจ็บป่วยทางจิต เป็นต้น
- 2.2 การป้องกันการเกิดโรคด้วยการสร้างภูมิคุ้มกัน ทั้งในเด็กและผู้ใหญ่ ซึ่งครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกในครอบครัว
- 2.3 การดูแลสมาชิกของครอบครัวตามลำดับขั้นพัฒนาการของมนุษย์ ตั้งแต่เกิดจนตาย สมาชิกของครอบครัวควรมีบทบาทในการมีส่วนร่วมในการดูแลสมาชิกภายในครอบครัว
- 2.4 การป้องกันความพิการ และเกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรง ซึ่งจะเกิดกับผู้ที่เจ็บป่วยแล้วต้องไปดำเนินชีวิตต่อที่บ้าน เช่น ผู้ป่วยเรื้อรังจากโรคปอด ผู้ป่วยโรคหัวใจ

3. ด้านการรักษาความเจ็บป่วยและโรคต่างๆ มีบทบาทดังนี้

- 3.1 บทบาทของครอบครัวขณะผู้ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาล มีกิจกรรมมากมายที่ครอบครัวสามารถมีส่วนร่วมได้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยเฉพาะมารดาในการดูแลเด็กป่วย จะต้องให้ข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำแก่บิดา มารดา โดยสอนหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของมารดาที่สามารถจะปฏิบัติได้ การให้มารดาหรือผู้ดูแลได้เฝ้าดูแลเด็กป่วยหรือมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย หรือการเปิดโอกาสให้มารดาหรือผู้ดูแลได้ร่วมทำกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ โดยจะต้องจัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมและเอื้อต่อการแสดงบทบาทของมารดา เช่น การวางแผนให้มารดาได้มีส่วนช่วยเหลือหรือมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วย ขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

3.2 บทบาทของครอบครัวเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน โดยจะต้องมีการวางแผนจำหน่าย (Discharge planning) เพื่อให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปบ้านได้

3.3 บทบาทของพยาบาลสำหรับการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health care) โดยการส่งเสริมให้บุคคลในครอบครัวเมื่ออยู่รวมกันที่บ้านได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของสมาชิกภายในครอบครัว

โดยสรุปบทบาทของพยาบาลยังอยู่ในขอบข่ายเดิมที่พยาบาลจะต้องทำ คือ บทบาทด้านการสอนและการให้ข้อมูล บทบาทด้านการให้คำปรึกษา บทบาทด้านการให้การดูแลโดยตรง และบทบาทด้านการสนับสนุนและการส่งเสริม ซึ่งบทบาทดังกล่าวมาเป็นบทบาทที่พยาบาลปฏิบัติอยู่แล้วแต่อย่างไรก็ตามจำเป็นต้องขยายความชัดเจนไปสู่ครอบครัวให้มากขึ้น ซึ่งบทบาทดังกล่าวจำเป็นต้องวางรากฐานมาจากการจัดการเรียนการสอน รูปแบบการจัดบริการพยาบาลในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาล บ้าน และชุมชน

ประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กป่วย

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กป่วยมีประโยชน์ทั้งต่อตัวผู้ป่วยเด็ก บิดามารดา ผู้ปกครองหรือผู้ดูแล รวมทั้งต่อบุคลากรพยาบาลเอง ซึ่งประโยชน์การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลสุขภาพเด็กป่วย มีดังนี้คือ

1. ประโยชน์ต่อผู้ป่วย

การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม กล่าวคือ ด้านร่างกายทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรพยาบาล เนื่องจาก ผู้ปกครองได้ให้ข้อมูลที่เป็จริงเกี่ยวกับเกี่ยวกับอาการผิดปกติหรืออาการเปลี่ยนแปลงของเด็กอย่างละเอียด แม่นยำ และครอบคลุม เช่น การสังเกตอาการไข้ ชัก หายใจเหนื่อยหอบ (Ayer, 1978; Neill, 1996) ส่งผลต่อการรักษาทำให้ความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนรวมทั้งจำนวนครั้งที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลลดน้อยลง (Palmer, 2001) ซึ่งจะส่งผลดีต่อการรักษาพยาบาลเด็กป่วยได้ทันเวลาและมีประสิทธิภาพ ด้านจิตใจ ทำให้เด็กรู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย มีกำลังใจ และลดความเครียดจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย ตลอดจนความวิตกกังวลจากการแยกจากเนื่องจากมีบุคคลในครอบครัวอยู่ดูแลในโรงพยาบาล (Neill, 1996) อีกทั้งยังช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากความบอบช้ำ หรือความเจ็บปวดจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อด้าน

สังคมทำให้เกิดพฤติกรรมเบี่ยงเบนระหว่างเด็กอยู่ในโรงพยาบาล (Bruner & Suddarth, 1986) จึงเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมบิดามารดาหรือครอบครัวมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อเด็กป่วย

2. ประโยชน์ต่อผู้ปกครอง

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองมีประโยชน์ต่อผู้ปกครองมาก เห็นได้จากความสามารถและความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ กับบุตรมีมากขึ้น จากการที่ผู้ปกครองเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพ เนื่องจากผู้ปกครองรู้สึกที่ตนเองมีประโยชน์และมีความสำคัญในการคงบทบาทของการดูแลบุตรอย่างต่อเนื่อง (Palmer, 1993; Neil, 1996) อีกทั้งยังช่วยลดความวิตกกังวลของผู้ปกครองขณะที่เด็กป่วยอยู่ในโรงพยาบาลให้ลดน้อยลง ตลอดจนการได้รับรู้ความก้าวหน้าเกี่ยวกับอาการ การรักษา และการพยาบาลของบุตร ซึ่งเป็นข้อมูลที่ดีสำหรับผู้ปกครองในการนำไปใช้ทั้งขณะที่อยู่ที่โรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้านได้ (Neil, 1996) นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองยังช่วยบรรเทาความทุกข์ ความเบื่อหน่ายและลดความวิตกกังวลจากการเจ็บป่วยของบุตร อีกทั้งยังช่วยให้ประสิทธิภาพในการสอนผู้ปกครองประสบความสำเร็จ เห็นได้จากผลลัพธ์ความเข้าใจของผู้ปกครองในการดูแลบุตรหลังจำหน่ายเพิ่มขึ้น (Ayer, 1996)

3. ประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล

การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยมีประโยชน์ต่อบุคลากรพยาบาล เนื่องจากทำให้นักพยาบาลได้รับข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็กอย่างละเอียด แม่นยำ ทำให้การดูแลทันเวลาและครอบคลุมมากขึ้น (Coyne, 1995; Gill, 1987) อีกทั้งได้รับความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลต่างๆ จากเด็กป่วยเป็นอย่างดี ส่งผลต่อการดูแลเด็กป่วยมีประสิทธิภาพ และมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเด็กป่วย ผู้ปกครอง และบุคลากรพยาบาล

ดังนั้นจึงอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลเป็นหลักที่สำคัญในการพยาบาลเด็กป่วยโดยยึดครอบครัวเป็นจุดศูนย์กลางขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น โรคปอดอักเสบหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กซึ่งคุกคามต่อชีวิตของเด็กป่วย การเจ็บป่วยจึงส่งผลกระทบต่อตัวเด็กและครอบครัว โดยเฉพาะมารดาซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลเด็กวัยทารกอย่างใกล้ชิด ทำให้เกิดความกลัว ความเครียด ความวิตกกังวล และปรารถนาที่จะได้อยู่ดูแลใกล้ชิดบุตรขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยในโรงพยาบาลโดยสนับสนุนการให้ข้อมูล จึงนับเป็นประโยชน์

ทั้งต่อ ผู้ป่วย มารดา และบุคลากรพยาบาลซึ่งจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวมของเด็กป่วย

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

7.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้

ยุเนียร์ พงศ์จตุรวิทย์ (2534) ได้ศึกษาผลการสอนสุขภาพอนามัยโดยใช้หนังสือการ์ตูนประกอบต่อ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอายุ 7-13 ปี ผลการศึกษาพบว่า เด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ได้รับการสอนโดยใช้หนังสือการ์ตูนประกอบ มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนตามปกติและสูงกว่าก่อนการสอน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตติรัตน์ พัฒนาอุตสาหกรรมกิจ (2539) ศึกษาผลการให้ความรู้ที่บ้านเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการบุตรต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการบุตรปฐมวัยของมารดาผู้ใช้แรงงานในชนบท ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับความรู้ที่บ้านเรื่องการส่งเสริมพัฒนาการบุตรมีความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการบุตรสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วัลชนี ทองมี (2542) ศึกษาผลของการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรขวบปีแรกที่ป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมในการดูแลบุตรของมารดาที่บุตรป่วยด้วยโรคระบบทางเดินหายใจที่ได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

มาลีรัตน์ วงศ์ฤทธิ์ (2542) ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษา โดยการประยุกต์ทฤษฎีตามแบบแผนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมารดา ด้านการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในอำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค เจตคติทางตรง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงทางอ้อม การรับรู้การควบคุมพฤติกรรมทั้งทางตรงและทางอ้อม เจตคติ และพฤติกรรมของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นฤมล พรหมเมทย์ (2543) ได้ทำการศึกษาผลของระบบพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ และความสามารถของมารดาในการดูแลทารกป่วยโรคปอดอักเสบที่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้ มีความรู้และความสามารถมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาวดี อเนก (2544) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารดาในการป้องกันโรคปอดบวม ในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในอำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง โดยใช้โปรแกรมประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง มารดากลุ่มทดลองมีความรู้การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคปอดบวมเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$)

กาญจนา ครองธรรมชาติ (2544) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนต่อความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนมีความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

7.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ศิริพร สิงหจินดาวงศ์ (2537) ศึกษาผลการสอนโดยให้มารดามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาล ต่อความรู้ เจตคติ และการดูแลบุตร ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการดูแลบุตรของมารดา ภายหลังจากการสอนสูงกว่าก่อนการสอนโดยการมีส่วนร่วมของมารดาในการดูแลบุตร และสูงกว่ามารดาที่ได้รับการสอนแบบการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Curley (1986) ศึกษาผลรูปแบบการมีส่วนร่วมทางการพยาบาล ต่อความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยใน PICU กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองบุตรที่มีบุตรได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย

เด็กวิกฤติ (PICU) เป็นครั้งแรกจำนวน 33 คน กลุ่มทดลอง 16 คน และกลุ่มควบคุม 17 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองที่ได้รับการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลมีระดับความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จรรย์กร ดิษจินดา (2542) ศึกษาผลการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี และการปรับปรุงสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนเขตก่อสร้างนิคมอุตสาหกรรมมาบตาพุด จังหวัดระยอง กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เลี้ยงดูบุตรอยู่ที่บ้าน จำนวน 55 คน โดยจัดกิจกรรมการศึกษาให้สุขศึกษากับมารดาเพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง ร่วมกับการสนับสนุนในการปรับปรุงสภาพแวดล้อม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากจัดกิจกรรมสุขศึกษาให้กับมารดา เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง มารดามีการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ความเชื่อและพฤติกรรมปฏิบัติในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงดีกว่าก่อนจัดกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รุ่งลาวัลย์ เชนินิล (2543) ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมทางการพยาบาลระหว่าง ผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล และพยาบาลต่อความเจ็บปวดหลังผ่าตัดช่องท้องในเด็กวัยเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเด็กวัยเรียนที่ได้รับการผ่าตัดช่องท้อง ที่โรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 20 รายโดยแบ่งเป็นกลุ่มละ 10 คน ผลการศึกษาพบว่าระดับความเจ็บปวดหลังการผ่าตัดช่องท้องและพฤติกรรมการตอบสนองต่อความเจ็บปวดของกลุ่มที่มีส่วนร่วมทางการพยาบาล ระหว่าง ผู้ป่วยเด็ก ผู้ดูแล และพยาบาล น้อยกว่าผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ทั้งในระยะหลังผ่าตัด 24 ชั่วโมง 48 ชั่วโมง และ 72 ชั่วโมง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$)

สมปรารถนา ทรายสมุท (2545) ศึกษาผลของการเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนผ่าตัดแบบเปิด โดยใช้หนังสือการ์ตูนเป็นแบบที่มีข้อมูลเป็นรูปธรรม-ปรนัย ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่า การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดหัวใจแบบเปิดโดยใช้หนังสือการ์ตูนที่มีข้อมูลเป็นรูปธรรม-ปรนัยร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยวัยเรียนก่อนและหลังผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ณิชกานต์ ไชยชนะ (2545) ศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติ และปรารถนาจะปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครองทั้งหมดปรารถนาที่

จะปฏิบัติการมีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโดยรวม ร้อยละ 76.6 และปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำประจำ ด้านกิจกรรมการพยาบาล และด้านแลกเปลี่ยนข้อมูลในระดับดีมาก คือร้อยละ 85.5 75.9 และ 91.7 ตามลำดับ และร้อยละ 56.6 ปรารถนาที่จะมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจในระดับปานกลาง และการมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาจะปฏิบัติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

Boecher et al. (2003) ได้ทำการศึกษา Father- child teaching interaction : The relation to father involvement in caregiving ผลการศึกษาพบว่าอายุของบิดาไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรของบิดา และพบว่าบิดาที่มีอายุมากมีคะแนนของการมีส่วนร่วมในการดูแลบุตรน้อยกว่าบิดาที่มีอายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติรวมทั้งการประเมินบทบาทของการมีส่วนร่วมของบิดาในการดูแลเด็ก โดยใช้ Nursing Child Assessment Teaching Scale (NCATS) มีดังนี้ คือ 1) บิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบเด็กสัปดาห์ละ 2 ครั้งหรือน้อยกว่า เป็นบิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กต่ำ และ 2) บิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบเด็กสัปดาห์ละ 3 ครั้ง เป็นบิดาที่มีส่วนร่วมในการดูแลเด็กสูง

ปรียะดา ภัทรสังข์ธรรม (2546) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยก่อนเรียนโรคหอบหืด ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเด็กโรคหอบหืดภายหลังจากได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กิจติยา รัตนมณี (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาต่อพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันของเด็กอ้วนวัยเรียน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและพฤติกรรมการใช้พลังงานในชีวิตประจำวันของเด็กอ้วนวัยเรียนที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการควบคุมน้ำหนักร่วมกับการมีส่วนร่วมของบิดามารดาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

7.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอักเสบหรือโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

กานดา วัฒนโนภาส และคณะ (2532) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี โดยรวบรวมผลงานของนักศึกษามหาบัณฑิต หลักสูตรนานาชาติ ของมหาวิทยาลัยมหิดล พบว่าปัจจัยที่สำคัญได้แก่ การขาดสารอาหาร การอยู่กันอย่างแออัด การที่เด็กไม่ได้รับภูมิคุ้มกันตามอายุ การสูบบุหรี่ของคนในบ้าน แม่ทำงานนอกบ้าน ปัจจัยสำคัญรองลงมา คือ เด็กอายุน้อยกว่า 1 ปี และไม่ได้กินนมแม่ มีความผิดปกติตอนคลอดและมีประวัติเป็นโรคติดเชื้อ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับครอบครัว คือ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา ระดับต่ำ ครอบครัวมีรายได้น้อย สิ่งแวดล้อมมีควันไฟ ปัจจัยที่มีผลต่อการลุกลามโรค คือภาวะที่ขาดสารอาหารในเด็กและมีการติดเชื้อของบุคคลในครอบครัว

สรศักดิ์ โสจินดารัตน์ (2533) ศึกษาโดยการสำรวจ ความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติของมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 5 ในเรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็ก ใน กรุงเทพมหานคร ลำปาง ขอนแก่น และยะลา จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 1,272 คน ผลการสำรวจพบว่า การเจ็บป่วยที่พบบ่อยในขวบปีแรก คือ ไข้หวัด ร้อยละ 18.1 อุจจาระร่วง ร้อยละ 1.8 และปอดบวม ร้อยละ 1.4 โดยส่วนใหญ่แม่มีความรู้เรื่องโรคปอดบวมและอาการของโรคปอดบวมน้อย คือ ร้อยละ 37.9 ความรู้ในเรื่องการดูแลที่บ้านเมื่อบุตรป่วยเป็นไข้หวัดอยู่ในเกณฑ์ แหล่งที่มาของความรู้เรื่องโรคหวัดและปอดบวม คือ แพทย์ เจ้าหน้าที่อนามัยและเพื่อนบ้าน และสื่อต่างๆ คือ โทรทัศน์และวิทยุ การดูแลรักษาเมื่อบุตรป่วยส่วนใหญ่ไปรักษาที่สถานอนามัย มีส่วนน้อยที่ซื้อยากินเอง

เกศรินทร์ ไทยศรีวงศ์ และคณะ (2539) ได้ศึกษาการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของมารดาในแหล่งก่อสร้าง จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า มารดาบางส่วนยังปฏิบัติไม่ถูกต้อง คือเมื่อเด็กอาการรุนแรงได้แก่ หายใจเร็ว หายใจหอบ และชัก ยังให้การดูแลที่บ้านร้อยละ 7.37, 31.6, และ 5.26 ตามลำดับ นอกจากนี้เมื่อเด็กป่วยด้วยอาการต่างๆ มารดาบางส่วนยังซื้อยาให้กินเองโดยมากกว่าร้อยละ 90 จะไปซื้อยาจากร้านขายยา

สุจรรยา ทั้งทอง (2541) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบังและดูแลบุตรขณะเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กของมารดาในชนบท ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำบัง และการดูแลบุตรขณะ

การเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กของมารดาในชนบท ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจโดยเฉพาะโรคปอดบวม การมีเวลาในการดูแลบุตร และการได้รับข้อมูลต่างๆ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

นิลบล ไชยรัตน์ (2542) ศึกษาพฤติกรรมของมารดาในการป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจทั้งโรคหัดและโรคปอดอักเสบ คือ มีเพียงร้อยละ 27.6 รับรู้ต่อโรคปอดบวม ร้อยละ 66.7 รับรู้โรคปอดบวมมีความรุนแรงมาก สำหรับการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันในแต่ละวิธีนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีความประโยชน์ในระดับมาก ในด้านสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรค เกือบทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคหัดและโรคปอดบวม โดยผ่านสื่อต่าง ๆ และสื่อบุคคล สำหรับพฤติกรรมในการป้องกันโรค วิธีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้ง คือ หลีกหนีภัยจากอากาศหนาวเย็น คือ ร้อยละ 90 และการนำเด็กไปรับวัคซีนป้องกันโรคที่เหมาะสมตามอายุ คือ ร้อยละ 96.2

Aligne and Stoddard (1997) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการรักษาเด็ก ที่มีสาเหตุการป่วยจากครอบครัวที่สูบบุหรี่ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยทำการศึกษาในเด็กแรกเกิด ถึง 18 ปี เป็นการศึกษาย้อนหลังตั้งแต่ ค. ศ. 1980-1986 ผลการศึกษาพบว่า การสูบบุหรี่ของบิดาหรือมารดาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เด็กอเมริกันติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจสูง โดยเฉพาะโรคหัดและโรคปอดบวม

Douglas, Milaine and Abdullah (2000) ได้ศึกษาข้อมูลย้อนหลังถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำด้วยโรคปอดอักเสบในเด็กอายุขวบปีแรก จำนวน 2,952 คน ในโรงพยาบาลของเมือง Toronto และเมือง Ontario ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 48 สัมพันธ์กับกลุ่มอาการที่เกิดจากการสำลัก ร้อยละ 10 เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ร้อยละ 9 เกิดจากความผิดปกติของหัวใจพิการแต่กำเนิด และ ร้อยละ 8 เกิดจากความผิดปกติของปอด

Galvez, Lee and Robert (2002) ได้ทำการศึกษาในประเทศสเปนและเปรู เกี่ยวกับการรับรู้ของมารดาเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ จำนวน 501 คน โดยศึกษาเกี่ยวกับเจตคติเกี่ยวกับการช่วยเหลือและดูแลเมื่อเด็กมีอาการและอาการแสดงของโรคปอดอักเสบ ผลการศึกษา

พบว่า ร้อยละ 84 ของมารดาที่รับรู้เกี่ยวกับโรคปอดอักเสบ และมารดาส่วนใหญ่ร้อยละ 58.7 เชื่อว่า ปอดอักเสบเป็นโรคที่รุนแรงและอันตราย และปัจจัยสำคัญของการเกิดโรคมาจากพฤติกรรมดูแล ของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง มีเพียงร้อยละ 28.9 เท่านั้นที่เชื่อว่าไวรัสเป็นสาเหตุของโรคปอดอักเสบ

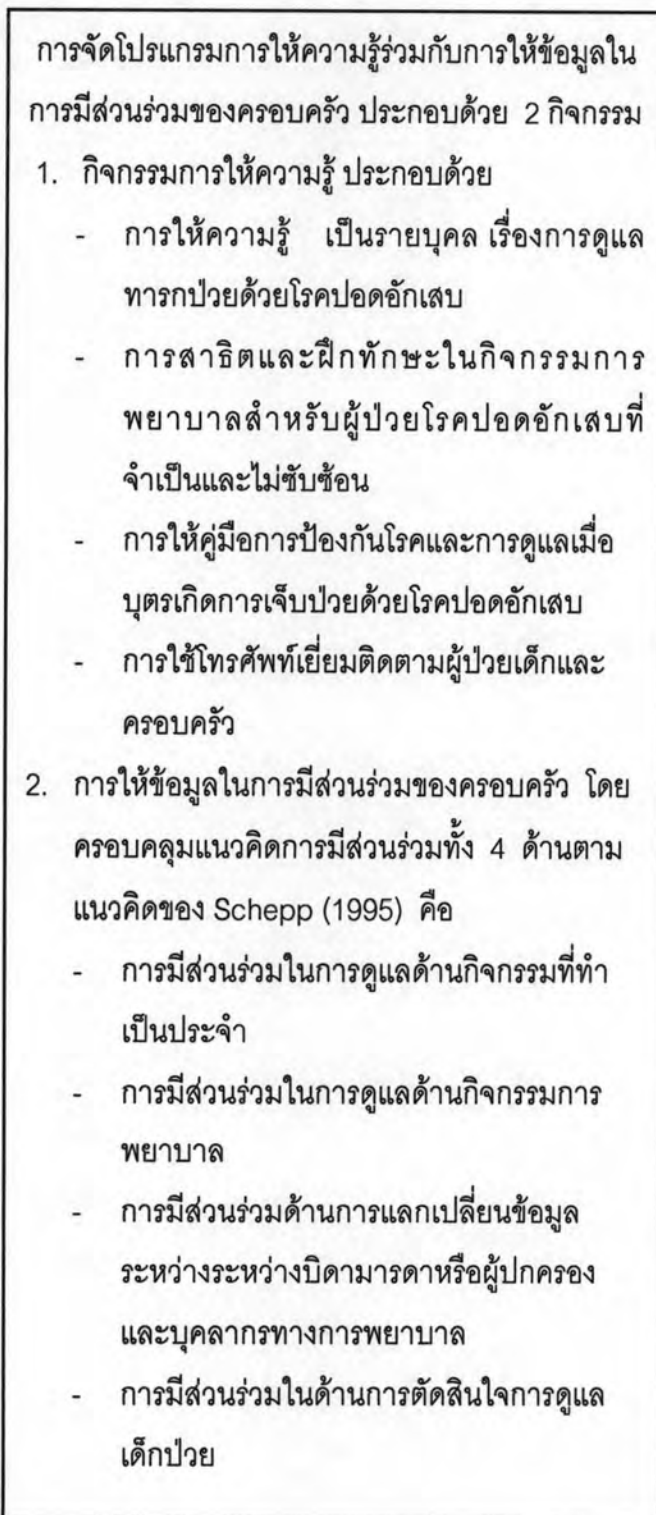
Saul, Robert and Lena (2003) ได้ทำการศึกษาในทวีปแอฟริกาและเอเชียตอนใต้ เกี่ยวกับ สาเหตุของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทำการศึกษาแบบ Meta- Regression จำนวน 49 เรื่อง ผลการศึกษาพบว่าสาเหตุการตายสูงสุดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี คือ โรคปอดอักเสบ คิดเป็นร้อยละ 29 รองลงมาคือ โรคอุจจาระร่วง ร้อยละ 23

ศิริภาณี อิมน้ำขาว (2548) ได้ศึกษา การรับรู้อาการและแบบแผนการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบที่ ป่วยซ้ำของผู้ดูแล ในโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีคะแนน การรับรู้อาการอยู่ในระดับปานกลาง อาการที่รับรู้มากที่สุดคืออาการที่ท้องพาดังไปพบแพทย์ ผู้ดูแล ในกลุ่มโรงพยาบาลขอนแก่นมีการรับรู้มากกว่าโรงพยาบาลชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) แบบแผนการดูแลระหว่างกลุ่มผู้ดูแล กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลขอนแก่นไม่มีความ แตกต่างกันอย่างนัยสำคัญ ($p > 0.05$) อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการรับรู้ อาการเด็ก ($p < 0.01$) ปัจจัยด้านเด็กและสิ่งแวดล้อมไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของเด็กอย่างมี นัยสำคัญ ($p > 0.05$)

จากการทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา จะเห็นได้ว่า การเจ็บป่วยของ ทารกโรคปอดอักเสบส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมในดูแลบุตรของมารดาหรือผู้ดูแลไม่เหมาะสม ทั้งใน ด้านการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการดูแลเมื่อบุตร เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่เกิดจากมารดาขาดความรู้ ดังนั้นการส่งเสริมให้มารดาหรือผู้ดูแล ได้รับความรู้ ร่วมกับการให้ข้อมูลการมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้ดูแลหรือมารดาในการดูแลเด็กป่วยใน โรงพยาบาลในกิจกรรมที่มารดาสามารถปฏิบัติและมีส่วนร่วมได้ เพื่อเป็นการส่งเสริมและสนับสนุนการมี ส่วนร่วมของมารดาหรือผู้ดูแลในการดูแลบุตรอย่างมีแบบแผน โดยมีพยาบาลเป็นผู้คอยชี้แนะและ สนับสนุน จึงเป็นมาตรการในการส่งเสริมให้มารดาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง นำไปสู่การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมในการดูแลบุตร ทั้งในด้านการป้องกันโรคและการดูแลเมื่อบุตรเกิดการเจ็บป่วยได้อย่าง เหมาะสม

จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงได้จัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเด็ก โดยการส่งเสริมให้มารดาเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องเพื่อจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลบุตรที่ถูกต้องเหมาะสม โดยใช้รูปแบบของโปรแกรมการให้ความรู้ร่วมกับการให้ข้อมูลการมีส่วนร่วมของครอบครัว มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดยผู้วิจัยได้สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้ คือ

กรอบแนวคิดในการวิจัย



พฤติกรรมดูแลบุตร (กรมควบคุมโรค, 2546; WHO, 1994)

- การดูแลบุตรเพื่อป้องกันโรค
- การดูแลบุตรเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย