

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี และไม่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้ คือ

1. การระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี
2. การติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก
3. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อมารดาและทารก
4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
5. คุณภาพชีวิตทารก
6. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของทารก

1. การระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ก่อให้เกิดกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลาย หรือที่เรียกว่า โรคเอดส์ ซึ่งมีผลทำให้ร่างกายอ่อนแอ เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเกิดเซลล์มะเร็งขึ้นในร่างกายได้ง่าย มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และเสียชีวิตก่อนเวลาอันสมควร (สุรพล สุวรรณกุล และ อมร ลีลาธรรม , 2536 ; CDC , 1985 ; Gunderson & Gumm , 1993) เชื้อเอช ไอ วี เป็นไวรัสที่มีขนาดเล็กมาก มีคุณสมบัติที่แตกต่างจากเชื้อไวรัสอื่น คือ สามารถเข้าไปเกาะกับ T-helper cells (T4 lymphocyte) ซึ่งเป็นเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดอาศัยเซลล์เป็นสื่อ(Cell Mediated Immunity) ทำให้เซลล์เม็ดเลือดขาวถูกทำลายในขณะที่ตัวมันไม่ถูกทำลายจากภูมิคุ้มกันของร่างกาย ไวรัสนี้ยังมี Reverse Transcriptase Enzyme ทำให้สามารถแบ่งตัว และเปลี่ยนแปลงนอกที่หุ้มอยู่ (Envelope) ได้รวดเร็วกว่าไวรัสชนิดอื่นถึง 100 - 1000 เท่า มีผลให้วัคซีนที่ผลิตขึ้นใช้ไม่ได้ผลกับไวรัสที่เปลี่ยนแปลงไปแล้ว เชื้อเอชไอวี สามารถแพร่กระจายได้ทางเพศสัมพันธ์ ทางเลือด และจากมารดาสู่ทารก เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายของผู้ติดเชื้อ โดยเกาะติดกับ CD4 receptor บนผิวเซลล์ เชื้อไวรัสจะแทรกตัวผ่านผนังเซลล์ออกเปลือกหุ้มออก และสร้าง DNA จาก RNA โดยใช้ Reverse Transcriptase Enzyme แล้วแฝงตัวอยู่ในเซลล์นั้น โดยจะยังไม่แสดงอาการของโรค ในช่วงสัปดาห์ที่ 1 - 3 ไวรัสที่แฝงอยู่จะเริ่มแบ่งตัวอย่างรวดเร็วจนเม็ดเลือดขาวแตก แล้วกระจายออกไปจน

เม็ดเลือดขาวมีจำนวนลดลง และตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 จะสามารถตรวจพบแอนติบอดีในร่างกายได้ แต่อาจไม่พบเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือด และสามารถทำแอนติบอดีต่อเซลล์ของอวัยวะนั้น โดยตรง

ภายหลังได้รับเชื้อ 3 - 6 สัปดาห์ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะมีอาการติดเชื้ออย่างเฉียบพลัน และจะหายไปได้เองภายใน 2 - 3 สัปดาห์ก่อนเข้าสู่ระยะติดเชื้อ โรคเอดส์โดยไม่มีอาการ โดยระยะนี้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะไม่มีอาการใดเลยที่แสดงว่าติดเชื้อโรคเอดส์ นอกจากตรวจเลือด พบว่าจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลง (T4 lymphocyte) และพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี เมื่อจำนวนเม็ดเลือดขาวลดลงมากขึ้น ร่างกายจะเริ่มปรากฏอาการแสดงของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ได้แก่ คอมน้ำเหลืองโต มีไข้ หรืออุจจาระร่วงเรื้อรัง มีเชื้อราในปาก ระยะที่เชื้อเข้าสู่ร่างกายจนกระทั่งเริ่มปรากฏอาการ (ARC & AIDS) โดยเฉลี่ยประมาณ 7 - 8 ปีหรือมากกว่า บางคนอาจใช้เวลา 1 - 2 ปีก็ปรากฏอาการ (Fairchild , 1992 : 337 ;Guarda & Peterson , 1986 : 28) สำหรับระยะฟักตัวในเด็กจะใช้นเวลาน้อยกว่า ซึ่งในทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีระยะฟักตัวโดยเฉลี่ยเพียง 7 - 9 เดือน (Levinson and O' Connell , 1991 : 693)

การติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากมีการระบาดอย่างรวดเร็วทั่วโลก โดยองค์การอนามัยโลกได้ประมาณว่าตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคเอดส์จนถึง 30 มิถุนายน 2539 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวม 25.5 ล้านคนในผู้ใหญ่ และกว่า 2.4 ล้านคนเป็นเด็ก (วารสารโรคเอดส์ , 1996 : 174) สำหรับประเทศไทยผู้ป่วยเอดส์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้รายงาน พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์ (กันยายน 2527 - เมษายน 2540) รวม 61,382 ราย โดยสามารถแบ่งการระบาดของโรคเอดส์เป็นระยะต่างๆดังนี้ (กองโรคเอดส์ , 2534 อ้างใน สุริพร ธนศิลป์ , 2538 : 5 - 6)

ระยะที่ 1 ในปีพ.ศ.2527 เป็นปีที่เอดส์ได้รับการวินิจฉัยเป็นครั้งแรกในประเทศไทย การระบาดของเชื้อเอดส์ คงจำกัดในกลุ่มคนจำนวนน้อย และมีพฤติกรรมพิเศษ เช่น ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ เริ่มตรวจพบผู้ป่วยเอดส์บ้าง แต่เกือบทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาจากต่างประเทศ

ระยะที่ 2 การระบาดของโรคเอดส์ครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2531 พบในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด โดยอัตราความชุก และการติดเชื้อเอดส์ ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจากต่ำกว่าร้อยละ 1 ในปลายปี พ.ศ. 2530 เป็นสูงกว่าร้อยละ 40 ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2531 มีการคาดคะเนว่า การระบาดครั้งนี้ อาจมีความสัมพันธ์กับการปล่อยผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดจำนวนมาก ออกจากเรือนจำ ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2530

ระยะที่ 3 การระบาดของโรคเอดส์ครั้งใหญ่ในปี พ.ศ. 2532 ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ เชื่อว่า การติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มนี้ น่าจะเกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์รักร่วมเพศ จากการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอดส์เฉพาะพื้นที่ ในเดือนมิถุนายน 2532 มีการตรวจพบอัตราความชุกของหญิง

บริการทางเพศสูงถึงร้อยละ 44 การสำรวจต่อมาในกลุ่มนี้ คงพบแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นเรื่อยๆ และตรวจพบทุกๆภาคตามมาในปี พ.ศ. 2533

ระยะที่ 4 การระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่เกี่ยวหญิงบริการ พ.ศ. 2533 คาดว่าจะมีประชาชนที่เป็นชายและอยู่ในวัยที่จะเที่ยวได้ประมาณ 13 - 15 ล้านคน ในจำนวนนี้อาจมีร้อยละ 50 เคยเกี่ยวหญิงบริการ จากข้อมูลการสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มาขอตรวจกรมโรคสูงถึงร้อยละ 4.2 ซึ่งเป็นตัวชี้วัดได้อย่างดี การแพร่ระบาดในกลุ่มนี้จะยังคงดำเนินควบคู่ไปกับกลุ่มหญิงบริการ หากค่านิยมและพฤติกรรมเกี่ยวหญิงบริการยังไม่เปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 5 เป็นระยะที่คาดว่าอีก 5 -10 ปี จะพบการระบาดของเชื้อเอชไอวีในหญิงทั่วไป คือหญิงที่กำลังจะแต่งงานหรือหญิงที่เป็นแม่บ้าน และลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี หากไม่มีการป้องกันที่ดี

จากข้อมูลต่างๆ ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ได้ระบาดติดต่อไปครบวงจรสมบูรณ์แล้ว กล่าวคือ จากชายรักร่วมเพศสู่ผู้ติดยาเสพติด จากผู้ติดยาเสพติด สู่ชายและหญิงรักร่วมเพศ ซึ่งหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีหากเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น ก็สามารถที่จะแพร่เชื้อไปสู่ทารกในครรภ์ได้ และในปัจจุบันแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์สูงขึ้น ทำให้ทารกที่คลอดจากหญิงเหล่านี้เพิ่มขึ้น โดยที่ทารกเหล่านี้ส่วนหนึ่งมีการติดเชื้อเอชไอวี และจะพัฒนาเป็นโรคเอดส์ต่อไป

2. การติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก

การติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก มีรายงานเป็นรายแรกในโลกเมื่อปี พ.ศ. 2525 (Rogers et al ., 1987:1009) จากนั้นก็มีรายงานเพิ่มมากขึ้น ในช่วงกลางปี พ.ศ. 2534 ศูนย์ควบคุมโรคสหรัฐอเมริกา ได้รับรายงานเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและป่วยเป็นโรคเอดส์มากกว่า 2,900 ราย และในปัจจุบันพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสาเหตุของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในเด็ก (Yogev & Conner ,1992 cited in Francis , 1994 : 47) คาดว่าในปี พ.ศ. 2543 จะมีเด็กที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ถึง 10 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เด็กเหล่านี้ติดเชื้อเอชไอวี จากมารดา

สำหรับประเทศไทย จากรายงานผู้ป่วยเอดส์ที่กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยเอดส์ (กันยายน 2527 - เมษายน 2540) รวม 61,382 ราย ระยะแรกของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ระหว่างปี พ.ศ. 2527 - 2530 ยังไม่มีการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เป็นเด็ก เด็กที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ 2 รายแรก เกิดขึ้นในปี พ.ศ. 2531 โดยทั้ง 2 รายเกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี หลังจากนั้นเด็กที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ หรือมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์เริ่มมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งถึงสิ้นปี

พ.ศ.2537 มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ในเด็กรวมทั้งสิ้น 1,382 ราย โดยพบว่า ร้อยละ 98.9 เป็นการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก(สรุปสถานการณ์เอดส์ , กองระบาดวิทยา อ่างในทวี โชติทิพย์สุนนท์ , 2538 : 204)

จากการที่ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆ จากการศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีที่มาฝากครรภ์กับโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศมีอัตราการติดเชื้อโดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น คือจากร้อยละ 0.0 ในปี พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 1, 1.5 , และ 1.61 ในปี พ.ศ. 2535 , 2536 และ 2537 ตามลำดับ (ข่าวสารโรคเอดส์, 2537) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมบูรณ์ศักดิ์ ญาณไพศาล(2535 : 187) ที่พบว่า อัตราการติดเชื้อเอดส์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ ณ. โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ เท่ากับ 4.13 % โดยการติดเชื้อมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นทุกปี คือ พบการติดเชื้อเพิ่มจาก 1.19 % ในปี พ.ศ. 2532 เป็น 2.46 % , 5.71% และ 5.90 % ในปี พ.ศ. 2533, พ.ศ. 2534 และ พ.ศ. 2535 ตามลำดับ เมื่อสตรีกลุ่มนี้ตั้งครรภ์ ก็จะมีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไวรัสเอดส์ไปสู่ทารกได้ซึ่งมีโอกาสสูงถึงร้อยละ 24 - 53 (The European Collaborative Study , 1988 อ่างในอมร ลีลาธรรมี, 2536:199) โดยรายงานในสหรัฐอเมริกาพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 16 ถึง 30 ทวีปยุโรปพบร้อยละ 13 ถึง 33 และทวีปอัฟริกาพบร้อยละ 30 ถึง 52 (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา , 2537 : 189 ; Francis , 1994 : 47)

สำหรับประเทศไทยมีการศึกษาในโรงพยาบาลหลายแห่ง พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวี จากมารดาสู่ทารกอยู่ในช่วงระหว่างร้อยละ 20 ถึงร้อยละ 45 จากการศึกษาที่โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลราชวิถี พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกร้อยละ 25 (กาญจนา นิยะพันธุ์ และคณะ , 2537 : 131) ส่วนในภาคเหนือการศึกษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ พบร้อยละ 41 และ โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ พบร้อยละ 42 (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา , 2537 : 189) การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ อาการของโรคในมารดา มารดาที่มีอาการของเอดส์แล้วจะถ่ายทอดเชื้อให้บุตรได้มากกว่ามารดาที่ยังไม่แสดงอาการ การตรวจนับCD4 และ CD8 ในเลือดของมารดา ถ้ามี CD4 น้อยกว่า 700 ตัวต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร หรือ มีอัตราส่วนของCD4 ต่อ CD8 น้อยกว่า 0.6 บุตรจะมีความเสี่ยงสูงมากขึ้น หรือ ปัจจัยขณะคลอด เช่น ภูน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด วิธีการคลอดที่บุตรสัมผัสกับเลือดของมารดามากกว่าที่ควร (วิรัตน์ สิริสันธนะ, 2539 : 160)

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกสามารถเกิดขึ้นได้ทั้ง 3 ระยะคือ

1. ติดเชื้อขณะอยู่ในครรภ์มารดา (Intrauterine transmission) โดยทารกจะได้รับเชื้อเอชไอวีจากมารดาผ่านทางรก ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของการติดต่อจากแม่ไปสู่ลูก ข้อมูลที่สนับสนุนคือ (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา ,2537 :190 ; Francis , 1994 : 47)

- ตรวจพบเชื้อเอช ไอวี ที่รกในรายที่มารดาติดเชื้อเอชไอวี
- ตรวจพบเชื้อเอช ไอวีในทารกที่ทำแท้งออกมา ตั้งแต่อายุครรภ์ได้ 8 สัปดาห์
- สามารถเอาเซลล์จากรกมาเพาะเลี้ยงเชื้อเอชไอวีได้
- ตรวจพบเชื้อเอช ไอ วีในทารกที่คลอดก่อนกำหนดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี
- ตรวจพบเชื้อในทารกแรกเกิด โดยการเพาะเชื้อ หรือ โดย PCR (Polymerase chain reaction) ประมาณ 30 -50 % ของทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

กลไกที่เชื้อผ่านจากระบบไหลเวียนของแม่ไปยังระบบไหลเวียนของลูกนั้น ยังไม่ทราบแน่ชัด แต่อาจเกิดจากเชื้อไวรัสไปทำลายเซลล์ที่ทำหน้าที่ป้องกันอันตรายของรก คือ โทรโพลลาส (trophoblast) หรืออาจผ่านเซลล์เยื่อของรกโดยกระบวนการซึมผ่านแบบ passive หรือ active (สุริพร ธนศิลป์ , 2538 : 17)

2. ติดเชื้อระยะคลอด (Intrapartum transmission) เนื่องจาก สัมผัสทางตรงกับสิ่งคัดหลั่งจากมดลูก และช่องคลอดของมารดา ซึ่งพบว่าเป็นแหล่งที่มีเชื้อไวรัสเอชไอวีเป็นอันดับสองรองจากในเลือด (สุริพร ธนศิลป์ , 2538 : 17) โดยในระหว่างขบวนการคลอดมดลูกจะบีบตัวแรงจึงมีโอกาสที่จะบีบเลือดจากมารดาผ่านรกไปยังบุตรได้ นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับวิธีการช่วยเหลือโดยใช้เครื่องมือช่วยคลอด เพราะอาจทำให้เกิดบาดแผลเป็นหนทางให้เชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายทารก (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา , 2537 : 190 ; Francis , 1994 : 47)

3. ติดเชื้อระยะหลังคลอด (Postpartum transmission) โดยได้รับเชื้อจากน้ำนมมารดาสิ่งที่ยืนยันได้คือ สามารถตรวจพบเชื้อนี้ ซึ่งมีลักษณะเป็น extracellular virus ในน้ำนมมารดาที่มีเชื้อเอชไอวี ในซีรัม ซึ่งพบความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกโดยวิธีนี้ร้อยละ 29 ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ก่อนคลอด ความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอช ไอวีจากมารดาสู่ทารกโดยวิธีนี้จะเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 14 (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา , 2537 :6 ; Francis , 1994 : 47 - 48 ; Mendez & Jule , 1990 : 642 ; Van de pert et al ., 1991 : 597 ; Ziegler , Johnson , Gold & Cooper , 1985 : 897)

ทารกที่ติดเชื้อเหล่านี้อาจจะติดเชื้อ โดยน่านมหรือโดยคุณเอน้ำเหลือง หรือเลือด ซึ่งมีเชื้อซึมออกมาจากหัวนมที่แตกทำให้ติดเชื้อนี้ได้ ดังนั้น องค์การอนามัยโลก จึงแนะนำมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ควรจะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ในบางประเทศที่ยากจน ไม่สามารถซื้อนมผสมเลี้ยงลูกได้ก็อนุโลมให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ เพราะนอกจากไม่ต้องเสียสตางค์ซื้อนมแล้ว สารอาหารในน่านมแม่และภูมิคุ้มกันเชื้ออื่นๆที่อยู่ในน่านมแม่ยังมีอยู่มากมาย ที่จะให้ลูกไม่เป็นโรคขาดสารอาหาร และยังพอที่จะต้านทานโรคติดเชื้ออื่นๆ เช่น โรคท้องร่วงในเด็กทารกได้ด้วย (พงษ์ศักดิ์ รัชศิลป์วัฒนา, 2536:6)

นอกจากช่วงภายหลังคลอดในระหว่างการเลี้ยงดูโดยผ่านทางน่านมหรือผ่านทางบาดแผลจากการที่มารดาต้องคลุกคลีกับลูกอย่างใกล้ชิดเป็นเวลานานๆในระหว่างการเลี้ยงดู เช่น การใช้กรรไกรตัดเล็บร่วมกับบุตร หรือความเชื่อในเรื่องข้าวยา ซึ่งการติดต่อโดยทางนี้ถึงแม้จะมีโอกาสเสี่ยงน้อยมาก แต่ระยะเวลาที่เลี้ยงดูนานหลายปีกว่าเด็กจะโตทำให้มีโอกาสใกล้ชิดและเสี่ยงอยู่นาน จึงมีโอกาสติดต่อได้เช่นกัน (สุปรีดา มานัสสฤติย์, 2538 : 204) การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กมักจะพบในเด็กเล็ก เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มาจากมารดาซึ่งจะเกิดขึ้นได้มากขณะที่ทารกอยู่ในครรภ์มารดา โดยได้รับเชื้อเอชไอวีจากมารดาผ่านทางรก และในปัจจุบันอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จึงทำให้มีจำนวนเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของทารก

2.1 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก

การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกอายุน้อยกว่า 18 เดือน โดยการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีนั้น ไม่สามารถยืนยันว่าทารกติดเชื้อเอชไอวีได้ เพราะแอนติบอดีที่ตรวจพบอาจเป็นแอนติบอดีที่ผ่านจากมารดาสู่ทารก โดยแอนติบอดีนี้จะยังอยู่ในทารกระยะเวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 10 เดือน ซึ่งเมื่อผ่านช่วงระยะเวลานี้ไปจะมีเพียงช่วงหนึ่งในสามของทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จะยังคงมีผลการตรวจแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีเป็นบวก ซึ่งเป็นแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีที่ทารกสร้างขึ้นเอง เนื่องจากติดเชื้อจากมารดา (อุษา ทิสายากร , 2536 :332; Blanche et al ., 1989 :1643 ; Boland & Conviser , 1992 : 201 ; Francis , 1994 :47 ; Goedert et al., 1989:1352 - 1353 ; Mendez & Jule , 1990 : 638) แต่การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก ให้ได้เร็วที่สุดจะเป็นประโยชน์ต่อการรักษา ในปัจจุบันจึงมีผู้พยายามคิดค้นหาวิธีการต่างๆ ที่จะวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกก่อนอายุ 18 เดือน เช่น การตรวจหาแอนติบอดีชนิด IgM และ IgA ที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี เนื่องจากแอนติบอดีทั้งสองชนิดนี้ไม่สามารถผ่านจากมารดามายังทารกได้ เป็นวิธีการตรวจที่ทำได้ง่าย ราคาถูกและรวดเร็ว แต่จะมีความไวและความจำเพาะสูง ในทารกที่มีอายุ

มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป หรืออาจใช้การเพาะเลี้ยงเชื้อเอช ไอ วี การตรวจด้วยวิธีนี้มีความจำเพาะสูง แต่ทำได้ยาก และได้ผลช้าต้องใช้เวลาเพาะเชื้อ 2 - 4 สัปดาห์ สำหรับการตรวจด้วยวิธี PCR นั้นเป็นวิธีการตรวจที่มีความไวสูงทราบผลการตรวจภายใน 48 ชั่วโมง ซึ่งเป็นการตรวจหาเอชไอวี ดีเอ็นเอ ในลิมโฟไซต์ โดยตรวจดูการเพิ่มจำนวน ดีเอ็นเอ ของเชื้อเอชไอวีและตรวจด้วยดีเอ็นเอโพรบ (DNA probe) การตรวจด้วยวิธีนี้สามารถตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในระยะเริ่มแรกได้และให้ผลดีแต่อาจมีผลบวกหลวง (false positive) ได้จากการปนเปื้อน ดังนั้น การแปลผลการตรวจด้วยวิธี PCR ในผู้ที่ตรวจไม่พบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีจึงต้องทำด้วยความระมัดระวังอย่างยิ่ง (ประพันธ์ ภานุภาค , 2536 : 74 ; อุษา ทิสายากร , 2536 :340 ; Boland & Conviser , 1992 : 208 ; Blanche et al . , 1989 :1647 ; Fahrner , 1992 : 410)แม้ว่าจะมีวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่อายุน้อยกว่า 18 เดือนหลายวิธี แต่เป็นวิธีการที่ยุ่งยาก การตรวจบางวิธีเสียค่าใช้จ่ายสูง และต้องตรวจในห้องปฏิบัติการที่มีอุปกรณ์อย่างดี จึงยังคงเป็นปัญหาที่มีเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนหนึ่งที่ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี แต่ไม่สามารถยืนยันถึงการติดเชื้อเอชไอวีได้แน่นอน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดคำนิยามการวินิจฉัยผู้ป่วยเป็นเอดส์ในทารกที่เกิดติดเชื้อจากมารดาไว้ดังนี้ (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา , 2537 : 187 - 189)

ก. การวินิจฉัยโรคเอดส์ในเด็กอายุต่ำกว่า 15 เดือน ใช้ในการวินิจฉัยทารกอายุต่ำกว่า 15 เดือน ซึ่งคลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้ป่วยต้องไม่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากสาเหตุอื่น ๆ รวมทั้งภาวะโภชนาการที่รุนแรง ผู้ป่วยจะถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ถ้าตรวจพบ Major signs และ Minor signs อย่างละ 2 ข้อ ดังนี้

อาการหลัก (Major signs) ได้แก่

1. น้ำหนักลดมากกว่าร้อยละ 10 หรือเลี้ยงไม่โต หรือมีภาวะขาดอาหารมากกว่าหรือเท่ากับระดับสอง อาจมีหรือไม่มีภาวะผิดปกติทางพัฒนาการ

2. มีประวัติถ่ายเหลว 2 ครั้งขึ้นไปต่อวันเรื้อรังเป็นๆหายๆนานมากกว่า 1 เดือน

3. ผู้ป่วยมีประวัติไข้เป็นๆหายๆนานมากกว่า 1 เดือน อาการแสดงนี้ในบางรายจะปรากฏชัดเจนขึ้นเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยกำหนดคำนิยามของไข้ คือ อุณหภูมิร่างกายมากกว่าหรือเท่ากับ 37.5 องศาเซลเซียส

4. ผู้ป่วยมีปัญหาคัดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างที่รุนแรงมาก หรือมีอาการต่อเนื่องกันร่วมกับภาพรังสีปอดแสดงลักษณะ bilateral reticulonodular interstitial pulmonary infiltration ติดต่อกันตั้งแต่ 2 เดือนขึ้นไป โดยที่ไม่พบเชื้ออื่นใด และไม่พบคอบสหนอง

ต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ หรือมีอาการเกิดขึ้นซ้ำๆ ในตำแหน่งเดิม หรือตำแหน่งใหม่ (recurrent episodes) ตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปใน 1 ปี หลังจากรักษาหายในครั้งก่อน

อาการรอง(Minor signs) ได้แก่

1. ค่อมน้ำเหลืองนอกเหนือบริเวณขาหนีบโตมากกว่า 1 เซนติเมตร ค่อมน้ำเหลืองบริเวณข้อศอกโต (ไม่กำหนดขนาด) ค่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตมากกว่า 1.5 เซนติเมตร เมื่อรวมกันแล้วมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ตำแหน่งขึ้นไป (ถ้าเป็น 2 ข้างในตำแหน่งเหมือนกันให้นับเป็น 1 ตำแหน่ง) หรือคล้ำได้ดัด และหรือมีขี้มูก บริเวณต่ำกว่าชายโครงขวาโตมากกว่า 2 เซนติเมตร
2. ตรวจพบการติดเชื้อ Candida albicans ในเยื่อปูด
3. มีการติดเชื้อที่ไม่รุนแรงซ้ำหลายครั้ง เช่น หูชั้นกลางอักเสบ คออักเสบ
4. มีอาการไอเรื้อรังติดต่อกันนานมากกว่า 1 เดือน ซึ่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะ (กรณีเลือก Major sign ข้อ 4 ไม่สามารถใช้อาการข้อนี้เป็น Minor sign)
5. มีผื่นที่ผิวหนังทั่วตัว ลักษณะผื่นแดงอักเสบคล้ายผื่นแพ้เรื้อรัง
6. มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวี ในมารดาขณะตั้งครรภ์ หรือก่อนคลอด หรือยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก หรือตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีในเด็ก

ข. การวินิจฉัยในผู้ป่วยเด็ก เสียชีวิตขณะอายุน้อยกว่า 15 เดือน ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการยืนยันการติดเชื้อเอชไอวีในมารดาขณะตั้งครรภ์หรือก่อนคลอด หรือตรวจพบเอชไอวีแอนติบอดีซึ่งเสียชีวิตก่อนอายุ 15 เดือน จะวินิจฉัยว่ามีอาการโรคเอดส์เมื่อตรวจพบ 1 อาการหลัก และ 1 อาการรองข้างต้น

2.2 อาการและอาการแสดง

อาการที่สำคัญที่พบในเด็กที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ ได้แก่ เลี้ยงไม่โต พัฒนาการช้า มีอาการทางระบบประสาท คับขี้มูกโต ค่อมน้ำเหลืองโตทั่วไป ฝ้าขาวในช่องปากชนิดเรื้อรัง อูจจาระร่วงเรื้อรัง หรือ กลับเป็นซ้ำ และพบภาวะปอดอักเสบชนิด lymphoid interstitial pneumonitis : LIP หรือปอดอักเสบจากเชื้อ Pneumocystis carinii อาการต่างๆ เหล่านี้มักจะปรากฏขึ้นเมื่อทารกมีอายุเฉลี่ย 4 ถึง 6 เดือน (อุษา ทิสายากร , 2536:340 ; Fahrmer ,1992 :413 ;Thomas et al., 1984:641) และเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาจะมีอาการ และอาการแสดงแตกต่างจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยหลายประการ คือ (สมศักดิ์ โล่ห์เลขา , 2537 : 187)

1. ระยะฟักตัวสั้นกว่าในผู้ใหญ่ โดยพบว่าประมาณร้อยละ 50 มีอาการภายใน 1 ปี และร้อยละ 80 มีอาการภายใน 2 ปี
2. เด็กมีปัญหาเรื่องการพัฒนาการช้า เลี้ยงไม่โต

3. เด็กมีปัญหาเรื่อง การติดเชื้อแบคทีเรียบ่อย เช่น หนองใน ปอดบวม เนื่องจากเด็กยังไม่มีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเหล่านี้มาก่อน การสร้างภูมิคุ้มกันในระยะแรกต้องอาศัย T-lymphocyte ร่วมด้วย ในเด็กที่ติดเชื้อเอช ไอ วี T-cell ถูกทำลายเลยสร้างแอนติบอดีไม่ได้ จึงเกิดการติดเชื้อแบคทีเรียบ่อย และรุนแรง บางรายต้องให้อิมมูโนโกลบูลินทางหลอดเลือด

4. มีภาวะปอดอักเสบชนิด LIP ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการหายใจลำบากไปจนถึงเนื้อเยื่อของร่างกายขาดออกซิเจนไม่ได้ เชื่อกันว่าอาจเกิดจากเชื้อ Epstein - Barr virus ซึ่งอาการนี้ไม่พบในผู้ใหญ่

5. มีการอักเสบของต่อมน้ำลาย parotid gland เรื้อรังซึ่งไม่พบโรคนี้ในผู้ใหญ่

6. การเกิดมะเร็ง เช่น มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) kaposi sarcoma พบในกลุ่มชายรักร่วมเพศเป็นส่วนใหญ่

7. โรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น cryptococcal meningitis , วัณโรค พบในผู้ใหญ่มากกว่าเด็ก เพราะ โรคเหล่านี้มักจะต้องเคยรับมาก่อน เมื่อภูมิคุ้มกันลดลง โรคก็จะปรากฏขึ้นมา

การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอาจไม่แสดงอาการ หรือมีอาการตั้งแต่เนิ่นไปจนถึงมีอาการรุนแรงได้ (อุษา ทิสายากร , 2536 :342) ซึ่งยังไม่มีการศึกษาใดยืนยันได้ชัดเจนถึงปัจจัย หรือสาเหตุที่ทำให้เชื้อเอชไอวีแบ่งตัว ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงระยะการดำเนินของโรค แต่เชื่อว่าจะขึ้นอยู่กับ ความแตกต่างทางพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่ร่างกาย ภาวะภูมิคุ้มกันของร่างกายที่มีอยู่หรือเสียไปในระยะต่อมา นอกจากนี้ยังมีความเกี่ยวข้องกับอายุ ภาวะทางโภชนาการ และจากการติดเชื้อร่วม (สุรพล สุวรรณกุล และอมร ทิลาวัณย์ , 2536 ; Fallon , Eddy , Wiener & Pizzo , 1989:10 - 11 ; Haverkos ,1987:251) เนื่องจากการติดเชื้อจะกระตุ้นภูมิคุ้มกัน ทำให้มี cytokines ซึ่งเป็นสารที่หลั่งมาจาก lymphocyte และ monocyte เช่น tumor necrosis factor (TNF) เปลี่ยนแปลงกระตุ้นให้เชื้อเอชไอวีแบ่งตัวได้ และยังมีผลโดยตรงต่อเม็ดเลือดขาวโดยเฉพาะ CD4 lymphocyte ซึ่งเอื้ออำนวยให้เชื้อเอชไอวีแบ่งตัวได้มากขึ้น ทำให้ทารกเข้าสู่ระยะการดำเนินของโรคเอดส์ที่รุนแรงขึ้น (ประพันธ์ ภาณุภาค , 2536 :80)

2.3 การจำแนกระยะของโรคในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

Center for Disease Control and Prevention (CDC,1987อ้างในกุลัญญาโรคไพบูลย์ทิ, 2539 : 220) ได้เสนอวิธีจำแนก ระยะโรคในเด็กตามอาการแสดงเป็นหลัก ซึ่งได้แก่ ระบบ P0 - P3 แต่ในระยะต่อมาการจำแนกระยะ โรคแบบที่ใช้อยู่ ไม่สามารถพยากรณ์โรคได้ จึงได้เสนอระบบใหม่ ในการจำแนกระยะ โรคโดยแบ่งตามอาการแสดงและระดับภูมิคุ้มกัน ดังตารางแสดง

ตารางที่ 1 การจำแนกระดับภูมิคุ้มกันต้านทานในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยอาศัยระดับ CD 4

ระดับภูมิคุ้มกันต้านทาน	< 12 เดือน		1 - 5 ปี		6 - 12 ปี	
	CD4 count %	CD4 count %	CD4 count %	CD4 count %	CD4 count %	CD4 count %
ระดับที่ 1 : ปรกติ	≥ 1500	≥ 25	≥ 1000	≥ 25	≥ 500	≥ 25
ระดับที่ 2 : บกพร่องปานกลาง	750 - 1499	15 - 24	500 - 999	15 - 24	200 - 499	15 - 24
ระดับที่ 3 : บกพร่องอย่างมาก	< 750	< 15	< 500	< 15	< 200	< 15

ตารางที่ 2 การจำแนกระยะโรคในเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

ระดับภูมิคุ้มกันต้านทาน	อาการแสดง			
	N : ไม่มีอาการ	A : อาการเล็กน้อย	B : อาการปานกลาง	C : อาการเต็มขั้น
1. ปรกติ	N 1	A 1	B 1	C 1
2. บกพร่องปานกลาง	N 2	A 2	B 2	C 2
3. บกพร่องอย่างมาก	N 3	A 3	B 3	C 3

แหล่งที่มา : กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ . “ การจำแนกระยะของโรคในผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อ HIV , ”

วารสารกุมารเวชศาสตร์ 35 (กรกฎาคม - กันยายน 2539) : หน้า 223.

กลุ่ม N คือ ผู้ป่วยที่ไม่มีอาการผิดปกติใดๆ

กลุ่ม A คือ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงอย่างน้อย 1 อย่าง ได้แก่ ต่อมทอนซิลอักเสบ โต ตับ และม้ามโต ผิวหนังอักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนบ่อยๆ

กลุ่ม B คือ ผู้ป่วยที่มีอาการแสดงอื่นๆที่ไม่อยู่ในกลุ่ม A หรือ C เช่น ซีด ติดเชื้อรุนแรง ระดับอักเสบ มีไข้นานเกิน 1 เดือน Nephropathy ฯลฯ

กลุ่ม C คือ ผู้ป่วยที่ถูกจัดอยู่ในกลุ่ม AIDS surveillance case definition ยกเว้น LIP ซึ่งจะจัดอยู่ในกลุ่ม B อาการแสดงในกลุ่ม C เช่น ติดเชื้อรุนแรงเกิน 2 ครั้ง ภายในเวลา 2 ปี Encephalopathy Kaposi 's sarcoma

3. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อมารดาและทารก

การระบาดของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นอย่างกว้างขวางในขณะนี้ กำลังเป็นปัญหาที่ท้าทายให้มนุษย์ต้องคิดค้นหาวิธีดูแล รักษา ควบคุม ป้องกัน เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ อีกทั้งผู้ที่มีอาการของโรคเอดส์เต็มขั้นแล้วจะเสียชีวิตทุกราย ปัจจุบันสถิติผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ

ผู้ป่วยเอดส์ยังมีได้ลดลงแต่กลับมีแนวโน้มสูงขึ้น และแพร่กระจายไปในทุกกลุ่มบุคคลรวมทั้งครอบครัวและเกือบทุกชุมชนทั่วประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มมารดาและทารก ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลสุดท้ายที่ได้รับเชื้อร้ายดังกล่าว สิ่งที่น่าทึ่งยิ่งไม่ได้ก็คือ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับมารดาและทารก ซึ่งพอที่จะสรุปมาได้ดังนี้

3.1 ผลกระทบทางด้านร่างกาย

ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์บางรายอาจไม่มีอาการใดๆเลยตลอดชีวิต โดยที่ยังมีเชื้อโรคเอดส์อยู่ในร่างกาย ส่วนผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์หรือผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้นต่างก็มีช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มรับเชื้อจนเริ่มปรากฏอาการ และลักษณะอาการของโรคแตกต่างกันในแต่ละบุคคล ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของแต่ละบุคคล จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ไม่มีอาการร้อยละ 25 - 30 จะป่วยเป็นโรคเอดส์ภายใน 5 - 10 ปี (Dunchy , 1991 : 716) ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มชายรักร่วมเพศหรือรักสองเพศ จะมีอาการป่วยเป็นโรคเอดส์ร้อยละ 54 ภายใน 11 ปี ในกลุ่มที่ติดเชื้อโรคเอดส์ภายหลังได้รับเลือด จะป่วยเป็นเอดส์ร้อยละ 49 ภายใน 7 ปี ส่วนในกลุ่ม Hemophilia จะป่วยเป็นเอดส์ร้อยละ 25 ภายใน 9 ปี และสำหรับในมารดาที่อยู่ในระยะหลังคลอด จากการศึกษาของ Scott et al ., 1987 (อ้างใน พงศ์ศักดิ์ ชัยศิลป์วัฒนา, 2536 : 6) พบว่า มารดาเหล่านี้ร้อยละ 80 จะมีการดำเนินโรคเข้าสู่ระยะที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ และระยะที่เกิดอาการของโรคเอดส์ ภายใน 28 - 30 เดือน ซึ่งเมื่อผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระยะที่มีอาการของโรค ผู้ติดเชื้อจะเริ่มมีอาการเจ็บป่วยดังนี้ คือ อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง ท้องเสียเรื้อรังหรือมีเชื้อราในปาก และอาจเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ วัณโรคในระบบต่างๆของร่างกาย เป็นต้น (Darbyshire ,1991 : 563) ซึ่งอาการต่างๆเหล่านี้ จะทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน รวมทั้งยังมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ (Image) ของผู้ติดเชื้อด้วย นอกจากนี้ยังมีโอกาสที่จะแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นอีกด้วย

ปัญหาของเด็กที่ติดเชื้อโรคเอดส์จะเหมือนกับผู้ใหญ่ คือ มีภูมิคุ้มกันบกพร่องทำให้เด็กเหล่านี้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย เชื้อโรคที่รุนแรงและพบมากในเด็ก คือ Pnuemocystic carinii นอกจากนี้อวัยวะในระบบต่างๆของร่างกายก็ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน เช่น ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร และระบบหายใจ จากผลกระทบดังกล่าว จึงทำให้ทารกที่ติดเชื้อโรคเอดส์ส่วนใหญ่ มีปัญหาต่างๆได้แก่ มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า จากพยาธิสภาพของโรคที่กระทบต่อระบบประสาทโดยตรง เด็กอาจจะพูดได้ช้า ไซ้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ มัดเล็กไม่ได้ตามวัย น้ำหนักลด ท้องร่วงเรื้อรัง มีแผลในปากและหลอดอาหาร ติดเชื้อราในปาก ปอดอักเสบเรื้อรัง หูอักเสบเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองทั่วไปโต ตับม้ามโต เก้ดเลือดต่ำ และมีอาการ

ผิดปกติทางระบบประสาท ไม่เพียงเฉพาะการเจ็บป่วยแต่เด็กกลุ่มนี้ยังอาจต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการศึกษาพบว่า 30% ของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาจะมีอาการของโรคเอดส์ในอายุ 6 เดือนแรก และมากกว่าครึ่งจะมีอาการภายใน 1 ปีแรก และ 40% ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 1 ปีแรก (The European Collaborative Study, 1991:253 -260) สำหรับเด็กที่อยู่ในครอบครัวที่มารดาหรือบิดาป่วยด้วยโรคเอดส์ ซึ่งจากอาการป่วยที่ยืดเยื้อและติดตามด้วยการเสียชีวิตของมารดาหรือบิดา จะทำให้เด็กต้องเผชิญกับภาวะสูญเสียและถูกทอดทิ้งให้เป็นเด็กกำพร้า

Robin A. Henderson et al. (1996 :91 -97) ได้ติดตามการเจริญเติบโตของเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีตลอดช่วงอายุ 2 ปีแรกของชีวิต ณ เมืองมาลาวิ ประเทศอัฟริกา โดยศึกษาเปรียบเทียบน้ำหนักและส่วนสูงของเด็ก 3 กลุ่ม คือกลุ่มที่ 1 จำนวน 92 คนเป็นเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มที่ 2 จำนวน 270 คนเป็นเด็กที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มเป็นเด็กซึ่งเกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี ส่วนกลุ่มที่ 3 จำนวน 686 คน เป็นเด็กที่เกิดจากมารดาไม่ติดเชื้อเอชไอวี และนำผลดังกล่าวเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานการเจริญเติบโตของสหรัฐอเมริกา (National Center for Health Statistics: NCHS) ผลการศึกษาได้แสดงให้เห็นว่า เด็กกลุ่มที่ 1 มีน้ำหนักและส่วนสูงน้อยกว่าเด็กกลุ่มที่ 2 และ 3 เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน และยังพบว่าเด็กกลุ่มที่ 1 และ 2 มีน้ำหนักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ถึงแม้ว่าเด็กทั้ง 2 กลุ่มจะมีน้ำหนักน้อยในช่วงระยะแรกๆ เหมือนกันแต่พบว่าภายใน 2 ปีหลังเกิดพบว่าเด็กกลุ่มที่ 2 สามารถที่จะทำน้ำหนักให้ขึ้นถึงเกณฑ์มาตรฐานปกติได้ ขณะที่เด็กกลุ่มที่ 1 ยังคงอยู่ในระดับการเจริญเติบโตต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานของสหรัฐอเมริกา คณะผู้วิจัย ได้อธิบายถึงปัจจัยต่างๆที่ทำให้ทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการเจริญเติบโตช้ากว่า ทั้งนี้เนื่องมาจาก ภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อเรื้อรังและการขาดยาที่จะใช้รักษาเอดส์ หรือภาวะแทรกซ้อนต่างๆอันเนื่องมาจากการรักษา ความยากจนของครอบครัว การมีอาการทางระบบประสาทหรือความผิดปกติในระบบต่างๆของร่างกายอันเนื่องมาจากการติดเชื้อ นอกจากนี้เด็กเหล่านี้ยังมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส

สุธีระ วัชรคุปต์ (2535 : 1-16) ได้ทำการศึกษาการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอดส์ โดยการสังเกตและติดตามบันทึกน้ำหนักและพัฒนาการของเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอดส์ที่คลอดในโรงพยาบาลระนอง ในช่วงเวลาดังแต่เดือนมีนาคม 2533 ถึงเดือนมกราคม 2535 รวม 21 ราย ซึ่งผู้วิจัยสามารถติดตามข้อมูลของเด็กได้ค่อนข้างจะครบถ้วน 7 ราย พบว่า เด็กแต่ละรายต่างก็ได้รับผลกระทบทางจิตใจและสังคมจากครอบครัว ได้แก่ บิดามารดา ญาติและผู้ริบาลเด็กเป็นผลให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กช้ากว่าปกติ

3.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ

โรคเอดส์เป็นโรคที่คุกคามต่อชีวิตและจิตใจของผู้ติดเชื้อ ภาวะจิตสังคมของผู้ติดเชื้อจะขึ้นอยู่กับระยะของโรค โดยในระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อจะเป็นระยะวิกฤติ การตอบสนองทางอารมณ์มีได้ตั้งแต่รู้สึกขงจนถึงการแสดงออกต่างๆเช่น บางคนจะมีอาการช็อค ปฏิเสธและไม่สามารถรับข้อมูลใดๆได้ มีความกลัวและวิตกกังวลเป็นอย่างมาก ควบคุมตนเองไม่ได้ รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม ความตายกำลังรออยู่ข้างหน้า (บรรจง คำหอมกุล และคณะ , 2535 : 71) ท้อแท้ สิ้นหวัง ความรู้สึกต่างๆเกิดขึ้นและเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว จึงมักพบว่าผู้ติดเชื้อในระยะนี้มักมีความคิดอยากตายบ่อยๆมีพฤติกรรมแยกตัวจากสังคม (Dunchy ,1991 : 718) และจะต้องเผชิญกับความกดดันด้านจิตใจจากการเจ็บป่วยทางกายที่ไม่มียารักษาให้หาย ส่งผลให้เกิดความเศร้า โกรธ สูญเสียบทบาทการเป็นสมาชิกในสังคม สูญเสียสัมพันธภาพอาจปราศจากการติดต่อกับสังคมกลายมาเป็นคนหมกมุ่นกับตนเอง มักเห็นห่างครอบครัวออกไปและอาจได้รับการประณามและรังเกียจจากสังคมทำให้เกิดความไม่มั่นคงในชีวิต (Kelly et al . , 1993 :215) และถ้าผู้ติดเชื้อมีภาวะสุขภาพที่ทรุดลงเนื่องจากการเจ็บป่วย จะทำให้ผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำงานหรือดำรงหน้าที่ตามบทบาทในสังคมได้ ต้องหยุดหรือออกจากงานที่ทำ ทำให้ครอบครัวขาดรายได้ ประกอบกับยารักษาที่มีราคาแพงและต้องรับประทานยาต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพและค่าใช้จ่าย การติดเชื้อเอชไอวีเป็นประสบการณ์ที่สร้างความทุกข์โศกให้แก่ผู้ติดเชื้อเป็นอย่างมากโดยเฉพาะหญิงที่อยู่ในฐานะมารดาจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เช่น การมีอาการแสดงของโรคทำให้ได้รับความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ นอกจากนี้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับความกดดันทางจิตใจมาก จะมีความกลัวและวิตกกังวลทั้งในเรื่องของตนเองและบุตร จากการศึกษาในเรื่องการเผชิญปัญหาชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ ของบังอร ศิริโรจน์ และคณะ (2537 , 298 - 314) พบว่า มารดาในกลุ่มนี้ตกอยู่ในภาวะวิตกกังวลเป็นอย่างมากในเรื่องบุตรรวมทั้งตนเอง คือกลัวบุตรจะติดเชื้อ เจ็บป่วยและตายในที่สุด และยังกลัวว่าหลังจากที่ตนเองเสียชีวิตลงแล้วจะไม่มีผู้เลี้ยงบุตร และ จากการศึกษาของอรอุษา สถิตยพุทธการ (2538:4) ที่ทำการสัมภาษณ์มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะหลังคลอด พบว่ามารดาเหล่านี้มีความกลัวและความวิตกกังวล เช่นกลัวสามีไม่ยอมรับ กลัวบุตรติดเชื้อจากตนเองกลัวว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน กลัวบุคคลอื่นจะรังเกียจตนเมื่อทราบว่าตนมีการติดเชื้อ มีความรู้สึกท้อถอย และเศร้าโศก รู้สึกผิดและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อทราบว่าบุตรติดเชื้ออันเนื่องมาจากตนเอง (Felisa L. Cohen et al . , 1995 : 294 ; Ruth Faden et al . , 1991 : 114)

ในขณะที่สังคมยังหวาดกลัวการคิดเชื่อเฮดส์ และโดยที่เด็กอยู่ในวัยที่ต้องการความรัก ความสนใจและความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยจากครอบครัวและคนใกล้ชิด การมีบิดาหรือมารดาที่คิดเชื่อเฮดส์จึงเป็นดังตราประทับสำหรับเด็ก ไม่ว่าเด็กจะได้รับการวินิจฉัยว่าคิดเชื่อเฮดส์หรือไม่ก็ตาม ซึ่งจะมีผลให้เด็กไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมทั้งจากบุคลากรทางการแพทย์ สังคม และญาติพี่น้อง โดยเฉพาะในเด็กโตและวัยรุ่นซึ่งสามารถรับรู้เรื่องราวต่างๆ และมีความรู้สึกไวต่อสิ่งรอบข้างที่เข้ามากระทบ จะเกิดผลกระทบทางจิตใจอย่างรุนแรง ซึ่งอาจทำให้มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม ซึมเศร้า บางรายอาจคิดฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมเหลวไหล (Deliquent behavior) ขาดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสม (พัศกรวิมล ประเสริฐ และปาริชาติ จันทร์จรัส , 2539 :135) การเจ็บป่วยบ่อยๆทำให้ทารกที่คิดเชื่อเฮดส์ไอวี ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆจะทำให้เด็กเกิดความเครียดและความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ยุ่งยากและเจ็บปวด การต้องแยกจากบิดามารดา พี่น้องทำให้รู้สึกวิตกกังวลขาดความอบอุ่น และยังถ้าต้องถูกแยกจากผู้ป่วยอื่นๆไม่ได้รับความสนใจดูแลใกล้ชิด จะยิ่งทำให้เด็กเกิดความกลัวขาดความเชื่อมั่นและความเป็นตัวของตัวเองจะหมดไป เด็กอาจแสดงพฤติกรรมถดถอยหรือก้าวร้าว (จรัสศรี จันทร์สายทอง , 2535 : 47)

3.3 ผลกระทบทางด้านสังคม

เนื่องจากโรคเฮดส์เป็นโรคระบาดที่คุกคามต่อชีวิตของมนุษย์เป็นจำนวนมาก ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตระหนก กลัวว่าจะติดเชื้อโรคเฮดส์ทำให้เกิดความวิตกกังวล เกิดการตีตราหรือสร้างรอยมลทินให้แก่ผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อหรือผู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงนั้น ได้ก่อให้เกิดตราบาปแก่ผู้ถูกประทับรอยเป็นอย่างมาก เพราะไม่เพียงแต่ได้ทำลายความสุข ความมุ่งหวังและอนาคตของบุคคลผู้นั้นลงเท่านั้น หากพฤติกรรมที่สะท้อนความหวาดกลัว และการรังเกียจเหยียดหยามของคนในสังคม ยังทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของบุคคลเหล่านี้ลงด้วย นอกจากนี้อาจถูกออกจากงาน ถูกแยกครอบครัว ถูกต่อต้านจากคนในสังคม ทำให้ไม่อาจดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข (Kelly and Lawrence , 1988:100) ซึ่งมารดาที่คิดเชื่อเฮดส์ไอวีก็จะได้รับผลเหล่านี้เช่นเดียวกับผู้ติดเชื้ออื่นๆด้วย ยิ่งทารกเป็นวัยที่ต้องการความรักการเอาใจใส่ดูแลจากมารดาและบุคคลในสังคม การถูกตั้งข้อรังเกียจ ถูกตีตรา และการถูกเลือกปฏิบัติจะยิ่งส่งผลให้เด็กขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หากมีชีวิตรอดเมื่อเติบโตเป็นผู้ใหญ่

4. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

4.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต ประกอบด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ กับชีวิต คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดีลักษณะประจำบุคคลหรือสิ่งมีชีวิตหมายถึงความดีที่อยู่ (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน 2525 : 187 , 269) ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล

กระทรวงสาธารณสุข (2535 : 72) ให้ความหมาย คุณภาพชีวิตว่า หมายถึง การดำรงชีวิตของมนุษย์ ในระดับที่เหมาะสมตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานในสังคมหนึ่งๆ ในช่วงเวลาหนึ่ง และคุณภาพชีวิตของประชาชนจะดี หมายถึง ครอบครัวหรือชุมชนนั้น ได้บรรลุเกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ครบถ้วนทุกประการ

Ferrans & Powers (1992 : 15) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิต ว่าเป็นความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุกที่เกิดจากความพึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจในด้านต่างๆที่มีความสำคัญต่อชีวิตของบุคคล

จากความหมายของคุณภาพชีวิต ดังกล่าว พอสรุปได้ว่า คุณภาพชีวิต หมายถึง การมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี ได้รับการตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพึงพอใจของบุคคลเป็นสำคัญ

4.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

การที่บุคคลจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องขึ้นอยู่กับองค์ประกอบมากมาย และแต่ละองค์ประกอบนั้น ก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันออกไป ตามทัศนะแต่ละบุคคล หรือแต่ละเรื่อง ทั้งนี้ นักวิชาการได้เสนอองค์ประกอบที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต ซึ่งมีส่วนแตกต่างกันบ้างในรายละเอียด ดังนี้

องค์การยูเนสโก (UNESCO , 1981 อ้างใน จุฑามาศ สรวีสูตร และหิรัญ ลิ้มสุวรรณ , 2528 : 69) ได้เสนอว่า มีองค์ประกอบหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ซึ่งประกอบไปด้วยองค์ประกอบต่างๆเหล่านี้ ได้แก่ อาหารสุขภาพอนามัยและโภชนาการ การศึกษา สิ่งแวดล้อม และทรัพยากร ที่อยู่อาศัย และการตั้งถิ่นฐาน การมีงานทำ ค่านิยม ศาสนา จริยธรรม กฎหมาย และองค์ประกอบทางด้านจิตวิทยา

George & Bearson (1980 อ้างใน อัจฉรา นวจินดา, 2525 : 43) อธิบายไว้ว่า องค์ประกอบที่สำคัญของคุณภาพชีวิตมี 4 ด้าน คือ

1. ความพึงพอใจในชีวิต (Life Satisfaction)
2. ความสำเร็จในชีวิต (Self - Esteem)
3. ความสมบูรณ์ของร่างกาย (Health and Functioning)
4. ภาวะเศรษฐกิจ และสังคม (Socioeconomic Status)

จะเห็นว่า การที่มนุษย์จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น ต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่มีองค์ประกอบมากมาย และแต่ละองค์ประกอบนั้นก็มีความสำคัญมากน้อยแตกต่างกันไปตามทัศนะของผู้มอง

4.3 การประเมินคุณภาพชีวิต

องค์การวัฒนธรรมวิทยาศาสตร์ และการศึกษาของสหประชาชาติ หรือยูเนสโก (UNESCO, 1980 : 312) ได้เสนอเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตไว้ 2 ด้าน คือ

1. คุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัย (Objective) เป็นการศึกษาบนพื้นฐานของข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ นับได้ หรือวัดได้ เช่น ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
2. คุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย (Subjective) เป็นการศึกษาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานทางด้านจิตวิทยา สามารถวัดได้โดยสอบถามความรู้สึก และเจตคติต่อประสบการณ์ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิต การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ การดำรงชีวิตรวมทั้งสิ่งต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชีวิต ความพึงพอใจโดยเชื่อว่า กระแสความรู้สึกนึกคิดจะสะท้อนให้เข้าใจถึงสภาพความเป็นอยู่ ตามองค์ประกอบต่างๆที่เป็นตัวบ่งชี้คุณภาพชีวิต

5. คุณภาพชีวิตทารก

เป็นการยากที่จะระบุให้แน่ชัดว่า คุณภาพชีวิตที่ดีของเด็กนั้นควรประกอบไปด้วยอะไรบ้าง เนื่องจากเด็กไม่สามารถบอกกับเราได้ว่าเขาต้องการสิ่งใด การที่เด็กมีพ่อแม่ มีบ้านที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง มีข้าวกินมีเสื้อผ้าใส่ เพียงเท่านั้น จะถือว่าเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้หรือยัง นักโภชนาการอาจจะโต้แย้งว่า เท่านั้นไม่เพียงพอ เด็กจำเป็นจะต้องได้รับอาหารที่ดี และถูกต้องตามหลักโภชนาการด้วย เด็กจะได้เติบโตแข็งแรง แพทย์ก็อาจจะให้ความเห็นว่า เท่านั้นยังไม่พอ เด็กจะต้องมีสุขภาพอนามัย ไม่เจ็บไข้ สติปัญญาเฉลียวฉลาด นักสังคมสงเคราะห์ก็อาจจะแย้งว่า ทั้งหมดนั้นยังไม่พอ เด็กจะต้องอยู่ท่ามกลางพ่อแม่ ญาติพี่น้องที่ให้ความรัก ความอบอุ่น เข้าใจปัญหาและความต้องการของเด็ก สิ่งต่างๆเหล่านี้อาจจะเป็นองค์ประกอบสำคัญในการที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของเด็กดีขึ้นได้ แต่เพื่อให้มีหลักในการประเมินคุณภาพชีวิตของเด็ก นักวิชาการของสหประชาชาติจึงได้ร่วมกันพิจารณา และตั้งเป็นข้อกำหนดกฎเกณฑ์ขึ้น เพื่อให้ทุกประเทศถือเป็นแนวทางปฏิบัติ ซึ่งเรียกว่า “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็ก และเยาวชน” เด็กในที่นี่หมายถึง ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ตาม

ความหมายในอนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็กแห่งสหประชาชาติ พ.ศ. 2532 (คณะกรรมการส่งเสริมประสานงานเยาวชนแห่งชาติ , 2533 : 14 -15) เพื่อเป็นหลักประกันความสุขของเด็ก หรือนัยหนึ่งถือว่า เป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่หน่วยงานต่างๆ ทั้งของภาครัฐบาล และภาคเอกชนจะต้องจัดให้มีขึ้นอย่างครบถ้วนสมบูรณ์

สำหรับประเทศไทย นอกจากจะดำเนินการตามปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิเด็ก และเยาวชนแล้ว คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ ยังได้กำหนดแนวทางการต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (สพค.) ขึ้นมาเพื่อเป็นเกณฑ์ขั้นต่ำให้เด็กไทยควรได้รับ เนื่องจากเล็งเห็นว่า ความจำเป็นพื้นฐานสำหรับคนไทย (จปฐ.) นั้นเป็นเกณฑ์ชีวิตสำหรับประชาชนและครอบครัวโดยทั่วไปไม่เหมาะสมกับเด็ก สำหรับสภาวะความต้องการพื้นฐานของเด็ก หรือ สพค. นั้นเป็นเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำ ซึ่งเด็กทุกคนทั้งนี้ไม่ว่าเด็กเหล่านั้นจะเกิดจากมารดาที่ติดเชื่อเอชไอวี หรือไม่ติดเชื่อเอชไอวีก็ตาม ต้องได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานเพื่อให้ได้รับการพัฒนาที่เป็นไปอย่างรอบด้าน เพื่อให้การพัฒนาบรรลุถึงศักยภาพของความเป็นมนุษย์โดยสมบูรณ์ กล่าวคือ เพื่อให้เด็กเติบโตขึ้นมา และมีชีวิตอยู่รอด ให้ได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมาย และ เพื่อให้เด็กสามารถใช้ชีวิตอย่างมีประโยชน์ต่อตนเอง และสังคม ในท้ายที่สุดก็เพื่อให้เด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั่นเอง ซึ่งการได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานประกอบด้วย 7 ด้าน ดังนี้ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ , 2533 : 149 - 151)

ด้านที่ 1 ความต้องการด้านโภชนาการ และสุขภาพอนามัย ได้แก่ การได้รับสารอาหารที่ครบถ้วน และถูกต้องตามหลักโภชนาการในแต่ละเพศและวัย ตามเกณฑ์มาตรฐานส่วนสูงและน้ำหนักที่เด็กไทยควรจะมี การได้รับการส่งเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนตามที่กำหนดไว้ตลอดจนการได้รับการป้องกันจากโรคติดต่อและไม่ติดต่อ รวมทั้งได้รับการรักษาพยาบาลขั้นพื้นฐานในกรณีที่เจ็บป่วย นอกจากนี้ยังมีการกำหนดมาตรฐานที่อยู่อาศัย มาตรฐานสถานเลี้ยงดูเด็ก ศูนย์ปฐมวัย โรงเรียนและสถานที่ทำงานและมาตรฐานสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับเด็กด้วย

ด้านที่ 2 ความต้องการด้านความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การเสริมสร้างสมรรถภาพทางร่างกายของเด็ก เพื่อให้เจริญเติบโต แข็งแรง และสมบูรณ์ตามปกติในวัยของตน มีโอกาสออกกำลังกาย เล่นกีฬา และพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

ด้านที่ 3 ความต้องการด้านพัฒนาการของร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม นอกเหนือจากด้านโภชนาการ และสุขภาพอนามัยแล้ว เด็กยังมีความต้องการที่จะพัฒนาด้านสติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม ซึ่งความต้องการด้านต่างๆเหล่านี้ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน จะจำแนกจากกันโดยเด็ดขาดมิได้ บิดา มารดา หรือผู้ปกครองจึงต้องมีความเข้าใจหรือตอบสนอง

ความต้องการด้านต่างๆ เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการรอบด้าน และสามารถพัฒนาตนเองตามศักยภาพได้ในที่สุด

ด้านที่ 4 ความต้องการด้านการศึกษา โดยกำหนดให้เด็กต้องการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน เป็นอย่างน้อยเพื่อให้มีความรู้ ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และทักษะในการดำรงชีวิตต่อไป

ด้านที่ 5 ความต้องการด้านวัฒนธรรม เพื่อให้มีสุนทรียภาพ รู้จักรักเข้าใจ และอนุรักษ์มรดก และเอกลักษณ์ของชาติ รวมทั้งมีจริยธรรมพื้นฐาน และคุณธรรมตามหลักศาสนาของตน อันได้แก่ การรักความจริง การไม่เบียดเบียนกัน ความสะอาด ความรู้จักพอ และความมีน้ำใจซึ่งสำคัญมาก

ด้านที่ 6 ความต้องการในการเตรียมตัวเข้าสู่อาชีพ ได้แก่ ความต้องการของเด็กที่จะได้รับการฝึก กอบรมความรู้ และทักษะสำหรับเตรียมการประกอบอาชีพตามความถนัด ความสามารถ และความสนใจของตน ซึ่งผู้ใหญ่และรัฐต้องจัดให้เด็ก

ด้านที่ 7 ความต้องการด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานทางการเมืองการปกครอง ตามที่อนุสัญญาว่าด้วยสิทธิเด็ก มีนาคม 2322 ตอนที่ 1 มาตรา 7 ได้กำหนดไว้ว่าเด็กจะต้องได้รับการจดทะเบียนในทันทีหลังจากเกิด และจะต้องมีสิทธิจากการเกิดของเขาที่จะมีชื่อ มีสิทธิที่จะมีสัญชาติ ซึ่งบิดามารดา และ/หรือ ผู้เลี้ยงดูไม่ควรละเลยต่อการไปแจ้งเกิด และการนำชื่อบุตร เข้าไปในสำเนาทะเบียนบ้าน เพื่อให้บุตรเป็นชาวไทยที่สมบูรณ์

แต่เนื่องจากการศึกษาคั้งนี้ เป็นการศึกษาคคุณภาพชีวิตของทารกวัยขวบปีแรก ซึ่งเป็นวัยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ยังคงต้องการการตอบสนองความต้องการพื้นฐานจากผู้เลี้ยงดู โดยเฉพาะจากมารดาซึ่งเป็นบุคคลสำคัญในการกระทำบทบาทดังกล่าว และเมื่อพิจารณาทั้ง 7 ด้านแล้วจะเห็นว่าบางกิจกรรม ได้แก่ ความต้องการด้านการการศึกษา ด้านวัฒนธรรม และการเตรียมตัวเข้าสู่อาชีพ ยังไม่เกิดขึ้นในวัยขวบปีแรก ผู้วิจัยจึงนำเกณฑ์ของ สพด. เพียง 4 ด้านมาใช้ในการศึกษาคั้งนี้ กล่าวคือ ด้านที่ 1 ความต้องการด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย ด้านที่ 2 ความต้องการด้านความแข็งแรงของร่างกาย ด้านที่ 3 ความต้องการด้านพัฒนาการของร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม และด้านที่ 4 ความต้องการด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานทางการเมืองการปกครอง โดยผู้วิจัยประเมินคุณภาพชีวิตของทารกตามแนวคิดขององค์การวัฒนธรรมวิทยาศาสตร์ และการศึกษาของสหประชาชาติ(UNESCO,1980) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตวิสัย ซึ่งเป็นการศึกษานบนพื้นฐานของข้อมูลด้านจิตวิทยา วัดได้โดยสอบถามความรู้สึก การรับรู้ต่อสภาพความเป็นอยู่ โดยในการศึกษาคั้งนี้ หมายถึง การสัมภาษณ์มารดาในการที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานแก่ทารกตามเกณฑ์ของสภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (สปด.) รวม 4 ด้าน ซึ่งได้กล่าวไว้ข้างต้น และคุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัย ซึ่งเป็นการศึกษานบนพื้นฐานของข้อมูลด้านรูปธรรมที่มองเห็นและวัดได้ในการศึกษาคั้งนี้ หมายถึง สภาวะสุขภาพ

ของทารกซึ่งผู้วิจัยประเมินจากสุขภาพจริงของตัวทารกเอง อันประกอบด้วย การประเมินการเจริญเติบโต โดยใช้น้ำหนักและส่วนสูงของทารกเทียบกับอายุตามเกณฑ์ของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข ระดับพัฒนาการ ประวัติการเจ็บป่วย และการประเมินความสะอาดร่างกายของทารก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานจากการปฏิบัติของมารดา

ด้านที่ 1 ความต้องการด้านโภชนาการและสุขภาพอนามัย กล่าวคือ การที่ทารกได้รับการส่งเสริมสุขภาพอนามัยในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1ด้านโภชนาการ หมายถึง การที่ทารกได้รับน้ำนมแม่ในกรณีที่ทารกเกิดจากมารดาไม่ติดเชื้อเอชไอวี และได้รับนมผสมที่เหมาะสมกับทารกในกรณีที่ทารกายนั้นเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการได้รับอาหารเสริมอย่างเหมาะสมตามวัยและปริมาณที่เพียงพอสำหรับการดำเนินชีวิตที่ถูกหลักโภชนาการคือสุก และสะอาดอาหารที่ให้พลังงานสูงเพื่อให้ทารกได้รับสารอาหารเพิ่มขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ทารกมีสุขภาพแข็งแรง อันเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันการลดต่ำลงของภาวะภูมิคุ้มกัน

1.1.1 นม

ชนิดของนมซึ่งเหมาะสำหรับใช้เลี้ยงทารกที่เกิดจากมารดาไม่ติดเชื้อเอชไอวี

ก.นมแม่ เป็นอาหารที่ดี และเหมาะสมที่สุดสำหรับการเลี้ยงดูเด็กในช่วง 4 เดือนแรกเพียงอย่างเดียว เพราะน้ำนมแม่มีสารอาหารครบถ้วน จึงเป็นอาหารที่สำคัญในการเจริญเติบโต และการมีพัฒนาการที่สมบูรณ์ น้ำนมแม่มีประโยชน์ต่อบุตร กล่าวคือ ทารกที่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่จะมีสุขภาพแข็งแรง การเจ็บป่วยเป็นโรคติดเชื่อน้อย โดยเฉพาะโรคที่เป็นปัญหาในทารก คือ โรคท้องเสีย โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ

คุณลักษณะที่ดีเด่นเกี่ยวกับการให้ภูมิคุ้มกันทานโรคติดเชื้อของนมแม่ เป็นลักษณะที่ดีที่สุดที่น้ำนมผสมไม่มี โดยจากการศึกษาของ Scot Emuakpor, et al. (1986 อ้างใน พิภพ จิรภิญโญ, 2533 : 92) พบว่า ทารกที่ได้รับน้ำนมแม่ในระยะ 24 เดือนหลังคลอด มีอุบัติการณ์ของโรกระบบทางเดินอาหาร และโรกระบบทางเดินหายใจน้อยกว่าทารกที่ได้รับนมผสม และอัตราเสียชีวิตก็น้อยกว่ามาก (พิภพ จิรภิญโญ , 2532 : 98) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประกริต รัชวัตร์ (2536 : 63) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ พบว่า การที่ทารกในระยะ 3 เดือนแรกคลอด ไม่ได้กินนมมารดา จะมีผลทำให้เด็กมีความต้านทานต่ำกว่าทารกที่กินนมมารดา ทำให้มีโอกาสเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจได้ง่าย

ข. นมผสม สำหรับมารดาที่ต้องทำงานนอกบ้าน หรือด้วยเหตุผลอื่นใดก็ตามซึ่งมีความจำเป็นต้องให้นมผสมแก่บุตรแทนนมมารดา ควรจะพิจารณาชนิดของนมให้เหมาะสมกับบุตรของตน โดยใช้นมผงคัดแปลงสำหรับทารก หรือสูตรอาหารทารก (Modified milk for infant or infant formula) ซึ่งนมประเภทนี้จะมีสารอาหารเพียงพอ และครบถ้วนสำหรับการเจริญเติบโตของเด็กตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 4 - 6 เดือน สามารถใช้เลี้ยงบุตรได้ตั้งแต่แรกเกิด - 1 ปี และควรเลือกใช้นมที่เสริมธาตุเหล็ก เพื่อป้องกันการขาดธาตุเหล็ก ยกเว้นทารกที่มีเหล็กในร่างกายสูงเกินกว่าปกติ เช่น โรคธาลัสซีเมีย แต่ทั้งนี้ทารกที่เลี้ยงด้วยนมผสมก็จะเสียเปรียบกว่าทารกที่เลี้ยงด้วยนมแม่ เพราะถ้า ผู้เลี้ยงชงนมไม่สะอาดก็จะทำให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพของเด็ก ถ้าใช้นมน้อยกว่ามาตรฐานที่กำหนด ก็จะทำให้เด็กเป็นโรคขาดสารอาหาร ซึ่งจะส่งผลให้เด็กเกิดโรคติดเชื้อได้ง่าย

ชนิดของนมซึ่งเหมาะสำหรับใช้เลี้ยงทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี

แม้ว่าน้ำนมแม่จะมีประโยชน์มากมาย และเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารก แต่ในทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องได้รับนมผสมแทนนมมารดา เนื่องจากมีการศึกษาพบว่า เชื้อเอชไอวีสามารถผ่านจากน้ำนมมารดาสู่ทารก อันเป็นสาเหตุทำให้ทารกติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาได้ (Boland & Conviser , 1992 : 200) การเลี้ยงทารกด้วยนมจึงมีความจำเป็นสำหรับทารกเหล่านี้ แต่การเลี้ยงทารกด้วยนมผสมนั้น หากมารดาขาดความรู้ในการเตรียมนมอาจส่งผลให้ทารกอุจจาระร่วง หรือเรียกว่า “baby bottle diarrhea” ได้โดยมีสาเหตุที่สำคัญ คือ ขวดนม จุกนม มีคราบนม (milk clot) ติดอยู่ เนื่องจากล้างไม่สะอาด ทำให้เป็นที่เจริญเติบโตของเชื้อโรค เมื่อทารกได้รับเชื้อจึงเกิดโรคอุจจาระร่วงขึ้น (ไกรสิทธิ์ตันติศิริพันธ์, 2533 ; ไกรสิทธิ์ ตันติศิริพันธ์ และ ภาวดีกุลชราอนุสรณ์ 2522 ; Berry , 1988) และเมื่อทารกเกิดโรคอุจจาระร่วงอาจทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารตามมา มีผลทำให้ภูมิคุ้มกันต้านโรคต่ำเกิดการติดเชื้อ กลายเป็นวัฏจักรของโรคติดเชื้อได้

ดังนั้นความสะอาดในการเตรียมนมผสมสำหรับทารก จึงเป็นเรื่องสำคัญที่มารดาควรจะมี ความรู้ และปฏิบัติอย่างถูกต้อง ซึ่งวิธีการเตรียมนมผสมสำหรับทารกทำได้ 2 วิธี ดังนี้ (ไกรสิทธิ์ ตันติศิริพันธ์ , 2533 ; ชมนาด พงนามาตร์ , 2532 ; นิตยา ไทยาภิรมย์ , 2526)

1.วิธีการเตรียมนมแบบปราศจากเชื้อ (aseptic method) วิธีนี้ทำโดยการล้าง และทำความสะอาดขวดนม และจุกนมทุกครั้งหลังจากทารกดื่มนมเสร็จ โดยไม่ให้คราบของนมเหลือติด อยู่ เสร็จแล้วปล่อยให้แห้ง ให้อากาศแห้ง เมื่อจะผสมนมต้องต้มขวดนมในน้ำเดือดนาน 5 - 10 นาที ส่วนจุกนมยางต้มในน้ำเดือด 2 - 3 นาที ไม่ควรเกิน 5 นาที เพราะจุกนมยางจะเสื่อมสภาพ การเตรียมนม และจุกนมอาจทำทีละ 3 - 4 ขวด แล้วเตรียมวันละ 2 ครั้งก็ได้ เมื่อจะผสมให้ใส่น้ำต้มสุกอุ่นกลงไปในขวดจนได้ปริมาณที่ต้องการ แล้วดวงนมผงใส่ลงไป ในขวดจำนวนที่เหมาะสม จากนั้น

ปิดขวดเขย่าจนนมผงละลายหมด การผสมนมอาจจะผสมทีละขวด หรือทีละ 3 - 4 ขวดก็ได้ แต่ต้องเก็บที่ผสมแล้วไว้ในตู้เย็น

2.วิธีเตรียมแบบทำให้ร้อนทีหลัง (terminal heating method) วิธีนี้ทำโดยการล้างขวดนม และจุกนมยางให้สะอาด ผสมนมโดยใช้น้ำที่สะอาดเขย่าหรือผสมนมจนละลายหมด บรรจุนมลงในขวดนมใส่จุกนมปิดฝาครอบ นำไปต้มในน้ำเดือดนาน 25 นาที เสร็จแล้วปล่อยให้เย็นหรือแช่น้ำเย็น 10 นาที จากนั้นเก็บไว้ในตู้เย็น วิธีนี้ควรเตรียมนมให้พอใช้ได้เพียงวันเดียวเท่านั้น

ข้อควรระวังในการผสมนม คือ

- 1.จะต้องล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนผสมนม และไม่แตะต้องนมผสม จุกนม ภายในขวดนม ตลอดจนฝาครอบจุกนมด้านในเป็นอันขาด
- 2.ขวดนม จุกนม ฝาครอบจุกนมต้องผ่านการต้มในน้ำเดือดอย่างน้อย 5 นาทีก่อนนำมาใช้ทุกครั้ง

นอกจากความสะอาดของการเตรียมนมผสมแล้ว ชนิด ปริมาณ และคุณภาพของนมผสมที่เหมาะสมกับอายุ นับว่ามีส่วนสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ทารกมีโภชนาการที่ดี นมผสมสำหรับทารกแรกเกิดถึงอายุ 6 เดือน ควรจะเป็นนมผสมที่มีการดัดแปลงจนมีส่วนประกอบคล้ายนมมารดา (infant formula) กล่าวคือ มีการปรับจำนวนโปรตีน เพื่อให้เหมาะกับความต้องการของทารก เติมน้ำตาลนม (lactose) เพื่อให้มีปริมาณใกล้เคียงกับนมมารดา เติมแร่ธาตุจำนวนพอดี เหมาะกับการทำงานของไตของทารก ซึ่งยังทำหน้าที่ได้ไม่เต็มที่ และมีการดัดแปลงไขมันเพื่อให้สามารถดูดซึมได้มากขึ้น นมผสมดัดแปลงคล้ายนมมารดาแต่มีราคาค่อนข้างแพง สำหรับทารกที่มีอายุมากกว่า 6 เดือน ร่างกายสามารถย่อยโปรตีนจำนวนมากได้แล้ว ทั้งยังได้รับอาหารเสริมหลายอย่าง จึงควรเปลี่ยนเป็นนมผสมชนิด นมผสมครบส่วน (whole milk) แทนได้ ซึ่งเป็นนมที่ไม่ได้มีการดัดแปลงปริมาณโปรตีน คาร์โบไฮเดรต หรือไขมันให้คล้ายนมมารดา แต่อาจมีการเติมวิตามิน และเกลือแร่บางตัวเข้าไป เพื่อความเหมาะสมกับที่ร่างกายต้องการ ส่วนนมผสมประเภทอื่นๆ เช่น นมข้นหวาน นมขาดมันเนยนั้น ไม่เหมาะสำหรับเลี้ยงทารกและเด็ก เนื่องจาก อาจทำให้เกิดปัญหาการขาดโปรตีนและพลังงานได้ สำหรับนมสด และนมถั่วเหลืองใช้เลี้ยงเด็กที่มีอายุมากกว่า 1 ปี (ไกรสิทธิ์ตันติศิริรินทร์, 2533 ; ชมนาด พงนามาตร์, 2532 ; นิดยา ไทยภิรมย์, 2526 ; เพ็ชรวิทย์ตันติแพทยางกูร, 2534)

ปริมาณของน้ำนมที่ใช้เลี้ยงทารกนั้น โดยปกติทารกจะเป็นผู้กำหนดเองว่าจะต้องการปริมาณนมเท่าไรในมือหนึ่งๆ ถ้าทารกหันหน้าหนีก็ไม่ควรจะให้อีก ถ้าเห็นว่าได้ไปในปริมาณที่พอเหมาะแล้ว การที่จะทราบว่าทารกได้รับปริมาณอาหารเพียงพอหรือไม่ สังเกตได้จากน้ำหนักตัว

ที่เพิ่มขึ้นแต่โดยทั่วไปทารกจะมีความต้องการพลังงาน 110 - 120 กิโลแคลอรี ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ต่อวัน ซึ่งปริมาณน้ำนม 1 ออนซ์ จะให้พลังงาน 20 กิโลแคลอรี ปริมาณน้ำนมโดยเฉลี่ยที่ทารกควรจะได้รับในแต่ละมื้อ เพื่อให้ได้พลังงานตามความต้องการของร่างกาย ในแต่ละช่วงอายุของทารกนั้น ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปริมาณนมที่เหมาะสมกับความต้องการของทารกแต่ละมื้อ

อายุของเด็ก	ปริมาณนมในแต่ละมื้อ (ออนซ์)
1 สัปดาห์ - 2 สัปดาห์	2 - 3
3 สัปดาห์ - 2 เดือน	4 - 5
2 เดือน - 3 เดือน	5 - 6
3 เดือน - 4 เดือน	6 - 7
5 เดือน - 12 เดือน	7 - 8

แหล่งที่มา : ชนิกา คูจินดา . 2538 . เลี้ยงลูกขวบปีแรก (หน้า 19) , กรุงเทพมหานคร : บริษัทแปลนพับลิชชิ่ง จำกัด .

ระยะเวลาในการให้นมทารก นิยมให้นมตามความต้องการของทารก (demand feeding) เนื่องจากความต้องการของทารกแต่ละคนไม่เท่ากัน หากปล่อยให้ทารกร้องไห้หิวมากจนเกินไป เพราะยังไม่ถึงเวลาอาจทำให้ทารกเกิดความขัดแย้งในอารมณ์ ซึ่งเมื่อไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม อาจจะทำให้ทารกเติบโตเป็นผู้ใหญ่ที่ก้าวร้าว จี้โมโห ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับระเบียบต่างๆ ได้ จึงนิยมให้ตามความต้องการของทารก แต่ก็ควรสังเกตลักษณะการร้องของทารกด้วยว่า เกิดจากการหิวหรือจากสาเหตุอื่นๆ ซึ่งโดยปกติแล้วระยะเวลาอาหารของทารกมีระยะเวลาในการย่อยและดูดซึมอาหารประมาณ 2 - 3 ชั่วโมงต่อมื้อ ถ้าให้นมทารกบ่อยจนเกินความต้องการ อาจทำให้ทารกอาเจียนหรือท้องอืดได้ง่าย ฉะนั้นจึงไม่ควรให้นมทารกทุกครั้งที่ทารกกร้องไห้ จำนวนครั้งของการให้นมทารกต่อวัน ควรจะลดลงเรื่อยๆ เมื่อทารกได้รับอาหารเสริมทดแทน ซึ่งจำนวนครั้งของการให้นมทารกต่อวัน โดยเฉลี่ยในแต่ละช่วงอายุ ดังแสดงในรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความต้องการนมของทารกวัยต่างๆ

อายุของเด็ก	จำนวนมือนมต่อวัน (มื้อ)
แรกเกิด ถึง 1 อาทิตย์	6 - 10
1 สัปดาห์ - 1 เดือน	6 - 8
1 เดือน - 3 เดือน	5 - 6
3 เดือน - 7 เดือน	4 - 5
7 เดือน - 9 เดือน	3 - 4
9 เดือน - 12 เดือน	3

แหล่งที่มา : ชนิกา ศุจินดา . 2538 . เลี้ยงลูกขวบปีแรก (หน้า 19) , กรุงเทพมหานคร : บริษัทแปลนพับลิชชิง จำกัด .

1.1.2 อาหารเสริม

อาหารเสริม หมายถึง อาหารอื่นที่นอกเหนือจากนมแม่ หรือน้ำนมผสมที่ใช้เลี้ยงทารก เพราะว่า สารอาหารที่ได้รับจากนมจะไม่เพียงพอสำหรับการเจริญเติบโต จึงจำเป็นต้องได้รับสารอาหารจากอาหารเสริมร่วมด้วย การให้อาหารเสริมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการเจริญเติบโตอย่างต่อเนื่อง และป้องกันการขาดสารอาหารต่างๆ รวมทั้งยังเป็นการพัฒนานิสัยการบริโภคที่ดีต่อไป โดยทารกควรเริ่มได้รับอาหารเสริมเมื่ออายุครบ 4 เดือนเต็ม เพราะมีความพร้อมในการกลืนอาหารต่างๆ ได้ แต่ถ้าทารกยังไม่พร้อม เพราะมีการเอาลิ้นอุดอาหารออกมาทุกครั้ง ก็อาจเลื่อนเวลาในการให้อาหารเสริมออกไป 1 - 2 สัปดาห์ แล้วลองให้อาหารเสริมอีก ทารกบางรายทักจะมีความพร้อมที่ยอมรับอาหารเสริมก็อาจจะมียุ 5 เดือนก็ได้

สำหรับอาหารเสริมที่เริ่มให้ให้นั้นควรเป็นอาหารน้ำ แล้วจึงฝึกให้รับประทานอาหารกึ่งแข็งกึ่งเหลว โดยคำนึงถึงความสะอาดของอาหารที่จะให้รวมทั้งภาชนะที่ใช้ทุกครั้ง เพื่อป้องกันโรคอุจจาระร่วง และที่สำคัญ คือทารกควรจะได้รับอาหารเสริมชนิดต่างๆ ที่เหมาะสมแก่อายุ การให้อาหารเสริมเร็วเกินไปก่อนอายุ 4 เดือน จะทำให้ทารกมีอาการท้องอืด เพราะ ความสามารถในการย่อยอาหารจำพวกแป้งมีจำกัด น้อยกว่าจากตับอ่อนมีแลคโคสน้อย นอกจากนี้การได้รับอาหารเสริมจนแน่นท้อง จะทำให้ทารกดูดนมแม่น้อยลง สำหรับผลเสียของการให้อาหารเสริมเข้าไป เช่น ให้เมื่ออายุ 6 - 7 เดือน อาจทำให้ขาดสารอาหารได้ และจะปฏิเสธอาหารเสริม เพราะเคยชินกับการดูดนม ในการให้อาหารเสริมชนิดใหม่แก่ทารกนั้น ควรเว้นระยะ 1 - 2 สัปดาห์ เพื่อดูการยอมรับ และสังเกตว่ามีอาการแพ้หรืออาหารชนิดนั้นหรือไม่ นอกจากนี้ไม่ควรเค็มเกลือ หรือน้ำตาลเวลาให้

อาหารเสริม เพื่อป้องกันไม่ให้ทารกได้รับโซเดียมมากเกินไป หรือคินนินัสรับประทานของเค็ม หรือรสหวาน (อุมพร สุทัศนวีรวิมล และ ไกรสิทธิ์ ตันติศรีรินทร์ , 2531 : 43)

ตารางที่ 5 การให้อาหารทารก อายุ แรกเกิด - 12 เดือนใน 1 วัน

(กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2539)

อายุ	อาหาร
แรกเกิด - 4 เดือน	กินนมแม่อย่างเดียวไม่ต้องให้อาหารอื่น
ครบ 4 เดือนขึ้นไป	กินนมแม่ ข้าวบด ไข่แดงต้มสุก ผสมน้ำแกงจืดวันละ 1 มื้อ แล้วกินนมจนอิ่ม
ครบ 5 เดือน	กินนมแม่เพิ่มข้าวบด เนื้อปลาสุก สลับกับไข่แดงต้มสุก ผสมน้ำแกงจืด วันละ 1 มื้อ แล้วกินนมแม่จนอิ่ม
ครบ 6 เดือน	กินนมแม่ ข้าวบด เนื้อปลาสุก หรือไข่แดงต้มสุก ผสมน้ำแกงจืด โดยเพิ่มผักสุกบดด้วยทุกครั้งเป็นอาหารแทนนมแม่ 1 มื้อ มีผลไม้เป็นอาหารว่าง 1 มื้อ
ครบ 7 เดือน	กินนมแม่เพิ่มเนื้อสัตว์สุกบดชนิดอื่น เช่น ไข่ หมู และตับ สัตว์สุกบด หรือ หั่นไข่แดงและไข่ขาว ต้มสุกบดลงในข้าว และผักบดสลับกับอาหารที่เคยให้เมื่ออายุครบ 6 เดือน มีผลไม้เป็นอาหารว่าง 1 มื้อ
ครบ 8-9 เดือน	กินนมแม่กับอาหารเช่นเดียวกับอายุครบ 7 เดือนแต่บดหยาบ และเพิ่มปริมาณมากขึ้นเป็นอาหารหลักแทนนมได้ 2 มื้อ มีผลไม้เป็นอาหารว่าง 1 มื้อ
ครบ 10-12 เดือน	กินนมแม่เป็นอาหารเช่นเดียวกับเมื่ออายุ 8-9 เดือนแต่เพิ่มปริมาณให้มากขึ้นเป็นอาหารหลักแทนนมได้ 3 มื้อ มีผลไม้เป็นอาหารว่าง 1 มื้อ

1.2 ด้านสุขภาพอนามัย หมายถึง การที่ทารกได้รับการตอบสนองในสิ่งที้นอกเหนือไปจากการได้รับสารอาหารที่เหมาะสม ซึ่งได้แก่

1.2.1 การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค

เนื่องจากวัยทารกเป็นวัยที่มีอัตราการตายสูงกว่าวัยอื่น สาเหตุอันเนื่องมาจากโรคติดเชื้อซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน เนื่องจากในวัยนี้ร่างกายยังไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรคได้ดี และภูมิคุ้มกันโรคบางอย่างก็ไม่สามารถถ่ายทอดจากมารดาได้ ส่วนภูมิคุ้มกันโรคบางอย่างซึ่งได้รับจากมารดาจะมีระดับลดลง วัยนี้จึงมีความจำเป็นต้องให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรคที่สำคัญ คือ วัณโรค ตับอักเสบบี คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปлио และหัด

ตารางที่ 6 กำหนดการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคสำหรับเด็ก อายุ 0 - 1 ปี

อายุ	วัคซีน
แรกเกิด - 1 เดือน	บีซีจี และตับอักเสบบีครั้งที่ 1
2 - 3 เดือน	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอครั้งที่ 1 ตับอักเสบครั้งที่ 2
4 - 5 เดือน	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอครั้งที่ 2
6 - 7 เดือน	คอตีบ ไอกรน บาดทะยัก โปลิโอครั้งที่ 1 ตับอักเสบครั้งที่ 3
9 - 12 เดือน	หัด หรือ MMR

พิชวาส ศรีอรุณ (2535) ได้ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคปอดอักเสบในเด็กอายุ 0 - 5 ปี พบว่า เด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกัน ไม่ครบตามเกณฑ์อายุ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบ 12.44 เท่าของเด็กที่ได้รับภูมิคุ้มกันครบเกณฑ์ตามอายุ ส่วนนวนลจันทร์ ปราบพาล และคณะ (2536 : 14 - 20) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กของ ร.พ. จุฬาลงกรณ์ พบว่า เด็กที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคไม่ครบตามอายุ จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจส่วนบนเป็น 3.39 เท่าของเด็กที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคครบตามอายุ

สำหรับทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคนับว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากทารกเหล่านี้เสี่ยงต่อการติดเชื้อต่างๆ ได้ง่าย โดยสามารถได้รับวัคซีนเหมือนกับทารกปกติทั่วไปในกรณีที่ทารกแข็งแรงดี แต่ในกรณีที่ทารกแสดงอาการของเอดส์ องค์การอนามัยโลก ได้มีการแนะนำให้งดเว้นการให้วัคซีนที่ผลิตจากเชื้อที่ยังมีชีวิต เช่น วัคซีนป้องกันวัณโรค หัด และ โปลิโอ ควรเปลี่ยนเป็นชนิดฉีด (IPV) ซึ่งเป็นวัคซีนที่ไม่มีชีวิตแทน ชนิดรับประทาน (OPV) (Sherr Lorraine , 1991 : 143 - 144) ทั้งนี้จากการศึกษาของ วิรัต ศิริสันธนะ (2537) พบว่า

ทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 232 ราย เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับวัคซีนบีซีจี 5 ราย ซึ่งเกิดเมื่อทารกอายุได้ 8 เดือน 1 ราย 11 เดือน 3 ราย และ 21 เดือน 1 ราย โดยมี 4 รายที่เกิดแผล (ulceration) ในบริเวณที่ฉีดวัคซีน มีการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองในแขนข้างเดียวกัน และเกิดรอยโรคที่ปอดเรื้อรัง (chronic lung lesions) ส่วนอีก 1 รายนั้น เกิดรอยโรคแพร่กระจาย (disseminated lesions) มีการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองหลายแห่งในร่างกาย (multiple lymphadenitis) แต่การศึกษาของวิไลวรรณ กุลกลการ (2537 : 1-12) เกี่ยวกับทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลพบว่า การให้วัคซีนบีซีจี คอตีบ ไอกรน และบาดทะยัก โปลิโอ และหัด ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนใดๆ ดังนั้น การให้วัคซีนบีซีจี ในทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงยังไม่มีข้อสรุปแน่ชัดว่าควรให้หรือไม่ ซึ่งเรื่องนี้ควรมีการศึกษาติดตามต่อไป

1.2.2 การดูแลรักษาความสะอาดของร่างกายและเครื่องใช้ของทารก หมายถึง การที่ทารกได้รับการรักษาความสะอาดของร่างกายทั่วไป เช่น การอาบน้ำ สระผม และการรักษาความสะอาดของปากและฟัน รวมไปถึงการทำความสะอาดเครื่องใช้ที่ถูกต้องสำหรับทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ก. การอาบน้ำ ทารกควรได้รับการอาบน้ำชำระร่างกายอย่างน้อยวันละ 1 - 2 ครั้งโดยควรเป็นเวลาที่เหมาะสมที่สุดของมารดาหรือผู้เลี้ยงดู และควรใช้เวลาอาบน้ำเป็นเวลาที่มีความสุขของทารกด้วย โดยการอาบน้ำ ฟอกสบู่ ทำความสะอาดร่างกาย และอวัยวะเพศสำหรับเด็กเล็ก ควรตรวจดูเป็นพิเศษ การดูแลความสะอาดของตา หู และจมูก ควรเช็ดตัวให้แห้งภายหลังอาบน้ำ

ข. การสระผม สำหรับทารกควรสระทุกวัน หรือวันเว้นวัน ถ้าเด็กเจ็บป่วย เช่น เป็นไข้ ไขหวัด ควรเว้นการสระผม ภายหลังการสระผมทุกครั้ง ควรเช็ดผมให้แห้งตามไปด้วย

ค. การดูแลความสะอาดของช่องปาก และฟัน หลังจากทารกดูดนมควรให้คูดน้ำดื่มน้ำตามเพื่อให้ทารกได้ล้างปาก ป้องกันการเกิดเชื้อรา ประมาณเดือนที่ 6 - 8 ฟันจะเริ่มขึ้น เมื่อฟันหน้าขึ้นใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดฟันให้อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง

ง. เล็บ ควรให้ตัดให้สั้นอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการขีดข่วนตามใบหน้า และควรรักษาความสะอาดอยู่เสมอ ป้องกันสิ่งสกปรกที่อาจจะตกค้างอยู่ตามซอกเล็บ ซึ่งทารกอาจจะใช้มือจับอาหารเข้าปาก หรือดูดนิ้วมือ

จ. การทำความสะอาดภายหลังอุจจาระ ปัสสาวะ ควรทำให้สะอาดให้ทุกครั้ง ไม่ควรให้ทารกนอนแช่อุจจาระ ปัสสาวะเป็นเวลานาน อันจะทำให้ทารกรู้สึกสุขสบาย

ฉ. เสื้อผ้า ควรจะใช้ผ้าเนื้อนุ่มป้องกันการระคายเคืองของทารก และเสื้อผ้าของทารกควรซักให้สะอาด คากแดดให้แห้ง ไม่ควรให้ทารกใส่เสื้อผ้าที่ยังไม่ได้ซัก หรือเปียกเปื้อนอุจจาระ ปัสสาวะ เพราะจะทำให้ทารกเกิดโรคผิวหนัง หรือโรคเชื้อราได้

ข. การทำความสะอาดเครื่องใช้ของทารก เช่น ในกรณีที่เสื้อผ้าเปื้อนเลือด หรือสารคัดหลั่งรวมทั้งอุจจาระที่มีเลือดปน ควรนำไปต้มในน้ำเดือด 20 นาที หรือแช่ในน้ำยาที่มีส่วนผสมของคลอรีน 1 ส่วน กับน้ำ 9 ส่วนผสมใหม่ๆ นาน 30 นาทีแล้วจึงซักด้วยสบู่ธรรมดา รวมทั้งของเล่นควรล้างทำความสะอาดได้ง่าย และไม่ควรใช้ของเล่นร่วมกับเด็กอื่น

การศึกษาที่เกี่ยวกับการรักษาความสะอาดร่างกายของเด็ก สุมน อมรวิวัฒน์ และ คณะ (2534 : 100) ได้ศึกษาการอบรมเลี้ยงดูตามวิถีชีวิตไทย : รูปแบบสำหรับการศึกษาระดับปฐมวัย ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2528 โดยศึกษาลักษณะและวิธีการอบรมเลี้ยงดูเด็กไทยในหมู่บ้านชนบท 4 ภาคภูมิศาสตร์ของประเทศไทย พบว่า เด็กไม่ฟอกสบู่เวลาอาบน้ำ การจับถ่ายของเด็กไม่เป็นที่และไม่เป็นเวลา ถ้าไม่มีผู้ใหญ่ บางครั้งไม่ได้ล้างทำความสะอาด พ่อแม่หรือผู้ปกครองส่วนใหญ่ยังไม่ให้ความสำคัญในเรื่องความสะอาด ความเป็นระเบียบของเด็กเท่าที่ควร

1.2.3 ด้านการป้องกันอุบัติเหตุ หมายถึง การที่ทารกได้รับการป้องกันอุบัติเหตุ ที่อาจจะเกิดขึ้น

อุบัติเหตุ หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยมิได้คาดหมายและก่อให้เกิดอันตราย หรือ ได้รับบาดเจ็บ อุบัติเหตุในทารกพบได้ทั้งในบ้าน นอกบ้าน สาเหตุ และประเภทของอุบัติเหตุต่าง ๆ นั้น ขึ้นอยู่กับสิ่งต่อไปนี้

1. ตัวเด็ก ได้แก่ อายุ และสภาพการเคลื่อนไหวของทารก เช่น อุบัติเหตุจากการอุดตันของทางเดินหายใจ หรือการสำลักจะพบในเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ทั้งนี้เพราะเด็กในวัยดังกล่าวเมื่อเห็นของอะไรตกหล่นอยู่ก็จะเก็บใส่ปาก ส่วนอุบัติเหตุจากการตกบันได อาจพบได้ในทารกที่เริ่มหัดคลานได้

2. สภาพครอบครัว พบว่า เศรษฐกิจ และฐานะครอบครัว มีส่วนเกี่ยวข้องกับอุบัติเหตุอย่างมาก อุบัติเหตุมักเกิดในครอบครัวที่มีลูกมาก ฐานะไม่ดี หรือพ่อแม่ทำงานนอกบ้าน ทั้งสองคน ทารกถูกทิ้งไว้กับพี่เลี้ยง บางครั้งทารกอาจไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร ความไม่ระมัดระวังในการเก็บยา และสารพิษต่างๆ

3. สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม ในชุมชนที่เจริญมัก พบว่าอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากรถยนต์ หรือไฟฟ้าดูด สำหรับชุมชนที่ห่างไกล ประเภทของอุบัติเหตุจะเปลี่ยนแปลงไป เช่น การถูกงูพิษกัด

การป้องกันอุบัติเหตุตามวัย

อายุแรกเกิด - 3 เดือน ทารกยังเคลื่อนไหวไม่ได้มากหลังจากนั้น จะเริ่มซ้อคอได้ การป้องกัน ไม่ควรให้นอน หนุนหมอนหรือนอนคว่ำในเบาะนุ่มๆ เพราะ อาจจะถูกงมุก หายใจไม่ออกได้ ควรใช้ที่นอนที่แบนและแข็งพอประมาณ อย่าปล่อยให้ทารกนอนคนเดียวตามลำพังโดยใช้หมอนหรือผ้าหนุนไว้ เพราะ จะทำให้สำลักได้ ในกรณีที่ให้ทารกนอนคนเดียวที่มีลูกกรงกันนั้น ต้องมีผ้านุ่มๆกันโดยรอบ ป้องกันทารกเอาศีรษะไปชน และซี่ลูกกรงไม่ควรจะห่างจนเกินไปเพราะถ้าห่างมากทารกอาจดิ้นและเอาศีรษะลอดออกมาได้ และไม่ควรให้ทารกอยู่ตามลำพัง

อายุ 4 - 6 เดือน ทารกจะคว่ำได้ หยิบคว้าของ เริ่มยกตัวและคืบเคลื่อนไหวไปรอบๆได้

การป้องกัน ไม่ควรปล่อยให้ยู่ตามลำพังในที่ที่จะตกได้ เช่น บนเตียงนอนหรือปล่อยให้นั่งไว้ในอ่างอาบน้ำตามลำพัง ของเล่นควรเป็นชนิดที่ไม่คม สีไม่ถลอกง่าย หรือมีขนาดเล็กจนเกินไป และควรระวังสิ่งแวดลอมใกล้ตัวเองไม่ให้เสี่ยงอันตราย เช่น ไม้วางกระดิกน้ร้อน หรือยาเม็ดต่างๆไว้ใกล้บริเวณที่ทารกนั่งเล่น

อายุ 7 -11 เดือน ทารกนั่งได้เอง เกาะ ยืน ใต้ตามที่ต่างๆได้ อยากรู้ อยากเห็น มากชอบแคะหยิบจับของและขว้างปา

การป้องกัน ไม่ควรปล่อยให้ทารกนั่งอยู่ตามลำพังในอ่างอาบน้ำ หรือคลานเล่นคนเดียว เพราะจะมี โอกาสชนสิ่งของหกล้มหรือ เกิดแผลได้ง่าย ควรจัดสถานที่ ที่ทารกนั่งเล่นให้ปลอดภัย เช่น ตามมุมโต๊ะ หรือเก้าอี้ ควรจะหุ้มด้วยฟองน้ำหรือผ้า และโต๊ะไม่ควรจะปูผ้าคลุมยาวซึ่งทารกสามารถดึงทำให้ของที่วางบนโต๊ะหล่นลงมาได้

อายุ 12 เดือน ทารกเริ่มเดินได้ ชอบปีนป่าย และยังชอบเอาสิ่งของใส่ปาก

การป้องกัน ระวังเกี่ยวกับเครื่องไฟฟ้าปลั๊กไฟควรอยู่สูง เมื่อไม่ใช้ควรใช้ฝาเทปปิดเสียเพื่อป้องกันทารกเอานิ้วไปแหย่เล่น ควรซ่อมแซมโต๊ะ เก้าอี้ขาหัก หรือโยกเขกให้แข็งแรง ยาหรือสารพิษต่างๆต้องเก็บให้มิดชิด ของร้อนต่างๆ เช่น กาน้ำร้อนหรืออุปกรณ์หุงหาอาหารต่างๆอย่างวางทิ้งไว้ เพราะ ทารกจะชนหรือจับเล่นทำให้ภาชนะล้ม และหกกรดตัวเป็นอันตรายได้

วันยา ธนามี (2533 : 90) กล่าวว่า การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยจะช่วยป้องกันอุบัติเหตุได้ มารดาควรเก็บสิ่งของเครื่องใช้ที่ไม่จำเป็น และอาจจะเป็นอันตรายแก่ทารกให้หมด เช่น แจกัน มีด เป็นต้น ห้องที่จัดไว้โล่งๆ มีพื้นที่เรียบและสะอาด มีอากาศถ่ายเทดี เป็นห้องที่เหมาะสมแก่การเลี้ยงดูทารกวัยแรกเกิดถึง 2 ปี

1.2.4 ด้านการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การที่ทารกได้รับการดูแลเมื่อเจ็บป่วย การพาทารกไปตรวจสุขภาพตามนัด การประเมินภาวะสุขภาพของทารกจากมารดาอย่างใกล้ชิด

เมื่อทารกมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย มารดาควรให้การดูแลเบื้องต้นอย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกเอง ถ้าเป็นมากอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จะทำให้มีปัญหาด้านมาอีกหลายประการ ปัญหาทางสุขภาพที่พบบ่อยในทารก มีดังนี้

1) โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ คือ ไข้หวัด ปอดอักเสบ หรือโรคหัด เนื่องจากระบบทางเดินหายใจในทารกสั้น และตรง สิ่งแปลกปลอมหรือเชื้อโรคจึงเข้าไป ทำให้ทารกเกิดการติดเชื้อได้ง่าย โดยโรคที่พบบ่อยที่สุด คือ ไข้หวัด

ไข้หวัด เกิดจากการติดเชื้อไวรัส ติดต่อกับการไอ หรือจามรดกัน การจูบเด็ก หรือการใช้ของร่วมกับผู้ที่เป็หวัด โรคหวัดจะมีอาการคัดจมูก น้ำมูกไหล ไอ จาม ในเด็กเล็กมักมีไข้สูง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อน อาการจะหายได้เองในเวลาไม่กี่วัน

ข้อควรปฏิบัติเมื่อทารกเป็นไข้หวัด

- การเช็ดตัวลดไข้ โดยใช้ผ้าชุบน้ำหรือน้ำธรรมดา เพื่อช่วยให้ระบายความร้อนออกจากร่างกาย ขณะที่เช็ดตัวถ้าเด็กมีอาการหนาวสั่น ให้ใช้ผ้าห่มที่ไม่หนาคลุมตัวให้ ควรเช็ดตัวให้ในระยที่มีไข้

-ให้ทารกได้รับการพักผ่อนมากๆ เพื่อให้ร่างกายได้พัก

-ให้ทารกดื่มน้ำมากๆ เพื่อเป็นการระบายความร้อน ให้รับประทานนมและอาหารเสริมตามปกติ

-ควรรักษาร่างกายทารกให้อบอุ่นอยู่เสมอไม่เปิดพัดลมใกล้ตัว และไม่สวมเสื้อผ้าที่อับชื้น

-ถ้าทารกมีน้ำมูกข้นสีส้มออก หรือไม่สามารถสั่งได้เอง ควรมีลูกยางแดงหรือลูกสูบยางไว้สำหรับคุณน้ำมูก

-ไม่ควรพาทารกไปในแหล่งชุมชน หรือสถานที่แออัด เช่น โรงภาพยนตร์ ตลาด เพราะจะเป็นการแพร่เชื้อหวัด และอาจได้รับเชื้อเพิ่มเติมอีกได้โดยเฉพาะทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากอาจมีโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาสได้มากยิ่งขึ้น

-พาทารกไปพบแพทย์เพื่อให้ได้รับการตรวจ และรักษาตามสาเหตุของอาการต่อไป

2) โรคอุจจาระร่วง เกิดจากการรับประทานอาหารไม่สะอาด ไม่ถูกสุขลักษณะหรือการปรุงอาหารไม่ถูกวิธี การดื่มน้ำไม่สะอาด พบได้บ่อยโดยเฉลี่ยปีละ 2 ครั้งต่อ 1 คนและเมื่อเกิดขึ้นแล้วมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารก บางคนรุนแรงอาจถึงแก่ชีวิตได้

ข้อควรปฏิบัติเมื่อทารกเป็นโรคอุจจาระร่วง

- ให้รับประทานนมแม่ หรือนมผสมเจือจาง อาหารอ่อนย่อยง่าย
- ให้สารละลายน้ำตาลเกลือแร่ เพื่อชดเชยเกลือแร่ที่สูญเสียไป
- ให้การดูแลเอาใจใส่ทารกอย่างใกล้ชิด ถ้าทารกมีอาการอุจจาระร่วงรุนแรงขึ้น มีอาการขาดน้ำมากขึ้น ไข้สูง ซึม หรือถ่ายเป็นมูกเลือดให้รีบพาทารกไปพบแพทย์ทันที
- หลังจากทารกอาการทุเลาลง จนถ่ายอุจจาระเป็นปกติแล้ว ให้ทารกรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ และมีปริมาณมากขึ้น เพื่อชดเชยในระยะเวลาที่ทารกรับประทานอาหารได้น้อย เพื่อทารกจะเจริญเติบโตได้โดยไม่หยุดชะงัก

เนื่องจากทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี มีโอกาสเกิดการติดเชื้อต่างๆได้บ่อย และรุนแรง ซึ่งการติดเชื้อที่เกิดขึ้นนี้ จะมีผลทำให้เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีป่วยเป็นโรคเอดส์เร็วขึ้น ดังนั้นนอกจากการป้องกันแล้ว การสังเกตและประเมินภาวะสุขภาพของทารกอย่างใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยในการวินิจฉัยโรคได้ตั้งแต่เริ่มแรก และให้การรักษาได้ทันทั่วทั้งที่ อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับทารก ได้แก่ สังเกตจากการมีไข้ เลี้ยงไม่โต พัฒนาการช้า ต่อมมน้ำเหลืองโต มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจบ่อยๆ มีฝ้าขาวในปาก อาเจียนหรือเกิดอุจจาระร่วงบ่อยๆ (Berry , 1988 ; Scott , Buck , Leterman , Bloom & Parks , 1984) นอกจากนี้มารดาควรจะต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติอื่นๆของทารกที่อาจส่งเสริมให้ทารกเหล่านี้เกิดอาการของโรคเอดส์เร็วขึ้น เช่น ตาและ มีน้ำมูก อาเจียน ลิ้นเป็นฝ้า ทารกคุดคิมหรือรับประทานอาหารได้น้อยลง น้ำหนักลด

การมาตรวจสุขภาพเป็น ระยะเวลาๆสำหรับทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญนั้นว่ามีความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อประเมินภาวะสุขภาพ พัฒนาการทั้งทางร่างกาย และจิตสังคม ภาวะโภชนาการ รวมทั้งเป็นการประเมินการติดเชื้อเอชไอวีด้วยซึ่งอาจใช้วิธีการตรวจด้วยวิธี PCR หรือ การตรวจหาเอชไอวีแอนติบอดีด้วยวิธีอิลูซา ตั้งแต่แรกที่มาตรวจตามนัด จากนั้นจะตรวจอีกครั้งเมื่อทารกอายุได้ 6 , 12 , 18 และ 24 เดือนตามลำดับ ซึ่งการมาตรวจตามนัดนั้นในช่วง 6 เดือนแรก จะนัดให้นำทารกมาตรวจสุขภาพทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง จากนั้นนัดตรวจทุก 2 ถึง 3 เดือน จนทารกอายุ ครบ 1 ปี และหลังจากนั้นจะนัดตรวจทุก 4 เดือนจนทารกอายุครบ 2 ปี (Gunderson & Gum , 1993 ; Boland , 1991 ; Mendez & Jule , 1990)

การตรวจสุขภาพของทารกนั้นจะตรวจทั้งทางร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งจะทำให้สามารถวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ในทารกแรกเกิดได้เร็วที่สุดอันจะเป็นประโยชน์แก่การรักษา ทั้งยังสามารถป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้อีกด้วย

จากการศึกษาของสุภาภรณ์ มิตรภานนท์ (2538 : 78) เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ด พบว่า การปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรเมื่อไอ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจ การปฏิบัติที่ไม่ถูกต้อง คือ การซื้อยาลดไข้ชนิดของ ยาแก้ไอ ยาแก้หวัดมาให้เด็กรับประทานเอง มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบทางเดินหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง คือ การให้นมและ อาหารตามปกติ ให้ดื่มน้ำมากขึ้น และการดูดน้ำมูกเมื่อน้ำมูกอุดตันในรูจมูก มีความสัมพันธ์ทางลบกับการเกิดความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อังฉรา ธีระชัย (2529 : ก - ข) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนของมารดา เมื่อบุตรป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง ในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในจังหวัดตราด ซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตการณ์ประกอบการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก มารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยเป็นโรคอุจจาระร่วง เพื่อศึกษาขั้นตอนในการแสวงหาการรักษาพยาบาลตั้งแต่บุตรเริ่มป่วยจนหายป่วย พบว่า เมื่อบุตรป่วยมารดาจะรักษานูตรโดยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง คือ รักษาเอง หรือรักษาไม่ดีขึ้นพาไปรักษาสถานบริการหรือรักษาเองไม่ดีขึ้นพาไปรับการรักษาที่คลินิก ไม่ดีขึ้นจึงไปรับการรักษาจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ ปัจจัยที่กำหนดว่าการรักษาพยาบาลเป็นแบบใด ประการสำคัญที่สุด คือ การรับรู้ความรุนแรงของอาการที่ปรากฏ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆ ประกอบด้วย ได้แก่ ความสำเร็จ หรือประสิทธิภาพของการรักษา บทบาทของบุคคลสำคัญ ความคุ้นเคยของแหล่งบริการ และปัจจัยในเรื่องความสะดวกที่ได้รับ

ยุพเรศ พญาพรหม (2539 : ก- ข) ได้ทำการศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการดูแลทารกของมารดาที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่นำทารกอายุ 3 - 12 เดือนมารับการตรวจสุขภาพหรือรับการรักษา ณ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 86 คน พบว่า มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความรู้และการปฏิบัติในการดูแลด้านการป้องกันการติดเชื้อ และควบคุมการแพร่กระจายเชื้ออยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ในการดูแลทารกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

1.2.5 ด้านสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย หมายถึง การที่ทารกมีน้ำสะอาดสำหรับดื่मอย่างเพียงพอ และทารกต้องอาศัยในที่ที่ถูกลักษณะไม่คับอึดจนเกินไป และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เป็นภัยต่อสุขภาพทั้งทางกาย และจิตใจ โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้

ก. มีบ้านเรือนที่มีสภาพคงทนอย่างน้อย 5 ปี

ข. ครอบครัวมีการจัดบ้านเรือน และบริเวณบ้านให้เป็นระเบียบถูกสุขลักษณะ เช่น ในครัวเรือนมีการเก็บเครื่องใช้ในการประกอบอาหารไว้อย่างเป็นระเบียบเรียบร้อย และดูแลให้สะอาด มีการเก็บยารักษาโรคและสารพิษไว้อย่างมิดชิดปลอดภัย และ ไกลจากมือทารก มีการกำจัดขยะมูลฝอยให้ถูกลักษณะ มีฝาปิดที่ใส่น้ำดื่มมิดชิดทุกใบ ภายในบ้านเก็บข้าวของเครื่องใช้ ที่นอน หมอน มุ้งเป็นระเบียบ เก็บอาหารมิดชิด ไม่มีแมลงไต่ค่อม นอกจากนี้ภายในห้องตลอดจนเตียงที่ทารกนอน ควรได้รับการทำความสะอาดอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง สำหรับในบริเวณที่เปื้อนเลือด หรือสารคัดหลั่งรวมทั้งอาเจียน หรืออุจจาระที่มีเลือดปน ควรทำความสะอาดด้วยน้ำยาที่มีส่วนผสมของคลอรีน 1 ส่วนกับน้ำ 9 ส่วน โดยราดน้ำยาทิ้งไว้ 30 นาที จากนั้นเช็ดทำความสะอาดปกติ

ค. ครัวเรือนมีและใช้ส้วมซึมราดน้ำที่ถูกลักษณะ

ง. ครัวเรือนมีน้ำดื่มสะอาดสำหรับดื่मอย่างเพียงพอตลอดปี น้ำสะอาด หมายถึงน้ำฝน น้ำประปา น้ำบาดาล ที่ได้รับการตรวจสอบแล้วว่าสามารถใช้ดื่มได้ ถ้าเป็นน้ำจากแหล่งน้ำธรรมชาติ ต้องนำมาต้มเสียก่อน จึงจะจัดได้ว่าเป็นน้ำสะอาด

จ. ครัวเรือนไม่ถูกรบกวนจากสิ่งรบกวน เช่น มีกลิ่นเหม็น เสียงดัง น้ำเสียควัน ฝุ่น ที่รบกวนจนเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

จากการศึกษาของสมน อมรวีวัฒน์ และคณะ (2534 : 102) พบว่า บิดามารดาควรปรับปรุงในเรื่องของความเป็นระเบียบในการจัดเก็บเสื้อผ้าสิ่งของเครื่องใช้ การดูแลรักษาความสะอาดของบริเวณบ้าน ในบ้าน ตลอดจนที่นอน หมอนมุ้ง ซึ่งขึ้นอยู่กับฐานะทางเศรษฐกิจ ถ้าบิดามารดา มีฐานะดีจะดูแลเรื่องเหล่านี้ดีขึ้น สภาพบ้านเรือนที่อยู่อาศัยควรคำนึงถึงเรื่องถูกลักษณะ เช่น บ้านไม่มีหน้าต่าง เลี้ยงสัตว์ไว้ได้ถูบ้าน และเป็นที่ยอมรับกันว่า การมีสุขาภิบาลที่อยู่อาศัยที่ถูกลักษณะ นอกจากจะทำให้คนที่อยู่อาศัยมีความสุขความสบายตาแล้ว ยังเป็นการป้องกันโรคติดเชื้อต่างๆ ได้อีกด้วย เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคระบบทางเดินหายใจ เป็นต้น

1.2.6 การป้องกันการติดเชื้อ หมายถึง การที่ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและถูกต้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก โดยเฉพาะสิ่งคัดหลั่งที่มีเชื้อเอชไอวี ได้แก่ เลือดประจำเดือนซึ่งมารดาต้องป้องกันไม่ให้สัมผัสกับทารก หรือความเชื่อ

ในเรื่องข้าวต้ม การไม่ใช้ของมีคมร่วมกับบุตร เช่น กรรไกรตัดเล็บ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ การดูแลผิวหนังทารกให้แห้งไม่อับชื้น หลีกเลี่ยงการพาทารกไปในที่มีผู้คนรวมกันอย่างหนาแน่นหรือในชุมชนแออัด การเตรียมอาหารที่ถูกสุขลักษณะ มารดาและผู้ให้การดูแลทารกจะต้องมีสุขภาพที่แข็งแรงไม่ป่วยเป็นโรคติดต่อใดๆ (นิลาวรรณ ฉันทะปรีดา, 2536 : 5) ทั้งนี้เนื่องจากเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง เนื่องจากมีเม็ดเลือดขาวต่ำ ดังนั้นจึงมักมีอาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย จากการศึกษาของสเนห์ เจียสกุลและคณะ (2539, 495 -497) ในเรื่องการเสียชีวิตของทารกและเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อโรคเอดส์ โดยทำการศึกษาย้อนหลังทารกและเด็กที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อโรคเอดส์ที่รับไว้รักษา และถึงแก่กรรมที่ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่เดือนกันยายน 2534 ถึง สิงหาคม 2538 รวม 4 ปี พบว่าเด็กที่ติดเชื้อโรคเอดส์ที่เสียชีวิต ร้อยละ 40 เสียชีวิตภายใน 6 เดือน ร้อยละ 57 เสียชีวิตก่อนอายุ 12 เดือน และเกือบทั้งหมดร้อยละ 98 เสียชีวิตก่อนถึงอายุ 4 ปี การที่เด็กกลุ่มที่รายงานนี้เสียชีวิตอายุน้อย สาเหตุหนึ่งน่าจะเป็นเพราะเด็กในกลุ่มนี้เป็นเด็กที่ยังมิได้ให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยเฉพาะต่อเชื้อ *P. carinii* ซึ่งก่อให้เกิดปอดอักเสบในทารกอายุน้อยๆทำให้เสียชีวิตได้

ด้านที่ 2 ความต้องการด้านความแข็งแรงของร่างกาย หมายถึง การที่ทารกได้รับการพักผ่อนนอนหลับในระยะเวลาที่เหมาะสม เนื่องจากการพักผ่อนนอนหลับเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิต ในระหว่างการนอนหลับร่างกายส่วนใหญ่จะได้พัก กล้ามเนื้อได้ผ่อนคลาย และลดการทำงานอวัยวะระบบต่างๆ แต่ในบางส่วนของสมองจะมีการทำงานถ่ายทอดข้อมูล และมีการหลั่งฮอร์โมนเพิ่มการเติบโตอีกด้วย

ตารางที่ 7 ช่วงเวลานอนหลับตามอายุ

อายุ	เวลานอนหลับ (ชั่วโมง / วัน)	ลักษณะ
แรกเกิด	16 - 18	หลับช่วงสั้นหลายรอบ
1 ปีแรก	14 - 16	กลางคืนนอนตลอด กลางวัน 2 ช่วงๆละ 2 ชั่วโมง

แหล่งที่มา : สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานเยาวชนแห่งชาติ . 2536. สภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก (หน้า 27) , กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก .

ด้านที่ 3 ความต้องการด้านการพัฒนาการของร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ จิตใจ และสังคม หมายถึง การที่ทารกได้รับการเลี้ยงดูอย่างถูกต้องเหมาะสม ทำให้มีพัฒนาการที่สมวัย คือ มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายด้านคุณภาพ ที่เน้นการเพิ่มขึ้นในด้านทักษะความสามารถในการทำหน้าที่ได้ตามอายุ

แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับด้านพัฒนาการของร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม

พัฒนาการในแต่ละด้านของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะแรกของชีวิต แม้จะมีลักษณะร่วมกันหลายประการ แต่ในการพัฒนาการแต่ละด้านก็ได้มีทฤษฎีเฉพาะ อธิบายไว้โดยละเอียดถึงขั้นตอน และการพัฒนาการของเด็กในด้านนั้นๆ ยกตัวอย่าง เช่น

Jean Piaget (cited in Ross Vasta et al. , 1992 : 30 - 31) กล่าวว่าไว้ว่าพัฒนาการของสติปัญญา มาจากการที่บุคคลนั้นปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เริ่มจากปัจจัยทางชีวภาพที่ติดตัวเด็กมาแล้วตั้งแต่กำเนิด เด็กจะมีปฏิกิริยาต่อลักษณะของสภาพแวดล้อมทีละขั้นตอน ซึ่งจะค่อยๆนำไปสู่การเรียนรู้มากขึ้น พัฒนาการของสติปัญญามี 3 ลำดับขั้นตอน โดยเริ่มจากวัยทารกจนถึงวัยรุ่น สำหรับวัยแรกเกิดถึง 2 ขวบ เรียกว่า ขั้นตอนประสาทสัมผัสและการเคลื่อนไหว (Sensori - motor Stage) เป็นขั้นที่เด็กเรียนรู้ โดยใช้ประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น ปาก หู ตา เด็กจะเรียนรู้จากการสัมผัสจับต้องสิ่งรอบตัว พัฒนาการทางสติปัญญาจะเกิดไปตามลำดับขั้นไม่มีการข้ามขั้น และย้อนกลับขั้น พัฒนาการระยะแรกจะเป็นพื้นฐานของขั้นพัฒนาการระยะต่อไป

David P. Ausubel (อ้างใน ทิศนา แจมมณี และคณะ , 2536 :64) ได้จำแนกประเภทของอารมณ์ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ อารมณ์ดี และอารมณ์ไม่ดี อารมณ์ดีแบ่งเป็น 4 อารมณ์ คือ รัก ดีใจ ชื่นหรือเบิกบาน และสงสารหรือเห็นใจ จะเกิดขึ้นเมื่อได้รับในสิ่งที่ตรงกับความปรารถนา อารมณ์ต่างๆจะค่อยๆพัฒนาขึ้นตามลำดับ โดยเด็กจะพัฒนาอารมณ์รักมาตั้งแต่แรกเกิด สำหรับอารมณ์ไม่ดี คือ วิตกกังวล กลัว โกรธ และก้าวร้าวชิงช้า ริษยา และอารมณ์ถูกทอดทิ้ง ซึ่งอารมณ์วิตกกังวลพัฒนาขึ้นจากความคับข้องใจในสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นผลจากความไม่มั่นใจในตนเอง และอารมณ์ทั้งหมดเหล่านี้จะเกิดครบบริบูรณ์เมื่อเด็กมีอายุได้ 2 ปี

Sigmund Freud (cited in Ross Vasta et al. , 1992 : 17 - 18) เชื่อว่า พัฒนาการของบุคลิกภาพจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้รับการตอบสนองตามขั้นแห่งพัฒนาการที่สำคัญ คือ ความต้องการทางปากในวัยทารก ความต้องการขับถ่ายในวัยเด็กเล็ก และความต้องการรักในเพศตรงข้าม ในวัยเด็กตอนต้นหากบุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการตามวัยเหล่านี้ การพัฒนาของบุคคลจะเป็นไปตามปกติ ดังนั้น การสร้างความพึงพอใจให้แก่ทารกและเด็ก โดยวิธีการเอาใจใส่ดูแลบุตรให้ดูคนมมารดา จึงเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต และบุคลิกภาพของเด็กโดยตรง

Erick H. Erickson (อ้างใน อรรถพรณ ถีอนุญชวรัชชัย , 2534 : 57 - 58) กล่าวว่า พัฒนาการของมนุษย์นั้น มิใช่เป็นไปเพื่อสนองความสุขความพึงพอใจทางสรีระเท่านั้น แต่จะต้องอยู่กับสุขภาพจิต - สังคม และสิ่งแวดล้อมด้วย Erickson มีความเชื่อว่า พัฒนาการทางบุคลิกภาพเกิดขึ้นได้จากการที่คนมีการติดต่อสัมพันธ์กับสังคม และสิ่งแวดล้อม จึงได้ตั้งทฤษฎีพัฒนาการทางสังคม (Psychosocial Development) โดยแบ่งพัฒนาการของบุคลิกภาพเป็น 8 ขั้นตอน ซึ่งวัยทารกในขวบปีแรก อยู่ในขั้นความไว้วางใจ - ความไม่ไว้วางใจ (Trust VS. Mistrust) ซึ่งวัยนี้เด็กต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะพ่อ แม่ ในขั้นนี้เด็กจะพัฒนาความมั่นใจและความไม่ไว้วางใจทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น ความรู้สึกนี้จะพัฒนาจากความคงเส้นคงวาของพ่อแม่ ในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของเด็ก สัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพ่อ แม่ ลูก เป็นสิ่งสำคัญมากและสำคัญยิ่งกว่าอาหาร หรือการแสดงความรักใคร่อย่างผิวเผิน ในช่วงนี้ถ้าเด็กได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมด้วยความผูกพันรักใคร่ที่แสดงออกอย่างจริงใจ สัมผัสที่อบอุ่นของพ่อแม่จะทำให้เด็กรู้สึกว่าการนี้ปลอดภัยน่าอยู่น่าไว้วางใจ ในทางตรงข้ามถ้าเด็กได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม ไม่มีความคงเส้นคงวา เด็กจะคิดว่าโลกนี้เต็มไปด้วยอันตรายไม่น่าอยู่ มีความหวาดระแวงซึ่งจะพัฒนาความไม่ไว้วางใจทั้งต่อตนเอง และต่อผู้อื่นต่อไป พัฒนาการของความไว้วางใจ จะเป็นรากฐานของความเป็นเอกลักษณ์ของการรู้สึกว่าคุณเป็นผู้มีความสามารถ เป็นตัวของตัวเอง พึ่งตนเอง และนำตนเองได้

Mussen (1963 อ้างใน นุศรา ใจชื่อสกุล , 2533: 30) กล่าวว่า การอบรมเลี้ยงดูในระยะต้นของชีวิต ควรมีพื้นฐานในการให้ความรักและความอบอุ่นเป็นสำคัญ และเมื่อเด็กโตขึ้น เขาจำเป็นต้องได้รับสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมพัฒนาการของเขาให้กว้างขวางออกไป ซึ่งสภาพแวดล้อมเด็ก และทัศนคติของพ่อแม่จะเข้ามามีอิทธิพลต่อเด็ก โดยเฉพาะแบบแผนของครอบครัว และวิธีการอบรมเลี้ยงดู รวมทั้งพฤติกรรมที่พ่อแม่ปฏิบัติต่อเด็ก มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการของเด็กโดยตรงทั้งสิ้น การเรียนรู้ทางสังคมครั้งแรกของเด็กจะเกิดขึ้นที่บ้าน จากการที่เด็กได้มีความสัมพันธ์กับสมาชิกภายในครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากผู้ที่เป็แม่ ดังนั้น วิธีการอบรมเลี้ยงดูทารกของแม่จึงมีผลต่อพฤติกรรม และความรู้สึกนึกคิดทางจิตใจของทารกทั้งในปัจจุบัน และในอนาคต

จากแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับด้านพัฒนาการของร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่กล่าวถึงข้างต้น จะเห็นได้ว่า พัฒนาการเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงไปสู่วุฒิภาวะทางหน้าที่ และทักษะตลอดจนการปรับให้รับกับสภาพแวดล้อมที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อพัฒนาการ และระดับสติปัญญาของเด็ก คือ สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ทั้งทางกายภาพ ซึ่งได้แก่ เหตุการณ์ วัตถุ และเครื่องเล่นต่างๆที่จะเป็นข้อมูลให้เด็กได้รับรู้ทางประสาทสัมผัสทั้ง 5 และประสบการณ์ทางสังคม ซึ่งได้แก่ การกระตุ้นความสนใจ ชี้นำ แปรข้อมูล เป็นแบบอย่าง ให้กำลังใจ ตลอดจนการ

อำนวยความสะดวกต่อการเรียนรู้ และพัฒนาการของเด็กที่ได้รับ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ก็คือ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการรับรู้ เรียนรู้ หรือคือสิ่งเร้าต่อการเรียนรู้ และพัฒนาการของเด็กนั่นเอง ความสัมพันธ์ และการกระตุ้นของมารดาจะส่งผลทางบวกต่อพัฒนาการทางสติปัญญา ดังรายละเอียดในตารางที่ 8 ซึ่งอธิบายสรุปเกี่ยวกับพัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคมของทารกวัยขวบปีแรก

ตารางที่ 8 พัฒนาการทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคมของทารกวัยขวบปีแรก

ช่วงเดือน	พัฒนาการด้านร่างกาย		พัฒนาการด้านภาษา	พัฒนาการด้านจิตใจ	พัฒนาการด้านสังคม
	กล้ามเนื้อมัดใหญ่	กล้ามเนื้อมัดเล็ก			
1	<ul style="list-style-type: none"> -การเคลื่อนไหวมือแขนขาเป็นการตอบโต้ของปฏิกิริยสะท้อนกลับ -ไม่สามารถพุงศีรษะให้ตั้งตรงเองได้จะแขนไปข้างหลังหรือตกมาข้างหน้า -ถ้าจับนอนคว่ำจะยกศีรษะได้เล็กน้อยชั่วคราว -เมื่อนอนหงายพลิกตะแคงข้างได้ 	<ul style="list-style-type: none"> -มักจะเอากำป็นเข้าปาก -จ้องมองสิ่งของแต่จะไม่คว้า -นับนิ้วตาสองข้างประสานกันมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> -ทำเสียงในคอได้ -ส่งเสียงโต้ตอบเมื่อได้ยินเสียงคน -ชอบสิ่งที่มีสีสัน สว่างสดใส และมีหลายขนาด หลายรูปร่าง 	<ul style="list-style-type: none"> -ขณะตื่นจะเหม่อมองตาลอยไม่ค่อยแสดงความรู้สึก -เหลือบตามองเมื่อเห็นแสงหรือสิ่งของ ถ้าเคลื่อนไหวเข้าหาตัวทารกจะมองตามและแสดงท่าที่ตื่นเต้นเมื่อเห็นของหรือใบหน้าคน -แสดงปฏิกิริยาได้สัมพันธ์มากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> -ทำท่าพอใจเมื่อรู้สึกสบายและปฏิกิริยาหลบเมื่อเจ็บ -อาจยิ้มเมื่อเห็นหน้าหรือได้ยินเสียง -อาจจำเสียงพ่อแม่ได้ -ยังไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบ
2	<ul style="list-style-type: none"> -การเคลื่อนไหวนั้นมั่นคงขึ้น -เมื่อนอนคว่ำยกศีรษะได้ 45 องศาเพียงครู่ -เมื่ออุ้มให้ตัวขนานกับพื้นหรือนอนหงายจะพยายามยกศีรษะขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> -การหยิบฉวยเป็นไปตามคำสั่ง -สมองมากกว่าเป็นปฏิกิริยาสะท้อนกลับ -จับถือของได้นาน 2 - 3 นาที -คว้าสิ่งของและพยายามจะหยิบ 	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งเสียงกุกๆหรือเสียงอ้อแอ้ -สนใจเสียง 	<ul style="list-style-type: none"> -จะงักงันหรือแสดงสีหน้าว่าได้ยินเสียง -มองสิ่งของรอบตัวอย่างเลื่อนลอย -กวาดตามองตามแสงหรือสิ่งของที่ผ่านตัวไปจะเห็นภาพชัดในระยะ 7 - 8 นิ้ว 	<ul style="list-style-type: none"> -แสดงอารมณ์ ความหงุดหงิดและดีใจ -สงบอารมณ์ตัวเองด้วยการดูดนิ้ว -ยิ้มให้คนคุ้นเคย -มองตามคนที่เคลื่อนไหว

ช่วงเดือน	พัฒนาการด้าน ร่างกาย		พัฒนาการด้านภาษา	พัฒนาการด้านจิตใจ	พัฒนาการด้าน สังคม
	กล้ามเนื้อมัดใหญ่	กล้ามเนื้อมัดเล็ก			
				<ul style="list-style-type: none"> -มีปฏิกริยาตอบโต้ด้วยการเคลื่อนไหวร่างกาย -พยายามคว้าของสิ่งของแต่จับถือได้เพียงครู่ 	
3	<ul style="list-style-type: none"> -การควบคุมการทำงานของร่างกายดีขึ้นไม่ใช่ปฏิกริยาสะท้อน -มองและหันหน้าตามของที่เคลื่อนไหว -ถ้าคุณมหรือนิ้วอู่งจะหยุดคุณเพื่อฟังเสียงและพยายามค้นหาแหล่งที่เกิดเสียง -สามารถคุณมหรือนิ้วและมองสิ่งของรอบด้านได้พร้อมกัน -เมื่อนอนคว่ำจะชันคอได้นาน เมื่อจับยื่นจะเหยียดขาขึ้นพื้นและยื่นเพียงครู่เดียว 	<ul style="list-style-type: none"> -เริ่มตีลังของและคว้าด้วยมือทั้งสองข้าง อาจจะจับของจากข้างตัวแล้วดึงเข้าหาตัว 		<ul style="list-style-type: none"> -มีความสนใจต่อสิ่งหนึ่งๆ ได้นานถึง 45 นาที -รู้ถึงความแตกต่างของระยะใกล้ไกลของสิ่งของ -หยุดร้องได้ทันทีที่เห็นหน้าคน -เชื่อมโยงการเห็นกับการเคลื่อนไหวได้ -สำรวจส่วนต่างๆของหน้าด้วยมือ -เชื่อมโยงการกระทำกับผลของการกระทำได้ -ตอบโต้ต่อสิ่งเร้าแทบทุกชนิด 	<ul style="list-style-type: none"> -ยิ้มง่ายและทันที -ร้องไห้เพื่อบอกความต้องการ -ส่งเสียงอ้ออาเพื่อตอบรับเสียงที่ได้ยิน -เรียกร้องความสนใจเมื่อแม่เดินเข้ามาหา -หันหน้าไปหาเสียงพูดหรือเสียงเพลง -การกินการนอนเป็นเวลาและเป็นระบบมากขึ้น

ช่วงเดือน	พัฒนาการด้าน ร่างกาย		พัฒนาการด้านภาษา	พัฒนาการด้านจิตใจ	พัฒนาการด้าน สังคม
	กล้ามเนื้อมัดใหญ่	กล้ามเนื้อมัดเล็ก			
4	<ul style="list-style-type: none"> -ตั้งศีรษะได้ตรงและหมุนคอหันไปทิศทางต่างๆ ได้ -นอนคว่ำยกศีรษะได้90° -ขาเหยียดด้านอนหงายจะก้มหน้ามองมือ จับขา -นอนพลิกหงายพลิกคว่ำ -นั่งพิงได้ 10 -15 นาทีโดยที่ศีรษะและหลังตรง 	<ul style="list-style-type: none"> -ใช้มือได้มากขึ้นแต่ยังจับของได้ไม่ค่อยถนัด อาจจับของด้วยนิ้วชี้และนิ้วโป้ง 	<ul style="list-style-type: none"> -อาจส่งเสียงอ้อแอ้จากคอนาน 15 -20 นาที -เล่นน้ำลายและส่งเสียงคล้ายเสียงพูด -ส่งเสียงเหมือนพูดคุยกุยตอบ -ส่งเสียงกึกกัก บางครั้งหัวเราะดังลั่น 	<ul style="list-style-type: none"> -การมองเห็นใกล้เคียงกับผู้ใหญ่ ไม่ว่าจะเรื่องสีหรือการปรับระยะชัด -ตาและศีรษะทำงานประสานกัน -มองหาแหล่งเกิดเสียงได้ทันที -มองจากมือไปหาวัตถุที่อยู่ใกล้ คว้าและจับเข้าปาก -จำหน้าแม่และคนคุ้นเคยได้จากกลัวคนแปลกหน้า 	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งเสียงแสดงอารมณ์ -ไม่พอใจ สนุก หงุดหงิดต่อต้าน หัวเราะ -เล่นดินนิ้ว ตบมือ -สนใจของเล่น ชอบเล่น
5	<ul style="list-style-type: none"> -นอนคว่ำยกศีรษะขึ้นหน้าออกได้สูง -เมื่อนอนหงายยกศีรษะและไหล่และมักจับนิ้วเท้าเข้าปากดูด -นั่งพิงได้นานกว่า 30 นาที -ขณะนั่งคว่ำของเล่นได้ 	<ul style="list-style-type: none"> -หยิบของด้วยนิ้วโป้งและนิ้วชี้ -เล่นของในมือโดยถือของได้ทั้งมือเดียวหรือสองมือ -คว้าของเล่นได้แม่นยำขึ้น -ถ่ายของจากมือหนึ่งไปอีกมือหนึ่ง -คว้าหรือเขย่าของได้ทั้งสองมือ 	<ul style="list-style-type: none"> -ออกเสียงสระต่างๆ ได้ -จ้องมองปากคนและส่งเสียงตามเมื่อได้ยินเสียงพูด -มีปฏิกริยาตอบรับต่อเสียงพูด เช่น หันหน้ามองคนพูด -เข้าใจชื่อคน สิ่งของต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> -หันหน้ามองหาและมองตามเสียงหรือวัตถุ -สายตาทำงานประสานกับมือได้ดี -จำของคล้ายๆกันได้ -แยกพ่อ แม่ จากคนแปลกหน้า 	<ul style="list-style-type: none"> -แสดงความกลัว กังวล -ยิ้มและส่งเสียงให้เงาในกระจก -ยิ้มให้หน้าคน ยกแขนเพื่อให้อุ้ม -แสดงปฏิกริยาต่อต้านเมื่อถูกหยิบของเล่นไป

ช่วงเดือน	พัฒนาการด้าน ร่างกาย		พัฒนาการด้านภาษา	พัฒนาการด้านจิตใจ	พัฒนาการด้าน สังคม
	กล้ามเนื้อมัดใหญ่	กล้ามเนื้อมัดเล็ก			
6	<ul style="list-style-type: none"> -หันหน้าและเอี้ยวตัวไปมาได้ดี -ยืนถ้ามีคนพยุง -พลิกคว่ำได้คล่อง -คืบไปข้างหน้าหรือข้างหลัง -ทรงตัวนั่งได้ดี -อาจพลิกคว่ำมาเป็นท่ากึ่งนั่ง 	<ul style="list-style-type: none"> -ถือขวดนมได้ -จับของเล่นถ่ายของระหว่างมือ -ส่งของจากมือหนึ่งไปยังอีกมือหนึ่งได้ -เอื้อมหยิบของได้ทันที (แม่ยื่นย่ำขึ้น) 	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งเสียงเป็นพยัญชนะมากขึ้น -เปลี่ยนระดับเสียงมากขึ้น -ควบคุมเสียงได้ดีขึ้นแต่ฟังไม่เป็นภาษา -ส่งเสียงคุยโดยเฉพาะเมื่อได้ยินเสียงที่น่าสนใจ -ส่งเสียงบอกอารมณ์ต่างๆ 	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งเสียงคุๆหรือพึมพำหรือหยุดร้องให้เมื่อได้ยินเสียงเพลง -คว้าสิ่งของได้แม่นยำแม้ว่าของจะเคลื่อนไปมา -มองสำรวจสิ่งของ -เอื้อมหยิบสิ่งของและชอบปล่อยให้ตก 	<ul style="list-style-type: none"> -ยิ้มให้กับเงาในกระจก -พยายามเลื้อยบนแบบการแสดงออกทางสีหน้า -หันหน้ามาหาเมื่อได้ยินเสียงเรียกชื่อตนเอง -ร้องเรียกร้องแม่เพื่อขอความช่วยเหลือ
7	<ul style="list-style-type: none"> -ประคองศีรษะได้ดี -ยันตัวขึ้นในท่าคลาน -คืบทั้งที่มีของอยู่ในมือ -ถ้ามีคนช่วยดึงจะถูกขึ้นขึ้นได้ อาจจับของเพื่อดึงตัวเองขึ้นขึ้น -นั่งทรงตัวได้ มือเป็นอิสระหยิบจับของเล่น 	<ul style="list-style-type: none"> -ใช้นิ้วโป้งและนิ้วอื่นหยิบของ -ถือของข้างละอัน อาจจับมากระทบกัน 	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งเสียงทั้งสระและพยัญชนะ -พูดคำเฉพาะที่มีความหมายส่วนตัว เช่น แม่ ปา -พยายามเลียนแบบเสียง 	<ul style="list-style-type: none"> -แยกระยะใกล้ไกลของวัตถุได้ ชอบของเล่นมีเสียง -เริ่มเลียนแบบท่าทาง -จำลำดับขั้นของเหตุการณ์ที่จะเกิดได้ -มีปฏิกริยาตอบโต้กับเงาในกระจก เริ่มเรียนรู้ถึงความซับซ้อนของกริยาท่าทาง 	<ul style="list-style-type: none"> -ชอบคลานเข้าไปเล่น กระจก ขอบต้นของเล่น -อาจกลัวคนแปลกหน้า -เริ่มแสดงอารมณ์ขัน -ขัดขืนเมื่อถูกบังคับให้ทำในสิ่งที่ไม่อยากทำ
8	<ul style="list-style-type: none"> -คลาน -เคลื่อนไปข้างหน้าด้วยการ 	<ul style="list-style-type: none"> -ใช้นิ้วโป้งนิ้วชี้หรือนิ้วกลางช่วยในการหยิบของ 	<ul style="list-style-type: none"> -ส่งเสียงเลียนเสียงต่างๆ บางครั้งส่งเสียงดังเหมือนตะ โคน 	<ul style="list-style-type: none"> -สำรวจสิ่งของดูภายนอกดูกว้าง ขาว ถึก สำรวจลักษณะ 	<ul style="list-style-type: none"> -กลัวคนแปลกหน้า -กลัวการแยกจาก

ช่วงเดือน	พัฒนาการด้าน ร่างกาย		พัฒนาการด้านภาษา	พัฒนาการด้านจิตใจ	พัฒนาการด้าน สังคม
	กล้ามเนื้อมัดใหญ่	กล้ามเนื้อมัดเล็ก			
	<p>ถัดกันหรือยื่นเกาะเครื่องเรือน</p> <p>-เมื่อจับยื่นจะยื่นขาข้างหนึ่งก้าวออกไปข้างหน้า</p> <p>-นั่งหลังตรงโดยลำพังได้นม</p> <p>-ลุกขึ้นนั่งได้เองจากการยันแขนขึ้นหรือจากท่าคลาน</p>	<p>-ถือของเล่นสำหรับเขย่าได้นม</p> <p>อย่างน้อย 3 นาที</p>	<p>-ใช้คำซ้ำ ๆ เช่น มามา จีบจีบ</p> <p>-จะหันหน้าหรือหันตัวเมื่อได้ยินเสียงคุ้นหู เช่นเสียงเรียกชื่อตนเอง</p>	<p>ใน และนอกภาษา และ การใส่โดยหยิบของชิ้นเล็กๆ</p> <p>ใส่กระป๋องและเอาออก</p> <p>-รู้จักแยกแยะความแตกต่าง</p> <p>-ถ้าดี บ๊าย บ๊าย ตอนการเกิด เหตุการณ์อย่างง่ายได้</p> <p>-เริ่มมีการเรียนรู้เฉพาะตัว และใช้เทคนิคการเรียนรู้รวมทั้งสร้างนิสัยใหม่ขึ้นจากการกระทำเดิม</p>	<p>-ตะโกนเรียกร้องความสนใจ คิดแม่</p> <p>-ผลักปิดสิ่งที่ไม่ต้องการ</p> <p>-เคลื่อนไหวไปหยิบสิ่งของเองได้แล่นนำมากัด ชิม</p>
9	<p>-คลานหมุนไปหมุนมาไปรอบๆได้ อาจคลานโดยแขนขาเหยียดตรง</p> <p>-จับให้ยื่นได้ บางคนอาจยื่นเองโดยลำพังได้ครู่เดียว บางคนอาจดูยื่นโดยไม่ต้องเกาะเครื่องเรือน</p> <p>-นั่งลงจากทำขึ้นได้ เดินเกาะ</p>	<p>-ใช้นิ้วโป้งและนิ้วชี้หยิบ กระดุมหรือเชือกได้</p> <p>-ตบมือหรือจับของติดกระทบกัน</p> <p>-เริ่มใช้นิ้วชี้ ชี้แคะและแห่ขูด</p> <p>-ต่อบล็อกได้ 2 ชิ้น</p>	<p>-บอกอารมณ์และความต้องการ โดยใช้เสียง</p> <p>-ใช้คำมีความหมายเช่น ม๊ะ</p> <p>-อาจพูดได้ 1 หรือ 2 พยางค์ซ้ำๆ</p> <p>-ทำตามคำสั่งง่ายๆ</p>	<p>-กลัวความสูง สนใจมิติของสิ่งของ</p> <p>-จำเกมที่เคยเล่นได้ เรียกร้องความสนใจ</p> <p>-หาของที่เห็นว่ามีคนเอาไปซ่อนไว้</p> <p>-เบื่อการกระตุ้นซ้ำๆ ซากๆ</p> <p>เริ่มดี้อ</p>	<p>-จำตัวเองและแม่ในเงากระจกได้</p> <p>-เล่นบตตัวเด่นในบ้าน ถ้าได้รับเสียงชมเชยจะทำซ้ำ</p> <p>-แสดงความสนใจต่อการเล่นของคนอื่น</p> <p>-เรียนรู้การป้องกันตนเอง</p>

ช่วงเดือน	พัฒนาการด้าน ร่างกาย		พัฒนาการด้านภาษา	พัฒนาการด้านจิตใจ	พัฒนาการด้าน สังคม
	กล้ามเนื้อมัดใหญ่	กล้ามเนื้อมัดเล็ก			
	<p>เครื่องเรือนได้</p> <p>-นั่งเก้าอี้ได้ดี นั่งหลังตรงโดยไม่ล้ม</p> <p>-ลุกขึ้นนั่งได้ดี</p>				และแสดงความเป็นเจ้าของผู้เมื่อถูกแย่งของ
10	<p>-ยืนได้โดยช่วยเพียงเล็กน้อย</p> <p>-อาจลุกขึ้นยืนเองได้</p> <p>-เดินได้รอบเครื่องเรือน</p> <p>-คลานโดยขาเหยียดตรง</p> <p>-ปีนขึ้นลงเก้าอี้</p> <p>-ก้าวเดินแต่ต้องจับมือทั้งสองไว้</p> <p>-นั่งลงจากยืน</p> <p>-จากทำนั่งลงมานอนคว่ำได้</p>	<p>-ถือของเล็กๆ 2 ชิ้นไว้ในมือเดียว</p> <p>-ใช้มือข้างหนึ่งถือของอีกข้างหนึ่งทำอย่างอื่นได้</p> <p>-ทิ้งของจากมือ</p>	<p>-เรียนรู้คำและเชื่อมโยงกับท่าทางเช่น ไม่ กับ สันหัว</p> <p>-อาจจะพูดคำตาม</p> <p>-สนใจฟังคำคล้ายๆกัน</p>	<p>-แยกของในกองเดียวกันใช้นิ้วชี้ชี้แตะ แหย่</p> <p>-มองของในกล่องและหยิบออกมา ค้นหาของที่ซ่อนไว้</p> <p>-มีคหิตได้</p> <p>-รู้ดีที่ตัวเองเป็นคนหนึ่งที่แยกออกจากสิ่งอื่น</p> <p>-ทำทางเลียนแบบมากขึ้น</p> <p>-ชี้บอกอวัยวะของร่างกาย</p>	<p>-แสดงอารมณ์ แยกแยะส่วนต่างๆของร่างกายได้</p> <p>-เริ่มบ่งบอกความเป็นหญิงชาย</p> <p>-วิตกกังวลกับการยอมรับและไม่ยอมรับของตัวเองและสังคม</p> <p>-อาจแสดงความกลัว</p>
11	<p>-ยืนได้เองโดยลำพัง</p> <p>-ช่วยตัวเองให้ยืนขึ้นโดยขาเหยียดตรง ใช้มือยันอละยกตัวขึ้น หรือยืนโดยยึดหัวเข่ายึดตัวขึ้นจากทำนั่งของๆ</p>	<p>-จับดินสอได้จิดๆเขี่ยๆ</p> <p>-จับที่สั้นกระดิ่งได้</p> <p>-ใช้มือทำอะไรได้เป็นลำดับตามกันมาได้</p> <p>-อาจดึงถุงเท้าออกได้ แกะเชือก</p>	<p>-คำพูด 2 - 3 คำเป็นภาษามากขึ้น</p> <p>-เลียนแบบการออกเสียง จังหวะการพูด และสีหน้า</p> <p>-เริ่มจับได้ว่าคำแต่ละคำนั้นมีความหมายต่างกัน</p>	<p>-สำรวจตรวจสอบความสัมพันธระหว่างภาษาและวัตถุที่บรรจุ</p> <p>-เลียนแบบมากขึ้น</p> <p>-รู้จักเปรียบเทียบการกระทำ</p>	<p>-คิดแม่่มาก</p> <p>-ดู ภาพสะท้อนของวัตถุหน้ากระจก</p> <p>-แสดงให้เห็นว่าต้องการการยอมรับจากแม่</p>

ช่วงเดือน	พัฒนาการด้าน ร่างกาย		พัฒนาการด้านภาษา	พัฒนาการด้านจิตใจ	พัฒนาการด้าน สังคม
	กล้ามเนื้อใหญ่	กล้ามเนื้อเล็ก			
	<ul style="list-style-type: none"> - ยืนได้โดยหาอะไรช่วยพยุงและก้มตัวได้ - ยืนตั้งฉากกับพื้น - เดินได้โดยจับมือคนอื่นมือหนึ่งหรือสองมือ - ขึ้นบันไดได้ - นั่งยองๆและก้มตัวลงได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - ผูกกรองเท้าได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - รู้แล้วว่าคำต่างๆคือสัญลักษณ์ของวัตถุ เช่น เครื่องบินจะชี้ไปบนท้องฟ้า 	<ul style="list-style-type: none"> - แบบเดียวกัน โดยใช้ด้านซ้ายและขวาของร่างกาย - รู้จักสัมพันธ์ลักษณะของสิ่งนั้น เช่น ลูกแมวร้องเหมียวๆ 	<ul style="list-style-type: none"> - เชื้อฟังคำสั่ง พยายามทำให้คนอื่นยอมรับ - ไม่ให้ความร่วมมือเสมอไป ปฏิเสธการสอนโดยการบังคับ - ทดสอบข้อห้ามของแม่
12	<ul style="list-style-type: none"> - ลูกขึ้นยืนเองได้ - ยืนได้ตรง - เดินแต่ยังชอบคลานมากกว่า - ใช้มือขณะเดินได้ เช่น โยนของ - คลานขึ้นลงบันได - ย่อตัวลงนั่ง 	<ul style="list-style-type: none"> - เปิดฝากล่องฝาขวด - ชอบใช้มือข้างเดียว - ใช้นิ้วชี้ชี้สิ่งของ - อาจถอดเสื้อผ้าง่ายๆเองได้ 	<ul style="list-style-type: none"> - จับโทนเสียงได้ - พุดเสียงอื่นๆได้มากขึ้น และจะฝึ กพูดอยู่เสมอ 	<ul style="list-style-type: none"> - ชอบจับของแยกของออกจากกัน - เรียนรู้การแทนที่ การหมุน การกลับหัวท้ายของสิ่งของ - จำเหตุการณ์ได้มากขึ้นและนานขึ้น - มีความรู้สึ กแยกตัวเองจากสิ่งของ - ใช้มือข้างที่ถนัด - เมื่อเกิดการผิดพลาดจะหาทางแก้ปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> - แยกแยะตนเองจากคนอื่น - แสดงออกทางอารมณ์ และรับรู้อารมณ์คนอื่น - มีปฏิภิริยารุนแรงเมื่อต้องแยกจากแม่ - มีอารมณ์ขันมากขึ้นจะติดคนและสิ่งของเช่น ของเล่น - การปฏิเสธจะมีมากขึ้น

แหล่งที่มา : สุภาวดีหาญเมธี .(มปป) ภูมิพัฒนาการเด็ก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์รักลูก

ทารกต้องการได้รับการเลี้ยงดูจากบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง นอกเหนือจากด้านร่างกาย แล้ว ทารกยังมีความต้องการที่จะพัฒนาสติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม ทั้งนี้ทารกจะต้องได้รับ สิ่งสำคัญ 2 ประการจากมารดาเพื่อให้ทารกประสบความสำเร็จในการพัฒนาด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม ได้แก่

1. การได้รับการเลี้ยงดูด้วยความรักความเข้าใจ ได้แก่ การที่ทารกได้รับการอุ้มสัมผัส อย่างอ่อนโยน และได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องสม่ำเสมอ ตอบสนองความต้องการของทารก ได้อย่างเหมาะสม

Pestalozzi (อ้างใน ทิศนา เขมมณี และคณะ , 2536 : 57 - 58) กล่าวว่า ความรักของแม่เป็นพลังที่สำคัญในการเจริญเติบโตของเด็ก ความรักที่ประกอบด้วยเหตุผล และความมุ่งมั่นที่จะปลูกฝัง สิ่งที่ดีงามให้แก่เด็ก เป็นบรรยากาศที่ส่งเสริมการเรียนรู้ที่แท้จริง ความรักที่บริสุทธิ์ และความ สัมพันธ์ที่อบอุ่นกลมเกลียวกันในครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญสำหรับเด็กในการพัฒนาความคิด ความรู้สึก การกระทำที่สอดคล้องกัน ซึ่งเป็นพื้นฐานของชีวิตที่สมบูรณ์มั่นคงต่อไป

2. การที่ทารกได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ หมายถึง การที่ทารกได้รับการส่งเสริม พัฒนาการทั้งด้านการใช้กล้ามเนื้อใหญ่ การใช้กล้ามเนื้อเล็กภาษาและการได้ยิน การช่วยเหลือตนเอง และสังคม โดยตอบสนองความต้องการของทารกได้อย่างเหมาะสม ดังรายละเอียดในตารางที่ 9 (กระทรวงสาธารณสุข , 2539)

ตารางที่ 9 แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการทารก

รายการ	ทำได้ภายใน (เดือน)	วิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
สบตา จ้องหน้าแม่	1	- ให้กนิมนมแม่อย่างเดียว
		- ยิ้มแย้ม มองสบตา เล่นพูดคุยกับลูกเอียงหน้า ไปมาช้าๆ ให้ลูกมองตาม - อุ้มบ่อยๆ อุ้มพาดบ่า
คุยอ้อแอ้ ยิ้ม มองตามชันคอ ให้คว่ำ	2	- เล่นกับลูกโดยแขนของเล่นสี่สัดห่างจาก หน้าลูกประมาณ 1 ศอก ให้ลูกมองตาม พูดคุย ทำเสียงต่างๆ และร้องเพลง
ชันคอได้ตรงเมื่ออุ้มนั่ง ส่งเสียง โต้ตอบ	3	- อุ้มทำนั่งพูดคุยทำเสียงโต้ตอบกับเด็ก ให้ลูกนอนเปลหรืออยู่ที่ไม่มีค้ำทึบ
ไขว่คว้า หัวเราะเสียงดัง ชูคอ ตั้งขึ้นในท่านั่ง	4	- จัดที่ๆปลอดภัยให้เด็กหัดคว่ำ คืบ - เล่นกับลูกโดยชูของเล่นให้ลูกไขว่คว้าชมเชย ให้กำลังใจเมื่อลูกทำได้
คืบ พลิกคว่ำ พลิกหงาย	5	- หางของเล่นสี่สัด ชื่นใหญ่ที่ปลอดภัยให้หยิบ จับและให้คืบไปหา - พ่อแม่ช่วยกันพูดคุยโต้ตอบยิ้มเล่นกับเด็กพูด ถึงสิ่งที่กำลังทำอยู่กับเด็ก เช่น อาบน้ำกินข้าว
คว่ำของมือเดียว หันหาเสียง เรียกชื่อ ส่งเสียงต่างๆโต้ตอบ	6	- เวลาพูดให้เรียกชื่อเด็ก - เล่นโยกเยกกับเด็ก หางของให้จับ
นั่งทรงตัวได้เอง เปลี่ยนสลับมือ ถือของได้	7	- อุ้มน้อยลงให้เด็กได้คืบและนั่งเล่นเอง โดยมี แม่คอยระวังอยู่ข้างหลัง - ให้เล่นสิ่งที่มีสีและขนาดต่างกัน เช่น ลักษณะผิวเรียบหยาบ อ่อน-แข็ง ให้หยิบจับ สิ่งของเข้า - ออกจากถ้วยหรือกล่อง
มองตามของตก	8	- กลิ้งของเล่นให้เด็กมองตาม - พูดและทำท่าทางเล่นกับเด็ก เช่น จ๊ะเอ๋ จับคู่คำ แมงมุม จ้ำจี้ ตบมือ
เข้าใจเสียงห้าม เล่นจ๊ะเอ๋ ตบมือ	9	- หัดให้เกาะยืน เกาะเดิน

ตารางที่ 9 แนวทางการส่งเสริมพัฒนาการทารก (ต่อ)

รายการ	ทำได้ภายใน (เดือน)	วิธีการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
ใช้นิ้วชี้ และนิ้วหัวแม่มือ หยิบของชิ้นเล็ก		- หัดให้เด็กใช้นิ้วหยิบจับของกินชิ้นเล็กเข้าปาก เช่น ข้าวสุก มะละกอก่อน มันต้มนั่น ฟักทองต้ม ห้ามใช้ถั่ว หรือของที่จุกได้
เหนียวตัว เกาะยืน เกาะเดิน ส่งเสียงต่างๆ “หม่า หม่า” “จ่า จ๊ะ” ตั่งใจ	10	- จัดที่ให้เด็กคลาน และเกาะเดินอย่างปลอดภัย - เรียกเด็กและชูของเล่นให้เด็กสนใจเพื่อลุกขึ้น จับ
พูดเป็นคำที่มีความหมาย เช่น พ่อ แม่ เลียนเสียง ท่าทาง และเสียงพูด	1ปี	- ให้เด็กมีโอกาสเล่นสิ่งของโดยอยู่ในสายตา เข้าใจ เสียงห้าม เล่นจ๊ะเอ๋ คบมือ - ผู้ใหญ่พูดชมเชย เมื่อเด็กทำสิ่งต่างๆ ได้ - พูดคุย ชี้ และบอกส่วนต่างๆ ของร่างกาย

จาร์ส ปีนเงิน (2536 : ก) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการ กับพัฒนาการตามวัยของเด็กวัยทารก และวัยเตาะแตะ พบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูในการส่งเสริมพัฒนาการ มีความสัมพันธ์กับระดับพัฒนาการตามวัยของเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพัฒนาการหมวดการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ การมองเห็น การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก การช่วยเหลือตนเอง และพัฒนาการโดยรวม ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้เลี้ยงดูที่มีระดับการศึกษาสูงและฐานะเศรษฐกิจดี มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับพัฒนาการหมวดการมองเห็น และ การใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก การช่วยเหลือตนเอง และพัฒนาการโดยรวมของเด็กในกลุ่มตัวอย่าง เด็กที่มีโอกาสได้ฟังวิทยุโทรทัศน์ วีดีโอ มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการหมวดการได้ยิน ภาษา และพัฒนาการความคิดรวบยอด เด็กซึ่งเป็นบุตรคนแรกจะมีพัฒนาการหมวดการได้ยิน ภาษา และพัฒนาการความคิดรวบยอดเร็วกว่าเด็กที่ไม่ใช่บุตรคนแรก

อุดม ลักษณะวิจารณ์ และคณะ ได้จัดทำแบบทดสอบพัฒนาการเด็กไทยอายุ 0 - 6 ปี (TDST) ซึ่งมีวัตถุประสงค์ เพื่อทดสอบพัฒนาการเบื้องต้นของเด็กไทย 0 - 6 ปี แต่ทั้งนี้ผู้จัดทำยังไม่ได้ กำหนดเกณฑ์ที่จะตัดสินระดับพัฒนาการไว้ชัดเจน ซึ่งจาร์ส ปีนเงิน (2536:24-25) ได้นำแบบทดสอบของอุดม ลักษณะวิจารณ์และคณะมาใช้ และได้แบ่งระดับพัฒนาการของเด็กออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่มีพัฒนาการเร็ว หมายถึง กลุ่มที่ทำการกรรมนั้นได้เร็วกว่าอายุที่ร้อยละ 50 ของเด็กไทยทั่วประเทศทำได้ และเด็กกลุ่มที่มีพัฒนาการปกติ หมายถึงกลุ่มที่ทำการกรรมทดสอบได้ช้ากว่าที่ร้อยละ 50 แต่ไม่ช้ากว่าอายุที่ร้อยละ 90 ของเด็กไทยทั่วประเทศจะสามารทำได้

สมสิริ อัครเสรี (2540: 39-40) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด โดยได้นำแบบทดสอบพัฒนาการเด็กไทยซึ่งสร้างขึ้นโดย อุดม ลิขณะวิวัฒน์และคณะ(2530)มาใช้ ซึ่งเกณฑ์การประเมินระดับพัฒนาการของทารกคลอดก่อนกำหนดได้ถูกแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับพัฒนาการปกติ คือ ทารกคลอดก่อนกำหนดที่สามารถผ่านกิจกรรมการทดสอบได้เท่ากับอายุที่ 90 เปอร์เซนต์ของเด็กไทยทั่วประเทศจะสามารทำได้ และ ระดับพัฒนาการช้า คือ ทารกคลอดก่อนกำหนดที่ไม่สามารถผ่านกิจกรรมการทดสอบที่ 90 เปอร์เซนต์

ด้านที่ 3 ความต้องการด้านสิทธิหน้าที่พื้นฐานทางการเมืองการปกครอง หมายถึง การที่ทารกมีใบแจ้งเกิดและมีชื่อในสำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อบิดา และมารดาอยู่ เพื่อให้ทารกมีสิทธิหน้าที่ตามกฎหมาย นอกจากนี้สำหรับทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ปกครองควรได้รับการติดเชื้อโรคเอดส์และการป่วยด้วยโรคเอดส์ของเด็ก รวมทั้งการรักษาความลับของการติดเชื้อและห้ามสถานพยาบาลปฏิเสธผู้ป่วย และห้ามเลือกปฏิบัติ

สิทธิ คือ ประโยชน์ส่วนได้เสียที่กฎหมายรับรอง และคุ้มครองให้ เป็นการผูกพันบุคคลผู้มีหน้าที่ให้กระทำ หรืองดเว้นการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนั้น สองสิ่งนี้คือ สิ่งที่รัฐมอบหมายให้บุคคล เพื่อจะได้ดำรงชีพในสังคมส่วนร่วมกันอย่างมีความสุขด้วยความสงบ และมั่นคง

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ 2535 - 2539 (อ้างใน วิจิต มันทากรณ์ , 1994 : 36 , 38) ได้ระบุถึงการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ของผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ สำหรับเด็กที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้ปกครองควรได้รับการรู้การติดเชื้อโรคเอดส์และการป่วยด้วยโรคเอดส์ของเด็ก โดยทั้งนี้ให้คำนึงถึงผลประโยชน์ที่ดีที่สุดของเด็ก รวมทั้งการรักษาความลับของการติดเชื้อ และห้ามสถานพยาบาลปฏิเสธผู้ป่วยด้วยเหตุผลว่าผู้นั้นมีเชื้อเอดส์ หรือสงสัยว่าติดเชื้อ และห้ามเลือกปฏิบัติ โดยลดคุณภาพการตรวจรักษา

สำหรับทารก สิทธิและหน้าที่ที่สำคัญ คือ การที่ทารกได้รับการแจ้งเกิด มีใบแจ้งเกิด มีชื่อในสำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อบิดา และมารดาอยู่ สิทธิในการการได้รับการรักษา การรักษาความลับ การติดเชื้อเอชไอวี และการ ไม่ถูกเลือกปฏิบัติจากสถานพยาบาลด้วยเหตุผลว่า เด็กผู้นั้นติดเชื้อเอดส์

1. การแจ้งเกิด

1.1 ทารกที่เกิดในบ้าน ให้เจ้าบ้านแจ้งนายทะเบียนท้องที่ภายใน 15 วัน นับตั้งแต่เกิด ถ้าเกิดในเขตเทศบาล ให้แจ้งเกิด ณ. ที่ทำการเทศบาล ถ้าเกิดนอกเขตเทศบาล ให้แจ้งเกิด ณ. ที่ว่าการตำบล

1.2 ทารกที่เกิดนอกร้าน ให้มารดาแจ้งนายทะเบียนในท้องที่ ณ. ท้องที่เกิด หรือท้องที่ที่พียงแจ้งได้ภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันเกิด ถ้าไม่สามารถทำได้ ให้แจ้งภายใน 15 วัน นับจากวันที่สามารถแจ้งได้

2. การย้ายเข้า หรือการมีชื่อในสำเนาทะเบียนบ้าน ให้เจ้าของบ้านหรือผู้ย้ายแจ้งต่อนายทะเบียนท้องที่ที่ไปอยู่ใหม่ภายใน 15 วันนับแต่วันย้ายเข้า

การที่ทารกมีใบแจ้งเกิด และมีชื่อในสำเนาทะเบียนบ้านที่มีชื่อบิดา และมารดาอยู่นั้นจะเป็นหลักฐานสำคัญในการใช้สิทธิการเป็นพลเมืองของประเทศ ในการเล่าเรียน การมีบัตรประชาชน การเลือกตั้ง การจดทะเบียนสมรส ตลอดจนการทำนิติกรรมต่างๆ ดังนั้น บิดา มารดา และ/หรือ ผู้เลี้ยงดูจึงไม่ควรละเลยต่อการไปแจ้งเกิด และ การนำชื่อบุตรเข้าไปในสำเนาทะเบียนบ้าน เพื่อให้บุตรเป็นชาวไทยที่สมบูรณ์

3. สำหรับเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี และยังไม่บรรลุนิติภาวะ ผู้ปกครองควรได้รับการรู้การติดเชื้อโรคเอดส์และการป่วยด้วยโรคเอดส์ของเด็ก รวมทั้งการรักษาความลับของการติดเชื้อ และห้ามสถานพยาบาลปฏิเสธผู้ป่วย ด้วยเหตุผลว่าผู้นั้นมีเชื้อเอชไอวีหรือสงสัยว่าติดเชื้อ และห้ามเลือกปฏิบัติโดยลดคุณภาพการตรวจรักษา

2. สภาวะสุขภาพของทารก

นิตยา ชชภักดี (2536 : 18) ได้ให้ความหมายของ “การประเมิน” ไว้ว่า หมายถึง การวัดและนำผลของการวัดมาเปรียบเทียบกับมาตรฐานแล้วจึงตัดสินแปลผลได้ว่าสิ่งที่ถูกประเมินนั้นมีคุณภาพเป็นอย่างไร ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินคุณภาพชีวิตด้านวัตถุวิสัย (Objective) ตามแนวคิดขององค์การวัฒนธรรมวิทยาศาสตร์ และการศึกษาของสหประชาชาติ (UNESCO , 1980) ซึ่งเป็นการศึกษานบนพื้นฐานด้านรูปธรรมที่มองเห็นได้ วัดได้ จากการศึกษาของ สมศิริ อัครเสรี(2540) ในเรื่อง คุณภาพชีวิตของทารกคลอดก่อนกำหนด ได้นำสภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก หรือ สพด. มาเป็นเกณฑ์หนึ่งที่ใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตของทารก และยังได้นำเสนอในเรื่องของการเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิตของทารกอีกส่วนหนึ่ง เพื่อชี้บ่งว่าทารกมีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่ ซึ่งแนวทางดังกล่าว ประกอบด้วย การประเมินการเจริญเติบโต ระดับพัฒนาการ และ

ประวัติการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับเกณฑ์ซึ่งใช้ในการประกวด “หนูน้อยนมแม่” ของกองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยหัวข้อการประเมินประกอบด้วย ประวัติการคลอดน้ำหนักแรกเกิด การได้ภูมิกุมกันตามวัย ประวัติการได้รับนมแม่ และอาหารเสริมตามวัย การเจริญเติบโต และภาวะทางโภชนาการ ลักษณะของร่างกายทั่วไป เช่น ผิวหนัง หู คอ จมูก และพัฒนาการตามวัย

องค์การอนามัยโลก (อ้างในนิตยา คชภักดี , 2536 : 17) กล่าวไว้ว่า “สุขภาพ” สำหรับเด็ก หมายถึง การเจริญเติบโตของร่างกาย พัฒนาการรอบด้าน ได้แก่ สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมไปถึงพัฒนาการของร่างกายด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัวที่สมวัย และพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ได้ให้ความหมายของคำว่า “สภาวะ” ว่าหมายถึง สภาพ หรือลักษณะในตนเอง ซึ่งเมื่อรวม “สภาวะสุขภาพของทารก” แล้ว หมายถึง สภาพที่ทารกมีการเจริญเติบโตของร่างกาย มีพัฒนาการรอบด้าน

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาเลือกเกณฑ์ในการประเมินที่สอดคล้องกับแนวคิดดังกล่าวข้างต้น กล่าวคือ เป็นการประเมิน “สภาวะสุขภาพทารก” ซึ่งถือว่าการประเมินสภาวะสุขภาพจริงของทารกโดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง อันประกอบด้วยการประเมินการเจริญเติบโต โดยใช้น้ำหนักและส่วนสูงของทารกเทียบกับอายุตามเกณฑ์ของกองโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข ระดับพัฒนาการ ประวัติการเจ็บป่วย และการประเมินความสะอาดร่างกายของทารก ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

2.1 น้ำหนักและส่วนสูงของทารก หมายถึง การเจริญเติบโตของทารก ซึ่งประเมินได้จากการชั่งน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อเป็นการประเมินเจริญเติบโตของทารก โดยคำว่าเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นคำที่มักใช้คู่กัน หรือบางครั้งจะใช้แทนกัน เพราะในเด็กปกติ การเจริญเติบโตและพัฒนาการจะดำเนินไปด้วยเสมอ (ประนอม รอดคำดี , 2531 : 2)

การเจริญเติบโต หมายถึง การเพิ่มทั้งขนาดและสัดส่วนของร่างกาย ในด้านน้ำหนัก ส่วนสูง ขนาดของอวัยวะต่างๆในร่างกายทั้งภายในและภายนอก สามารถชั่งได้ และ วัดได้ (อรพรรณ ลีบุญรักษา , 2534 : 33)

ส่วนคำว่าพัฒนาการ หมายถึง การเปลี่ยนแปลงในการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ เป็นการเปลี่ยนแปลงในเชิงคุณภาพเป็นส่วนใหญ่ เช่น การใช้ภาษา การอ่าน การเดิน เป็นต้น (Lawrence B. Schiamberg , 1985 : 7)

หลักการเจริญเติบโต และพัฒนาการ (ขนาด พจนามาตร์ , 2532 :3 - 4)

1.การเจริญเติบโตและพัฒนาการเป็นกระบวนการต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงวัยเจริญเติบโตเต็มที่ โดยไม่มีการย้อนกลับ

2.การเจริญเติบโตและพัฒนาการ เป็นกระบวนการตามลำดับขั้นที่เหมือนกันทุกคน เริ่มตั้งแต่การสมองเป็นอวัยวะที่มีการเจริญเติบโตก่อนเป็นอันดับแรก เช่น ทารกทุกคนจะคว่ำก่อนนั่ง หรือคลานก่อนยืนไม่ข้ามขั้นตอน

3.แบบแผนในการเจริญเติบโต และพัฒนาการของอวัยวะแต่ละส่วนจะมีลักษณะเฉพาะ เช่น ทารกจะต้องรู้จักใช้ฝ่ามือก่อนใช้นิ้วในการจับของ แต่อัตราการเจริญเติบโตจะขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการและสภาพแวดล้อม

4.อัตราการเจริญเติบโตของแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับกรรมพันธุ์ ภาวะโภชนาการ และสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นเหตุผลหนึ่งที่จะต้องติดตามประเมินการเจริญเติบโตของทารกแต่ละคนมากกว่าที่จะเปรียบเทียบกับเกณฑ์เฉลี่ยตามอายุ

5.การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างประกอบกัน ดังที่เพ็ญศรี พิชัยสนธิ (2526 : 99 - 101) กล่าวถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กไว้ดังนี้

5.1 พันธุกรรม ซึ่งจะเป็นตัวกำหนดขอบเขตจำกัดของศักยภาพทางสรีระของมนุษย์ จะมีอิทธิพลต่อการตอบสนองของอวัยวะต่างๆ ต่อสิ่งเร้าทุกชนิด เช่น ฮอร์โมน สารอาหาร เป็นต้น

5.2 อาหาร ทั้งปริมาณ และคุณภาพของอาหารมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตของร่างกายเด็ก

5.3 ฮอร์โมน ซึ่งจะเป็นตัวกระตุ้นให้ร่างกายเจริญเติบโต ฮอร์โมนที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตโดยตรง ได้แก่ Pituitary Growth Stimulating Hormone ฮอร์โมนเพศ และฮอร์โมนของต่อมธัยรอยด์

5.4 การเจ็บป่วยและโรคต่างๆ เช่น การได้รับบาดเจ็บต่างๆ การเป็นโรคเรื้อรัง

5.5 สิ่งแวดล้อมทางสังคม และอารมณ์ของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแวดล้อมในครอบครัว เช่น ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อ แม่ และลูก วิธีการเลี้ยงดู ปัญหาทางอารมณ์ มีผลต่อความอยากอาหารของเด็ก ทารกที่ขาดความรัก ความอบอุ่นมักมีปัญหาเลี้ยงไม่โต

5.6 วัฒนธรรมและฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม ปัจจัยนี้มีผลต่อการเจริญเติบโตของเด็ก เนื่องจาก มีอิทธิพลต่อวิธีการดำเนินชีวิต การกินอยู่ และการดูแลรักษาเมื่อเด็กเจ็บป่วย

5.7 เชื้อชาติ จะมีอิทธิพลต่อโครงสร้างของมนุษย์ เช่น คนยุโรปสูงกว่าคนเอเชีย

5.8 ฤดูกาล ได้มีผู้ศึกษาพบว่า อัตราการเพิ่มของน้ำหนัก และส่วนสูงของเด็กในแต่ละ ฤดูกาลไม่เท่ากัน และสรุปได้ว่า ดินฟ้าอากาศมีอิทธิพลต่อการเจริญเติบโต

6. พัฒนาการจะเริ่มจากสิ่งที่ย่างไปหายาก และจากสามารถทำสิ่งทั่วไปก่อนทำสิ่งที่ เฉพาะเจาะจง เช่น เด็กจะเริ่มอ่านตัวอักษร ก ข ก่อนที่จะอ่านเป็นคำได้ ส่วนการทำในสิ่งที่เฉพาะ เจาะจง จะขึ้นกับ โอกาสในการฝึกหัด และการเรียนรู้

7. พัฒนาการจะเป็นไปใน 2 ทิศทาง คือ จะเริ่มจากศีรษะไปหาปลายเท้า (Cephalocaudal direction) เช่น จะเริ่มชันศีรษะได้ก่อนที่จะชันหน้าอก ยกตัว และใช้เท้าในการเดิน ส่วนอีกทิศทาง คือจากส่วนกลางของลำตัว ไปหาส่วนปลาย (Proximodistal direction) เช่น จากการควบคุมการ เคลื่อนไหวทั้งตัวเป็นการพลิกตัว ไปข้างใดข้างหนึ่ง

8. อัตราการพัฒนากายของแต่ละคนจะแตกต่างกัน เช่นกันกับอัตราการเจริญเติบโต เช่น เด็กบางคนอาจจะเดินได้เร็วกว่าเด็กอีกคนหนึ่งซึ่งอาจจะพูดได้เร็วกว่า ดังนั้น การพัฒนากายของ เด็กจะต้องประเมินโดยส่วนรวม มากกว่าจะประเมินพัฒนาการของแต่ละส่วน หรือเปรียบเทียบกับ เด็กอีกคนหนึ่ง

การประเมินการเจริญเติบโตของทารกในวัยขวบปีแรก ประเมินได้โดย การชั่งน้ำหนัก และ วัดส่วนสูง ดังมีเกณฑ์ปกติ ดังนี้

น้ำหนักตัว

น้ำหนักตัวทารกแรกเกิดประมาณ 3,000 - 3,200 กรัม

5 เดือนแรก ทารกจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มประมาณวันละ 20 กรัม และเป็น 2 เท่า ของแรกเกิดเมื่อครบ 5 เดือน

5 เดือน - 1 ปี ทารกจะมีน้ำหนักตัวเพิ่มประมาณวันละ 15 กรัม

1 ปี จะมีน้ำหนักเป็น 3 เท่าของแรกเกิด

ส่วนสูง

ส่วนสูงเมื่อแรกเกิดประมาณ 50 เซนติเมตร

ในปีแรก ความยาวของลำตัวเพิ่มประมาณ 25 - 30 เซนติเมตรเพิ่มขึ้น

คิดเป็นร้อยละ 50 ของความยาวเมื่อแรกเกิด

2.2 ระดับพัฒนาการ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านวุฒิภาวะของระบบต่างๆและ ตัวบุคคล ทำให้เพิ่มความสามารถของระบบและตัวบุคคล ทำให้เพิ่มความสามารถของระบบหรือ ตัวบุคคลให้ทำหน้าที่ต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น และทำในสิ่งที่ซับซ้อนขึ้นได้ ตลอดจน การเพิ่มทักษะใหม่ และความสามารถในการปรับตัวในภาวะใหม่ของบุคคลนั้น พัฒนาการของ

มนุษย์เป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เริ่มต้นจากปฏิสนธิจนถึงบรรณุนิติภาวะ และในหลายกรณียังมีการพัฒนาต่อไปจนตลอดชีวิต

พัฒนาการตามหลักของ Gesell (1972 อ้างใน สมศิริ อัทธเสรี , 2540 : 32 -33) แบ่งเป็น 4 ด้านคือ

1.พฤติกรรมด้านการเคลื่อนไหว (Motor behavior) เป็นความสามารถของร่างกาย ในด้านการเคลื่อนไหว เป็นเครื่องชี้ถึงวุฒิภาวะ ซึ่งประกอบด้วย Gross motor และ Fine motor โดยพิจารณาจากการทรงตัวของศีรษะ การชันคอได้ การนั่ง การกำหีบสิ่งของ ซึ่งพฤติกรรมนี้เป็นเครื่องชี้ถึงการเจริญเติบโตของระบบประสาทส่วนกลาง

2.พฤติกรรมด้านการปรับตัว (Adaptive behavior) เป็นเครื่องชี้ถึงความสามารถในการประสานงานระหว่างระบบการเคลื่อนไหวกับระบบความรู้สึก (Motor - sensory coordination) เช่น การประสานงานระหว่างตากับมือของเด็กในการใช้มือ

3.พฤติกรรมด้านการสื่อสาร (Language behavior) เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงขั้นการเจริญของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเปล่งเสียง และสมองส่วนที่ควบคุมการพูด ใช้เป็นเครื่องแสดงความต้องการ ความเข้าใจ หรือการแสดงออกซึ่งความรู้สึกอื่นๆ เป็นเครื่องชี้ถึงความพร้อมในการทำงานของระบบประสาท และของร่างกาย และเป็นพฤติกรรมที่มีความสำคัญยิ่งเท่ากับพฤติกรรมด้านการปรับตัว การพัฒนาการพูดรวมอยู่ในพฤติกรรมนี้ เพราะ คำพูดเป็นสัญลักษณ์ในระยะเริ่มต้นอย่างหนึ่งที่แสดงถึงความคิดและการแก้ปัญหา

4. พฤติกรรมด้านนิสัยส่วนตัว และสังคม (Personal - social behavior) หมายถึงความสามารถในการปรับตัวภายใต้อิทธิพลของภาวะแวดล้อม และสภาพแห่งความเป็นจริง เป็นการปรับตัวระหว่างบุคคลกับบุคคล เป็นการปรับตัวระหว่างบุคคลกับกลุ่ม โดยขึ้นอยู่กับวัฒนธรรม ประเพณีของภาวะแวดล้อมที่เด็กดำรงอยู่ และความสามารถของเด็กในการเรียนรู้ เพื่อที่จะปรับตัว ต้องอาศัยปัจจัยการเจริญเติบโตภายในตัวเอง (Intrinsic growth factor) คือ ขั้นการเจริญของสมอง และระบบการเคลื่อนไหว ซึ่งจะทำให้เด็กแต่ละคนมีความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ต่างกัน

ในการวินิจฉัยพัฒนาการของทารกนั้น ต้องพิจารณาจากพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านนี้ ซึ่งจะบอกถึงระดับวุฒิภาวะ (Maturation) ของสมองในเด็กแต่ละคนได้ โดยสามารถวัดได้จากแบบทดสอบพัฒนาการเด็กไทย อายุ 0 - 6 ปี พ. ศ. 2530 (อุคม ลักษณะวิจารย์ และคณะ , 2530) โดยแบ่งเป็น 5 หมวด ดังนี้

ก. หมวดการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (Gross motor) หมายถึง ความสามารถของทารกในการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ในการเคลื่อนไหวร่างกาย

ข. หมวดการมองเห็นและการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก (Vision and fine motor) หมายถึง ความสามารถของทารกในการมองเห็นวัตถุต่างๆ และการรู้จักใช้มือในการทำกิจกรรม

ค. หมวดการได้ยิน ภาษา และพัฒนาความคิดรวบยอด (Hearing language and concept development) หมายถึง ความสามารถของทารกในการออกเสียง การพูดการแสดงปฏิกิริยาตอบโต้เมื่อได้ยินเสียง

ง. หมวดการช่วยเหลือตนเอง (Self - help skills) หมายถึง ความสามารถของทารกในการทำกิจกรรมประจำวันด้วยตนเอง เช่น การหยิบของใส่ปาก หรือการส่งสัญญาณของทารกเพื่อขอความช่วยเหลือ

จ. หมวดการพัฒนาด้านสังคม (Social skills) หมายถึง ความสามารถของทารกในการแสดงพฤติกรรมต่อการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

2.3 ประวัติการเจ็บป่วย เช่น เป็นไข้ ท้องเสีย เป็นต้น ทั้งที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ปัญหาของเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ที่พบ คือ มีภูมิคุ้มกันบกพร่องทั้งชนิดเซลล์ และน้ำเหลือง (Cellular and humoral) ทำให้เกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย เชื้อโรคที่รุนแรง และพบมากในเด็กคือ Pneumocystic carinii ในทารกที่ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่ ปัญหาที่พบ ได้แก่ การเจริญเติบโตและพัฒนาการล่าช้า น้ำหนักลด ท้องร่วงเรื้อรัง มีแผลในปาก และหลอดอาหาร ติดเชื้อราในปาก ปอดอักเสบเรื้อรัง หูอักเสบเรื้อรัง ต่อม้ำเหลืองทั่วไปโต คับม้ามโต เกิดเลือดคั่ง และมีอาการผิดปกติทางระบบประสาท (จรัสศรี จันทร์สายทอง , 2535 : 45 -46) นอกจากนี้ยังพบว่า ทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อป่วยด้วยโรคที่พบธรรมดาทั่วไป มักพบว่าอาการจะรุนแรงกว่าเด็กทั่วไปทั้งนี้จากการติดเชื้อฉวยโอกาส (Heather Watts and Sandra Burchett , 1990 : 157)

ไม่เพียงแต่โอกาสจากการติดเชื้อฉวยโอกาสจะเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากการลดต่ำลงของระบบภูมิคุ้มกัน ส่งผลให้ทารกเหล่านี้ป่วยบ่อย จากการศึกษา พบว่า เด็กที่ติดเชื้อเอดส์ต้องเข้าออกโรงพยาบาลอยู่ตลอดเวลา โดยเฉลี่ย 3 ครั้งต่อปี และแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 10 -12 วัน (Anne , 1989 อ้างถึงใน จรัสศรี จันทร์สายทอง , 1992 : 45) ยังพบอีกว่า 30%ของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาจะมีอาการของโรคเอดส์ในอายุ 6 เดือนแรก และมากกว่าครึ่งจะมีอาการภายใน 1 ปีแรกและ

40% ของผู้ป่วยจะเสียชีวิตภายใน 1 ปีแรก(The European Collaborative Study.1991:253 -260) โดยสาเหตุการตาย 77 % เป็นจาก Pncumonia (ทวี โชติพิทยสุนนท์ และ มบุรี ยกศรี , 2538 : 173)

วันชัย อาจเขียน และคณะ (2537 : ก- ข) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และเด็กที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในจังหวัดพะเยา โดยเป็นการศึกษาแบบ Retrospective study กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่เสียชีวิตระหว่าง วันที่ 1 ต.ค. 2535 ถึง 31 พ.ค. 2537 และมีการแจ้งตาย ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเด็กที่เกิดปีเดียวกัน และอยู่ในหมู่บ้านเดียวกัน ผลการศึกษาพบว่า จากข้อมูลที่เสียชีวิต 116 ราย สาเหตุการตายที่พบมากที่สุด คือเป็นเอดส์ (ร้อยละ 24.1) รองลงไปเป็นปอดบวม (ร้อยละ 20.7) ปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับการตาย คือน้ำหนักแรกเกิด ภาวะโภชนาการ ปัญหาสุขภาพของเด็ก โรคประจำตัวของบิดา มารดา การติดเชื้อเอชไอวี และการเสียชีวิตของบิดา มารดา

2.4 ความสะอาดของร่างกาย หมายถึง การที่ร่างกายของทารกได้รับดูแลรักษาความสะอาด ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้จะ ได้สังเกตความสะอาดของร่างกายทั่วไปทารก ได้แก่ความสะอาด ในเรื่องความสะอาดของผิวหนัง ผมและหนังศีรษะ ตา หู จมูก มือและเล็บ ปากและฟัน เสื้อผ้า

6. ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของทารก

การที่มารดาจะตอบสนองความต้องการทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของทารกได้เหมาะสมเพียงไรนั้น จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยหลายประการเช่น ปัจจัยทางด้านมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว และปัจจัยทางด้านสังคมอัน ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อมารดาในการตอบสนองความต้องการของทารก โดยการศึกษาในครั้งนี้เป็น การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี และมารดาที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี จึงควรนำเข้าปัจจัยดังกล่าวข้างต้นมาควบคุมเพื่อป้องกันการเกิดอคติในการเปรียบเทียบ

ปัจจัยด้านมารดา

อายุของมารดา

บุคคลที่มีอายุมากกว่าจะมีวุฒิภาวะมากกว่า วุฒิภาวะจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวและทนต่อการเปลี่ยนแปลงในสถานการณ์ต่างๆของชีวิต โดยอาศัยสติปัญญา การเรียนรู้ และประสบการณ์ในอดีตมาประกอบได้มากขึ้น จากการศึกษาของ Mercer (1981 อ้างใน ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์ , 2536) พบว่า มารดาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปจะเริ่มมีวุฒิภาวะทางด้านจิตใจพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร และมารดาที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปมีวุฒิภาวะเหมาะสม ที่จะได้รับความสำเร็จในการ

เลี้ยงดูบุตรมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอารี ปุณณะตระกูล (2533 : 124 -136) เรื่อง พฤติกรรมสุขภาพของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปีซึ่งป่วยเป็นโรคติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ ที่มารับการตรวจรักษา ณ.เด็กผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเด็ก พบว่า มารดาที่มีอายุแตกต่างกันมีการดูแลบุตรแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 และการศึกษาของเขวาลักษณ์ หาญวชิรพงศ์(2532 :ก-ข) พบว่าเด็กที่มีมารดาที่มีอายุมาก คือ อายุระหว่าง 30 -34ปี มีพัฒนาการด้านนิสัยส่วนบุคคลและสังคมของเด็กเร็วกว่าเด็กที่มีมารดาที่มีอายุน้อยกว่า คือ อายุระหว่าง 25 -29 ปีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 แต่จากการศึกษาของชูศรี ดีวสกุล (2540 : ก- ข) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่พานบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิระ ภูเก็ต พบว่า มารดาที่มีอายุแตกต่างกันจะมีพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูบุตรในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลเบื้องต้นเมื่อเจ็บป่วย และด้านการป้องกันโรคไม่แตกต่างกัน

สำหรับปัจจัยด้านอายุของมารดา นี้ จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่า อายุมีผลต่อวุฒิภาวะทางกายและทางอารมณ์ของมารดาทารก ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อแผนการเลี้ยงดู และการตอบสนองความต้องการของทารก โดยมารดาที่มีอายุมากมีแนวโน้มว่าจะให้การเลี้ยงดูที่ดีกว่ามารดาอายุน้อย

ระดับการศึกษา

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการอบรมเลี้ยงดูบุตรของมารดา ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจต่อข้อมูลได้ง่ายขึ้นและความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณาตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผล ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับวิธีการรักษาสุขภาพอนามัยได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าย่อมแสวงหาความรู้ด้วยตนเอง เช่น เรื่องเกี่ยวกับการเตรียมตัวการเป็นมารดา และการอบรมเลี้ยงดูบุตรได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย (Janet ,1982 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ , 2530 : 112 - 114) และน้อมฤดี จงพยุหะ (2528 :81) กล่าวว่า บิดามารดาที่มีการศึกษาคือ ย่อมมีความรู้ความเข้าใจในการอบรมเลี้ยงดูบุตร และแนะนำบุตรได้ดีกว่าบิดามารดาที่มีการศึกษาน้อย เช่น รู้จักจัดอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ แบ่งเวลาให้ลูกด้วยความอบอุ่นและสุขใจ ดูแลสุขภาพอนามัยของบุตร รักษาพยาบาลบุตรเมื่อยามเจ็บป่วย อบรมสั่งสอนเรื่องมารยาทสังคม วัฒนธรรมศีลธรรมระเบียบต่างๆและการแนะนำในการปรับตัวให้เหมาะสมสิ่งต่างๆเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ส่งเสริมพัฒนาการให้เด็ก สอดคล้องกับการศึกษาของชูศรี ดีวสกุล (2540 : 51) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาที่พานบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต พบว่าระดับการศึกษาเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดา และ จากการศึกษาของประกริต

รัชวัตร (2536 :ข) พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการเลี้ยงดูบุตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .2856$ $p < .01$) แสดงว่า มารดาที่มีการศึกษาสูงจะมีการเลี้ยงดูบุตรถูกต้องกว่ามารดาที่มีการศึกษาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kasl & Cobb (1966 อ้างใน ประกริต รัชวัตร , 2536: 72) พบว่าบิดา มารดาที่มีระดับการศึกษาสูงและรายได้สูง จะปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอนามัยของเด็กได้ดีกว่าบิดามารดาที่มีระดับการศึกษาและรายได้น้อย ทั้งนี้เป็นเพราะการศึกษาทำให้มนุษย์มีความเจริญงอกงามทางสติปัญญา มีความรอบรู้ มีเหตุผลและใฝ่รู้ขึ้น สามารถที่จะตัดสินใจหรือเลือกปฏิบัติตนด้านสุขภาพอนามัยได้ดี และการศึกษาช่วยให้บุคคลมีโอกาสรู้ข่าวสารต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและความเจ็บป่วย รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงตามวัยได้ดี ทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่เรียนรู้ได้มา มีการตัดสินใจที่ดี และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้องเหมาะสม (Pender 1982 อ้างใน ประกริต รัชวัตร , 2536 : 71 - 72) และจากการศึกษาของนิตยา สอนสุชล(2536 : ก - ข) เรื่องแบบแผนการเลี้ยงดูบุตรอายุ 6 - 24 เดือนตามเกณฑ์สภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก พบว่า มารดาที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกันมีแบบแผนการเลี้ยงดูบุตรด้านร่างกาย และด้านการส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่ พบว่าระดับการศึกษาของมารดา มีผลต่อการเลี้ยงดูและการตอบสนองความต้องการของเด็ก กล่าวคือ มารดาที่มีระดับการศึกษาน้อยมีแนวโน้มที่จะเลี้ยงดูบุตร ได้ไม่ดีเท่ากับมารดาที่มีการศึกษาสูงกว่า

รายได้ของครอบครัว

เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ Pender (1982 อ้างในชูศรี คิ้วสกุล, 2540 : 25) กล่าวว่า ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีสุขภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีรายได้สูง จะมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่างๆ เพื่อเพิ่มความรู้และประสบการณ์ของตนเองมีรายได้เอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถดูแลตนเองตลอดจนเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้เหมาะสม จากการศึกษาของ สุพัตรา โคววัน (2531 :93) เรื่องพฤติกรรมการเลี้ยงดูทารกของมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 1 ปี พบว่า มารดาที่มีรายได้ครอบครัวตั้งแต่ 3,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติดีกว่ามารดาที่มีรายได้น้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับนิตยา สอนสุชล (2536 : ก - ข) เรื่องแบบแผนการเลี้ยงดูบุตรอายุ 6 - 24 เดือนตามเกณฑ์สภาวะความต้องการพื้นฐานและบริการสำหรับเด็ก พบว่า มารดาที่มีรายได้ครอบครัวแตกต่างกันมีแบบแผนการเลี้ยงดูบุตรด้านร่างกาย และด้านการส่งเสริมพัฒนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเนตรทราย รุ่งเรืองธรรม และจริยาวัตร คมพยัคฆ์ (2521 :52) พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้แตกต่างกันจะมีการ

ปฏิบัติในการเลี้ยงดูบุตรแตกต่างกัน และการศึกษาของอรพินท์ สิงหเดช (2521 : 25 - 26) พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการได้รับวัคซีนของเด็ก โดยครอบครัวที่มีรายได้ครอบครัวสูงเด็กจะได้รับวัคซีนมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ และจากการศึกษาของชูศรี ติวสกุล (2540 : 52) พบว่า รายได้ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาโดยรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรคของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$, $.05$, $.05$ ตามลำดับ)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นจะเห็นว่า รายได้ครอบครัวมีผลต่อการเลี้ยงดูบุตร กล่าวคือ ครอบครัวที่มีรายได้ต่อเดือนสูง จะมีกรรมการเลี้ยงดูบุตรที่เหมาะสมกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า

ปัจจัยด้านสังคม

การสนับสนุน ทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

House (1981 cited in Brown ,1986 :5) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วย ความรักใคร่ห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือกันการเงิน สิ่งของ แรงงาน การให้ข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับและข้อมูลเพื่อการเรียนรู้และประเมินตนเอง

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

Isrel & Brown (อ้างใน จริยาวัตร คมพยัคฆ์ 2531 :100) และ House (cited in Tilden 1985 :201) มีความเห็นสอดคล้องกันว่า ชนิดของการสนับสนุนทางสังคมมี 4 อย่าง คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) หมายถึง การสนับสนุนการยกย่อง การให้ความรัก ความผูกพัน ความจริงใจ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ(Appraisal Support) หมายถึง การให้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการประเมินตนเองและเรียนรู้ตนเอง ได้แก่ การเห็นพ้อง การรับรองและการให้ข้อมูลป้อนกลับ ซึ่งจะทำให้เกิดความมั่นใจ การสนับสนุนด้านนี้จึงเปรียบเสมือนการเสริมแรงทางสังคม (social reinforcement)
3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ ทิศทางและการให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้

4. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental Support) หมายถึง การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลในเรื่องเงิน แรงงาน เวลา และการปรับสภาพแวดล้อม

การสนับสนุนทางสังคมต่อบทบาทของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร

มารดาที่คิดเชื่อเอชไอวีจะได้รับผลกระทบทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวล หดหู่ ซึมเศร้า ท้อแท้และสิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงบทบาทมารดาในการเลี้ยงดูบุตร มารดาจะต้องเผชิญกับความเครียดที่แตกต่างจากมารดาโดยทั่วไป กล่าวคือ มารดามารดาในกลุ่มนี้ตกอยู่ในภาวะวิตกกังวลเป็นอย่างมากในเรื่องบุตรรวมทั้งตัวเอง คือกลัวบุตรจะติดเชื้อและจะยิ่งรู้สึกผิดเมื่อทราบบุตรจากตนเอง กลัวว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นานและไม่มีผู้เลี้ยงดูหลังจากที่ตนเองเสียชีวิตลง กลัวสามีไม่ยอมรับ กลัวบุคคลอื่นจะรังเกียจตนเมื่อทราบว่าตนมีการติดเชื้อ ซึ่ง Mercer (1986 : 9) กล่าวว่า ความเครียดจากเหตุการณ์ต่างๆที่อยู่รอบตัวมารดา เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถของมารดาในการกระทำบทบาทมารดา ในขณะที่เดียวกันการสนับสนุนทางสังคมจะทำหน้าที่เสมือนขุมพลังที่จะช่วยเหลือบุคคลในการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อสถานการณ์เครียดต่างๆ รวมทั้งทำหน้าที่เสมือนตัวบรรเทาภาวะเครียดที่เกิดขึ้น ช่วยให้มีการปรับตัวดีขึ้น (Cassel & Cobb cited in Norbeck , 1981 :264)

เกตุแก้ว จินดาโรจน์ (2536 :49 -50) ได้ศึกษามารดาหลังคลอดที่มีบุตรเจ็บป่วยจำนวน 119 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มารดาได้รับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวต่อการเป็นมารดาในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการศึกษาของวนิดา ยืนยง (2537 :56) ในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืดจำนวน 180 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวของมารดาในการดูแลบุตร

นิลุบล รุจิระประเสริฐ (2539 :67) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยบางประการกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาในมารดาที่คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการแสดงบทบาทการเป็นมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .2599$)

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการแสดงบทบาทมารดา ทั้งในกลุ่มมารดาที่คลอดทารกปกติ และทารกที่เจ็บป่วย และจากแนวคิดการแสดงบทบาทการเป็นมารดา Mercer (1986 :11) ได้จัดให้การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการแสดงบทบาทการเป็นมารดา (Koniak - Griffin, 1994 :259 - 260) ซึ่งในการศึกษา

ครั้งนี้ผู้วิจัยอาศัยแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ทั้งนี้ เนื่องจากการแยกประเภทของการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์นั้นจำแนกได้ชัดเจน ครอบคลุมความต้องการการช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและจิตสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมคอบทบาทของมารดาในการตอบสนองความต้องการของทารกตามแนวคิดของเฮาส์ มี 4 ด้านดังนี้

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) การติดเชื่อเอชไอวีเป็นประสบการณ์ที่สร้างความทุกข์โศกให้แก่ผู้ติดเชื่อเป็นอย่างมากโดยเฉพาะหญิงที่อยู่ในฐานะมารดาจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้มารดาที่ติดเชื่อเอชไอวีจะได้รับความกดดันทางจิตใจมาก จะมีความกลัวและวิตกกังวลทั้งในเรื่องของตนเองและบุตร จากการศึกษาของอรอุษา สติศุทธการ (2538:4) ซึ่งทำการสัมภาษณ์มารดาที่ติดเชื่อเอชไอวีในระยะหลังคลอด พบว่า มารดาเหล่านี้มีความกลัวและความวิตกกังวล เช่นกลัวสามีไม่ยอมรับ กลัวบุตรติดเชื่อจากตนเอง กลัวว่าตนเองจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน กลัวบุคคลอื่นจะรังเกียจคนเมื่อทราบว่าตนมีการติดเชื่อ มีความรู้สึกท้อถอยและเศร้าโศก รู้สึกผิดและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เมื่อทราบว่าบุตรติดเชื่ออันเนื่องมาจากตนเอง (Felisa L. Cohen et al ., 1995 : 204; Ruth Faden et al ., 1991 : 114) สิ่งเหล่านี้ ทำให้มารดาต้องการการประคับประคองด้านจิตใจ และอารมณ์ต้องการความรัก ความเอาใจใส่ ระบายความรู้สึกคับข้องใจ ความกลัวหรือความวิตกกังวลต่างๆกับบุคคลที่ไว้วางใจและใกล้ชิด ซิค Herzberger & Potts (cited in Jacobson, 1986 :260)เสนอแนะว่าการสนับสนุนด้านอารมณ์จะช่วยให้มารดามีการปรับตัวคอบทบาทการเป็นมารดาได้ดี โดยช่วยให้มารดาเผชิญกับความ รู้สึกต่างๆที่เกิดขึ้น ยอมรับเหตุการณ์ได้ดีขึ้น และเกิดความมั่นใจว่าจะมีบุคคลอื่นช่วยเหลือ และมีความพยายามที่จะเผชิญปัญหาต่อไป เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนั้นการสนับสนุนด้านอารมณ์ยังช่วยให้มารดามีเจตคติที่ดีคอบทบาทการเป็นมารดา ยอมรับและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุตร (Mercer ,1986 :21)

2. การสนับสนุนด้านการประเมินคุณค่า (Appraisal support) ได้แก่ การได้รับการประเมินพฤติกรรมและคุณค่าของมารดา โดยการให้ข้อมูลป้อนกลับด้วยคำพูดหรือแสดงออกด้วยการกระทำของคู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิดให้มารดาทราบว่า ตนเองมีความสำคัญต่อครอบครัว เนื่องจากมารดาที่ติดเชื่อเอชไอวีมักมีแต่ความกลัววิตกกังวลเกี่ยวกับตนเองและบุตร รู้สึกต่ำต้อยและไร้คุณค่าไม่สามารถแสดงบทบาทหรือทำหน้าที่มารดาได้ตามปกติ แต่ถ้าบุคคลใกล้ชิดและสามีให้การยอมรับเข้าใจ เปิดโอกาสให้มารดาได้ระบายความทุกข์ต่างๆยอมรับฟังความคิดเห็น จะทำให้มารดาเกิดความรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเอง และมีความหวังที่จะมีชีวิตที่ดีและมีความสุขกับครอบครัวต่อไป

3. การสนับสนุนทางด้านข้อมูล (Information Support) ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องในการเลี้ยงดูบุตรจากบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ โดยเฉพาะมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวียิ่งจะต้องมีความรู้ การปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลบุตร เพื่อป้องกันบุตรไม่ให้ได้รับเชื้อจากมารดาจากการเลี้ยงดูและความใกล้ชิด ซึ่งบางครั้งมารดาอาจรู้สึกเครียดและเหนื่อยหน่าย แต่ถ้าได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิด หรือเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพที่จะคอยแนะแนวทางการแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น จะส่งเสริมให้มารดาแสดงบทบาทในการเป็นมารดาได้สมบูรณ์และประสบความสำเร็จ

4. การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร (Instrument Support) ได้แก่ การได้รับความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ สิ่งของ แรงงานเงินและเวลา เป็นการช่วยเหลือโดยตรง เพราะผลกระทบของโรคเอดส์ ทำให้มารดาไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนเองได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งบทบาทที่มีต่อครอบครัวและอาชีพการงาน มารดาอาจพบปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้จากการประกอบอาชีพที่ลดลง หรือไม่มีเลย เพราะ สภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป ทำงานได้น้อยลงหรือไม่ได้ทำงาน ดังนั้น มารดาต้องการความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิดในด้านการเงิน และสิ่งจำเป็นในการดำเนินชีวิต เพื่อแบ่งเบาภาระภายในบ้านจะทำให้มารดาคลายความเครียดและวิตกกังวลลงได้

จากเอกสารและงานวิจัยข้างต้น ได้แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อบทบาทของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร โดยเฉพาะมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีถือว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของทารก

สรุป จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นว่า ปัจจัยด้านมารดา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว ปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ล้วนแต่มีผลต่อมารดาในการตอบสนองความต้องการของทารก ซึ่งจะมีผลต่อการศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้นำปัจจัยดังกล่าวเข้ามาวิเคราะห์เป็นตัวแปรปรวนร่วม (Analysis of covariance)

ปัจจัยด้านทารก

น้ำหนักแรกเกิด

เป็นปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลจากตัวทารกที่มีผลต่อการเจริญเติบโต และพัฒนาการของทารกเป็นอย่างมาก ทารกที่มีน้ำหนักน้อยเมื่อแรกเกิด จะมีอัตราตายของทารกมากกว่าทารกน้ำหนักปกติถึง 77 เท่า (เพ็ญศรี กาญจนันฐิติ ,2522 : 51) มีความคิดปกติทางสมองและพัฒนาการทางสติปัญญา มากกว่าทารกแรกเกิดน้ำหนักปกติ (สมศักดิ์ สุทัศน์วรุฒ และกำแหง จาตุรจินดา , 2531 : 6) นอกจากนี้ ทารกที่คลอดน้ำหนักตัวน้อยยังเจ็บป่วยได้บ่อยกว่า และเสียชีวิตได้ง่ายกว่า

ทารกที่น้ำหนักแรกคลอดปกติ เนื่องจาก มีภูมิต้านต่ำ (สุวชัย อินทรประเสริฐ ,2530 :523) ดังนั้น น้ำหนักแรกเกิดของทารกจึงมีความสำคัญที่อาจส่งผลถึงคุณภาพชีวิตทารก

อายุ

อายุนับเป็นลักษณะประจำตัวของมนุษย์อย่างหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจาก อายุมีความเกี่ยวข้องกับ การป่วยด้วยโรค ที่เกิดขึ้นในหลักการใดหลักการหนึ่งหรือมากกว่า ซึ่งมีอยู่ 3 หลักการด้วยกัน คือ สัมผัสกับสิ่งที่ทำให้เกิดโรคน้อยเพียงใด มีความไวต่อการเกิดโรคน้อยเพียงใด และมีภูมิต้านทานหรือไม่ (ประวิทย์ สุนทรสิมะ และนราพร พิชัยณรงค์ 2531 : 97 -98) ดังนั้น เด็กที่อายุต่างกันจึงมีโอกาที่จะเจ็บป่วยได้ต่างกัน ส่วนในด้านพัฒนาการซึ่งเป็นขบวนการเปลี่ยนแปลงด้านวุฒิภาวะของระบบต่างๆของตัวบุคคล ให้ทำหน้าที่ต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงขึ้น และทำสิ่งที่ยากและซับซ้อนขึ้นได้ ตลอดจนการเพิ่มทักษะใหม่ๆและความสามารถในการปรับตัวในภาวะใหม่ของบุคคลนั้น (นิตยา ชชภักดี, 2530 :13) ดังนั้น เมื่อเด็กอายุมากขึ้น การเลี้ยงดูหรือการตอบสนองความต้องการของเด็ก จะแตกต่างกันไปตามลำดับขั้นของพัฒนาการ ซึ่งพ่อแม่จำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจ และให้การตอบสนองให้เหมาะสมกับวัยเด็ก จึงจะเห็นได้ว่าอายุเด็ก เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของเด็ก

ระยะของโรค

เป็นตัวบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพที่สำคัญ ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะของโรค จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเองทั้งความสามารถในการตัดสินใจ การใช้เหตุผล และการกระทำการดูแลตนเอง ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และสนองตอบต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยอย่างเพียงพอ และต่อเนื่อง จึงจะบรรลุเป้าหมายของการดูแลตนเอง ซึ่งรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Orem ,1991: 117 , 120) Ragsdale & Morrow (1990 :355 -358) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวน 95 คนที่มีระยะของโรคทั้งระยะไม่มีอาการ (HIV) ระยะมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ (ARC)และระยะเอดส์เต็มขั้น (AIDS) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระยะของโรคต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตต่างกัน โดยผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะไม่มีอาการ จะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะอื่นอย่างมีนัยสำคัญ The European Collaborative Study(1991:253 -260) พบว่า 30%ของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาจะมีอาการของโรคเอดส์ในอายุ 6 เดือนแรก และมากกว่าครึ่งจะมีอาการภายใน 1 ปีแรก การแสดงอาการของโรคเอดส์ในเด็ก ไม่ว่าจะเป็ระบบใดของร่างกาย ย่อมส่งผลกระทบต่อทารกทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา จิตใจ อารมณ์ และสังคม การเจ็บป่วยบ่อยๆทำให้ทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยๆจะทำให้เด็กเกิดความเครียดและความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ยู่

ยากและเจ็บปวด การต้องเข้าๆออกๆโรงพยาบาลบ่อยๆ จะทำให้เด็กเกิดความเครียด และความทุกข์ทรมานจากการรักษาที่ยุ่งยากและเจ็บปวด การต้องแยกจากบิดามารดา พี่น้องทำให้รู้สึกวิตกกังวล ขาดความอบอุ่น และยิ่งถ้าต้องถูกแยกจากผู้ป่วยอื่นๆไม่ได้รับความสนใจดูแลใกล้ชิด จะยิ่งทำให้เด็กเกิดความกลัวขาดความเชื่อมั่นและความเป็นตัวของตัวเองจะหมดไป เด็กอาจแสดงพฤติกรรมถดถอยหรือก้าวร้าวขึ้นได้ (จรัสศรี จันทร์สายทอง , 2535 : 47)

สรุป จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยด้านทารก ได้แก่ น้ำหนักแรกเกิด อายุ และระยะของโรคล้วนมีผลต่อคุณภาพชีวิตของทารก โดยเฉพาะในการศึกษารั้งนี้เป็นการเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี และมารดาที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อไม่ให้ปัจจัยดังกล่าวเข้ามามีอิทธิพล ผู้วิจัยจึงทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทารกที่มีอายุตั้งแต่ 1-12 เดือน ซึ่งมีอายุต่างกันได้ไม่เกิน ± 15 วัน และเป็นทารกที่คลอดครบกำหนด โดยไม่มีความพิการแต่กำเนิด รวมทั้งทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวียังไม่แสดงอาการของการติดเชื้อ

คุณภาพชีวิตของทารกในวัยขวบปี แรกนั้นเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการดำรงชีวิตของทารก โดยมารดาถือเป็นบุคคลที่บทบาทสำคัญในการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของทารก ซึ่งมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นบุคคลผู้ซึ่งได้รับผลกระทบทั้งทางกาย และจิตใจ จะสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานแก่ทารกได้เทียบเท่ากับมารดาที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ และทารกทั้งสองกลุ่มมีสถานะสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่เมื่อผู้วิจัยเป็นผู้ทำการประเมินด้วยตนเอง จากสาเหตุดังกล่าวข้างต้น จึงทำให้ผู้วิจัยอยากทราบว่ามารดาทั้งสองกลุ่ม สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานแก่ทารกได้แตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร และสถานะสุขภาพของทารกทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร

จากการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงขอเสนอ กรอบแนวคิดในการศึกษาเรื่อง การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี และมารดาที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

กรอบแนวคิด

